ATLAS PRÁCTICO-CRIMINOLÓGICO DE PSICOMETRÍA FORENSE

ASESINATOS

Volumen I

Dr. Kim Rossmo
Prof. Dr. José Daniel Barquero Cabrero
Prof. Dr. Fermín Morales Prats
Prof. Antonio Bulbena Vilarrasa
Dr. Ricardo Rodríguez Fernández
Dr. Oscar Morales Garcia
Dr. César San Juan Guillén
Dr. Luis Borrás Roca
Dr. Josep M. Roig-Fusté
Don Oriol Rusca Nadal

Más de 25 casos forenses con interpretaciones del **MCMI-IV, MCMI-III, PAI y 16PF**

JYB
BOSCH EDITOR

Con este presente 1er Volumen, se inicia una colección de 4 volúmenes cuyo nexo vertebrador versa sobre la Psicometría Forense.

En concreto y en este caso, se profundiza sobre la Psicometría Forense de sujetos que han perpetrado uno o varios asesinatos, ya sea desde el nocivo influjo de un trastorno mental como en ausencia de dicha disfunción psíquica.

Desde el punto de vista jurídico-legal y a lo largo de toda la colección, el autor expone –de manera magistral– la casuística psicológica-forense y criminológica distinguiéndolas por las tres condiciones por las que el Tribunal resuelve según sentencia: por absolución, por sentencia condenatoria con atenuante y por sentencia condenatoria con plena responsabilidad criminal.

En el contenido del presente volumen –eminentemente práctico–, se recogen más de 25 casos en los que se viene a exponer psicométricamente las gráficas psicológicas de los sujetos que han sido acusados de delitos de asesinato y por las que han tenido resolución judicial por sentencia.

Desde el punto de vista del interés psicológico-forense, se trata de una obra que puede ser útil para los estudiantes y profesionales de distintas disciplinas académicas: Salud Mental (Psicólogos y Psiquiatras); Operadores Jurídicos (Letrados, Jueces y Magistrados, Fiscales); Criminólogos; Investigadores Privados u Operadores de las Fuerzas Públicas del Orden y de la Seguridad.

La obra viene a completarse con distintas intervenciones y palabras de introducción de personalidades académicas y autores del ámbito psicológico y criminológico-forense de reconocido prestigio, tanto nacional como internacional.

ESERP
Business & Law School

CONSEDOC
Consejo Superior
Europeo de Doctores
www.consedoc.com

CONSULTORÍA
EN PSICOLOGÍA
LEGAL FORENSE
Dr. BERNAT-N. TIFFON

BOSCH EDITOR

ISBN: 978-84-120892-4-0

ATLAS PRÁCTICO-CRIMINOLÓGICO DE PSICOMETRÍA FORENSE (Volumen I): ASESINATOS

Dr. Bernat-N. Tiffon

ATLAS PRÁCTICO-CRIMINOLÓGICO DE PSICOMETRÍA FORENSE (Volumen I): ASESINATOS

Más de 25 casos forenses con interpretaciones del MCMI-IV, MCMI-III, PAI y 16PF

Dr. Bernat-N. Tiffon

Barcelona
2019

BOSCH EDITOR

© OCTUBRE 2019 BERNAT-N. TIFFON

© OCTUBRE 2019 BOSCH EDITOR

Librería Bosch, S.L.
http://www.jmboscheditor.com
http://www.libreriabosch.com
E-mail: editorial@jmboscheditor.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com; 91 702 19 70 / 93 272 04 45).

ISBN papel: 978-84-120892-4-0
ISBN digital: 978-84-120892-5-7
D.L: B22892-2019

Referencia de la portada:

- Obra : «Une leçon clinique à la Salpêtrière» (1887).
- Artista : André Brouillet (1857-1914).
- Photo prise sur un paneau indicatif en face de l'Amphithéâtre Charcot à Hôpital de la Pitié Salpêtrière.
- Université Paris V Descartes.

Diseño portada y maquetación: Cristina Payà Sanson

Printed in Spain – Impreso en España

PERFILES IMPRESOS CON EL PERMISO DE PEARSON CLINICAL & TALENT ASSESSMENT

Pearson

MCMI-III
INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

MCMI - IV
INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-IV

PERFILES IMPRESOS CON EL PERMISO DE TEA EDICIONES

tea

ÍNDICE GENERAL

1. PREFACE OF HONOR. Measuring the Mind of a Murderer: Psychometrics and Crime. *D. Kim Rossmo, PhD*. Professor. School of Criminal Justice. Texas State University..... 15

2. PREFACIO DE HONOR (traducción). Midiendo la mente de un asesino: Psicometría y Crimen. *Dr. Kim Rossmo*. Profesor. Escuela de Justicia Penal. Universidad Estatal de Texas ... 21

3. PRESENTACIÓN DEL AUTOR. *Prof. Dr. José Daniel Barquero Cabrero*. Director General de ESERP Business & Law School. Miembro de la Real Academia de Ciencias Económicas y Financieras –RACEF–. Presidente Honorífico del Consejo Superior Europeo de Doctores y Doctores Honoris Causa (CONSEDOC)..... 27

4. PRÓLOGO JURÍDICO-LEGAL. *Prof. Dr. Fermín Morales Prats*. Letrado Penalista y Catedrático de Derecho Penal de la Universitat Autónoma de Barcelona (UAB). Miembro de Honor del Consejo Superior Europeo de Doctores y Doctores Honoris Causa (CONSEDOC)..... 31

5. PRÓLOGO PSIQUIÁTRICO. Asesinos en serio. *Prof. Dr. Antonio Bulbena Vilarrasa*. Catedrático de Psiquiatría. Director del Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal Universitat

Autònoma de Barcelona. Director emérito de Investigación y Docencia del Institut de Neuropsiquiatría i Adiccions del Parc de Salut Mar. Barcelona 37

6. PROEMIO. *Dr. Ricardo Rodríguez Fernández.* Doctor en Derecho. Académico Correspondiente de la Academia de Jurisprudencia y Legislación. Magistrado. Consultor Internacional..... 43

7. CRONOLOGÍA DE LA EVOLUCIÓN DE LA PSICOMETRÍA. *Dr. Bernat-N. Tiffon.* Psicólogo Forense y Psicólogo General Sanitario (PGS Habilitado). Profesor de Psicología Jurídica y Forense de la UAO y de ESERP Business School & Law School. Miembro de Honor y Responsable de Admisiones del Consejo Superior Europeo de Doctores y Doctores Honoris Causa (CONSEDOC) 51

8. JUSTIFICACIÓN DEL AUTOR. *Dr. Bernat-N. Tiffon.* Psicólogo Forense y Psicólogo General Sanitario (PGS Habilitado). Profesor de Psicología Jurídica y Forense de la UAO y de ESERP Business School & Law School. Miembro de Honor y Responsable de Admisiones del Consejo Superior Europeo de Doctores y Doctores Honoris Causa (CONSEDOC) 83

9. DECÁLOGO INTERPRETATIVO. *Dr. Bernat-N. Tiffon.* Psicólogo Forense y Psicólogo General Sanitario (PGS Habilitado). Profesor de Psicología Jurídica y Forense de la UAO y de ESERP Business School & Law School. Miembro de Honor y Responsable de Admisiones del Consejo Superior Europeo de Doctores y Doctores Honoris Causa (CONSEDOC) 85

9.1. Cuadro resumen de los puntos de corte de interpretación significativa de las pruebas y cuestionarios 87

9.2. Apostillas al decálogo 89

10. EXIMENTES DE RESPONSABILIDAD CRIMINAL CON APLICACIÓN DE MEDIDA DE SEGURIDAD 91

10.1. Introducción al presente capítulo: Régimen de funcionamiento forense de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el sistema penal español. *Dr. Oscar Morales García.* Doctor en Derecho. Profesor de Derecho penal. Abogado. Socio Uría Menéndez. Miembro de Honor del Consejo Superior Europeo de Doctores y Doctores Honoris Causa (CONSEDOC)... 92

10.2. Casos. *Dr. Bernat-N. Tiffon* 103

10.2.1. Caso 1. Crimen por miedo insuperable 103

10.2.2. Caso 2. Crimen por esquizofrenia paranoide 107

10.2.3. Caso 3. Crimen por defenestración por trastorno de ideas delirantes 112

10.2.4. Caso 4. Crimen parricida por esquizofrenia paranoide..... 119

10.2.5. Caso 5. Crimen parricida por esquizofrenia paranoide..... 126

11. SENTENCIA CONDENATORIA CON ATENUANTE DE RESPONSABILIDAD CRIMINAL 131

11.1. Introducción al presente capítulo: Las razones para matar: el sueño de la razón produce monstruos. *Dr. César San Juan Guillén.* Profesor de Psicología Criminal y Psicología Jurídica. Universidad del País Vasco. Grupo de Investigación en Criminología Aplicada (CRIM-AP) 133

11.2. Casos. *Dr. Bernat-N. Tiffon* 141

11.2.1. Caso 1. Crimen por esquizofrenia paranoide 141
11.2.2. Caso 2. Crimen por psicopatología múltiple 154
11.2.3. Caso 3. Crimen por arrebato emocional o estado pasional 165
11.2.4. Caso 4. Crimen por miedo insuperable 178
11.2.5. Caso 5. Crimen pasional por arrebato emocional y consumo de alcohol 183
11.2.6. Caso 6. Crimen matricida por trastorno bipolar tipo I 198
11.2.7. Caso 7. Doble crimen de filicidio por trastorno depresivo mayor 202

12. SENTENCIA CONDENATORIA POR RESPONSABILIDAD CRIMINAL 221

12.1. Introducción al presente capítulo. *Dr. Luis Borrás Roca.* Psiquiatra. Médico Forense. Profesor Asociado de Medicina Legal de la Universidad de Barcelona U.B. Autor de la Obra: «Asesinos en Serie Españoles». Editorial J.M. Bosch Editor. Barcelona. 2002 222

12.2. Casos. *Dr. Bernat-N. Tiffon* 225
12.2.1. Caso 1. Crimen pasional 225
12.2.2. Caso 2. Crimen pasional 240
12.2.3. Caso 3. Crimen pasional 248
12.2.4. Caso 4. Crimen con alevosía 253
12.2.5. Caso 5. Crimen perpetrado en una reyerta 268
12.2.6. Caso 6. Crimen accidental 278

12.2.7. Caso 7. Crimen matricida 287
12.2.8. Caso 8. Crimen filicida por decapitación 301
12.2.9. Caso 9. Crimen por encargo 312
12.2.10. Caso 10. Crimen grupal 317
12.2.11. Caso 11. Crimen grupal por defenestramiento 321
12.2.12. Caso 12. Doble crimen..... 331
12.2.13. Caso 13. Cuádruple crimen (perpetrado por un *«Asesino Relámpago»* o *«SpreeKiller»*) 350

13. CONDENA DE MENORES POR ASESINATO..... 361

13.1. Introducción al presente capítulo. *Dr. Josep M. Roig-Fusté.* Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Autor de numerosas publicaciones relacionadas con la Psicometría Forense 361

13.2. Casos. *Dr. Bernat-N. Tiffon* 365
13.2.1. Caso 1. Crimen por arrebato emocional 365
13.2.2. Caso 2. Crimen por conducta antisocial 373

14. CURIOSIDADES (POSIBLEMENTE OCULTAS) DE LA FRENOLOGIA. *Dr. Bernat-N. Tiffon.* Psicólogo Forense y Psicólogo General Sanitario (PGS Habilitado). Profesor de Psicología Jurídica y Forense de la UAO y de ESERP Business School & Law School. Miembro de Honor y Responsable de Admisiones del Consejo Superior Europeo de Doctores y Doctores Honoris Causa (CONSEDOC)..... 389

14.1. Diogo Alves (*«El Asesino del Acueducto»*) 396

14.2. Martin Dumollard (*«El Asesino de las Criadas»*) 400

14.3. Jules-Joseph Seringer 405
14.4. Henri Désiré Landru (*«El Barba Azul de Gambais»*) 408
14.5. Peter Kürten (*«El Vampiro de Düsseldorf»*) 415
14.6. Friedrich «Fritz» Heinrich Karl Haarman (*«El Carnicero o Vampiro de Hannover»*) 420
14.7. Joseph Vacher (*«El Destripador de Francia»* o *«El Destripador del Sureste»*) 426
14.8. Si Quey (1er Asesino en Serie de menores de la Historia Moderna de Tailandia) 434
14.9. Ezechia Marco Lombroso 437

15. EPÍLOGO DE HONOR. *Don Oriol Rusca Nadal.* Abogado Penalista Ex-Decano del Colegio de la Abogacía de Barcelona (ICAB) Galardonado de Honor del Consejo Superior Europeo de Doctores y Doctores Honoris Causa (CONSEDOC) 439

16. AGRADECIMIENTOS DEL AUTOR 443

17. BIBLIOGRAFÍA 445

1 PREFACE OF HONOR

Measuring the Mind of a Murderer: Psychometrics and Crime

D. Kim Rossmo, PhD [1, 2]
Professor
School of Criminal Justice
Texas State University

1 **Affiliation and Contact Information:**

D. Kim Rossmo, PhD
Professor and Director
Center for Geospatial Intelligence and Investigation
School of Criminal Justice
Texas State University
601 University Drive
San Marcos, Texas, 78777
USA

Tel.: (512) 245-2006
E-mail: krossmo@txstate.edu

2 **Author Bio:**

Kim Rossmo holds the University Chair in Criminology and is the director of the Center for Geospatial Intelligence and Investigation in the School of Criminal Justice at Texas State University. He has researched and published in the areas of geographic profiling, criminal investigative failures, and environmental criminology. He is a member of the Police Investigative Operations Committee of the IACP and was formerly a detective inspector with

There is a tendency to view science as an object rather than as a process. In 2009, the British Science Council decided it was important to provide a formal definition: «Science is the pursuit and application of knowledge and understanding of the natural and social world following a systemic methodology based on evidence.» It is noteworthy that this description was commended for including the keywords «evidence» and «systematic» by philosopher Anthony Grayling. We can gain some insight into the process of science by briefly considering the implications of these two words: the basis of scientific evidence is the data researchers obtain over time through observation and experimentation, while the importance of systematic methodologies is in allowing replication of these processes.

These steps, however, are only the beginning of the scientific method. It is also necessary to translate research observations and experimental results into data that can be analyzed, and to conduct such data translations in a consistent manner. This is the role of measurement. As measuring requires tools, improvements in tool design and precision advance science; conversely, weak tools can limit its growth. Scientific data are quantitative or qualitative, its variables categorical, ordinal, interval, or ratio. While all have some utility, ratio metrics permit the broadest range of statistical analysis. Therefore, better measures –more accurate, precise, and comprehensive– lower error rates and increase confidence in research findings.

Measurement helps harness the subjective and sometimes idiosyncratic nature of human observation. Two zoologists in the Bikin River Valley in Far Eastern Russia might disagree over whether a par-

---

the Vancouver Police Department. He received his PhD in criminology from Simon Fraser University in Canada.

ticular Siberian tiger is «big,» but they both know the meaning of a weight of 305 kilograms. Systematic measurement allows researchers to focus on similar elements and to record their perceptions in a standard manner. The accumulation of comparable data enables scientists to integrate their findings into a larger body of research. From this base of literature, concepts can be derived, theories developed, and models built, all moving us towards an increased understanding of the phenomenon of interest.

Humans have been measuring simple dimensions, such as distance, weight, and time, for thousands of years. Quantifying more abstract concepts, such as temperature, electrical voltage, and radioactivity, required more complex equipment that took longer to create. While great ideas and the work of brilliant theorists are often given most of credit for the advancement of science, the reality is that much of this progress would not have occurred without improved tools and methods of measurement. Instruments that more precisely measure distance, mass, light waves, and subatomic particles provide the basis for ever more refined experiments and sophisticated analyses.

The inventions of geographic information systems (GIS) and satellite navigation, for example, led to tremendous increases in measurement precision for spatial analyses. My particular research interests –environmental criminology and the police investigative methodology of geographic profiling– have benefitted greatly as a result of advancements in computer mapping. The ability to pinpoint the exact location of a crime –versus only its neighborhood or census tract– has permitted precision calculations of distance, rates, density, and dynamic changes that were not previously possible. These improvements in the accuracy of spatial measurement have advanced theory and improved policy and practice.

More problematic is assessing the individual mind. Thoughts and emotions cannot be weighed on a scale or pinpointed on a map. Amongst the 327 entries in *Instruments of Science: An Historical Encyclopedia* are differential thermal analyzers, hyperbolic navigation systems, refractometers, kymographs, and other amazing contraptions that scientists and engineers have built over the centuries to help us better understand the universe. However, there is no entry for psychometrics –perhaps because scientific instruments are usually regarded as involving balances and wires rather than pencil and paper. Even though psychological and social processes are much more complicated than basic mechanical operations or chemical reactions, ironically their measurement instruments are much simpler. While it is possible to directly observe an individual's behavior, the underlying decision-making, desires, fears, personality, and neuroses of the human mind have to be inferred indirectly.

The Victorian polymath Sir Francis Galton is credited with the creation of psychometrics. An accomplished statistician and part-time psychologist, he was inspired by the ideas of his cousin, Charles Darwin. In *On the Origin of Species* Darwin discusses the importance of differences between animals of the same species for adaptation and survival. Galton extended these ideas to humans. An important question that then arose was how to measure those differences. Early studies were divided between anthropological and experimental perspectives, though the latter, more scientific approach, dominated by the early 20th century.

The field of forensic psychometrics has evolved to primarily address violent crime, a serious and complex social problem. Direct (victim) and indirect (system) costs of a single murder total in the millions of dollars on average. The human, social, and economic benefits of reducing crime are therefore tremendous. As it is not possible

to have a crime without a criminal, it becomes important to understand the decision-making, motivations, and self-control of offenders. This enterprise requires valid and reliable psychometric instruments.

While it is essential to broaden our understanding of crime and criminals, the real objective of behavioral and social scientists is prediction –or perhaps one should say, *accurate* prediction. This is a tricky undertaking in criminal justice. Risk assessments typically suffer from low sensitivity and specificity as the result of too many false positives and negatives. Trying to determine who will reoffend and who will not is challenging, and predictions of criminal recidivism are typically less than reliable.

As important as measurement is, it is only the first of many necessary steps. While economists have the ability to accurately establish the cost of an item or the sale price of a stock, full understanding of the health of national economies, the prospects of high-tech companies, or the risks of shadow banking remains elusive. Economic indices and financial metrics can only go so far in forecasting change in nonlinear and dynamic systems. Similarly, we should not underestimate the complexity of the human mind.

If improved measurements lead to better understanding and more accurate predictions of risk and dangerousness, then more effective and more appropriate offender management and control decisions are possible. The ultimate end goals are enhanced public safety and justice. Psychometrics has made important advances, but there is still far to go. The purpose of the *Practical-Criminological Atlas of Forensic Psychometrics* book series is to help move the field of forensic psychometrics forward. This challenge has now been shared with its many readers.

San Marcos, Texas (USA), June 2019

2 PREFACIO DE HONOR (traducción)[3]

Midiendo la mente de un asesino: Psicometría y Crimen

Dr. Kim Rossmo [4, 5]
Profesor
Escuela de Justicia Penal
Universidad Estatal de Texas

3 **Traducción: Doña Isabel Phillips**

Mail de contacto: isabellaphillipsdemorales@gmail.com
Enlace web: https://phillipstraduccion.wixsite.com/website

4 **Afiliación y Datos de Contacto:**

Dr. Kim Rossmo
Profesor y Director
Centro de Inteligencia Geoespacial e Investigación
Escuela de Justicia Penal
Universidad Estatal de Texas
601 University Drive (Carretera Alabama)
San Marcos, Texas, 78777
EE.UU

Tel: (512) 245-2006
Mail de contacto: krossmo@txstate.edu

5 **Acerca del autor:**

Kim Rossmo sostiene la Cátedra Universitaria en Criminología y es Director del Centro de Inteligencia Geoespacial e Investigación en la Escuela de Jus-

Existe una tendencia a ver la ciencia como un objeto en vez de como un proceso. En 2009, el *British Scientific Council* decidió que era importante proporcionar una definición formal: «La ciencia es la búsqueda y aplicación del conocimiento y la comprensión del mundo natural y social siguiendo una metodología sistémica basada en la evidencia». Cabe destacar que esta descripción fue elogiada por incluir las palabras clave «evidencia» y «sistemática» por el filósofo Anthony Grayling. Podemos aprender algo del proceso de la ciencia considerando brevemente las implicaciones de estas dos palabras: la base de las pruebas científicas son los datos que los investigadores obtienen a lo largo del tiempo a través de la observación y experimentación, si bien la importancia de las metodologías sistemáticas es permitir la replicación de estos procesos.

Estos pasos, sin embargo, son solo el principio del método científico. También es necesario traducir las observaciones de investigación y los resultados experimentales en datos que puedan analizarse y realizar esas traducciones de datos de manera coherente. Este es el papel de la medición. Como la medición requiere herramientas, mejoras en el diseño de herramientas y ciencia avanzada de precisión; en cambio, las herramientas débiles pueden limitar su crecimiento. Los datos científicos son cuantitativos o cualitativos, sus variables categóricas, ordinales, de intervalo o de proporción. Si bien todos tienen alguna utilidad, las

---

ticia Penal de la Universidad Estatal de Texas. Ha investigado y publicado en las áreas de perfiles geográficos, fallas en la investigación criminal y criminología ambiental. Miembro del Comité de Operaciones de Investigación Policial de la Asociación Internacional de Jefes de Policía y anteriormente inspector de detectives del Departamento de Policía de Vancouver. Recibió su doctorado en criminología en la Universidad Simon Fraser en Canadá.

métricas de proporción permiten la gama más amplia de análisis estadísticos. Por lo tanto, cuanto mejores, más precisas y completas sean las medidas, menores serán las tasas de error y habrá más aumento en la confianza en cuanto a los resultados de la investigación.

La medición ayuda a aprovechar la naturaleza subjetiva y a veces idiosincrática de la observación humana. Dos zoólogos en el Bikin River Valley en el Extremo Oriente de Rusia podrían estar en desacuerdo sobre si un tigre siberiano en particular es «grande», pero ambos saben lo que significan 305 kilogramos. La medición sistemática permite a los investigadores centrarse en elementos similares y registrar sus percepciones de manera estándar. La acumulación de datos comparables permite a los científicos integrar sus hallazgos en un cuerpo de investigación más amplio. A partir de esta base de la literatura, se pueden derivar conceptos, desarrollar teorías y construir modelos, todo lo cual nos lleva hacia una mayor comprensión del fenómeno de interés.

Los humanos han estado midiendo simples dimensiones, como la distancia, el peso, y el tiempo, por cientos de años. Cuantificar conceptos más abstractos, como la temperatura, el voltaje eléctrico y la radiactividad, han necesitado de un equipo más complejo que tardó más en crearse. Mientras que las grandes ideas y el trabajo de los teóricos brillantes a menudo son más reconocidos para el avance de la ciencia, la realidad es que gran parte de este progreso no habría sido posible sin mejores herramientas y métodos de medición. Los instrumentos que miden con mayor precisión la distancia, la masa, las ondas de luz y las partículas subatómicas proporcionan la base para experimentos cada vez más refinados y análisis sofisticados.

Las invenciones de sistemas de información geográfica (SIG) y la navegación por satélite, por ejemplo, dio lugar a enormes aumentos en la precisión de las mediciones para los análisis espaciales. Mis

intereses particulares de investigación como la criminología ambiental y la metodología de investigación policial de perfiles geográficos se han beneficiado enormemente como resultado de los avances en la cartografía informática. La habilidad para poder determinar la ubicación exacta de un crimen, versus solamente su vecindad o tracto censal, ha permitido cálculos precisos de distancia, tasas, densidad y cambios dinámicos que no eran previamente posibles. Estos avances en cuanto a la exactitud de la medición espacial han avanzado la teoría, mejorado la política y la práctica.

Más problemático es evaluar la mente individual. Los pensamientos y las emociones no pueden ser pesados o puntuados en un mapa. Entre las 327 entradas de *Instrumentos de la Ciencia: Una Enciclopedia Histórica* se encuentran los analizadores térmicos diferenciales, los sistemas de navegación hiperbólica, los refractómetros, los quimógrafos, y otros artefactos asombrosos que los científicos e ingenieros han construido a lo largo de los siglos para ayudarnos a entender mejor el universo. Sin embargo, no hay entrada para la psicometría, tal vez porque los instrumentos científicos son considerados generalmente como balanzas y cables en lugar de lápiz y papel. Aunque los procesos psicológicos y sociales son mucho más complicados que las básicas operaciones mecánicas o reacciones químicas, irónicamente sus instrumentos de medición son mucho más simples. Mientras que es posible observar directamente el comportamiento de un individuo, la toma de decisión subyacente, los deseos, los miedos, la personalidad, y la neurosis de la mente humana tienen que ser inferidos indirectamente.

Al erudito victoriano Sir Francis Galton se le atribuye la creación de la psicometría. Estadístico y psicólogo a tiempo parcial, se inspiró en las ideas de su primo Charles Darwin. En la obra *El origen de las especies,* Darwin discute acerca de la importancia de las

diferencias entre los animales de la misma especie para adaptarse y sobrevivir. Galton extendió estas ideas a los humanos. Una cuestión importante que se planteó entonces fue cómo medir esas diferencias. Los primeros estudios estaban divididos entre perspectivas antropológicas y experimentales, aunque este último enfoque, más científico, estuvo dominado por los primeros años del siglo XX.

El campo de la psicometría forense ha evolucionado para abordar principalmente los delitos violentos, un problema social grave y complejo. Los costos directos (víctima) e indirectos (sistema) de un solo asesinato total en los millones de dólares en promedio. Los beneficios humanos, sociales y económicos de la reducción de la delincuencia son, por lo tanto, tremendos. Como no es posible tener un crimen sin un criminal, se vuelve importante entender la toma de decisiones, motivaciones, y autocontrol de los delincuentes. Esta empresa requiere instrumentos psicométricos válidos y fiables.

Esto es un campo difícil en la justicia penal. Las evaluaciones del riesgo suelen adolecer de baja sensibilidad y especificidad como resultado de demasiados falsos positivos y negativos. Tratar de determinar quién volverá a ofender y quién no lo hará es un desafío, y las predicciones de reincidencia criminal son típicamente menos que confiables.

Por importante que sea la medición, es sólo el primero de muchos pasos necesarios. Mientras que los economistas tienen la capacidad de establecer con precisión el costo de un artículo o el precio de venta de una acción, la comprensión completa de la salud de las economías nacionales, las perspectivas de las compañías de alta-tecnología, o los riesgos de la banca en la sombra sigue siendo esquiva. Los índices económicos y las métricas financieras sólo pueden llegar hasta cierto punto para predecir el cambio en los sistemas no lineales

y dinámicos. Del mismo modo, no debemos subestimar la complejidad de la mente humana.

Si las mediciones mejoradas conducen a una mejor comprensión y a predicciones más precisas del riesgo y la peligrosidad, entonces es posible adoptar decisiones de control y gestión del delincuente más eficaces y apropiadas. Los objetivos últimos finales son la mejora de la seguridad pública y la justicia. La psicometría ha logrado avances importantes, pero aún queda mucho por hacer. El propósito del Atlas Práctico-criminológico de la serie de libros psicométrico forenses es ayudar a avanzar en el campo de la psicometría forense. Este desafío ha sido compartido con muchos de sus lectores.

San Marcos, Texas (USA), junio 2019

3 PRESENTACIÓN DEL AUTOR

Catedrático Prof. Dr. José Daniel Barquero Cabrero [6, 7]
Director General de ESERP Business & Law School
Miembro de la Real Academia de Ciencias Económicas y Financieras –RACEF–
Presidente Honorifico del Consejo Superior Europeo de Doctores
y Doctores Honoris Causa (CONSEDOC)

6 **Contacto:**

Prof. Dr. José Daniel Barquero Cabrero
Director General de ESERP Business & Law School
ESERP Business School
C./ Costa Rica,9. 28016 Madrid
C./ Girona, 24. 08010 Barcelona
C./ Balmes, 50 07004 Palma de Mallorca

Mail de contacto: jd.barquero@eserp.com
Enlace web: www.eserp.com

7 **Acerca del autor:**

- Académico e investigador que ha sido galardonado por sus aportes y modelos en las áreas de las Ciencias Económicas y Sociales con el título de Doctor Honoris Causa por universidades de América, Europa, Asia y África.
- Se doctoró con sobresaliente Cum Laude en las áreas de Ciencias Económicas, Ciencias Jurídicas y Ciencias Sociales por 3 universidades: La Universitat Internacional de Cataluña, en Barcelona; la Uni-

«Atlas Práctico-Criminológico de Psicometría Forense (Volumen I): Asesinatos», es el volumen I de un exhaustivo trabajo investigación que cuenta con 4 volúmenes en los que el autor, el Dr. Bernat-N. Tiffon aglutina más de 60 casos sobre perfiles psicológicos-criminológicos que ha estado investigando y analizando durante años. Un aporte académico y científico que, sin duda, ofrecerá más realce a la Criminología de nuestro país.

El Dr. Tiffon, es un reconocido Psicólogo y Forense. Dedicado a la disciplina científica de la Psicología y de la Criminología, es autor de numerosos artículos y libros, utilizados por estudiantes, investigadores de esta disciplina y por profesionales del más alto nivel que lo mencionan y referencian, tanto a nivel nacional como internacionalmente.

---

versidad Camilo José Cela, en Madrid y la Universidad Autónoma de Coahuila, en México.

- En la actualidad, es Director General de ESERP Business & Law School de Madrid, Barcelona y Palma de Mallorca; Presidente Honorífico del Consejo Superior Europeo de Doctores y Doctores Honoris Causa; Académico de la Real Academia de Ciencias Económicas y Financieras de España; Académico de la Real Academia Europea de Doctores; así como, Académico de la Ilustre Academia Iberoamericana de Doctores, instituciones todas de las que forman parte numerosos premios Nobel.
- A nivel internacional, ha investigado y trabajado en Estados Unidos con el Profesor Dr. Edward L. Bernays Freud (asesor de Presidentes de EE. UU. y Casa Blanca) y, en el Reino Unido, con el Profesor Dr. Sam Black (asesor de S.M. la Reina de Inglaterra y de significativas empresas británicas), con quienes ha publicado el resultado de sus investigaciones en editoriales como Deusto, McGraw-Hill y Planeta.
- Sus investigaciones han sido publicadas en más de 40 libros.

Este libro es el resultado de una investigación minuciosa que responde a una necesidad muy demandada de material sobre la interpretación psicológico-psiquiátrico y psicopatológico de casuística de la especialidad forense. Se trata del 1er. libro que estudia tan profundamente este tema específico.

El hecho de la cada vez más sensibilización de la sociedad, la importancia de la opinión pública y el derecho de ser informado es una de las características del mundo en el que vivimos. Un mundo que a nivel internacional registra una explosión de flujos migratorios de países en crisis o conflictos en todos los órdenes, que responden principalmente a las demandas de la sociedad actual, que conlleva desafortunadamente un aumento de delitos, de ahí la importancia de esta profesión.

La evolución de la sociedad a esta nueva reconfiguración mundial en el que la opinión pública y los medios de comunicación cambian la forma de actuar y comportarse ha hecho que la profesión de la disciplina científica centrada en la psicológico-psiquiátrico y psicopatológico de casuística de la especialidad forense, sea más demandada que nunca y ha llegado para quedarse y dar respuestas.

Este libro, muy esperado por los especialistas y es justo reconocer también por sus alumnos de Derecho y Criminología, significa una aportación relevante y útil a los diversos campos disciplinarios y abre vías novedosas de reflexión teórica y metodológica, fundamentando sus hallazgos y conclusiones que obligan a mejorar.

El Dr. Bernat-N. Tiffon, Psicólogo General Sanitario y Psicólogo Forense es reconocido, por su trayectoria. Su experiencia docente universitaria es amplia, es de aquellos profesores que comparten secretos profesionales y enseña a sus alumnos a abordar los temas con profundo conocimiento de causa y valentía, por un lado y de

rigor científico y académico por otro, de lo que dan fe los cientos de alumnos formados en ESERP bajo sus directrices, modelos y métodos.

En el ámbito académico y universitario, el Profesor Dr. Tiffon ha elaborado los Planes Académicos y de Estudios de distintos másteres en Psicopatología Legal, Forense y Criminológica en universidades públicas y privadas, siendo incluso Coordinador y Profesor de estos.

En el año 2018, fue nombrado Miembro de Honor del Consejo Europeo de Doctores –CONSEDOC–; y en 2019 fue nombrado –por su buen hacer personal y profesional– Responsable de Admisiones de dicha entidad.

Ha publicado diversas y múltiples publicaciones relacionadas con la especialidad de Psicología y Psicopatología Forense. Asimismo, ha intervenido en casos criminológicos-forenses de alta repercusión e impacto mediático y social. Y, también ha participado en medios de comunicación, programas de radio y diversos canales de TV profundizando sobre casos forenses mediáticos.

Su incansable entrega a esta ciencia es más importante aún que sus muchos méritos académicos. Después de más de 20 años en ejercicio en consultoría en Psicología Legal y Forense, el Dr. Bernat-N. Tiffon ha seguido desarrollando su propia metodología de trabajo, y es hoy un destacado referente.

Espero disfruten con su lectura como yo lo he hecho y no les quepa duda de que ya es un referente antes de su publicación.

Madrid, 2019

4 PRÓLOGO JURÍDICO-LEGAL

Prof. Dr. Fermín Morales Prats[8, 9]
Letrado Penalista y Catedrático de Derecho Penal de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Miembro de Honor del Consejo Superior Europeo de Doctores y Doctores Honoris Causa (CONSEDOC)

8 **Contacto:**

Dr. Fermín Morales Prats
Catedrático de Derecho Penal
Departamento de Ciencia Política y de Derecho Público
Área de Derecho Penal
Universidad Autónoma de Barcelona (UAB)
Socio Director de Morales Abogados Penalistas
Abogado

Mail de contacto: info@moralesabogadospenalistas.com

9 **Acerca del autor:**

- Socio-Director Morales Abogados Penalistas http://www.moralesabogadospenalistas.com/
- Premio extraordinario de Doctorado con la lectura de la tesis, 10 de mayo de 1983, bajo el título «La intimidad en el Derecho Penal Español», bajo la dirección del Prof. Dr. Octavio Pérez Vitoria Moreno (Catedrático de Derecho Penal), obteniendo una calificación de Cum Laude, premio extraordinario de Doctorado con el número 1 en el curso 1982-1983.

- Catedrático de Derecho Penal Universidad de Cantabria 1991-1992.
- Catedrático en la Universidad de Lleida 1992-1994.
- Catedrático en la Universidad Autònoma de Barcelona desde 1994 hasta la actualidad.
- Enero 1999 concesión de la Medalla el Ilustre Colegio de Abogados de Barcelona, en atención a su trayectoria personal y profesional.
- Profesor de ESADE desde 1998.
- Miembro del Comité Científico en la revista L'Indice Penale (Italia), desde enero de 2001.
- Fermín Morales y su equipo profesional ha sido Seleccionado por Chambers Europe desde el año 2008 como uno de los mejores equipos de abogados en el ámbito Dispute Resolution Corporate Crime Spain.
- Miembro de la Comisión Estatutaria del Futbol Club Barcelona hasta 2015.
- Presidente del Comité Antidopaje de la Real Federación Española de Tenis desde 2009.
- Profesor de la Universitat Abat Oliba, Master de Especialización en materia penal desde 2010.
- Codirector de la revista de Derecho y Procesal Penal, de la Editorial Thompson-Aranzadi desde 1999 hasta la actualidad. Director desde 2011.
- Fermín Morales y su equipo profesional ha sido seleccionado por Chambers Europe desde el año 2008 hasta la actualidad como uno de los mejores equipos de abogados en el ámbito de Dispute Resolution Corporate Crime Spain.
- Seleccionado su gabinete profesional en la lista de abogados americana Best Lawyers 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016,2017. Fermín Morales fue nombrado como abogado del año en defensa criminal a título personal en las listas de Best Lawyers de los años 2010 a 2017.

La obra que tengo el honor de prologar aborda la problemática de los asesinatos y en particular las posibles eximentes o atenuantes de responsabilidad penal que pueden ser aplicables. La metodología que sigue el autor es la de análisis de casos concretos con expresión de las fórmulas periciales aplicables para determinar si es viable la aplicación de una causa de exención de responsabilidad penal basada en trastornos psíquicos, o bien si es proyectable alguna causa de semi-inimputabilidad (por ejemplo, por trastornos o alternaciones de la personalidad), llegándose a abordar también la posible aplicación de circunstancias atenuantes de la responsabilidad. Desde esta perspectiva el autor recorre la denominada «escalera legal» de causas y circunstancias que permiten excluir o bien modular la respuesta punitiva en los delitos de asesinato en razón de que el sujeto padezca alteraciones, enfermedades mentales o trastornos de personalidad.

Como es sabido en el Código Penal español se distingue entre homicidio y asesinato. La mayor respuesta punitiva prevista para el asesinato hace pensar de entrada que estamos ante un delito contra

- Miembro de la Junta Directiva de la «Unión Española de Abogados Penalistas» desde junio de 2013
- Nombrado Académico Numerario de la Real Academia de Doctores, el día 5 de noviembre de 2015
- Profesor en el Instituto Superior de Derecho y Economía (ISDE) desde 2015.
- Nombrado miembro del Comité Científico del portal italiano online Discrimen de contenido científico penal el día 19 de abril de 2018.
- Miembro de Honor del Consejo Superior Europeo de Doctores y Doctores Honoris Causa (CONSEDOC) el 4 de julio de 2019.

la vida en el que se verifica un incremento de la conducta antijurídica llevada a cabo por el autor. En esta dirección se verificó el diseño del delito de asesinato en el texto originario del Código Penal de 1995, en el que se denota un esfuerzo por superar concepciones jurídico-penales ancladas en principios de moralidad en la respuesta punitiva. El legislador de 1995 se orientaba pues a reforzar el principio penal del hecho en detrimento de opciones basadas en la idea de peligrosidad, temibilidad o ferocidad como criterio configurador del delito de asesinato. Pro esta senda el asesinato quedaba configurado más bien como un homicidio específicamente agravado, debiéndose dejar constancia de la desaparición de la premeditación como elemento configurador del asesinato, por cuanto se interpretó correctamente que quien obraba de manera premeditada no hacía otra cosa que obrar de manera dolosa.

La reforma operada en el CP por LO 1/2015 ha venido a comprometer en gran medida los presupuestos de partida del CP de 1995. La implantación de la pena de prisión permanente revisable ha motivado la revisión de los delitos de homicidio y asesinato al servicio de finalidades estrictamente punitivas. La doctrina, con razón ha señalado que esta reforma marca un regreso al denominado «derecho penal de autor», basado en criterios de temibilidad, peligrosidad o ferocidad del sujeto; en todo caso se trata de criterios ajenos al derecho penal del hecho.

Lo anterior explica que, tras la reforma del 2015, se prevea la imposición dela pena de prisión permanente revisable para los asesinatos que se consideran especialmente graves (asesinato de menores de 16 años o de personas especialmente vulnerables, asesinatos cometidos en el seno de una organización criminal, asesinatos subsiguientes a un delito contra la libertad sexual y asesinatos cometidos en serie). A su vez el delito de asesinato no especialmente grave

ve ampliado el número de circunstancias que alimentan su existencia. La reforma culmina con una exasperación de unos marcos punitivos.

El populismo punitivo, a través del derecho penal simbólico, ha presidido la reforma de 2015 en esta materia.

Barcelona, septiembre 2019

5 PRÓLOGO PSIQUIÁTRICO

Asesinos en serio

Prof. Dr. Antonio Bulbena Vilarrasa[10, 11]
Catedrático de Psiquiatría
Director del Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal Universitat Autónoma de Barcelona. Director emérito de Investigación y Docencia del Institut de Neuropsiquiatría i Adiccions del Parc de Salut Mar. Barcelona

10 **Contacto:**

Prof. Dr. Antoni Bulbena Vilarrasa
Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal
Facultad de Medicina UAB
Avenida de Can Domènech
08193 Bellaterra (Cerdanyola del Vallès). Barcelona. España
Mail de contacto: abulbena@acmcb.es
abulbena@imas.imim.es
abulbena@gmail.com

11 **Acerca del autor:**

- Catedrático de Psiquiatría (UAB).
- Director del Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal. Facultad de Medicina de la Universitat Autónoma de Barcelona (UAB).
- Director emérito de Investigación y Docencia del Institut de Neuropsiquiatría i Adiccions (INAD) del Parc de Salut Mar. Barcelona. Al INAD pertenecen los servicios de Psiquiatría de diferentes hospitales, que incluyen más de 400 camas públicas y la gestión de 7

Llama la atención que religiones tan separadas y secularmente enfrentadas, como el Cristianismo y el Islam, coincidan en cambio en la figura de Caín (Qâbîl en el Corán) y Abel (Hâbîl en el Corán) como primer ejemplo de asesinato fratricida interpretado desde la envidia y seguido luego por una frialdad oscura en el perpetrador.

En la etimología de la palabra asesino encontramos otra clave paradójica pero ilustrativa. El origen del término se encuentra en el árabe «ḥaššāšīn» que significa adicto al cáñamo indio/hachís, que caracterizaba a una secta militar chiita (nizaríes) entre los siglos VIII y XIV, que pasaron a la historia por tener como finalidad matar a reyes, religiosos, militares y políticos. Más tarde el nombre se popularizó como sinónimo de crímenes para acabar con la vida de alguien y puede encontrarse curiosamente en forma muy parecida en la mayoría de las lenguas europeas, desde el español al alemán, inglés, italiano, portugués o francés. Pero, por otra parte, ya desde el origen, cabe intuir que circulan asociados el comportamiento asesino con la atribución al influjo (o trastorno) producido por el cáñamo.

---

centros de salud mental, 3 centros de seguimiento comunitario de adicciones y 10 programas de atención, prevención, enlace y salud laboral.

- Miembro de Honor del Consejo Superior Europeo de Doctores y Doctores Honoris Causa (CONSEDOC).
- Los temas en los que ha desarrollado sus investigaciones incluyen la demencia y la pseudodemencia, las urgencias psiquiátricas, la memoria, la depresión, el consumo de chocolate y carbohidratos, la medición clínica en psiquiatría, las fobias y las relaciones entre la biometeorología y las estaciones con la psicopatología. La línea de investigación más destacada en la que está trabajando es la relación entre los trastornos de ansiedad y la patología somática asociada.

Precisamente el dilucidar la presencia y el grado de psicopatología o de estado mental alterado en el comportamiento asesino es uno de los propósitos que tiene esta obra. De hecho, hay buena evidencia de que el porcentaje de crímenes directamente debidos a la enfermedad mental es bastante pequeño.

Entre bastidores aparece aquí uno de los temas estrella de la moralidad humana: el mal. Sobre él han escrito muchos autores desde Baudelaire (*Las Flores del Mal*), Herman Hesse (*Demian*), Manuel Vicent (*La balada de Caín*) o más científicamente el clásico Zimbardo (*El efecto Lucifer*) o más recientemente Adolf Tobeña (*Neurología de la maldad*).

Pero, ¿qué es el mal? ¿qué es eso que nos impulsa a matar al otro? Una mujer violada que mata al violador ¿está procediendo con maldad? Un asesino en serie o un terrorista «religioso» ¿está actuando con maldad? Como vemos, esa conducta intencionada aniquiladora del «otro» tiene diferentes grados que conviene saber y calibrar.

Precisamente para ello Michael Stone, reputado psiquiatra forense, describió una «escala de maldad» que puede resultar útil para dilucidar las dimensiones de esta temperatura del mal. Empieza con los casos de autodefensa en cuyo caso la maldad es casi inexistente. Le siguen los casos de celos y odio que ya implican ingrediente de maldad, sea individual o producto de obediencia colectiva. Los siguientes crímenes están formados por furiosos reprimidos, grandes celosos/as y se añaden aquí también los vengadores y sicarios asociados. La escala termina con los más propiamente psicopáticos, que incluyen torturadores y sádicos que parecen regocijarse en ese empeño malvado.

Pero hay otro elemento peculiar en el asesinato (como en el mal), que es su sorprendente capacidad de atracción. Repasaba, al escribir estas líneas, las series más seguidas en los multicanales de la

moderna televisión y los más vistos incluyen asesinatos cocinados y servidos en diferentes formas; incluso algunos casi salpicando al espectador para su mayor embeleso.

Efectivamente hay un atractivo fascinante hacia el malo. Por ejemplo, Fernando Fernán Gómez dijo que toda su vida había perseguido el ideal de mujer de Marlene Dietrich, porque era mala e inquietante. También se cumple a menudo el tópico de que a los hombres les gustan las chicas malas, las que les machacan, las inaccesibles y, a su vez, a muchas mujeres también les atrae la osadía, la infamia y la perversión del malo.

Sabemos cada día un poco más sobre este complejo, pero atávico, comportamiento humano. En muchos casos ese aparato de «guerra final» de nuestro cerebro se activa ante la percepción de que el «otro» le ha causado daño o supone una amenaza a su integridad o a la de un ser próximo. Aquí conviene recordar los dos grandes miedos humanos: primero, el ser invadido, atacado o debilitado y el segundo el ser despreciado, abandonado o ignorado. Ambos tienen la sagrada misión de protegernos de la vivencia de impotencia. Precisamente la experiencia de impotencia tiene la llave que activa a nuestro cerebro de guerra final.

Veamos pues estas dos avenidas. Ante el acecho al primer miedo, es decir ser invadido, atacado o destruido, cabe defenderse con herramientas individuales, colectivas e incluso reponerse en la misma escena. Sin embargo, esa puerta puede generar fuertes comportamientos de defensa, que pueden llevar con rapidez al crimen si la persona es muy sensible a la señal de ser atacado (¡cuidado con eso!) o si su estrategia primaria es «la mejor defensa es un buen ataque». Pero más problemática es la segunda puerta de miedo, es decir ser apartado, ignorado o despreciado. Aquí cuesta mas defenderse ya que la amenaza es precisamente el alejamiento, el abandono y el desamor. Todos

ellos son grandes gatillos de la percepción de impotencia que dispara al cerebro aniquilador. La mayor parte de los crímenes pasionales transcurren por esta segunda puerta.

Es útil conocer en uno mismo estos dos mecanismos de miedo ya que tienen el resorte de activar la impotencia ya sea abrupta o sostenida y con ello nuestro cerebro asesino. Entender esos circuitos y darles más dosis de cerebro racional es parte de nuestra maduración. En particular hemos de cuidar el segundo, es decir el miedo al rechazo, al engaño y a no ser querido, ya que en nuestra vida eso nos pasa y nos pasará y es preciso tener bien canalizado el recurso a nuestra fortaleza intrínseca y no sólo a la fortaleza que depende de que nos digan lo buenos o lo guapos que somos.

La maldad solo aparece ante situaciones en que se dirime poder, ya sea real o imaginado. Por eso el no poder (la impotencia) es esa bomba armada que nos puede estallar dentro, pero matando al otro. Algo sutilmente distinto ocurre en los casos del asesino psicópata portador de una extraña frialdad o del asesino afecto de un trastorno mental (recordemos que son los menos frecuentes),ya que entonces los mecanismos son mas estereotipados alrededor de esa circunstancia mental.

Para los casos más o menos complejos de toda esa escala de maldad asesina que citábamos antes, libros como el que tienen en sus manos les van a ilustrar de una manera vívida y experta como caracteriza la gran capacidad docente del Profesor Bernat-N. Tiffon.

Barcelona, septiembre 2019

6 PROEMIO

Dr. Ricardo Rodríguez Fernández[12, 13]
Doctor en Derecho
Académico Correspondiente de la Academia de Jurisprudencia y Legislación
Magistrado
Consultor Internacional

12 **Contacto:**

Mail de contacto: ricardo.rodriguezfernandez@yahoo.es

13 **Acerca del autor:**

- Doctor en Derecho.
- Experto en Derecho Comunitario.
- Magistrado, ex Letrado de la Administración de Justicia y ex Letrado del Gabinete Técnico del Tribunal Supremo –Sala Segunda–.
- Académico Correspondiente de la Academia de Jurisprudencia y Legislación.
- Cooperador internacional designado por AECID (Ministerio AA.EE. de España) como por la Unión Europea.
- Autor prolífico de libros y más de sesenta monografías y artículos sobre el proceso penal y derecho penal.
- Director de numerosos cursos y ponente en temas de Derecho Procesal Penal y Derecho Penal en numerosas instituciones (Academias de Policía Nacional y Policía Local, Colegios de Abogados, Colegios de Mé-

El Dr. Bernat-N. Tiffon publica un ATLAS PRÁCTICO-CRIMINOLÓGICO DE PSICOMETRÍA FORENSE dividido en cuatro volúmenes dedicados, respectivamente, a asesinatos, tentativas de asesinato, parafilias y agresiones sexuales a adultos y, por último, parafilias y agresión sexuales a menores. Se trata de una magnífica y muy útil recopilación de casos prácticos de medición psicométrica forense de perfiles de asesinos, de sujetos que han perpetrado tentativas de asesinatos y de perfiles de sujetos que han perpetrado agresiones sexuales de adultos o de menores.

Va dirigida esta magna obra a psicólogos clínicos, médicos forenses, psiquiatras, médicos generales y a aquellos juristas que tengan especial interés en la Psicología Forense. La intencionalidad del autor con la publicación de la presente obra va orientada a que tanto el alumno como el profesional que se dedica a esta área de la Psicología Forense y Criminal puedan disponer, a modo de ejemplo, la forma de tratar los datos psicométricos obtenidos con relación a una causa judicial y que se han de reflejar en un informe pericial forense psi-

---

dicos, Universidades públicas y privadas –Complutense, Deusto, Alfonso X El Sabio, Rey Juan Carlos, RCU María Cristina, UNIR, etc.–).

- Cooperador internacional, tanto por la (FIIAPP, Unión Europea) como por la AECID (Ministerio español de AA.EE.), realzando Asistencias Técnicas, Informes Ejecutivos y dirigiendo Cursos y Talleres para los Órganos Judiciales en Egipto, Panamá, Perú, Costa Rica, etc.
- Ex Vocal del Consejo Académico de la Academia de Policía de la Comunidad de Madrid, vocal Tribunal Oposiciones, Socio de Honor de varias Asociaciones y Fundaciones, Caballero de Yuste, Ex Secretario-Tesorero de la Sección Española de la Asociación Internacional de Derecho Penal (AIDP), poseyendo varias condecoraciones, tales como Medalla de la INTERPOL, Medalla al Mérito Policial con distintivo blanco.

cológico, lo que es loable, por cuanto en nuestro mercado editorial actual no existente la presencia de manuales específicos de interpretación psicológico-psiquiátrico y/o psicopatológico de casuística de la especialidad forense.

Tiene el autor una dilatada experiencia en profesional y, en lo que ahora nos atañe, en el campo de la prueba pericial psicológica, conoce los problemas que la misma plantea a diario y lo los aborda con notoria claridad y sencillez. En efecto, la exposición tan clara de estos casos clínicos hace que este atlas sea útil a todos los interesados, sean psicólogos, médicos o juristas, incluso a los no iniciados, haciéndoles comprender con precisión las cuestiones que el derecho plantea a los psicólogos y en qué medida la psicología puede contribuir a la solución del caso planteado en los Tribunales enjuiciadores y sentenciadores.

Debe destacarse que la prueba pericial psicológica va dirigida a quienes la solicitan, siendo éstos, fundamentalmente, Magistrados, Jueces y miembros del Ministerio Fiscal, los cuales la analizan con la finalidad de adoptar distintas y posibles decisiones frente al individuo peritado. Son con frecuencia los peticionarios de tal prueba los letrados de las partes –acusación, pero, especialmente, la defensa que busca una exención o, al menos, una atenuación de la pena– e incluso criminólogos que necesitan estos trabajos para dirigir sus actuaciones profesionales. También puede ser destinatario último el Tribunal del Jurado, lo que debe tenerse en cuenta a la hora de la elaboración y exposición, que debe ser muy clara y sencilla toda vez que sus miembros son legos en derecho –por Ley– y seguramente también en medicina.

Afirmado lo anterior debemos también destacar que, en la historia reciente, el contacto entre el derecho y la psicología forense no

ha estado exento de conflictos. Frente a la natural desconfianza con que el jurista y, más específicamente, el juzgador (órgano judicial unipersonal o colegiado) se aproxima a la prueba pericial médica, en el caso de la prueba pericial psicológica (y también psiquiátrica) con frecuencia se produce un auténtico desconcierto. Como afirmaba el maestro forense Dr. Ortiz Valero (*Lecciones de Psiquiatría Forense*, Ed. *Comares*, 1998, pág. 2) «*el juez considera que sólo puede apoyarse en la confianza científica y ética que le ofrece el perito. En estos casos, no hay una articulación anquilosada, la pérdida de un miembro, una cicatriz o, en fin, elementos que el juez puede conocer directamente. Por el contrario, se habla de alucinaciones, delirios y otra serie de hallazgos psicopatológicos cuyo significado, cuando menos, es confuso para el profano, y cuya existencia real difícil de comprobar personalmente por el jurista*». Y si a lo anterior se suma la escena, tan común en el campo de la psiquiatría y psicología forense –en general en todas las periciales médicas– de varios peritos que llegan, ya no solo a conclusiones médico legales diferentes, sino incluso a diagnósticos contradictorios, convirtiendo la Sala de Vistas en un campo de batalla improvisado, donde el cruce mutuo de descalificaciones utilizando argumentos científicos o pseudocientíficos totalmente desconocidos para el jurista, puede incluso resultar divertido y a veces desagradable debiendo poner orden en la Sala, pero, en todo caso, descorazonador para quien tiene que decidir sobre la vida y bienes de alguien en virtud de tales evaluaciones, esto es, el Juez o Magistrado.

Y por eso es tan importante una obra como la del Dr. Bernat-N. Tiffon, donde se recogen, analíticamente, los casos clínicos en los que ha intervenido, clasificándolos por materias, sin comentarios o aditamento alguno, para que, el jurista –Juez o Magistrado, letrado o, incluso, los peritos– puedan a la vista de los mismos y en comparación con el que se plantea ante él, llegar a una conclusión o, al menos, te-

ner una base científica sobre la que preguntar al perito o concluir la concurrencia de alguna eximente o circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal en el acusado… o no.

Cierto es que el progreso científico de la medicina y psicología –muy especialmente de las neurociencias– ha sido prodigioso en los últimos años, pero intentar comprender por completo el funcionamiento de la mente humana normal y tanto más la patológica, sigue siendo una utopía. No obstante, las nuevas técnicas de neuroimagen, las modernas exploraciones neurofisiológicas, etc. dan un soporte de base neurobiológica a lo que antes eran simple y solamente apreciaciones clínicas. De igual forma se ha venido imponiendo instrumentos de medida y normas clasificatorias de trastornos y enfermedades que permiten definir con nitidez el estado del peritado y que todos los peritos puedan utilizar una nomenclatura nosológica equivalente (especialmente el DSM –actualmente la versión V– y el CIE-10), lo que, sin duda alguna, agradece enormemente el Tribunal enjuiciador y, a la postre, sentenciador... y lo afirmo con conocimiento de causa.

No debemos desconocer que el uso incorrecto de pruebas y test de los que los Tribunales desconocen la realidad de su fiabilidad y confianza, y que los lleva a asumir equivocadamente los resultados como algo objetivo y científicamente demostrado, en detrimento de la impresión clínica, es más frecuente de lo que, a primera vista, podríamos creer. Así lo refleja muy bien el citado Dr. Ortiz Valero (1998, 3) al reseñar que «*el uso de test neuropsicológicos, la evaluación neurofisiológica, los test psicométricos o diagnósticos, las escalas clínicas para diversos procesos, no deben entenderse como elementos aislados, sino en el contexto del enfermo. La selección de pruebas diagnósticas y de otro tipo a las que sometemos al paciente ha de ser adecuadamente establecida y utilizarlas como un argumento más, no como argumento único y principal del diagnóstico*» y, concluye, «*es importante que los juristas entiendan esto*

y tengan la misma sana crítica al resultado de un test que a la impresión clínica del médico».

Y por ello, el autor –como recoge en el decálogo interpretativo del Atlas– procede a analizar los patrones clínicos de la personalidad psicológico y/o psicopatológicamente, y no a analizar psicológicamente los síndromes clínicos ni las patologías graves de la personalidad, ya que se supone que los lectores de esta obra «*son diestros en Psicología/Psiquiatría/Psicopatología clínica y que son conocedores de la fenomenología clínico-sintomatológica de las distintas entidades clínicas nosológicas*», pero ello no es óbice de que es necesario, para la existencia de una impresión clínica, o al menos para afianzarla y tener mayor seguridad en su manifestación en la pericia médica y/o psicológica ante los Tribunales, con la práctica necesaria de este tipo de pruebas y test, reconocidos internacionalmente, siendo, pues, muy útil este Atlas de Psicometría Forense que le permite al perito comparar y analizar el caso objeto de pericia con los ya examinados por el Dr. Bernat-N. Tiffon.

En suma, magnífica y magna obra que pensamos que contribuye a facilitar la realización de las pruebas periciales psicológica y/o psiquiátrica y a elevar la calidad de las mismas, por lo que, sin duda, va a ser un atlas de referencia y consulta en Centros médicos, Gabinetes Psiquiátricos, Despachos de abogados, Juzgados y Tribunales.

Para finalizar, solo me queda felicitar al Dr. Bernat-N. Tiffon, de ya larga trayectoria profesional (Licenciado en Psicología –UB– y Doctor «Cum Laude» en Medicina Legal y Forense –UB–, Psicólogo General Sanitario –PGS Habilitado–, Diplomado en Estudios Avanzados –DEA– en Medicina Legal y Forense –UB–, Máster en Psicopatología Clínica, Legal y Forense por la URV de Tarragona, Experto en Psicología Forense acreditado –COPC–, así como profesor de Psicolo-

gía Criminal y Forense en diversas instituciones públicas y privadas), por esta magnífica obra, ATLAS PRÁCTICO-CRIMINOLÓGICO DE PSICOMETRÍA FORENSE, al haber recogido y clasificado numerosísimos casos clínicos de medición psicométrica forense de perfiles de asesinos y perfiles de sujetos que han perpetrado agresiones sexuales a adultos y menores.

Madrid, a 31 de julio de 2019

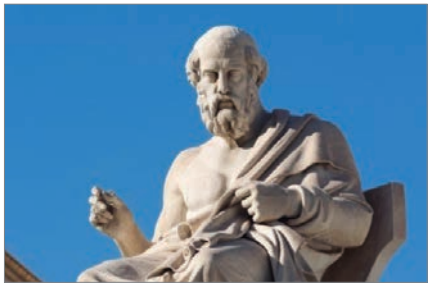
7 CRONOLOGÍA DE LA EVOLUCIÓN DE LA PSICOMETRÍA[14, 15]

Dr. Bernat-N. Tiffon
Psicólogo Forense y Psicólogo General Sanitario (PGS Habilitado)
Profesor de Psicología Jurídica y Forense de la UAO y de ESERP
Business School & Law School. Miembro de Honor y Responsable de Admisiones
del Consejo Superior Europeo de Doctores y Doctores Honoris Causa (CONSEDOC)

CRONOLOGÍA: 427-347 a. C.

AUTOR: Platon

IMAGEN DEL AUTOR:



14 Referencia extraída en fecha de 06.06.2019 (y aumentada): https://www.timetoast.com/timelines/historia-y-antecedentes-de-la-psicometria

15 Cohen, R.J. y Swerdlik, M.E. (2006). *«Pruebas y evaluaciones psicológicas: introducción a las pruebas y a la medición»*. 2ª Edición Español. McGraw-Hill. México. (Fuente: https://www.preceden.com/timelines/28427-historia-de-la-psicometr-a (extraído en fecha de 23.06.2019).

APORTACIÓN TEÓRICA:

Realiza una clasificación de las diferencias entre los seres humanos empleando una escala basada en los valores del oro, plata, hierro y latón, estableciendo los primeros somatotipos.

Platón en *«La República»* sugiere que las personas deben trabajar en empleos dependiendo de sus capacidades y habilidades localizadas en diferentes partes del cuerpo como la razón en la cabeza, el valor en el pecho, y el apetito en el abdomen.

CRONOLOGÍA: 384-322 a. C.

AUTOR: Aristoteles

IMAGEN DEL AUTOR:

APORTACIÓN TEÓRICA:

En su obra «Sobre el Alma», señala: es necesario investigar la naturaleza esencial del alma (*«busca examinar e investigar primero la naturaleza esencial del alma, y luego sus atributos»*).

Consideraba el corazón como *«el centro de la inteligencia»*.

CRONOLOGÍA: 1224/1225-1274

AUTOR: Santo Tomás de Aquino

IMAGEN DEL AUTOR:

APORTACIÓN TEÓRICA:

Decide seguir el legado de Aristóteles y concentrarse en el estudio de las características y generalidades de la naturaleza humana, dejando de lado las diferencias individuales. algunas de ellas esbozadas en su libro «*La Suma Teológica*» (1252).

CRONOLOGÍA: 1529-1588

AUTOR: Juan Huarte de San Juan

IMAGEN DEL AUTOR:

APORTACIÓN TEÓRICA:

Escribió el famoso «Examen de ingenios para las ciencias» (1575) en el cual sugiere pruebas mentales formadas y define la

inteligencia como la facilidad para aprender de un maestro. Es considerada una obra precursora de tres ciencias: la psicología diferencial, la orientación profesional y la eugenesia.

También hace interesantes aportaciones a la Neurología, Pedagogía, Antropología, Patología y Sociología. En ella se propuso mejorar la sociedad, seleccionando la instrucción adecuada a cada persona según las aptitudes físicas e intelectuales derivadas de la constitución física y neurológica específicas de cada una.

Se le considera el *pseudopatrón* (ya que no está canonizado por la Iglesia católica) de las Facultades de Psicología de las universidades españolas[16].

CRONOLOGÍA: 1599

AUTOR: El Ratio Studiorum

IMAGEN DEL AUTOR:

16 https://es.wikipedia.org/wiki/Juan_Huarte_de_San_Juan (fuente extraída en fecha de 23.06.2019).

APORTACIÓN TEÓRICA:

Se convierte en la primera guía curricular que establece reglas para la realización de los exámenes escritos, (estandarización en la realización de pruebas).

CRONOLOGÍA: 1655-1728

AUTOR: Thomasius

IMAGEN DEL AUTOR:

APORTACIÓN TEÓRICA:

Autor del *«Ensayo sobre la esencia del espíritu humano»* (1699), en el que resalta el uso favorable de los datos cuantitativos para obtener conocimiento de la mente humana.

Plantea cuestiones sobre el binomio cuerpo-mente, y exploradas por el filósofo Pierre desde el punto de vista más gráfico.

Se sitúa en una línea empirista al afirmar que la experiencia es la fuente del conocimiento y los sentidos señalan los límites de nuestro conocimiento.

CRONOLOGÍA: 1740

AUTOR: Las Raíces de la Psicometría

APORTACIÓN TEÓRICA:

Entre 1740 a 1880 es el periodo de preparación del escenario de la psicometría, Pinel desde Francia, Tuke desde Inglaterra y Rush desde EU, invirtieron esfuerzos por el mejoramiento en el diagnóstico y tratamiento de los enfermos mentales;

asimismo, Horace Mann promovió los exámenes escritos formales, sucesos la puesta en funcionamiento del primer laboratorio de psicología (1879) y el reconocimiento de la psicología como ciencia, fueron los más destacables de este periodo.

CRONOLOGÍA: 1745-1826

AUTOR: Philippe Pinel

IMAGEN DEL AUTOR:

APORTACIÓN TEÓRICA:

Escribió la clasificación de las enfermedades mentales, estableciendo con ella los fundamentos del diagnóstico psiquiátrico moderno (1798).

Las ideas de Pinel, continuadas por Esquirol, originaron la legislación psiquiátrica francesa de 1838, que permaneció vigen-

te hasta 1990. Tuvieron gran influencia en la psiquiatría y en el tratamiento de los enajenados mentales no solo de su época, sino también de las generaciones siguientes, tanto en Europa como en EE. UU[17].

CRONOLOGÍA: 1772-1840

AUTOR: Jean Etienne Dominique Esquirol

IMAGEN DEL AUTOR:

APORTACIÓN TEÓRICA:

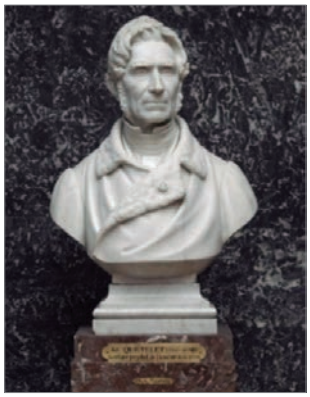
Fiel a los conocimientos adquiridos de Pinel, continuó con los estudios de las enfermedades mentales y clasifica dos tipos de demencia y define la forma de diagnosticar la melancolía y las monomanías, además de establecer la separación conceptual entre alucinación e ilusión (1817).

17 https://es.wikipedia.org/wiki/Philippe_Pinel (fuente extraída el 23.06.2019).

CRONOLOGÍA: 1796-1874

AUTOR: **Lambert Adolphe Jacques Quetelet**

IMAGEN DEL AUTOR:



APORTACIÓN TEÓRICA:

Es reconocido como uno de los padres de la Estadística moderna, además de su aplicación a las ciencias sociales. En su ensayo sobre física social *«Sobre el hombre y el desarrollo de las facultades humanas»* (1835) explica como aplicó el método estadístico al estudio de la sociología y la criminología.

CRONOLOGÍA: 1758-1828

AUTOR: **Franz Joseph Gall**

IMAGEN DEL AUTOR:

APORTACIÓN TEÓRICA:

A través de los estudios realizados mediante la Frenología logro indicar que las personas que poseían características criminales poseían una forma similar del cráneo (1839).

Gall fue el primero en identificar a la materia gris como tejido activo (somas neuronales) y a la sustancia blanca (axones) como tejido conductor.

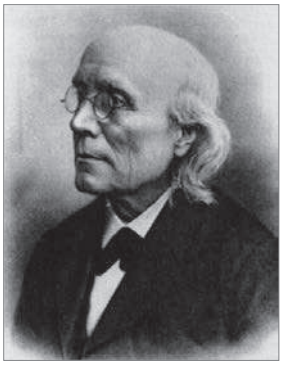
Gall creía que las mediciones precisas conducían al entendimiento.

Realizó mediciones de cráneos de diferentes individuos y consideraba que las características mentales específicas estaban relacionadas con protuberancias particulares del cráneo.

CRONOLOGÍA: 1801-1887

AUTOR: Gustav Theodor Fechner

IMAGEN DEL AUTOR:



APORTACIÓN TEÓRICA:

Es conocido por darle una forma matemática a la ley propuesta por Weber. Fechner explora la forma en cómo las personas responden a estímulos como la luz y el sonido.

En 1860, fórmula una ecuación para cuantificar la relación entre un estímulo físico y la sensación asociada:

$$S = c * logR.$$

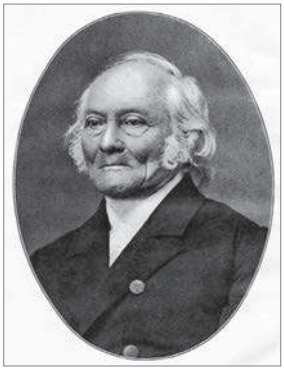
dónde S es el valor de la sensación, R es uno de los estímulos, y c una constante que varía de estímulo a estímulo. Esta ecuación se conocería como *Ley de Weber-Fechner*.

También propuso la división de las sensaciones y fue el inicio formal de la psicología experimental.

CRONOLOGÍA: 1795-1878

AUTOR: Ernst Heinrich Weber

IMAGEN DEL AUTOR:



APORTACIÓN TEÓRICA:

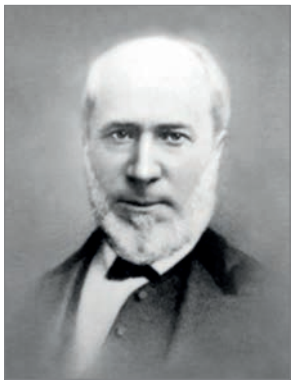
Considerado como uno de los fundadores de la Psicología Experimental. Para Weber, las personas detectan diferencias entre los estímulos. Sus estudios sobre la sensación y el tacto, junto con su énfasis en las buenas técnicas experimentales dieron paso a nuevas direcciones y áreas de estudio de los futuros psicólogos, fisiólogos y anatomistas.

Padre de la llamada «*Ley de Weber-Fechner*» (1860).

CRONOLOGÍA: 1812-1880

AUTOR: **Édouard Séguin**

IMAGEN DEL AUTOR:



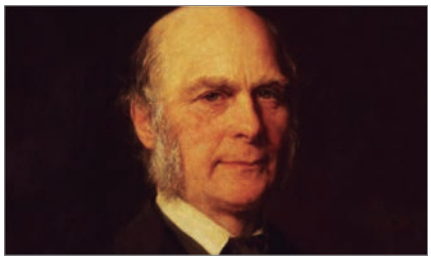
APORTACIÓN TEÓRICA:

Dedico sus estudios al trabajo con niños mentalmente discapacitados y publica el «El tratamiento moral, higiene y educación de los niños con retrasos» (1846), el cual es considerado el tratado más fundamental y temprano de las necesidades especiales de niños con discapacidades mentales, asimismo, «Idiocidad: y su Tratamiento por el Método Fisiológico» en el que describe los métodos diagnósticos y la clasificación a estos trastornos (1866).

CRONOLOGÍA: 1822-1911

AUTOR: **Francis Galton**

IMAGEN DEL AUTOR:



APORTACIÓN TEÓRICA:

Es considerado el fundador de la Psicometría (1884).

Padre de la Psicología Diferencial, se centra en el establecimiento de las diferencias individuales llegando a la medición y descripción de las características humanas.

Galton apoyaba la idea de que el comportamiento humano se debe a la herencia, pero a su vez también consideraba que el comportamiento humano tenía que ver, además, con la condición ambiental, por lo que crea numerosas pruebas de agudeza sensorial, discriminación y tiempos de reacción, para probar su teoría, propone el diagrama de distribución bivariada e influye en el matemático Karl Pearson en el invento del coeficiente de correlación.

CRONOLOGÍA: 1832-1920

AUTOR: Wilhelm Wundt

IMAGEN DEL AUTOR:

APORTACIÓN TEÓRICA:

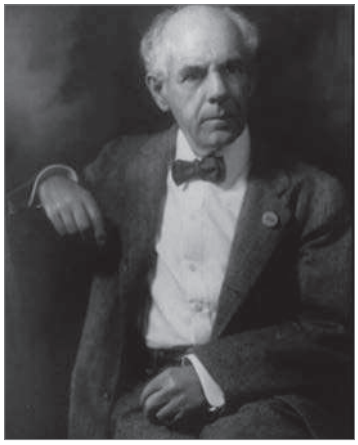
Abre el primer laboratorio de psicología experimental en Leipzig (1879), es considerado el *Padre* de la Psicología Experimental, contribuye en la estandarización de la precisión de la medición.

Desde entonces, que la Psicología es considerada como una Ciencia; y no, como rama filosófica.

CRONOLOGÍA: 1860-1944

AUTOR: James McKeen Cattell

IMAGEN DEL AUTOR:



APORTACIÓN TEÓRICA:

Influido por el enfoque experimental de Wundt y el pragmatismo de Galton, fue el primero en utilizar la palabra Test o «*prueba mental*» en una publicación.

Estudió las diferencias individuales mediante la aplicación de tests psicológicos, realizó pruebas de inteligencia y personalidad y los primeros procesos de selección.

Además, elaboró el primer test de inteligencia, estableció los fundamentos para la medición mental y creo nuevos métodos de análisis estadístico (1890).

CRONOLOGÍA: 1850-1909

AUTOR: Hermann Ebbinghaus

IMAGEN DEL AUTOR:

APORTACIÓN TEÓRICA:

Estudioso de la memoria y su medida.

Fue pionero en evaluaciones de laboratorio con pruebas objetivas sobre la presentación de estímulos mediante diferentes aparatos e instrumentos.

En 1897 publicó un método para probar la capacidad mental de los niños en la escuela (*«El Test de Terminación»*).

CRONOLOGÍA: 1904

AUTOR: El Florecimiento de la Psicometría

APORTACIÓN TEÓRICA:

Durante 1904 y 1940 aparecen las primeras pruebas y que aún se siguen empleando en la actualidad, especialmente aquellas para medir la capacidad mental y la personalidad, se crea también, el primer test de inteligencia, el cual se convierte en la primera escala de medida estandarizada.

CRONOLOGÍA: 1857-1911

AUTOR: Alfred Binet

IMAGEN DEL AUTOR:

APORTACIÓN TEÓRICA:

Se le conoce por su esencial contribución a la Psicometría y a la Psicología Diferencial como diseñador de la prueba de predicción del rendimiento escolar, en colaboración con Théodore Simón, que fue base para el desarrollo de los sucesivos tests de inteligencia.

Desarrolla la Escala de Binet (1905), la cual evalúa el juicio, la comprensión y el razonamiento.

Realiza su primera aportación sobre el estudio de las funciones sensoriales, perceptivas y motoras.

Emite el primer concepto claro de «diagnóstico psicológico» basado en tres métodos complementarios:

1. El examen médico: explora lo físico y lo fisiológico.
2. El examen escolar: analiza el aprendizaje desarrollado.
3. El diagnóstico psicológico: donde hace referencia al primer test de inteligencia.

CRONOLOGÍA: 1869-1962

AUTOR: Robert S. Woodworth

IMAGEN DEL AUTOR:

APORTACIÓN TEÓRICA:

En 1906, por solicitud de la APA crea la Hoja de Datos Personales de Woodworth (WPDS), que ha sido llamada la primera prueba de personalidad.

Fue una prueba de estabilidad emocional para medir la susceptibilidad de un soldado basado en los casos existentes del trastorno.

En 1921 publicó su primera obra, llamada «Psicología: Un estudio de la vida mental»; y, en 1938, «Psicología Experimental», en la que trabajó durante casi veinte años, y ambas obras se convirtieron en los textos definitivos para miles de estudiantes de psicología.

CRONOLOGÍA: 1877-1956

AUTOR: Lewis Terman

IMAGEN DEL AUTOR:

APORTACIÓN TEÓRICA:

Es conocido por haber editado el primer test de inteligencia: extensamente aplicado en EE. UU (la Escala Stanford-Binet), convirtiéndose en la 1ª prueba estandarizada, el cual es empleado como herramienta de ayuda en la clasificación de niños con deficiencias mentales (1916).

Hoy día aún se emplea dicha prueba, como examen de inteligencia general para adultos y niños; convirtiéndose en el aporte más conocido de la psicología al mundo.

Terman aprobó la sugerencia de William Stern de que se aceptara como cociente de inteligencia o CI la fórmula (edad mental / edad cronológica) x 100.

La mayoría de los exámenes de inteligencia modernos calculan el cociente de inteligencia de manera diferente.

En 1921 puso en marcha un programa a largo plazo para el estudio de los niños prodigio. Encontró que los niños superdotados no encajaban en los estereotipos existentes a menudo asociados con ellos: no eran débiles y enfermizos inadaptados sociales, sino que de hecho eran generalmente más altos, con mejor salud, mejor desarrollo físico, y una mejor adaptación social que los demás niños.

CRONOLOGÍA: **1876-1956**

AUTOR: **Robert Mearns Yerkes**

IMAGEN DEL AUTOR:

APORTACIÓN TEÓRICA:

Como Presidente de la Asociación de Psicología Norteamericana, elaboró la 1ª prueba colectiva basada en las pruebas de Binet, con el fin de ser empleadas en el reclutamiento de soldados para la Primera Guerra Mundial (1917).

Como jefe del comité de exámenes psicológicos de reclutamiento, desarrolló los tests de inteligencia Alfa y Beta, el segundo de ellos de tipo no verbal, que se aplicó a más de un millón de soldados durante la guerra.

CRONOLOGÍA: 1886-1964

AUTOR: Arthur S. Otis

IMAGEN DEL AUTOR:

APORTACIÓN TEÓRICA:

Diseñó en 1918, la 1ª versión de los *tests OTIS*, denominado *OTIS Group Intelligence Scale, Primary&Avanced*, esta se conoce

como una de las pruebas pioneras de lápiz y papel, de tipo verbal, colectivo para apreciar la capacidad de adaptar su pensamiento a nuevas exigencias.

Dicha prueba se considera el 1er. instrumento científicamente confiable para las pruebas de inteligencia de sujetos en grupos.

Creó las pruebas OTIS ALFA (para sujetos alfabetos) y las OTIS BETA (para sujetos analfabetos).

CRONOLOGÍA: 1884-1922

AUTOR: Hermann Rorschach

IMAGEN DEL AUTOR:

APORTACIÓN TEÓRICA:

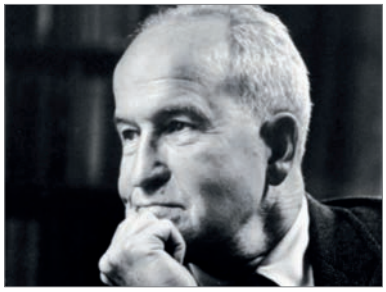
Rorschach, Psiquiatra suizo, publica ensayos sobre como las obras de arte de los pacientes pueden ofrecer percepciones valiosas sobre la personalidad. En 1921, publica su monografía, «*Psychodiagnostics*», en dónde expone «*La prueba de Manchas de tinta de Rorschach*».

Para dicha prueba se usa una técnica de medida de la personalidad (normal y patológica) a partir de la interpretación de manchas de tinta, y su examen psicodinámico le hace ser un pionero del modelo dinámico (de origen psicoanalítico, dada la moda freudiana de la época de entonces).

CRONOLOGÍA: 1893-1988

AUTOR: Henry Alexander Murray

IMAGEN DEL AUTOR:



APORTACIÓN TEÓRICA:

De mismo modo que Rorschach, Henry Murray originó también la prueba para la evaluación de la motivación inconsciente conocida como *El Test de Apercepción Temática (TAT) de Murray*.

CRONOLOGÍA: 1896-1981

AUTOR: **David Wechsler**

IMAGEN DEL AUTOR:

APORTACIÓN TEÓRICA:

Wechsler, es mejor conocido por sus Tests de Inteligencia: La Escala de Inteligencia para Adultos (WAIS) fue desarrollada por primera vez en 1939 y fue llamada entonces el Wechsler-Bellevue Intelligence Test. De esta 1ª escala se derivó la Escala Wechsler de Inteligencia para Niños (WISC), creada en 1949. De su prueba se extra el Cociente Intelectual (CI).

CRONOLOGÍA: 1902-1970

AUTOR: **John Carlyle Raven**

IMAGEN DEL AUTOR:

APORTACIÓN TEÓRICA:

Creo en 1938, la prueba de Matrices Progresivas que lleva su nombre (Raven). Prueba que tiene por objeto medir el factor «G» de inteligencia y al que hace referencia a la inteligencia general que condiciona cualquier ejecución o resolución de problemas, y es común a todas las habilidades que requieran de un componente intelectual. Este factor evidencia la habilidad de una persona a la hora de realizar un trabajo intelectual.

CRONOLOGÍA: 1903-1996

AUTOR: Harold Gulliksen

IMAGEN DEL AUTOR:

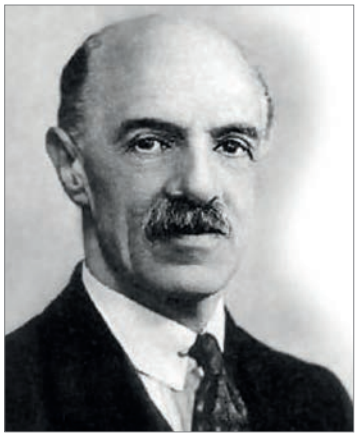
APORTACIÓN TEÓRICA:

Pionero en Psicometría.

CRONOLOGÍA: 1863-1945

AUTOR: Charles Spearman

IMAGEN DEL AUTOR:



APORTACIÓN TEÓRICA:

En 1904, Spearman consideraba que la inteligencia es una capacidad general que implica principalmente la deducción de relaciones y correlatos.

En 1923, creó el concepto de «Factor G» de la Inteligencia.

En sus escritos, The Abilities of Man (1927), Creative Mind (1930) y Psychology Down the Ages(1937), formula la teoría de que la inteligencia se compone de un factor general y otros específicos.

Creyó en la existencia de un factor general que interviene en todas las fases de la conducta humana y atribuyó a las capacidades específicas papel determinante en cada actividad. Siendo sus aportes a la psicometría completamente teóricos en el procesamiento de datos. A su vez, Spearman y Pearson desarrollaron métodos correlacionales permitiendo la construcción de instrumentos de evaluación. Ambos fueron importantes pioneros del modelo psicométrico del rasgo.

CRONOLOGÍA: 1887-1955

AUTOR: **Louis Leon Thurstone**

IMAGEN DEL AUTOR:

APORTACIÓN TEÓRICA:

En 1931, crea la técnica estadística del análisis factorial múltiple en Psicometría.

Es el creador de la Escala Thurstone (1938), prueba de habilidades mentales primarias que constaban de varias subpruebas independientes.

Establece la Ley del Juicio Comparativo y la Ley del Juicio Categórico, que consiste en un sistema de ecuaciones que permiten estimar el valor de un conjunto de estímulos (1928).

CRONOLOGÍA: **Hathaway (1903-1984); McKinley (1891-1950)**

AUTOR: **Starke R. Hathaway y J. C. McKinley**

IMAGEN DEL AUTOR:

APORTACIÓN TEÓRICA:

El MMPI original fue desarrollado a finales de 1930 y principios de 1940, publicándose su forma final en 1942 por Hathaway y McKinley. Es una de las pruebas de personalidad más usadas en el campo de la salud mental. Su diseño está enfocado a la identificación del perfil de personalidad y la detección de psicopatologías.

CRONOLOGÍA: **1896-1980**

AUTOR: **Jean Piaget**

IMAGEN DEL AUTOR:

APORTACIÓN TEÓRICA:

Desarrolla los métodos de evaluación infantil (1947).

Piaget define la inteligencia como un término genérico que indica formas superiores de organización y por las que hay que ir superando por etapas (infanto-adolescente) en cada momento psicobiológico y psicobiográfico del sujeto.

CRONOLOGÍA: 1899-1994

AUTOR: Nancy Bayley

IMAGEN DEL AUTOR:

APORTACIÓN TEÓRICA:

Publicó, en 1954, la *Escala de Desarrollo Infantil de Bayley* para el desarrollo de bebés y niños pequeños, elaborada para evaluar el desarrollo de las funciones cognitivas y motoras en menores y deriva en un Cociente de Desarrollo (DQ); en lugar de un Cociente de Inteligencia (CI).

Esta Escala parte de la consideración de que la inteligencia evoluciona a lo largo del desarrollo del niño.

CRONOLOGÍA: 1889-1968

AUTOR: Edgar Arnold Doll

IMAGEN DEL AUTOR:

APORTACIÓN TEÓRICA:

Publica en 1958 la *Escala de Madurez Social* de Vineland, con el fin de determinar la edad de madurez social y evaluar retrasos y disfuncionalidades del desarrollo con énfasis en la evaluación de Conductas Adaptativas.

Esta escala se usó en todo el mundo y se tradujo a docenas de idiomas.

CRONOLOGÍA: 1980

AUTOR: Consolidación de la Psicometría

APORTACIÓN TEÓRICA:

Con el amplio surgimiento de tests para medir la competencia, el rendimiento, la destreza y el desempeño de los atributos del ser humano, con el fin de cuantificar los resultados y que estos pudieran ser evaluados, la psicometría empieza a ser empleada

en múltiples ámbitos de la vida diaria, como empresas, clínicas, educación y hasta para la guerra, iniciando así la creación de textos específicos para cada área.

CRONOLOGÍA: 1928-2006

AUTOR: **John E. Exner**

IMAGEN DEL AUTOR:

APORTACIÓN TEÓRICA:

Pública en 1936 el «*Manual del Sistema Comprehensivo*» que reúne los principios de interpretación del Rorschach.

CRONOLOGÍA: 1928-2014

AUTOR: Theodore Millon

IMAGEN DEL AUTOR:

APORTACIÓN TEÓRICA:

Una de las principales aportaciones de Millon son sus Inventarios Clínicos Multiaxiales (MCMI), diseñados para la evaluación de la personalidad psicopatológica.

El modelo de prueba desarrollado por este autor se ha aplicado tanto a poblaciones normales como clínicas, con un especial énfasis en las segundas, así como a grupos de personas de distintas edades.

Actualmente, el MCMI se encuentra en su 4ª versión, editado en España por Pearson Educación.

CRONOLOGÍA: (1956-X) Años 2000

AUTOR: **Leslie Charles Morey**

IMAGEN DEL AUTOR:

APORTACIÓN TEÓRICA:

Crea el *Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)*, publicado en España por TEA Ediciones), diseñados para la evaluación de la personalidad psicopatológica.

CRONOLOGÍA:

AUTOR: **Seth Grossman**

IMAGEN DEL AUTOR:

APORTACIÓN TEÓRICA:

Aportación de las facetas que llevan su nombre (Grossman) y que complementan la prueba del MCMI-IV (prueba de evaluación de los Trastornos de la Personalidad creada por T. Millon, siendo la última y reciente versión publicada en España en 2018 por la Editorial Pearson Clinical).

8 JUSTIFICACIÓN DEL AUTOR

Dr. Bernat-N. Tiffon
Psicólogo Forense y Psicólogo General Sanitario (PGS Habilitado)
Profesor de Psicología Jurídica y Forense de la UAO y de ESERP
Business School & Law School. Miembro de Honor y Responsable de Admisiones
del Consejo Superior Europeo de Doctores y Doctores Honoris Causa (CONSEDOC)

La presente obra:

1. No es un Manual ni tampoco es ninguna Guía.
2. Por tanto, al no pretender ni ser un Manual ni una Guía; tampoco pretende ser (ni lo es) su objetivo.
3. No es objeto de realizar un *Profiling* (entendido como la investigación de los perfiles criminales a través del análisis de los actos criminales perpetrados); dado que se realiza un análisis psicológico y/o psicopatológico del informado *a posteriori;* es decir,una vez ya ha perpetrado los hechos delictivo-criminológicos y ya ha sido detenido por las fuerzas del orden público e ingresado en centro penitenciario.
4. Va dirigido a profesionales experimentados en la aplicación de los instrumentos y pruebas de evaluación psicológica, psicopatológica y en materia de Salud Mental (Psicólogos/Psiquiatras).

5. Va dirigido a profesionales del ámbito del Derecho (principalmente experimentados en el área jurisdiccional de lo Penal y/o Penitenciario)que presentan curiosidad en materia de delitos de sangre y/o delitos sexuales.

6. Va dirigido a profesionales que puedan tener algún contacto en áreas pertenecientes a la Salud Mental o en áreas del Derecho aplicado.

7. Pretende ilustrar, gráficamente, el estado mental de los sujetos evaluados psicológicamente y canalizar dichos resultados obtenidos aplicándolos en el ámbito de la Psicología Forense.

8. Desde el punto de vista jurídico, la obra pretende ilustrar al Abogado la compatibilidad entre el perfil de Personalidad obtenido y la Circunstancia Modificativa de la Responsabilidad Criminal (CMRC): eximente completa, atenuante o condena.

9. Desde el punto de vista psicológico, la obra pretende ilustrar al profesional de la Salud Mental (Psicólogo/Psiquiatra) –en formato esquematizado, dado no que no es un Manual–, la interpretación psicológica de la gráfica y las consecuencias legales resultantes obtenidas de la materialización de dicha conducta considerada ilícita por los Operadores Jurídicos.

10. Desde el punto de vista clínico, la obra pretende mostrar las gráficas resultantes de ciertos casos que presentan singularidad en la manifestación de la sintomatología fenomenológica de tipo psicológica o psicopatológica.

9 DECÁLOGO INTERPRETATIVO

Dr. Bernat-N. Tiffon
Psicólogo Forense y Psicólogo General Sanitario (PGS Habilitado)
Profesor de Psicología Jurídica y Forense de la UAO y de ESERP
Business School & Law School. Miembro de Honor y Responsable de Admisiones
del Consejo Superior Europeo de Doctores y Doctores Honoris Causa (CONSEDOC)

1. La personalidad de un sujeto nunca es un error; de existir algún error, viene derivado de la prueba y/o instrumento de evaluación psicológica.

2. La prueba psicológica siempre ha de cotejarse mediante la celebración de la entrevista del sujeto que responde la prueba.

3. La prueba psicológica es siempre orientativa y complementaria al diagnóstico clínico del sujeto evaluado que emite el clínico.

4. No existe una única forma de interpretar y/o redactar el puntaje obtenido de la gráfica psicológica. De igual modo y, en consecuencia, no existe tampoco una única forma de exponer los resultados cualitativos de las puntuaciones cuantitativas obtenidas.

5. Cualquier forma de exponer los resultados psicológico-interpretativas que se ajuste al perfil obtenido se puede considerar

correcto, mientras que, estos sean inteligibles y se orienten a dicho único objetivo: esclarecer el perfil de personalidad del informado/a[18].

6. Si la interpretación psicológica no corresponde al perfil mental del informado, el punto 1 adquiere su importancia: el error se ubica en las pruebas administradas o en la intencionalidad intrínseca del informado/a (motivos de simulación o trastorno mental agudo); nunca en la genuina personalidad del informado.

7. Derivado de lo anterior, si la interpretación psicológica no responde al perfil psicológico del informado, habrá que analizar qué origina dicho error; en cuyo caso, o se revisa metodológicamente la prueba o se revisa la intencionalidad del informado a querer ofrecer muestras de bajas de sinceridad o de fiabilidad (en cuyo caso, siempre se contextualiza en el marco de evaluación, en este caso, suele manifestar más habitualmente en el campo de la Psicología Forense).

8. En Psicología Forense, el Evaluador ha de tener siempre presente que las escalas de sinceridad, de validez y de fiabilidad van a mostrar siempre un cierto grado de significatividad estadística e, incluso, clínica. En estos casos, el Evaluador ha de ser extremadamente cauto y precavido en la interpretación psicológica del resto de puntuaciones obtenidas en el resto de la prueba administrada.

18 El lector podrá ver a lo largo de los distintos volúmenes de la obra, múltiples ejemplos de cómo y de qué manera se puede redactar cualitativamente los datos cuantitativos obtenidos a través de las gráficas resultantes de los sujetos.

9. Desde el punto de vista de la Psicología Forense, la interpretación es una aproximación inferencial del estado psicológico del sujeto mediante la evaluación psicológica que se practica en el momento presente de la exploración, por lo tanto, está completamente sujeto a probabilidad de error estadístico.

10. En la interpretación del MCMI-III y del MCMI-IV, se procede a analizar psicológico y/o psicopatológicamente los patrones clínicos de la personalidad. No se procede a analizar psicológicamente los síndromes clínicos ni las patologías graves de la personalidad, dado que el autor ya supone que los lectores del presente Atlas ya son diestros en Psicología/Psiquiatría/Psicopatología clínica y que son conocedores de la fenomenología clínico-sintomatológica de las distintas entidades clínicas nosológicas.

9.1. Cuadro resumen de los puntos de corte de interpretación significativa de las pruebas y cuestionarios

CUADRO RESUMEN DE LOS PUNTOS DE CORTE DE INTERPRETACIÓN SIGNIFICATIVA DE LAS PRUEBAS Y CUESTIONARIOS DE LA PRESENTE OBRA.		
MCMI-II[19]	**PUNTUACIÓN TB**	**FENOMENOLOGÍA CLÍNICA**
	60-74	Estilo de personalidad
	74-84	Personalidad clínicamente significativa
	+85	Trastorno de la Personalidad o síndrome prominente.

19 Ávila-Espada, A.; Jiménez, F. y cols. (1999). «*Manual MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial* de Millon II». TEA Ediciones, S.A. Madrid (España).

CUADRO RESUMEN DE LOS PUNTOS DE CORTE DE INTERPRETACIÓN SIGNIFICATIVA DE LAS PRUEBAS Y CUESTIONARIOS DE LA PRESENTE OBRA.		
MCMI-III[20]	**PUNTUACIÓN TB**	**FENOMENOLOGÍA CLÍNICA**
	60-74	Estilo de personalidad
	74-84	Personalidad clínicamente significativa
	+85	Trastorno de la Personalidad o síndrome prominente.
MCMI-IV[21]	**PUNTUACIÓN TB**	**FENOMENOLOGÍA CLÍNICA**
	60-74	Estilo de personalidad
	74-84	Personalidad clínicamente significativa
	+85	Trastorno de la Personalidad o síndrome prominente.
MACI[22]	**PUNTUACIÓN TB**	**FENOMENOLOGÍA CLÍNICA**
	61-74	Semejanza entre el examinado y aquellos que manifiestan los síndromes objeto de estudio.
	75-84	Presencia de niveles moderados de las características del síndrome.
	+85	Probabilidad elevada de que el adolescente manifiesta claramente las características del síndrome indicado.
PAI[23]	**PUNTUACIÓN T**	**FENOMENOLOGÍA CLÍNICA**

20 Millon, T.; Davis, R. y Millon, C. (2011 [Ed. orig. TEA Ediciones, 2007]). «*Inventario Clínico Multiaxial de* Millon-III». Madrid. Pearson Educación.

21 Millon, T.; Grossman, S. y Millon, C. (2018). «*Manual MCMI-IV. Inventario Clínico Multiaxial* de Millon-IV». Madrid. Pearson Educación.

22 Aguirre, G. (2004). «*MACI. Inventario Clínico para Adolescente*s de Millon». TEA Ediciones, S.A. Madrid (España).

23 Se recomienda revisar el Manual PAI y visionar la propia gráfica obtenida del sujeto dado que ciertas escalas presentan singularidad en cuanto a punto de corte considerado como significatividad estadística. Referencia bibliográfica: Ortiz-Tallo, M.; Santamaría, P.; Cardenal, V.; Sánchez, MªP. (2011). «*Manual Técnico del Inventario de Evaluación de la persona*lidad (PAI)». TEA Ediciones, S.A. Madrid (España).

CUADRO RESUMEN DE LOS PUNTOS DE CORTE DE INTERPRETACIÓN SIGNIFICATIVA DE LAS PRUEBAS Y CUESTIONARIOS DE LA PRESENTE OBRA.		
SIMS[24]	Puntuación superior a 17 (incluido)	Sospecha de simulación
	Puntuación inferior de 16	Sin sospecha de simulación
16PF versión 5	Puntuación en polos inferiores a 3 y superiores a 7	Rasgos de personalidad.

9.2. Apostillas al decálogo

En la obra, el lector no encontrará soluciones a las casuísticas que se encontrará en su propia práctica profesional psicológico-forense. Ello es debido porque la presente obra viene a responder a una necesidad en dónde el mercado editorial técnico profesional psicológico carece de este tipo de material siendo inexistente la presencia de manuales específicos de interpretación psicológico-psiquiátrico y/o psicopatológico de casuística de la especialidad forense.

La intencionalidad del autor con la publicación de la presente obra va orientada a que, tanto el alumno como el profesional que se dedica a esta área de la Psicología Forense y Criminal (sea Psicólogo, Psiquiatra, Abogado, Fiscal, Magistrado-Juez u Operador Jurídico, en general), puedan disponer –a modo de ejemplo–, la forma de tratar

24 Gonzalez, H. y Santamaría, P. (2009). *«Manual SIMS. Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas»*. TEA Ediciones, S.A. Madrid (España). Pág. 86. En: Widows, M.R. y Smith, G.P. (2009). Adaptación española por González, H. y Santamaria, P. (2009). *«Manual Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas»*. TEA Ediciones, S.A. Madrid.

los datos psicométricos obtenidos con relación a una causa judicial de índole criminológico y que se han de reflejar en un informe pericial forense psicológica. No obstante, el autor también quiere señalar que el tratamiento de datos psicométricos en una causa judicial en aras a realizar un dictamen judicial, no siempre se realiza con la total amplitud que en la presente obra se describe. Ello, viene derivado por las propias necesidades que la casuística origina, así como también, por cuestiones de gestión y/o economía procesal en el ámbito jurídico (a los Operadores Jurídicos les interesa las conclusiones a las que el Perito Psicólogo/Psiquiatra emite).

10 EXIMENTES DE RESPONSABILIDAD CRIMINAL CON APLICACIÓN DE MEDIDA DE SEGURIDAD

Dr. Oscar Morales García [25, 26]
Doctor en Derecho
Profesor de Derecho penal
Abogado. Socio Uría Menéndez
Miembro de Honor del Consejo Superior Europeo de Doctores y Doctores Honoris Causa (CONSEDOC)

25 **Contacto:**

Dr. Oscar Morales García
Doctor en Derecho
Profesor de Derecho penal
Abogado. Socio Uría Menéndez
Av. Diagonal, 514. 08006 Barcelona (España)

Mail de contacto: oscar.morales@uria.com
Enlace web: https://www.uria.com

26 **Acerca del autor:**

- Reconocido como uno de los Best 40 Iberian Lawyer under Forty. Premio otorgado en Lisboa, en 2009, reconocimiento efectuado por «Iberian Lawyer», a los mejores abogados de ámbito ibérico menores de 40 años.
- Reconocido como Best Lawyer en Criminal Defense, por el Directorio Best Lawyers entre 2010 y 2019.
- Lawyer of the Year 2015, en el área Criminal Defense, Barcelona. Directorio Best Lawyers.

10.1. Introducción al presente capítulo: Régimen de funcionamiento forense de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el sistema penal español

La presencia de una anomalía o alteración psíquica en el autor de un hecho constitutivo de delito puede reducir o incluso eximir a aquél de responsabilidad criminal. A tal efecto, dispone el artículo 20.1º del Código penal que:

> «Están exentos de responsabilidad criminal: 1º El que, al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión. El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión».

En las siguientes líneas se analizarán los requisitos básicos de aplicación y funcionamiento de esta eximente en la jurisprudencia española.

- Lawyer of the Year 2018, en el área Criminal Defense, Barcelona. Directorio Best Lawyers.
- Reconocido por el Directorio Chambers Europe en el área Dispute resolution: Corporate Crime. 2007: Banda 4; 2008; Banda 3; 2009-2019, Banda 2.
- Miembro de Honor del Consejo Superior Europeo de Doctores y Doctores Honoris Causa (2019).

1. Sistema mixto: alteración psíquica y capacidad de comprensión de la ilicitud del hecho.

La imputabilidad del sujeto activo del delito es clave en la capacidad del sistema para aplicar una pena por el hecho cometido. La **STS de 22 octubre 2003 (RJ 2003, 7630)** explica las bases sobre las que se asienta la inimputabilidad en el sistema penal español: *«El Código penal de 1995 se encuadra en el sistema mixto en relación con la incidencia en la responsabilidad penal de las anomalías o alteraciones psíquicas, pues la exención o semiexención exigen una anomalía o alteración psíquica como causa y, como efecto, que el sujeto tenga anuladas o disminuidas la capacidad de comprender la ilicitud del hecho o de actuar conforme a dicha comprensión, como consecuencia de dicha anomalía o alteración»*.

En relación con la primera parte del binomio, a diferencia de lo que sucedía en el CP/1973, que remitía al concepto de *enajenación mental*, con el empleo en el texto punitivo vigente de los términos *anomalía* y *alteración psíquica* no se requiere la constatación de una enfermedad mental en sentido técnico psiquiátrico, es decir, como enfermedad catalogada en cualquiera de los sistemas internacionales de catalogación (por todas, **STS de 19 diciembre 2011 [RJ 2012, 8615]**).

En la práctica, de acuerdo con la **STS de 26 de junio de 2017 (RJ 2017, 3177)**, ello significa que «*se analiza y examina el material probatorio atinente al elemento biopatológico, se establece el grado y la intensidad del padecimiento psíquico, y después se extrae operando con tal base biopatológica la conclusión pertinente sobre si el autor de la conducta delictiva actuó en el caso concreto comprendiendo la ilicitud del hecho y con posibilidad de actuar conforme a esa comprensión, o, en su caso, con una comprensión o una capacidad de actuación limitadas o excluidas*».

No obstante, lo anterior, que no se requiera la constatación de una enfermedad descrita como tal, no significa, ni mucho menos, que

no se exija una base biológica que genere la alteración. De hecho y con los efectos que más adelante se detallarán en el estudio del significado, alcance y efectos de la *actio libera in causa*, la jurisprudencia exige que el binomio responda a una base *biológico*-psicológica: *«El sistema mixto del Código Penal está basado en estos casos en la doble exigencia de una causa biopatológica y un efecto psicológico, la anulación o grave afectación de la capacidad de comprender la ilicitud del hecho o de determinar el comportamiento con arreglo a esa comprensión»*, de manera que la alteración o anomalía debe estar basada en una alteración de base patológica. Así, por todas, la **STS de 9 marzo 2005 (RJ 2005, 4043).**

2. La relación entre la anomalía y la conducta delictiva

La determinación de una anomalía o enfermedad psíquica, diagnosticada psiquiátricamente no es elemento suficiente para la aplicación de la eximente. Es necesario que dicha alteración esté directamente relacionada con la infracción delictiva en una suerte de causalidad.

La **STS de 19 diciembre 2011 (RJ 2012, 8615)** da cuenta de dicha exigencia: *«el artículo 20.1ª, y en relación con el 21.1ª y el 21.6ª, exige no solo la existencia de un diagnóstico que aprecie una anomalía o alteración psíquica como elemento biopatológico, sino que a él debe añadirse la comprobación de que tal déficit impide al sujeto, o le dificulta en mayor o menor medida, la comprensión de la ilicitud de la conducta o bien la actuación conforme a esa comprensión. La jurisprudencia anterior al vigente Código ya había declarado que no era suficiente con un diagnóstico clínico, pues era precisa una relación entre la enfermedad y la conducta delictiva, «ya que la enfermedad es condición necesaria pero no suficiente para establecer una relación causal entre la enfermedad mental y el acto delictivo» (STS núm. 51/2003, de 20 de enero [RJ 2003, 1359] y STS 251/2004, de 26 de febrero [RJ 2004, 224])»*. También ya, en este sentido, la **STS de 12 noviembre 2002 (RJ 2002, 10081).**

Precisamente, la determinación de la intensidad de la afectación de la base biopatológica sobre la capacidad intelectiva y volitiva del sujeto es, a juicio de la **STS de 5 de marzo de 2014 (RJ 2014, 2860)**, la cuestión más compleja del binomio: *«si bien no suele suscitar graves problemas constatar, con base en las pericias psiquiátricas, el elemento biopatológico de la eximente del art. 20.1º del C. Penal , resulta en cambio bastante más complejo –probablemente por lo abstruso de la materia– realizar un análisis específico del marco o espacio relativo al efecto psicológico-normativo que se plasma en la fórmula legal. Es decir, establecer pautas o directrices sobre los efectos o consecuencias de la enfermedad o patología psíquica en la comprensión de la ilicitud del hecho por parte del acusado y en la capacidad de actuar conforme la comprensión de la ilicitud. En la práctica se analiza y examina el material probatorio atinente al elemento biopatológico, se establece el grado y la intensidad del padecimiento psíquico, y después se extrae operando con tal base biopatológica la conclusión pertinente sobre si el autor de la conducta delictiva actuó en el caso concreto comprendiendo la ilicitud del hecho y con posibilidad de actuar conforme a esa comprensión, o, en su caso, con una comprensión o una capacidad de actuación limitadas o excluidas (SSTS 914/2009 , de 24-9 [RJ 2009, 7435]; 983/2009, de 21-9; 90/2009, de 3-2; 649/2005, de 23-5 [RJ 2005, 6023]; 314/2005, de 9-3; 1144/2004, de 11-10; 1041/2004, de 17-9 [RJ 2004, 5777]; y 1599/2003, de 24-11 [RJ 2003, 8619], entre otras muchas)».*

3. El conocimiento de la ilicitud del hecho y los problemas de determinación psiquiátrica

No es posible, desde el punto de vista médico o psiquiátrico, si se quiere, determinar si el sujeto conoció o no, en el momento de la realización del hecho, la licitud de lo que hacía, por lo que la interpretación de este concepto deberá llevarse a cabo desde una lógica normativa y no tanto médica.

Resume la problemática en la jurisprudencia la **STS de 9 de mayo 2008 (RJ 2008, 4647)**: *«la capacidad para conocer la ilicitud y para dirigir las acciones de acuerdo con esa comprensión carece de una respuesta estrictamente médica (STS núm. 63/2006 Sala 2ª, de 31 de enero [RJ 2006, 2851]), o más drásticamente que médicamente -se sostiene- no es posible comprobar el segundo término de la fórmula de la imputabilidad (capacidad de comprender la ilicitud y de conducirse según esa comprensión) (STS núm. 243/2005 de 25 de febrero [RJ 2005, 1903]). Por eso se ha dicho que en la doctrina médico-psiquiátrica son considerables las opiniones de ilustres médicos forenses que sostienen que la cuestión de la capacidad de comprensión de la ilicitud y de comportarse de acuerdo con ella carece de respuesta desde un punto de vista empírico, razón por la cual sólo cabría una respuesta normativa. (STS 600/1995, de 3 de mayo [RJ 1995, 3899])»*.

La **STS de 21 febrero 2002 (RJ 2002, 3185)**, lacónica pero contundente lo resume así: *«Este segundo elemento de la capacidad de culpabilidad depende de un juicio jurídico valorativo»*. El profesional que actúa en el plenario, pues, limita su actividad a la constatación de los elementos médicos que dibujan una anomalía mental y la probabilidad de influencia de dicha anomalía en el comportamiento delictivo del autor, manteniendo un criterio de prudencia respecto a la capacidad del individuo de comprender o no la ilicitud jurídico penal de sus actos.

4. Competencia para la determinación del alcance de la anomalía: la pericial psiquiátrica frente a las competencias del juzgador

La jurisprudencia ha resuelto el debate sobre si la anomalía debe ser judicial o pericialmente determinada decantándose por una solución apegada a la naturaleza de la prueba pericial, de manera que el Juez oirá la prueba pericial, imprescindible, para valorar luego el al-

cance que las conclusiones de los peritos pudieran tener en la disminución de culpabilidad y, por lo tanto, en la pena, del autor.

Los términos del debate se aprecian con claridad en la **STS de 31 enero 2006 (RJ 2006, 2851)**: *«La doctrina médica sobre el dictamen pericial concerniente a la capacidad de culpabilidad ha señalado que la cuestión planteada por el segundo término de la fórmula legal del art. 20.1 CP, es decir, la referente a la capacidad para conocer la ilicitud y para dirigir las acciones de acuerdo con esa comprensión carece de una respuesta estrictamente médica. Por tal razón las opiniones científicas al respecto se dividen entre los que piensan que es una cuestión que los médicos no deben responder y que debe quedar en manos exclusivas del Tribunal o los que piensan que «cuando se comprueba una perturbación en forma de enfermedad de la actividad mental que aparece como una indiscutible fase ciclotímica o una esquizofrenia, siempre se recomendará la exculpación, sin considerar la magnitud o las relaciones entre el estado y el delito», pues «tales estados significan, inclusive en sus grados más leves, una perturbación tan incalculable e inaccesible en la esencia de y la acción del ser humano, que siempre está justificado [...]» declarar la inimputabilidad del autor».*

Por su parte, la **STS de 9 de mayo 2008 (RJ 2008, 4647)** ya advertía del carácter imprescindible de la prueba pericial: *«si bien el perito debe limitarse a dar cuenta del dato empírico dejando al jurista la decisión sobre la consecuencia jurídica, si el juicio se refiere a motivabilidad del autor por medio de normas jurídicas, los conocimientos empíricos no pueden ser ignorados en la determinación de la capacidad del autor».*

La **STS de 16 noviembre 2011 (RJ 2011, 1532)** reparte responsabilidades y competencias profesionales: *«el Tribunal, en uso razonable de dicha facultad exclusiva de establecer las consecuencias jurídicas de la patología del acusado, lo que hace es subrayar que el acusado tuvo un comportamiento anómalo coincidente con una descompensación y*

sintomatología psicótica que afectaba de manera que califica de gran limitación de las facultades del acusado».

Es decir, es el médico quien evalúa la enfermedad y el órgano jurisdiccional quien tiene la capacidad exclusiva para determinar la afectación de culpabilidad de la anomalía psíquica o alteración detectada. También expresamente en este sentido, la **STS de 21 de junio de 2016 (RJ 2016, 2834)**: «*el diagnóstico pericial no debe equipararse automática o mecánicamente con la insuficiencia de capacidad de autodeterminación en el orden penal, siendo el perito un mero colaborador de los jueces y correspondiendo a estos determinar si la eventual deficiencia de las facultades de decidir la comisión del delito alcanza el nivel necesario para afectar o no, la imputabilidad del sujeto*».

Lo anterior tiene repercusión en cuanto al control casacional de la actividad jurisdiccional. En efecto, la **STS de 1 de julio de 2014 (RJ 2014, 3528)**, se sitúa en línea con la división de funciones anteriormente apuntada y profundiza entonces en el control casacional. Distingue entre las dos partes esenciales que debe contener toda pericial, la biológica o psiquiátrica y la normativa. Si la primera trata de asentar los criterios científicos de la anomalía concurrente, la segunda se centra en la afectación de dicha anomalía sobre la capacidad de comprender la ilicitud del hecho: «*Pues bien, sobre este aspecto normativo del informe la valoración que debe efectuarse es estrictamente jurídica correspondiendo efectuarlo al Tribunal sentenciador, quedando concretado el control casacional de la prueba pericial, precisamente a la valoración jurídica que haya efectuado la Sala sentenciadora, es decir a su estructura racional y conclusiones alcanzadas dado el contenido y naturaleza de la anomalía o alteración detectada por los peritos médicos*».

La **STS de 18 de junio de 2014 (RJ 2014, 3462)** contiene, precisamente, un supuesto típico de control casacional del grado de afectación de la anomalía determinada por el Tribunal y previamente acredi-

tada a través del informe pericial: «*En definitiva, el Tribunal de apelación entendió que la valoración de la prueba pericial por parte de los jurados en cuanto a la alteración mental padecida por el acusado había sido acertada, pero que no lo había sido el resultado del juicio de valor realizado acerca de la entidad de la afectación de las capacidades del sujeto, pues la conclusión racional, siguiendo las conclusiones de los peritos, debería haber conducido a apreciar una disminución profunda de la capacidad de comprender la ilicitud de su conducta o de ajustarse a esa comprensión, sin pueda valorarse en sentido contrario, como hicieron los jurados, una forma de comportarse tras los hechos que los propios peritos consideraron compatible con el padecimiento diagnosticado y, en consecuencia, no excluyente del mismo*».

5. La eximente de anomalía o alteración como exención de la culpabilidad, no del dolo

Conviene subrayar, aun cuando pudiera parecer ocioso, que la exención de responsabilidad criminal prevista en el artículo 20 CP afecta a la culpabilidad del sujeto y no a su dolo: «*la enajenación o enfermedad mental como eximente o como eximente completa afecta a la imputabilidad de un sujeto, esto es, al presupuesto objetivo necesario para soportar el reproche de la culpabilidad, pero no al dolo que pertenece al injusto, de manera que una persona, actuando bajo la cobertura de una eximente total de esta naturaleza, puede haberlo hecho dolosamente y, en mayor medida, en el caso de que su imputabilidad no se halle totalmente anulada como aquí sucede*»**(SAP Barcelona 25 octubre 2010 [JUR 2011, 82316])**.

6. Compatibilidad de la exención de responsabilidad criminal con la concurrencia de circunstancias agravantes

Lo anterior explica que la concurrencia de una eximente de alteración o anomalía psíquica sea compatible con circunstancias que

agravan la responsabilidad criminal y específicamente con aquellas cuyo fundamento consiste en un mayor incremento de la antijuridicidad de la conducta.

(i) *Con alevosía*

Así, por **Acuerdo del Pleno de la Sala Segunda de 26 de mayo 2000**, se convino por el Alto Tribunal la *«Compatibilidad de la agravante de alevosía con la eximente completa de enajenación mental del art.20.1 del CP: «En los supuestos de aplicación de la medida de internamiento prevenido para los inimputables en el art.101.1 del CP el límite temporal de la medida viene establecido por la tipificación del hecho como si el sujeto fuese responsable, por lo que en los supuestos de alevosía el hecho ha de calificarse como de asesinato».*

(ii) *Con ensañamiento*

De dicha compatibilidad con la alevosía deriva la **STS de 23 de enero 2004 (RJ 2004, 2176)** la compatibilidad con la agravante de ensañamiento: *«Procede, en consecuencia, estimar la circunstancia agravante de ensañamiento, que ha de ser compatible con el grado de imputabilidad del agente, pues carecería de sentido declarar la compatibilidad con la alevosía, conforme Acuerdo de esta Sala casacional, y no hacerlo con el ensañamiento, en donde el plus de agresividad se encuentra más objetivado por su propia mecánica comisiva».*

7. La eximente incompleta del artículo 21.1, en relación con el artículo 68 CP

No existe una regla fija para determinar qué anomalías caen dentro de la eximente y, menos aún, cuándo la eximente será consi-

derada como incompleta. Sí existen, en cambio, algunas reglas orientativas, derivadas en su mayoría de casos concretos, que se estudian por grupos de anomalías.

En cualquier caso, la aplicación plena de lo dispuesto en el artículo 20.1 CP obliga a la absolución del sujeto activo y la simultánea imposición de una medida de seguridad. La aplicación de una eximente completa de anomalía mental implica que ni es posible la declaración de culpabilidad en el fallo, ni la imposición de una pena, completa o rebajada, de modo alternativo a la medida de seguridad.

Así lo expresa la **STS de 26 de abril de 2013 (RJ 2013, 4397)**: «*nuestro sistema penal está adscrito al* ***criterio dualista o de doble vía*** *en lo referente a las consecuencias jurídicas del delito, por lo que, si la pena ha de ser proporcionada al delito, la medida de seguridad se individualiza según la peligrosidad del sujeto; las penas se imponen a los imputables, y las medidas de seguridad a los peligrosos, cualquiera que sea su grado de imputabilidad. En suma, el legislador penal dice que las medidas de seguridad «se fundamentan en la peligrosidad criminal del sujeto al que se impongan, exteriorizada en la comisión de un hecho previsto como delito» (art. 6.1 del Código penal).*

La sentencia recurrida condena al acusado como autor de los hechos que enjuicia, a pesar de apreciarse en él un completo estado de inimputabilidad. El Código Penal especifica que las medidas de seguridad se impondrán en la Sentencia que se dicte en causa criminal, aunque nada impedirá que se decreten en ejecución de la misma, toda vez que el art. 95 del Código penal recomienda que se individualice «previos los informes que estime convenientes» el juez o tribunal sentenciador. En el caso de la medida de internamiento consecuencia de la eximente completa de anomalía o enajenación mental, el Código Penal, en su art. 101.1 dispone que «el interna-

miento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si hubiera sido declarado responsable el sujeto, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo». Acerca de la duración de tal pena privativa de libertad, el Tribunal Supremo, en Acuerdo Plenario de 31 de marzo de 2009 (JUR 2009, 195609), ha señalado que: «La ***duración máxima de la medida*** *de internamiento se determinará en relación a la pena señalada en abstracto para el delito de que se trate». La STS 2322/1997, de 12 de noviembre (RJ 1997, 8888) señala al efecto que la obligación de fijar el límite máximo de internamiento, debe realizarse en la Sentencia en donde* ***se absuelva al procesado*** *y se decrete la correspondiente medida de seguridad, fijándose el límite máximo de internamiento en Sentencia, sin perjuicio de que durante la ejecución de la sentencia el Juez o Tribunal sentenciador mediante un procedimiento contradictorio y previa propuesta del Juez de Vigilancia Penitenciaria decrete el cese de la medida, la sustitución por otra medida que estime más adecuada o deje en suspenso la ejecución de la medida.*

En consecuencia, al estimarse la concurrencia de una eximente de responsabilidad penal, se ha de ***absolver al acusado*** *y ha de* ***decretarse después la correspondiente medida de seguridad,*** *como hizo la sentencia recurrida, pero sin una absolución previa, que es consecuencia de nuestro sistema penal dualista, de manera que las penas se imponen a los imputables y las medidas de seguridad a los inimputables, en función de su peligrosidad criminal. Y ello porque las eximentes completas exoneran de responsabilidad penal al sujeto concernido».*

Barcelona, julio de 2019

10.2. Casos[27]

10.2.1. Caso 1. Crimen por miedo insuperable

EDAD	45 años	SEXO	Varón	NIVEL ACADÉMICO	Estudios secundarios

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS PREVIOS DEL AGRESOR
– Sin antecedentes psicopatológicos conocidos.

DELITO	SENTENCIA
Homicidio.	Sentencia absolutoria.

VISITA PSICOLÓGICA CELEBRADA EN CENTRO PENITENCIARIO[28]
No

INTENCIONALIDAD DELICTIVA (*ÍTER CRIMINIS*)
Defensa propia por *«miedo insuperable»* ante la irrupción de unos merodeadores en una finca particular en la que el informado ejercía el rol profesional de vigilante de seguridad.

27 Es significativo señalar que la celebración de la visita psicológica de todos los casos que se exponen en el presente volumen se han practicado en sede del Centro Penitenciario (como internos de prisión preventivo).

Es significativo reseñarlo debido a que la causa judicial, en sus diligencias de investigación, se han hallado indicios que orientan la culpabilidad de este.

Asimismo, todos los casos expuestos, y por el alcance y envergadura de la casuística jurídica, han sido enjuiciados por Tribunal de Jurado.

28 Es significativo señalar el detalle de la ubicación de la celebración de la visita psicológica, dado que si la visita es practicada en sede del Centro Penitenciario (como interno de prisión preventivo) es debido a que la causa judicial, en sus diligencias de investigación, se han hallado indicios que orientan la culpabilidad de este.

En el presente caso, la visita de exploración psicológica se celebró en sede del despacho profesional. Se trata del único caso en el presente capítulo que el sujeto no estaba ingresado en régimen de interno preventivo en centro penitenciario, ni tampoco se le aplicó medida de seguridad por trastorno mental. No obstante, fue declarado eximente de responsabilidad criminal.

1. Prueba MCMI-III

Caso criminológico de amplio impacto mediático por el que el acusado fue finalmente absuelto de asesinato con arma de fuego.

Las escalas de validez se encuentran dentro de la estricta normalidad estadística y, por tanto, la interpretación psicológica que se desprende a la gráfica resultante es genuinamente compatible con su personalidad: ha sido sincero al responder los ítems y tampoco ha querido ofrecer una imagen socialmente positiva o negativa de sí mismo.

Desde el punto de vista descriptivo con relación al MCMI-III, se ha de señalar que el patrón clínico de personalidad que presenta significatividad estadística es el perteneciente a la escala de «Narcisismo» (PREV=75), siendo que presenta tendencia al egocentrismo, actitud arrogante y con ideas de grandeza. Preocupado por fantasías de éxito y belleza o grandes logros. Se considera admirable y superior y, por tanto, merecedor de un trato especial.

Asimismo, como patología grave de personalidad, el informado presenta una puntuación tendente al alza con puntuación subclínica significativa en la escala de «Paranoia» (PREV=68) y en la de «Dependencia al Alcohol» (PREV=68), como síndrome clínico. Con relación a la paranoia, el informado suele ser expectante, defensivo, desconfiado y suspicaz. Tendente a ser hipervigilante frente a intentos ajenos de desvalorización o agresión y siempre busca evidencias que confirmen la presencia de móviles ocultos. Se siente justo y recto, y a la vez perseguido.

Concerniente al apartado de los síndromes clínicos graves, el informado presenta una puntuación estadísticamente significativa en la escala de «Trastorno delirante» (PREV=75), la cual se contextualiza

compatibilizándose en el marco de la ansiedad y el nocivo contenido de pensamiento que se deriva del proceso jurídico-legal, y no en el seno de una patología de carácter psicótico-enajenante debido a que el resto de las escalas pertenecientes a las psicosis no revisten importancia ni gravedad clínica significativa.

El informado era responsable de seguridad de una importante y reconocida casa particular y, por legítima defensa a raíz del miedo insuperable que padeció en aquel preciso instante (crisis aguda de ansiedad), mató a un merodeador. Entre otros detalles más, pero partiendo desde la base de los datos anteriormente expuestos, al proceder con el cotejo de las puntuaciones obtenidas de la gráfica resultante del MCMI-III, se desprende que se trata de un sujeto que asumía tal grado de responsabilidad que se agudizó sus niveles de ansiedad y de paranoia que provocó el trágico desenlace homicida.

MCMI-III

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

VALIDEZ = 0 INCONSISTENCIA = 5
CÓDIGO DE PERSONALIDAD: - ** 5 * 8B + 2B 1 6B " 8A 7 2A 6A 4 3 // - ** - * //
CÓDIGO DE SÍNDROME: - ** - * // - ** PP * //

CATEGORÍA		PUNTUACIÓN PD	PUNTUACIÓN PREV	PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA 0 60 75 85 115	ESCALAS DIAGNÓSTICAS
ESCALAS DE VALIDEZ	X	63	27		SINCERIDAD
	Y	11	53		DESEABILIDAD SOCIAL
	Z	7	49		DEVALUACIÓN
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	1	6	45		ESQUIZOIDE
	2A	3	26		EVITATIVO
	2B	7	53		DEPRESIVO
	3	2	13		DEPENDIENTE
	4	7	21		HISTRIONICO
	5	14	75		NARCISISTA
	6A	3	26		ANTISOCIAL
	6B	5	38		AGRESIVO (SÁDICO)
	7	10	32		COMPULSIVO
	8A	5	33		NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
	8B	6	62		AUTODESTRUCTIVO
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	S	4	48		ESQUIZOTÍPICO
	C	0	0		LÍMITE
	P	10	68		PARANOIDE
SÍNDROMES CLÍNICOS	A	4	60		ANSIEDAD
	H	5	62		SOMATOFORMO
	N	2	20		BIPOLAR
	D	3	30		DISTÍMICO
	B	6	68		DEPENDENCIA DEL ALCOHOL
	T	2	30		DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
	R	5	60		ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	SS	0	0		TRASTORNO DEL PENSAMIENTO
	CC	4	48		DEPRESIÓN MAYOR
	PP	5	75		TRASTORNO DELIRANTE

10.2.2. Caso 2. Crimen por esquizofrenia paranoide

EDAD	78 años	SEXO	Varón	NIVEL ACADÉMICO	Estudios primarios

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS PREVIOS DEL AGRESOR

- Esquizofrenia Paranoide.
- Trastorno de Ideas Delirantes.

DELITO	SENTENCIA
Delito de Asesinato previsto y penado en el art. 139. 1º y 3º del Código Penal.	Autor criminalmente responsable de un delito de asesinato con la concurrencia en su actuación de la eximente incompleta de alteración psíquica y atenuante de reparación del daño a la pena de 15 años de prisión (con medida de seguridad de internamiento en centro adecuado a su situación psíquica).

VISITA PSICOLÓGICA CELEBRADA EN CENTRO PENITENCIARIO[29]

Sí

INTENCIONALIDAD DELICTIVA (*ÍTER CRIMINIS*)

El informado, afecto de esquizofrenia paranoide y trastorno de ideas delirantes, nocivamente obsesionado con el (presunto) ruido constante y perpetuo que era originado por la vecina del piso superior, decide vengarse y asesinarla con arma blanca propinándola una centena de puñaladas (inciso-cortantes y contusas)[30,31].

29 Es significativo señalar el detalle de la ubicación de la celebración de la visita psicológica, dado que si la visita es practicada en sede del Centro Penitenciario (como interno de prisión preventivo) es debido a que la causa judicial, en sus diligencias de investigación, se han hallado indicios que orientan la culpabilidad de este. En el presente caso, la visita se celebró en sede del Centro Penitenciario.

30 Tiffon, B.-N. (2018). *«Estudio de un caso de «Folie à Deux» (simultánea) e inducción delirante al asesinato»*. Libro de Actas del XI Congreso (Inter)Nacional de Psicología Jurídica y Forense. Granada, 1-3 de noviembre de 2018. Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense (SEPJF). Editor Tórculo Comunicación Gráfica, S.A.

31 Tiffon, B.-N. (2017). *«Atlas de Psicología Forense (Penal)»*. J.M. Bosch Editor. Barcelona.

Caso de impacto mediático en el que el informado perpetró una centena de puñaladas sobre el cuerpo de la víctima en el rellano del edificio, con objeto a vengarse por el ruido que provocaba en el piso superior al que residía. El informado presentaba antecedentes psicopatológicos de trastorno esquizofrénico paranoide y trastorno de ideas delirantes.

1. PRUEBA MCMI-III

a. Escalas de Validez.

- Las puntuaciones se encuentran en la normalidad estadística.

b. Patrones Clínicos de la personalidad.

- «Esquizoide» (PREV=85): El informado suele ser apática, indiferente, distante y solitaria. Ni desea ni disfruta de las relaciones personales. Mínima conciencia de los sentimientos propios y ajenos. Y presenta pocos o ningún impulso o ambición.
- «Compulsivo» (PREV=75): El informado suele ser comedido, concienzudo, respetuoso y rígido. Mantiene un estilo de vida regido por normas. Suscribe completamente las convenciones sociales. Ve el mundo en función de reglas y jerarquías. Se considera leal, fiable, eficiente y productivo.

  Puntuaciones subclínicas:

  – «Evitativo» (PREV=72): El informado presenta una tendencia a ser dudoso, excesivamente consciente de sí mismo, avergonzado y ansioso. Se siente tenso en situaciones sociales por temor al rechazo. Invadido por una constante ansiedad de ejecución. Se ve a sí mismo como inepto, inferior o poco atractivo. Con sentimientos de soledad y vacío.

– «Narcisista» (PREV=65): Egocéntrico, arrogante, con ideas de grandeza. Preocupado por fantasías de éxito y belleza o grandes logros. Se considera admirable y superior y, por tanto, merecedor de un trato especial.

– «Dependiente» (PREV=64): El informado presenta tendencia a ser indefenso, incompetente, sumiso e inmaduro. Rechaza las responsabilidades adultas. Se ve a sí mismo débil, y frágil. Busca constantemente el apoyo y consejo en figuras más fuertes.

– «Autodestructivo» (PREV=62): Tiene tendencia a preferir situarse en una posición despreciable. Se relaciona de una manera sacrificada, permitiendo, ser explotado o castigado e incitando a las críticas inmerecidas e injustas. Experimenta emociones y pensamientos conflictivos respecto a sí mismo y a los otros. Repetidamente recuerda injusticias pasadas y prevé futuras desilusiones como medio de llevar la angustia hasta niveles homeostáticos; malinterpreta; con la finalidad de aumentar el dolor y sufrimiento personal.

– «Antisocial» (PREV=62): El informado suele ser impulsivo, irresponsable, perverso, ingobernable. Actúa sin tener en cuenta a los demás. Solamente cumple obligaciones sociales cuando sirven a sus fines. No respeta las costumbres, reglas y normas sociales. Se considera libre e independiente.

– Negativista [Pasivo-Agresivo] (PREV=60): Se resiste a cumplir con las expectativas de los demás, muestra conductas dilatorias, ineficaces y erráticas cuando no otras contrarias y molestas. Revela placer al desmoralizar las satisfacciones y aspiraciones de los demás. Descarga su

enfado y otras emociones molestas ya sea indirectamente o desplazándolas de su causante hacia entornos o personas de menor importancia.

c. Patología Grave de la Personalidad.

- «Paranoide» (PREV=76): Expectante, defensivo, desconfiado y suspicaz. Hipervigilante frente a intentos ajenos de desvalorización o agresión. Siempre busca evidencias que confirmen la presencia de móviles ocultos. Se siente justo y recto, y a la vez perseguido.
- «Esquizotípico» (PREV=68): Excéntrico, raro, ausente. Muestra manierismos y conductas peculiares. Lee el pensamiento de los demás. Preocupado por creencias extrañas. La línea que le diferencia de la fantasía está poco definida.

d. Síndromes Clínicos.

- «Ansiedad» (PREV=88).

  Puntuación subclínica:
  - «Somatomorfo» (PREV=73):
  - «Distímico» (PREV=70).
  - «Dependencia del alcohol» (PREV=64).
  - «Trastorno por Estrés Postraumático» (PREV=70): El cual se encauzarían dentro del contexto jurídico-legal por la que se encuentra contextualizado el sujeto.

e. Síndromes Clínicos Graves.

- «Depresión Mayor» (PREV=85).
- «Trastorno Delirante» (PREV=82).
- «Trastorno del pensamiento» (PREV=78).

MCMI-III

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

VALIDEZ = 0 INCONSISTENCIA = 9 VALIDEZ DUDOSA
CÓDIGO DE PERSONALIDAD: 1 ** 7 * 2A 5 3 6A 8B 8A + 2B " 6B 4 // - ** P * //
CÓDIGO DE SÍNDROME: A ** - * // CC ** PP SS * //

CATEGORÍA		PUNTUACIÓN PD	PUNTUACIÓN PREV	PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA 0 60 75 85 115	ESCALAS DIAGNÓSTICAS
ESCALAS DE VALIDEZ	X	116	66		SINCERIDAD
	Y	10	48		DESEABILIDAD SOCIAL
	Z	15	68		DEVALUACIÓN
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	1	19	85		ESQUIZOIDE
	2A	14	72		EVITATIVO
	2B	7	51		DEPRESIVO
	3	11	64		DEPENDIENTE
	4	6	18		HISTRIONICO
	5	13	65		NARCISISTA
	6A	8	62		ANTISOCIAL
	6B	4	30		AGRESIVO (SÁDICO)
	7	21	75		COMPULSIVO
	8A	9	60		NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
	8B	8	62		AUTODESTRUCTIVO
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	S	13	68		ESQUIZOTÍPICO
	C	7	58		LÍMITE
	P	15	76		PARANOIDE
SÍNDROMES CLÍNICOS	A	11	88		ANSIEDAD
	H	12	73		SOMATOFORMO
	N	4	40		BIPOLAR
	D	11	70		DISTÍMICO
	B	5	64		DEPENDENCIA DEL ALCOHOL
	T	3	45		DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
	R	13	70		ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	SS	12	78		TRASTORNO DEL PENSAMIENTO
	CC	16	85		DEPRESIÓN MAYOR
	PP	9	82		TRASTORNO DELIRANTE

10.2.3. Caso 3. Crimen por defenestración por trastorno de ideas delirantes

EDAD	73 años	SEXO	Varón	NIVEL ACADÉMICO	Estudios primarios

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS PREVIOS DEL AGRESOR

– Trastorno de Ideas Delirantes persistentes.

DELITO	SENTENCIA
Delito de homicidio del art. 138, concurriendo la agravante mixta de parentesco del art. 23 y la eximente completa de alteración psíquica del art. 20.1 del CP.	Absolución por concurrir la eximente completa de alteración psíquica prevista en el art. 20.1 y la agravante mixta de parentesco prevista en el art. 23 y procede imponer de conformidad con lo dispuesto en el art. 101 del CP, la medida de seguridad de internamiento para tratamiento médico en establecimiento psiquiátrico adecuado a su alteración psíquica durante un periodo máximo de 14 años.

VISITA PSICOLÓGICA CELEBRADA EN CENTRO PENITENCIARIO

Sí

INTENCIONALIDAD DELICTIVA (*ÍTER CRIMINIS*)

El informado, embargado por nocivas emociones derivado de delirios celotípico-paranoides y contextualizadas en una acalorada discusión, defenestra a su esposa desde el propio domicilio situado a una altura de 12 pisos y haciéndola caer desde el balcón.

Caso de impacto mediático en el que el informado, con antecedentes psicopatológicos de trastorno de ideas delirantes persistentes crónico y de larga evolución, hace caer a su esposa desde la altura de 12 pisos (defenestración) después de una acalorada discusión con ella por temas afectivo-sentimentales. El informado, habiéndose desvinculado de la mediación psicofarmacológica por la que recibía tratamiento, agudizó la fenomenología clínico-sintomatológica paranoide acrecentando sus delirios celotípicos hasta desencadenar los hechos que fueron objeto de causa judicial.

1. Prueba PAI

1. Escalas principales de Validez:

   a. «Infrecuencia» (T=72): Indica si el evaluado ha respondido poco cuidadosamente, al azar o de una forma muy peculiar. Los ítems son neutrales con respecto a psicopa-

tología y resultan muy poco frecuentes tanto en personas normales como en pacientes clínicos.

2. Escalas principales Clínicas:

   a. «Trastornos relacionados con la ansiedad» (T=76): Evalúa los síntomas y conductas relacionadas con trastornos específicos de la ansiedad, específicamente fobias, estrés postraumático y síntomas obsesivos compulsivos.

   b. «Depresión» (T=73): Evalúa las manifestaciones y síntomas de los trastornos depresivos.

3. Escalas principales relacionadas con el tratamiento:

   a. «Estrés» (T=79): Mide el impacto de circunstancias o situaciones estresantes recientes en la vida del sujeto.

   b. «Ideaciones suicidas» (T=76): Evalúa la ideación suicida cubriendo un amplio rango que va desde la desesperanza hasta los pensamientos y planes concretos de suicidio.

4. Relaciones interpersonales:

   a. «Dominante» (T=45): Evalúa el grado en que una persona es controladora e independiente en sus relaciones personales. Las puntuaciones altas están asociadas a un estilo dominante mientras que las puntuaciones bajas reflejan un estilo sumiso.

   b. «Afabilidad» (T=45): Evalúa el grado en que una persona se interesa por aquellas relaciones personales empáticas y de apoyo. Las puntuaciones altas estás asociadas a un estilo afable y sociable y las puntuaciones bajas a un estilo frío e indiferente.

5. Subescalas:

   a. Trastornos relacionados con la Ansiedad.

      i. «Estrés Postraumático» (T=87): Evalúa la existencia de hechos traumáticos que continúan causando malestar y que el sujeto percibe como hechos que le han cambiado o alterado en algún aspecto fundamental de sí mismo.

      ii. «Obsesivo-Compulsivo» (T=63): Evalúa la presencia de comportamientos o pensamientos intrusivos, así como rigidez, indecisión, perfeccionismo y restricción afectiva.

   b. Depresión.

      i. «Fisiológica» (T=79): Evalúa los signos físicos manifiestos de tensión y estrés (p. ej., palmas sudorosas, temblor de manos, palpitaciones, sensación de ahogo o de falta de aire).

      ii. «Emocional» (T=72): Evalúa la presencia de sentimientos de tristeza, falta de interés en las actividades cotidianas y anhedonia.

   c. Manía.

      i. «Nivel de actividad» (T=64): Evalúa la desmedida participación en una amplia variedad de actividades de un modo desorganizado y la experimentación de procesos de pensamiento y comportamientos acelerados.

   d. Esquizofrenia.

      i. «Indiferencia Social» (T=68): Evalúa la confusión,

los problemas de concentración y la desorganización de los procesos de pensamiento.

e. Rasgos límites.

i. «Alteración identidad» (T=69): Evalúa la existencia de dudas sobre los principales aspectos de la vida y la presencia de sentimientos de vacío, de falta de realización y de ausencia de objetivos.

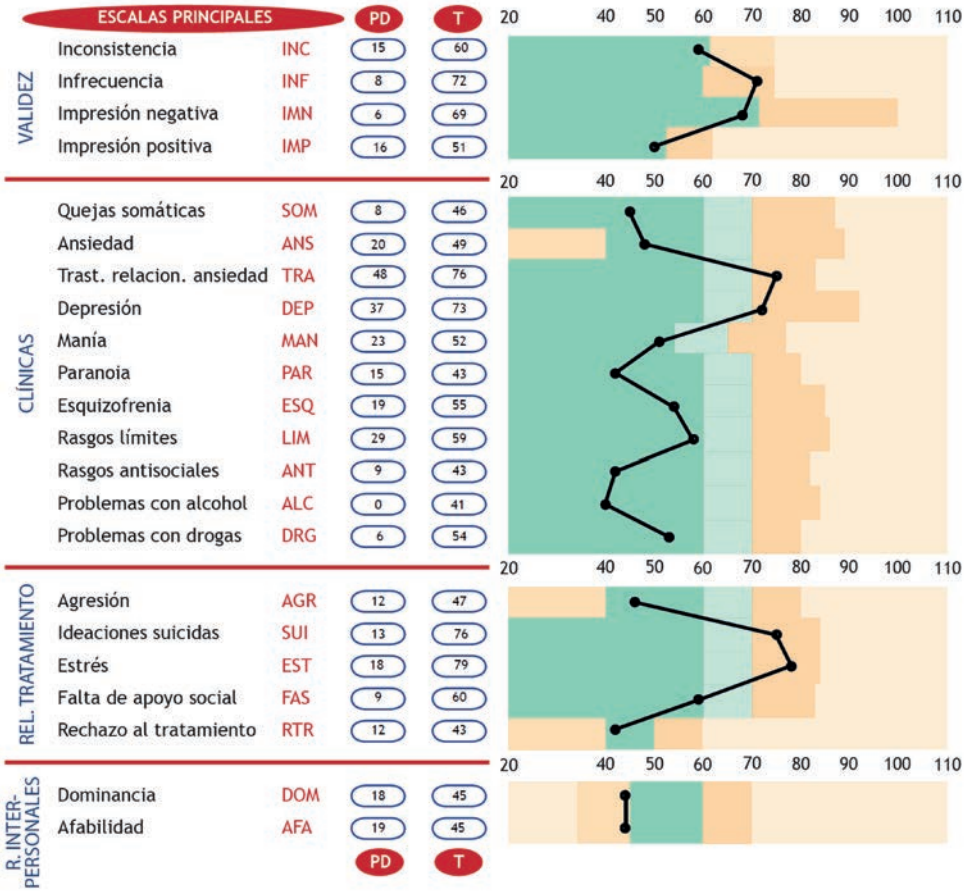
2. Prueba SIMS

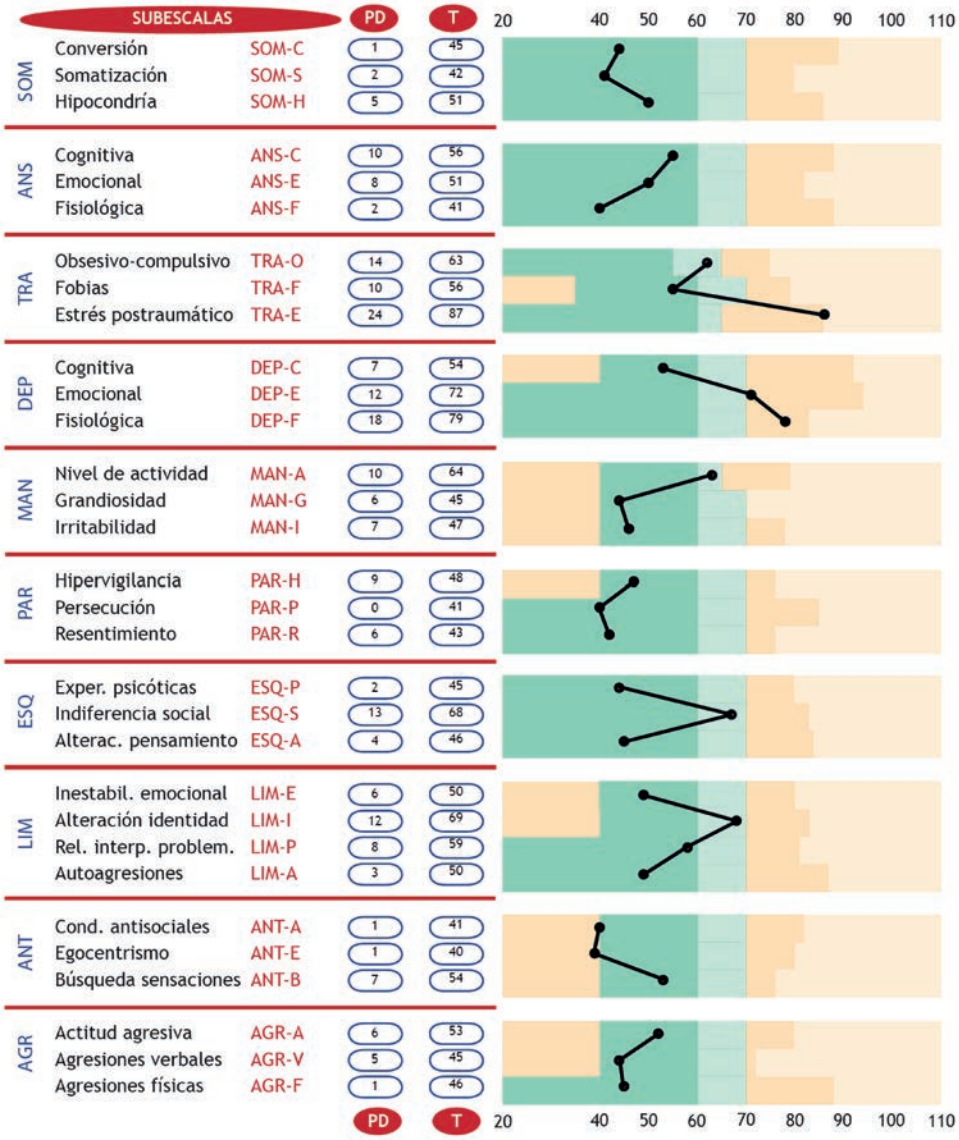
La puntuación total del SIMS (PD=20) se encuentra dentro de la anormalidad estadística sugiriendo la compatibilidad de que el informado ha presentado intencionalidad de simular síntomas psicopatológicos (más concretamente, en el área intelectiva y en el área de los trastornos afectivos-depresivos). En el presente caso, y dado los antecedentes clínicos del informado consistentes en los diagnósticos de Trastorno Esquizofrénico Paranoide y Trastorno de Ideas Delirantes, es compatible la significatividad estadística debido a raíz de la infiltración nociva del trastorno (el informado fue explorado mientras estuvo ingresado en la Unidad Hospitalaria Psiquiátrica del Centro Penitenciario y estando vinculado a tratamiento psicofarmacológico).

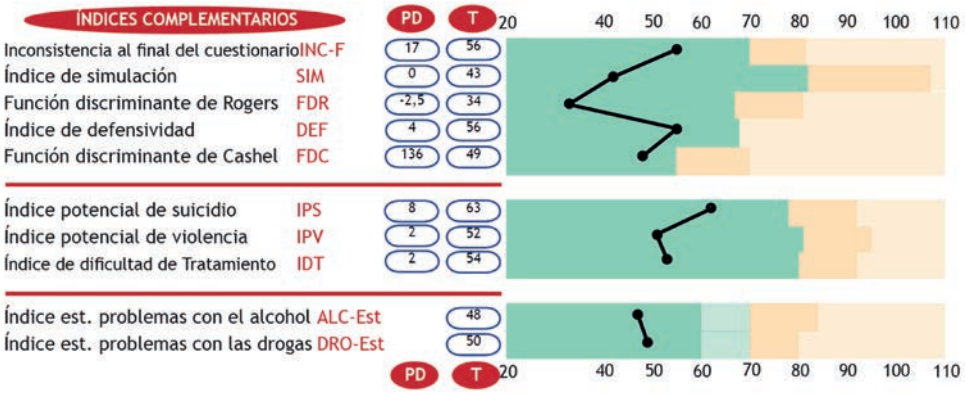
En el momento en el que fue explorado el informado, el mismo se hallaba vinculado a tratamiento psicofarmacológico en la Unidad de Psiquiatría del Centro Penitenciario dónde se encontraba ubicado. Entonces, la fenomenología clínica alcanzaba un estatus de control y es particularmente significativo la escala de suicidio dado que el informado había alcanzado conciencia del alcance de sus actos y presentaba un estado psicoemocional intensamente apesadumbrado con y pensamientos y deseos de suicidio por arrepentimiento de lo que había acometido.

PAI

INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD

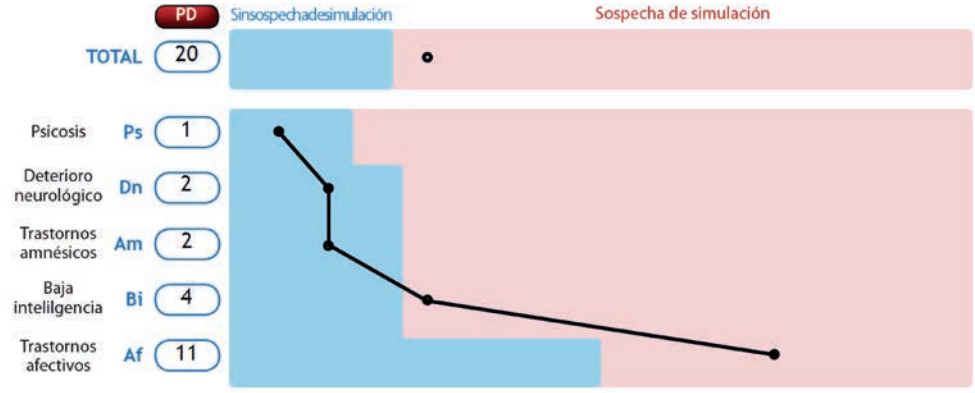



SUBESCALAS
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110
SOM
Conversión SOM-C 1 45
Somatización SOM-S 2 42
Hipocondría SOM-H 5 51
ANS
Cognitiva ANS-C 10 56
Emocional ANS-E 8 51
Fisiológica ANS-F 2 41
TRA
Obsesivo-compulsivo TRA-O 14 63
Fobias TRA-F 10 56
Estrés postraumático TRA-E 24 87
DEP
Cognitiva DEP-C 7 54
Emocional DEP-E 12 72
Fisiológica DEP-F 18 79
MAN
Nivel de actividad MAN-A 10 64
Grandiosidad MAN-G 6 45
Irritabilidad MAN-I 7 47
PAR
Hipervigilancia PAR-H 9 48
Persecución PAR-P 0 41
Resentimiento PAR-R 6 43
ESQ
Exper. psicóticas ESQ-P 2 45
Indiferencia social ESQ-S 13 68
Alterac. pensamiento ESQ-A 4 46
LIM
Inestabil. emocional LIM-E 6 50
Alteración identidad LIM-I 12 69
Rel. interp. problem. LIM-P 8 59
Autoagresiones LIM-A 3 50
ANT
Cond. antisociales ANT-A 1 41
Egocentrismo ANT-E 1 40
Búsqueda sensaciones ANT-B 7 54
AGR
Actitud agresiva AGR-A 6 53
Agresiones verbales AGR-V 5 45
Agresiones físicas AGR-F 1 46
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110



SIMS

INVENTARIO ESTRUCTURADO DE SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS



10.2.4. Caso 4. Crimen parricida por esquizofrenia paranoide

EDAD	56 años	SEXO	Varón	NIVEL ACADÉMICO	Estudios primarios

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS PREVIOS DEL AGRESOR

- Trastorno esquizofrénico paranoide.
- Trastorno Delirante crónico.

DELITO	SENTENCIA
Delito de homicidio del art. 138, concurriendo la agravante mixta de parentesco del art. 23 y la eximente completa de alteración psíquica del art. 20.1 del CP.	Absolución por concurrir la eximente completa de alteración psíquica prevista en el art. 20.1 y la agravante mixta de parentesco prevista en el art. 23 y procede imponer de conformidad con lo dispuesto en el art. 101 del CP, la medida de seguridad de internamiento para tratamiento médico en establecimiento psiquiátrico adecuado a su alteración psíquica durante un periodo máximo de 14 años.

VISITA PSICOLÓGICA CELEBRADA EN CENTRO PENITENCIARIO

Sí

INTENCIONALIDAD DELICTIVA (*ÍTER CRIMINIS*)

El informado, embargado por intensas y nocivas emociones celotípicas contra su hermana derivado de su condición psicopatológica de base de trastorno delirante crónico, decide dar muerte a su propio progenitor por motivos patrimoniales y testamentarias. Provisto de arma blanca, le asesta varias puñaladas inciso-cortantes y contusas.

Caso de impacto mediático en el que el informado asesta varias puñaladas mortales contra la figura de su padre, embargado por intensas y nocivas emociones celotípicas contra su hermana derivado de su condición psicopatológica de base de trastorno delirante crónico, por motivos patrimoniales y testamentarias.

1. Prueba MCMI-III

a. Escalas de Validez.

– La prueba MCMI-III presenta validez dudosa de 1, coincidiendo con la respuesta afirmativa concerniente

al ítem de validez (ítem 110 del MCMI-III: *«El año pasado aparecí en la portada de varias revistas»*). Por tanto, la Escala de Validez presenta una puntuación de 1, dado que su crimen destacó socialmente a la luz pública como fenómeno de amplio impacto mediático y social, publicándose en varios medios de comunicación (prensa, radio y/o TV). En el presente caso, la puntuación 1 es compatible y se ajusta de manera correcta a la pregunta.

– «Sinceridad» (PREV=78): La puntuación obtenida, estando en la significatividad estadística por encima de 75, sugiere que se ha de tomar precaución y cautela dado que la gráfica obtenida puede no ser genuina de la personalidad del propio sujeto. En el presente caso, se ha de considerar la existencia de trastorno psíquico basado en Esquizofrenia Paranoide y que, dicha condición psíquica, puede haber influenciado en la obtención de la puntuación de la presente escala.

b. Patrones Clínicos de la personalidad.

- Puntuaciones subclínicas:

  – «Esquizoide» (PREV=72): Apático, indiferente, distante, solitario. Ni desea ni disfruta de las relaciones personales. Mínima conciencia de los sentimientos propios y ajenos. Pocos o ningún impulso o ambición.

  – «Narcisista» (PREV=67): Egocéntrico, arrogante, con ideas de grandeza. Preocupado por fantasías de éxito y belleza o grandes logros. Se considera admirable y superior y, por tanto, merecedor de un trato especial.

– «Negativista (Pasivo-Agresivo» (PREV=66): Se resiste a cumplir con las expectativas de los demás, muestra conductas dilatorias, ineficaces y erráticas cuando no otras contrarias y molestas. Revela placer al desmoralizar las satisfacciones y aspiraciones de los demás. Descarga su enfado y otras emociones molestas ya sea indirectamente o desplazándolas de su causante hacia entornos o personas de menor importancia.

– «Agresivo (Sádico)» (PREV=65): Atrevido, impulsivo, imprudente. Puede ser desalmado y notablemente ajeno a una conciencia sobre el impacto de sus propios actos destructivos. Le atraen los riesgos, se siente impávido ante el peligro y el castigo. Muestra satisfacción al competir con otros, dominarlos y humillarlos. Manifiesta un marcado autoritarismo e intolerancia social. Tiene una mentalidad cerrada, es inflexible y obstinado.

– «Dependiente» (PREV=64): Indefenso, incompetente, sumiso e inmaduro. Rechaza las responsabilidades adultas. Se ve a sí mismo débil, y frágil. Busca constantemente el apoyo y consejo en figuras más fuertes.

– «Depresivo» (PREV=61).

– «Evitativo» (PREV=61): Dudoso, excesivamente consciente de sí mismo, avergonzado, ansioso. Se siente tenso en situaciones sociales por temor al rechazo. Invadido por una constante ansiedad de ejecución. Se ve a sí mismo como inepto, inferior o poco atractivo. Sentimientos de soledad y vacío.

c. Patología Grave de la Personalidad.

- «Paranoide» (PREV=90): Expectante, defensivo, desconfiado y suspicaz. Hipervigilante frente a intentos ajenos de agresión. Siempre busca evidencias que confirmen la presencia de móviles ocultos. Se siente la vez perseguido.
  - Puntuación subclínica:
    - ≈ «Esquizotípico» (PREV=64): Excéntrico, raro, ausente. Muestra manierismos y conductas peculiares. Lee el pensamiento Preocupado por creencias extrañas. La línea que le diferencia de la fantasía está poco definida.

d. Síndromes Clínicos.

- «Ansiedad» (PREV=88).
- «Dependencia del alcohol» (PREV=79).
  - Puntuaciones subclínicas:
    - ≈ «Estrés Post-Traumático» (PREV=69).
    - ≈ «Distímico» (PREV=64).
    - ≈ «Somatomorfo» (PREV=62).
    - ≈ «Dependencia de sustancias» (PREV=60).

e. Síndromes Clínicos Graves.

- «Trastorno Delirante» (PREV=101).
- «Depresión Mayor» (PREV=75).
  - Puntuación subclínica:
    - ≈ «Trastorno del pensamiento» (PREV=74).

2. Prueba SIMS

La puntuación total del SIMS (PD=26) se encuentra dentro de la anormalidad estadística sugiriendo la compatibilidad de que el informado ha presentado intencionalidad de simular síntomas psicopatológicos en la mayoría de las escalas que son objeto de estudio de la prueba (a excepción del área de los Trastornos Amnésicos).

En el presente caso, y dado los antecedentes clínicos del informado consistentes en los diagnósticos de Trastorno Esquizofrénico Paranoide y Trastorno de Ideas Delirantes, es compatible la significatividad estadística debido a raíz de la infiltración nociva del trastorno (el informado fue explorado mientras estuvo ingresado en la Unidad Hospitalaria Psiquiátrica del Centro Penitenciario y estando vinculado a tratamiento psicofarmacológico).

MCMI-III

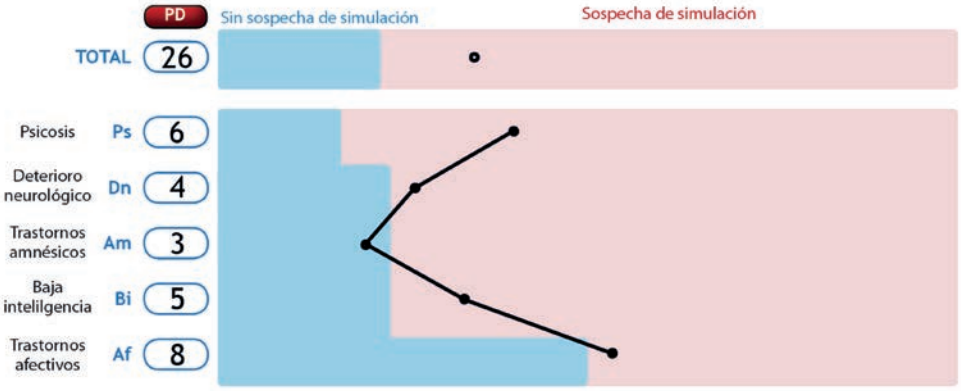
INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

VALIDEZ = 1 INCONSISTENCIA = 5 VALIDEZ DUDOSA
CÓDIGO DE PERSONALIDAD: - ** - * 1 5 8A 6B 3 2A 2B 6A + 8B 7 " 4 // P ** - * //
CÓDIGO DE SÍNDROME: A ** B * // PP ** CC * //

CATEGORÍA		PUNTUACIÓN PD	PUNTUACIÓN PREV	PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA 0 60 75 85 115	ESCALAS DIAGNÓSTICAS
ESCALAS DE VALIDEZ	X	136	78		SINCERIDAD
	Y	8	39		DESEABILIDAD SOCIAL
	Z	17	73		DEVALUACIÓN
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	1	15	72		ESQUIZOIDE
	2A	12	61		EVITATIVO
	2B	11	61		DEPRESIVO
	3	13	64		DEPENDIENTE
	4	8	19		HISTRIONICO
	5	17	67		NARCISISTA
	6A	10	60		ANTISOCIAL
	6B	16	65		AGRESIVO (SÁDICO)
	7	14	39		COMPULSIVO
	8A	16	66		NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
	8B	10	56		AUTODESTRUCTIVO
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	S	14	64		ESQUIZOTÍPICO
	C	10	57		LÍMITE
	P	23	90		PARANOIDE
SÍNDROMES CLÍNICOS	A	12	88		ANSIEDAD
	H	7	62		SOMATOFORMO
	N	6	57		BIPOLAR
	D	11	67		DISTÍMICO
	B	12	79		DEPENDENCIA DEL ALCOHOL
	T	5	60		DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
	R	15	69		ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	SS	10	74		TRASTORNO DEL PENSAMIENTO
	CC	10	75		DEPRESIÓN MAYOR
	PP	14	101		TRASTORNO DELIRANTE

SIMS

INVENTARIO ESTRUCTURADO DE SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS



10.2.5. Caso 5. Crimen parricida por esquizofrenia paranoide

EDAD	35 años	SEXO	Varón	NIVEL ACADÉMICO	Estudios secundarios

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS PREVIOS DEL AGRESOR
– Esquizofrenia Paranoide.

DELITO	SENTENCIA
Asesinato.	Absolución por concurrir la eximente completa de alteración psíquica. Se impone la medida de seguridad de internamiento para tratamiento médico en establecimiento psiquiátrico adecuado a su alteración psíquica durante un periodo máximo de 18 años.

VISITA PSICOLÓGICA CELEBRADA EN CENTRO PENITENCIARIO
Sí

INTENCIONALIDAD DELICTIVA (*ÍTER CRIMINIS*)
Filicidio en el que el informado, provisto de una ballesta, propina 4 flechas contra la cabeza de su progenitor. Caso de amplio y fuerte impacto mediático y social en el que el informado, embargado por emociones negativamente intensas al haber tenido conocimiento de los abusos y agresiones sexuales que ejerció su padre contra su hermana, decide darle muerte mediante el lanzamiento de 4 flechas lanzadas con una ballesta contra el cráneo de la víctima.

1. Prueba MCMI-III

a. Escalas de Validez.

- Validez = 0: El evaluador quiere señalar la significativa singularidad de dicha puntuación obtenida, dado que el caso presentó una importante resonancia mediática por el alcance criminológico de la conducta materializada. En el presente caso, el informado ofrece como «Falsa» la respuesta mientras que se trataba de un caso que motivó la asistencia de los medios de comunicación (prensa, radio y/o TV); otorgando un valor de 0 al ítem 110 del MCMI-III (*«El año*

pasado aparecí en la portada de varias revistas»). En sí mismo, la prueba MCMI-III no presenta validez dudosa dado que todas las respuestas que miden dicha escala presentan valor de 0. No obstante, se observa incongruencia en cuanto la compatibilidad existente por los medios de comunicación ante el caso que resultó de impacto social criminológico.

- Inconsistencia = 1. Asimismo, presenta un valor de 1 en «Inconsistencia». Dicha escala está diseñada para completar los indicadores de validez tradicionales y muestra la tendencia del individuo a responder a los ítems de forma consistente o contradictoria verificándose a través de «pares de ítems» que muestran un contenido tanto similar como contradictorio (como si se tratase de un «desajuste personal»). Es posible que su larvado trastorno le haga responder de esta manera o que presente una real intencionalidad de ofrecer una respuesta inconsistente. En este sentido, el evaluador ha de extremar la cautela a efectos de interpretación psicológica dada la respuesta anteriormente mencionada de «validez».

- «Deseabilidad Social» (PREV=90): Ha alcanzado el rango estadísticamente significativo como para considerarse que existe tendencia a querer mostrar una buena imagen social de sí mismo.

b. Patrones Clínicos de la personalidad.

- «Compulsivo» (PREV=86): Sugiere que el informado es comedido, concienzudo, respetuoso y rígido. Mantiene un estilo de vida regido por normas. Suscribe completamente las convenciones sociales. Ve el mundo en función de reglas y jerarquías. Se considera leal, fiable, eficiente y productivo.

– Puntuaciones subclínicas:

≈ «Narcisista» (PREV=65): Egocéntrico, arrogante, con ideas de grandeza. Preocupado por fantasías de éxito y belleza o grandes logros. Se considera admirable y superior y, por tanto, merecedor de un trato especial.

≈ «Histriónico» (PREV=63): Dramático, seductor, frívolo, buscador de estimulación, superficial. Utiliza el exhibicionismo para conseguir atención y favores. Se considera muy atractivo y encantador.

El resto de las escalas de los patrones clínicos de la personalidad se encuentran dentro de la normalidad estadística.

c. Patología Grave de la Personalidad.

• Escalas dentro de la normalidad estadística.

d. Síndromes Clínicos.

• Escalas dentro de la normalidad estadística.

e. Síndromes Clínicos Graves.

• Escalas dentro de la normalidad estadística.

MCMI-III

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

VALIDEZ = 0 INCONSISTENCIA = 1
CÓDIGO DE PERSONALIDAD: 7 ** - * 5 4 + - " 3 6A 2A 1 2B 6B 8A 8B // - ** - * //
CÓDIGO DE SÍNDROME: - ** - * // - ** - * //

CATEGORÍA		PUNTUACIÓN PD	PUNTUACIÓN PREV	PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA 0 60 75 85 115	ESCALAS DIAGNÓSTICAS
ESCALAS DE VALIDEZ	X	57	20		SINCERIDAD
	Y	19	90		DESEABILIDAD SOCIAL
	Z	0	0		DEVALUACIÓN
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	1	1	11		ESQUIZOIDE
	2A	1	12		EVITATIVO
	2B	1	11		DEPRESIVO
	3	4	30		DEPENDIENTE
	4	20	63		HISTRIONICO
	5	11	65		NARCISISTA
	6A	2	20		ANTISOCIAL
	6B	0	3		AGRESIVO (SÁDICO)
	7	21	86		COMPULSIVO
	8A	0	3		NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
	8B	0	3		AUTODESTRUCTIVO
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	S	0	2		ESQUIZOTÍPICO
	C	2	19		LÍMITE
	P	0	2		PARANOIDE
SÍNDROMES CLÍNICOS	A	0	2		ANSIEDAD
	H	0	2		SOMATOFORMO
	N	1	12		BIPOLAR
	D	0	2		DISTÍMICO
	B	3	47		DEPENDENCIA DEL ALCOHOL
	T	1	17		DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
	R	1	14		ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	SS	0	2		TRASTORNO DEL PENSAMIENTO
	CC	1	14		DEPRESIÓN MAYOR
	PP	0	2		TRASTORNO DELIRANTE

11 SENTENCIA CONDENATORIA CON ATENUANTE DE RESPONSABILIDAD CRIMINAL

Dr. César San Juan Guillén [32, 33]
Profesor de Psicología Criminal en la Universidad del País Vasco

32 **Contacto:**

Profesor de *Psicología Criminal* y *Psicología Jurídica. Universidad del País Vasco.* Grupo de Investigación en Criminología Aplicada (*CRIM-AP*).

Mail de contacto: cesar.sanjuan@ehu.eus
Enlace web: https://www.ehu.eus/es/web/dms/equipo

33 **Acerca del autor:**

- Licenciado en Psicología por la Universidad del País Vasco. Becado Erasmus en 1989 obteniendo la especialidad en Psicología Social por la Universidad Católica de Lovaina (Bélgica).
- Doctor en Psicología por la Universidad del País Vasco en 1991 con la tesis «Representaciones sociales del SIDA: Discursos y sesgos cognitivos».
- En la actualidad, profesor titular del Departamento de Psicología Social en la Universidad del País Vasco impartiendo las asignaturas, «Psicología Ambiental», y «Psicología Criminal». Desde el año 2002, subdirector del Instituto Vasco de Criminología; y desde 2006 Director del International Research Centre on Delinquency, Marginality and Social Relationships.

- Profesor invitado en algunas universidades españolas e internacionales, como la Diego Portales (Santiago de Chile), la Universidad Centroamericana (Managua, Nicaragua), la Universidad Mayor de San Simón (Bolivia), la London School of Economics (Londres, Reino Unido), la Universidad José Simón Cañas (San Salvador, El Salvador) o la Universidad de Palermo (Buenos Aires, Argentina).
- Ha dirigido numerosos proyectos de cooperación al desarrollo en el campo de la resolución de conflictos, la intervención psicosocial, la educación para la salud, etc. en diversos países de América Latina y África. Autor de diversos artículos sobre la intervención psicosocial en catástrofes y emergencias, es además editor en este ámbito del volumen «Catástrofes y ayuda de emergencia».
- En la actualidad desarrolla diversos estudios en torno a los problemas sociales relacionados con la seguridad urbana siendo coautor en este campo del manual «Criminología Ambiental: Ecología del delito y de la seguridad». Buena parte de estos trabajos son el resultado de proyectos de investigación financiados por entidades públicas de la Comunidad Autónoma Vasca. En el marco del denominado programa AGIS, financiado por la Comisión Europea ha dirigido un proyecto sobre la realidad de los menores extranjeros infractores. También financiado por la Comisión Europea, en el marco del programa DAPHNE, ha dirigido el proyecto «Qualitative and meta-analytic study of specific and primary prevention programs of violence against women: developing indicators on violence and related data collection». Desde el año 2003, mediante convenio de colaboración con el Dept. de Ejecución Penal del Gobierno Vasco, dirige la evaluación del Plan de Justicia Juvenil.

11.1. Introducción al presente capítulo: Las razones para matar: el sueño de la razón produce monstruos

En su libro «Hacer el mal» la psicóloga norteamericana Julia Shaw nos recuerda esa mítica serie de dibujos animados que adorábamos los de nuestra generación protagonizada por un grupo de cuatro jóvenes y un perro gran danés parlante, *Scooby-Doo*. Viajaban en una camioneta llamada «la máquina del misterio» siempre convocados por vecindarios que vivían atemorizados por la presencia de fuerzas sobrenaturales o algún fantasma monstruoso. Todos los episodios tenían el mismo desenlace, las supuestas fuerzas sobrenaturales tenían una explicación racional y debajo de la careta del fantasma monstruoso solo había un tipo con un disfraz. No había monstruos.

La autora usa esta metáfora para ilustrar nuestra tendencia a buscar explicaciones fáciles a la maldad. Pero, insiste, quizás descubramos que no existen explicaciones simples a la pregunta de por qué los humanos hacemos cosas malas. Seguramente también encontremos una gran diversidad de respuestas, que probablemente transiten entre la impronta genética y las influencias ambientales, a la pregunta de por qué algunos de estos seres humanos asesinan a sus congéneres.

En este recorrido, el primer nivel de explicación lo deberemos situar en un plano puramente organicista. Efectivamente, el homicidio es un problema social importante y generador de un impacto emocional incalculable en las víctimas y en la sociedad. Por esta razón, desde el ámbito de las neurociencias se han hecho en la última década importantes avances en la búsqueda de una explicación al asesinato que han proporcionado un considerable cuerpo empírico

en torno a la relación entre comportamiento violento y anomalías cerebrales. En relación específicamente al asesinato, es especialmente relevante el trabajo de Sajous-Turner y colaboradores (2019)[34] en el que examinan las diferencias bioquímicas y morfológicas en la materia gris entre un grupo de reclusos que han cometido un homicidio y otro grupo, también encarcelado, pero por delitos diferentes al asesinato, tanto violentos como no violentos. Estos autores encuentran en el grupo de asesinos reducciones significativas en sustancia gris en regiones implicadas en el procesamiento emocional, control de la conducta, funciones ejecutivas y cognición social, tales como la corteza prefrontal, el precúneo o la hasta ahora enigmática ínsula cerebral. La función de esta pequeña región de la corteza cerebral ha sido un misterio para los neurólogos hasta hace apenas una década en la que, gracias al avance de las técnicas de neuroimagen, se ha descubierto que desempeña un papel muy relevante en muchas de nuestras actividades cotidianas que, en conjunto, podrían resumirse en una competencia básica para entender las relaciones entre los individuos de nuestra especie: la conciencia social. Un déficit en esta conciencia social da como resultado un perfil que nos recuerda bastante a la denominada «tríada oscura» en general y la psicopatía, en particular.

En el año 2002, Paulhus y Williams publicaron un artículo en el *Journal of Research in Personality* titulado «La tríada oscura de la personalidad: el narcisismo, el maquiavelismo y la psicopatía», en el que examinaron la relación entre estas tres características personales y el modelo de cinco factores en una muestra de estudiantes universitarios. Estos autores descubrieron que los tres elementos de la Tríada

34 Sajous-Turner, A., Anderson, N.E., Widdows, M. et al. Brain Imaging and Behavior (2019). https://doi.org/10.1007/s11682-019-00155-y

Oscura se relacionaron con una capacidad de empatía más baja, pero se asociaban de forma diferente a otros rasgos de la personalidad.

A pesar del entusiasmo con el que psicólogos, psiquiatras y criminólogos han tratado este tema, aún quedan preguntas básicas sobre la «Tríada Oscura». Como nos interpelan Miller y colaboradores (2019)[35], ¿qué significa exactamente «oscura» en términos científicos?, ¿por qué reducirlo a tres parámetros y no incluir otros como la mezquindad, el sadismo, la envidia, etc.? ¿cuál es, en fin, la combinación precisa en virtud de la cual un individuo decide, en un momento dado, quitarle la vida a otro con el único propósito de conseguir sus objetivos?

Estas cuestiones, claro está, tienen sentido siempre y cuando estemos hablando, efectivamente, de una decisión consciente: recordemos que un joven ha sido condenado recientemente en Málaga a dos años de cárcel por matar tras un forcejeo a un ladrón que le había arrebatado el bolso a una mujer, después de golpearle con violencia y patearla en el suelo. El ladrón, en cuestión, era politoxicómano y el día que intentó perpetrar el robo estaba en busca y captura por diferentes causas penales pendientes. Fue precisamente la empatía y la conciencia social las que probablemente mediaron en el acto reflejo del joven acusado de homicidio para, según la sentencia, propinarle dos puñetazos al delincuente provocando su caída al suelo y un traumatismo craneoencefálico con hemorragia cerebral que le causó la muerte dos días más tarde. Sin duda nos encontramos ante una situación en la que colisionan nuestro garantista estado de derecho y el sentido común. Colisionan en un litigio en el que, como no podría ser de otra forma, carece de inte-

35 Miller, J. D., Vize, C., Crowe, M. L., & Lynam, D. R. (2019). A critical appraisal of the Dark Triad literature and suggestions for moving forward. *Current Directions in Psychological Science*. 1-8

rés jurídico el perfil criminal del fallecido y, por otra parte, no resultó suficientemente relevante el reflejo prosocial del joven homicida como para absolverle. Simplemente, una persona mató a otra.

Sobre este episodio concreto cabría preguntarse, no obstante, si el joven condenado por homicidio hubiera reaccionado igual si hubiera sido un hombre la víctima del robo con violencia. En los conocidos experimentos de decisiones morales de Skulmowski y colaboradores (2014)[36] con realidad virtual proponían a los sujetos experimentales la tesitura de salvar de morir atropellado por un tren sin control a un hombre o a una mujer situados en una bifurcación de vías que los sujetos controlaban. Estos autores encontraron que, de forma mayoritaria, los sujetos experimentales optaban por sacrificar al hombre y salvar a la mujer en virtud de una convención social que considera más favorable proteger y salvar a una mujer que a un hombre. Convención social que, por lo visto, no atañe a los condenados por violencia de género.

En todo caso, esta versión del homicidio no es obviamente la habitual. Lo habitual a escala global es precisamente todo lo contrario a esos asesinatos fruto de la conciencia social o de una decisión moral basada en un convencionalismo social. Nos referimos al crimen organizado. Según el último *Estudio mundial sobre el homicidio 2019* de la UNODC (*United Nations Office on Drugs and Crime*), el crimen organizado global, desde las maras centroamericanas hasta las bandas dedicadas al tráfico de personas, pasando por la mafia rusa, es responsable del mismo número de muertos que todos los

36 Skulmowski, A., Bunge, A., Kaspar, K., Pipa, G. (2014). Forced choice decisión making in modified trolley dilema situations: a virtual reality and eye traking study. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 8:426.

conflictos armados del mundo. Efectivamente, desde el año 2000, los grupos criminales mataron en todo el mundo a casi un millón de personas.

Atendiendo al análisis por género realizado en este informe sobre el homicidio violento en el mundo, la mayoría de las víctimas son hombres (81%), jóvenes y con escasas perspectivas sociales y económicas. Al mismo tiempo, más del 90% de los sospechosos de homicidio eran también hombres. La tasa global de homicidios ha ido a la baja en el último cuarto de siglo, pero básicamente porque la población mundial ha aumentado. De hecho, en 1992, se registraron 100.000 víctimas mortales menos que en 2017.

En cuanto al *modus operandi*, contexto y relación entre víctima y victimario, el estudio de UNOCD identifica tres tipologías de homicidio: homicidio perpetrado en el contexto de otra actividad delictiva, homicidio asociado a conflictos interpersonales y, por fin, homicidio relacionado con motivos sociopolíticos.

En este sentido, los homicidios interpersonales suponen un porcentaje importante de los perpetrados en todo el mundo y sus motivaciones, como es obvio, son completamente diferentes a las otras tipologías. Así, el asesinato cometido por un compañero íntimo o un familiar es una forma de homicidio interpersonal que afecta a todos los países, sin importar su riqueza, nivel de desarrollo ni factores de riesgo y protección. Aunque, cabe decir que dichos homicidios, que constituyen el 14% de todos los perpetrados a nivel mundial, son los de mayor frecuencia en América y representan una gran proporción de todos los homicidios en Asia, Europa y Oceanía, donde las mujeres de más de 30 años conforman el grupo de mayor riesgo. Efectivamente, aunque mujeres y niñas representan una proporción mucho menor de víctimas de homicidio que los hombres, sufren mayor ries-

go de ser asesinadas por sus parejas o por alguien de la familia. Esta es una tendencia global en todo el planeta.

Llegados a este punto cabe decir que al hablar de predictores del comportamiento homicida podemos identificar desde el volumen de materia gris, hasta variables de tipo socioeconómico. Esta perspectiva multifactorial en el análisis de las causas del homicidio tiene importantes consecuencias en el ámbito de la prevención. Efectivamente, dado que parece más complicado revertir un cerebro con anomalías congénitas, o sobrevenidas por algún traumatismo, convengamos que lo más eficaz sería focalizar nuestros esfuerzos en variables sociales, educativas o de oportunidad con, por ejemplo, mayores inversiones en políticas de igualdad o restricciones más severas en el acceso a las armas. Sin embargo, debemos advertir que el éxito quizás no lo tengamos completamente garantizado tampoco con estas medidas. Islandia, por ejemplo, con una de las tasas de homicidios más bajas del mundo ocupa el décimo lugar, junto con Austria y Alemania, en el ranking de posesión legal de armas *per cápita*. Un arma cada tres personas, aproximadamente, lo que puede significar, en la práctica, un arma en cada hogar. Afortunadamente, no las usan para matar conciudadanos. En el contexto europeo, también puede resultar llamativo el caso de Alemania, que con la misma ratio de posesión de armas por civiles que Islandia, tiene la misma tasa de homicidios que España, es decir, de las más bajas de Europa.

Si atendemos a las políticas de protección social e igualdad tampoco encontramos una relación evidente entre desarrollo y homicidio. La denominada «paradoja nórdica» hace referencia, precisamente, al hecho de que países como Suecia, Dinamarca o Finlandia, con sistemas educativos sobresalientes y las políticas más avanzadas en materia de igualdad, presentan las tasas de violencia de pareja de las más altas de Europa. Por otra parte, la relación entre crisis económica y aumento de la delincuencia no concuerdan con las estadísticas mos-

tradas en esta materia por España, Grecia y Portugal, tres países, junto con Italia, integrados en el despectivo acrónimo *PIGS* adjudicado por razón de su dramático déficit presupuestario, perocon las tasas de homicidio más bajas de Europa. Definitivamente, no hay manera de encontrar una causa simple a las tasas de homicidio.

En el caso concreto de España, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), se han producido un total de 13.348 casos de homicidio entre los años 1980 y 2015, lo que arroja una media histórica de 371 homicidios al año, en una tendencia claramente descendente en la última década. En un análisis más pormenorizado como el llevado a cabo en el *Informe sobre el Homicidio en España* realizado por la Secretaría de Estado de Seguridad del Ministerio del Interior, podemos observar que, con respecto a las armas empleadas se encontró mucha variabilidad. En la mayoría de los hechos (41,10%) se emplearon armas blancas, seguidas de las de fuego (16,30%), repartiéndose el resto entre diferentes modalidades. Se ha podido establecer que en un 36,28% de los casos, el arma fue de oportunidad, es decir, el asesino acabó con la vida de su víctima valiéndose de lo que encontró a mano; por otra parte, en un 21,93% el asesino llevaba alguna suerte de arma en el momento de la comisión, lo que revela un cierto grado de planificación y premeditación. Un asunto ciertamente interesante de este el estudio tiene que ver con la relación previa existente entre la víctima y el autor homicida. De los datos se desprende que algo más del 75% de las víctimas tenían algún tipo de relación con sus asesinos.

Como podemos comprobar, en fin, el asesinato está muy ligado a la esfera íntima de las personas por lo que, como aventuraba Freud en su obra titulada «Más allá del principio de placer» (1920), la pulsión de vida parece estar íntimamente ligada a la pulsión de muerte y, en el contexto de esta confrontación, encontraremos un abultado compendio de motivaciones para matar. Algunas relacionadas con

ajustes de cuentas, otras con los celos, la ambición o el deseo de poder y dinero. Otras impulsadas por algún tipo de trastorno mental capaz de mermar la capacidad volitiva o intelectiva del homicida. En otras ocasiones, en fin, no responderá a ninguna de estas causas y nos encontraremos ante un individuo musitando en su primera declaración ante la policía que, simplemente, quería saber qué se sentía al matar a alguien.

Un reflejo de esta casuística es la que nos vamos a encontrar en este magistral atlas del Dr. Bernat-N Tiffon donde su pericia forense tiene como objetivo desentrañar la hermética caja negra de las motivaciones criminales con el único fin de que la sala de Justicia haga honor a su nombre.

11.2. Casos

11.2.1. Caso 1. Crimen por esquizofrenia paranoide

EDAD	43 años	SEXO	Varón	NIVEL ACADÉMICO	Estudios secundarios

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS PREVIOS DEL AGRESOR

- Esquizofrenia paranoide de curso episódico con síntomas interepisódicos residuales.
- Trastorno por dependencia cannabis/alcohol/cocaína.
- Constan diagnósticos previos de Trastorno de la Personalidad Esquizoide.

DELITO	SENTENCIA
Asesinato con alevosía y ensañamiento de una víctima profesional del sexo.	Condenatoria con eximente incompleta por alteración psíquica del art 21.1 en relación con el 20.1.

VISITA PSICOLÓGICA CELEBRADA EN CENTRO PENITENCIARIO

Sí

INTENCIONALIDAD DELICTIVA (*ÍTER CRIMINIS*)

Trastorno cognitivo grave delirante del contenido del pensamiento por el que el informado pensaba delirantemente que «salvaba» a una profesional del sexo de una trama conspirativa,asesinando a la «instigadora» y «cabecilla» de dicha trama[37,38]. Caso criminológico de amplio impacto mediático por el que el informado fue acusado y condenado de asesinato con alevosía y ensañamiento con arma blanca. El informado presentaba amplia documentación e historial de antecedentes clínicos consistente en grave trastorno psicótico delirante.

1. Prueba MCMI-III

Hay que señalar que, con carácter previo, el sujeto fue evaluado en la Unidad de Psiquiatría del Centro Penitenciario dónde estaba

37 Tiffon, B.-N. (2017). «*Estudio de un caso: Trastorno Psicótico Delirante y Asesinato con alevosía y ensañamiento*». Libro de actas del X Congreso (Inter) Nacional de Psicología Jurídica y Forense. Sevilla. 25, 26 y 27 de mayo de 2017. Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense (SEPJF).

38 Tiffon, B.-N. (2017). «*Atlas de* Psicología Forense (Penal)». J.M. Bosch Editor. Barcelona.

ingresado cumpliendo prisión preventiva a la espera de celebrarse el juicio y, por tanto, estaba compensado con tratamiento psicofarmacológico (entonces, el informado no presentaba brote psicótico alguno y se hallaba compensado psíquicamente sin presentar fenomenología sintomatológica clínica).

No obstante, hay que señalar que las escalas de validez del MCMI-III presentan significatividad estadística en la escala de «Sinceridad» (PREV=87) y en la escala de «Devaluación» (PREV=85). De este modo, y de las puntuaciones obtenidas en ambas escalas, se desprende que el informado ha presentado intencionalidad de no ser sincero y ha querido mostrar una imagen social de sí mismo más negativa y extremadamente desfavorable que puede sugerir, incluso, exageración de síntomas.

El estilo de respuesta puede transmitir sentimientos de extrema vulnerabilidad. En cuyo caso, dichas puntuaciones se han de cotejar con la siguiente prueba que se le administró a efectos de cotejo y confirmar y/o refutar dichas consideraciones con respecto a estas concretas escalas y, a la hora de la interpretación psicológica, ser cauto y precavido.

A nivel descriptivo de las puntuaciones obtenidas y en cuanto hace referencia a los patrones clínicos de personalidad, el informado presenta una elevación clínica significativa en la escala «Evitativo» (PREV=84) siendo característico a que sea tendente a la duda, a que sea excesivamente consciente de sí mismo, avergonzado, ansioso. Se siente tenso en situaciones sociales por temor al rechazo. Invadido por una constante ansiedad de ejecución. Se ve a sí mismo como inepto, inferior o poco atractivo. Sentimientos de soledad y vacío. La escala «Esquizoide» (PREV=87) también reviste una significatividad clínica notoria y viene a compatibilizarse con sus diagnósticos previos de grave trastorno psicótico delirante, lo sugiere que el informado acostumbra a ser apático, indiferente, distante, solitario (siendo una

clínica que viene a definir los estados psicóticos, en general). Ni desea ni disfruta de las relaciones personales. Mínima conciencia de los sentimientos propios y ajenos. Pocos o ningún impulso o ambición.

La escala de «Paranoia» (PREV=73), perteneciente a la esfera de la patología grave de la personalidad, presenta una significativa tendencia hacia el alza como escala subclínica y que viene a compatibilizarse con su trastorno psicótico cronificado y de larga evolución. En este sentido, acostumbra a ser expectante, defensivo, desconfiado y suspicaz. Hipervigilante frente a intentos ajenos de desvalorización o agresión. Siempre busca evidencias que confirmen la presencia de móviles ocultos. Se siente justo y recto, y a la vez perseguido.

Asimismo, y siguiendo con la descripción de las escalas de la prueba MCMI-III en cuanto a síndromes clínicos se refiere, el informado presenta puntuaciones clínica y estadísticamente significativas en las siguientes escalas: «Ansiedad» (PREV=105), «Dependencia al Alcohol» y «Dependencia de Sustancias» (ambas con puntuación PREV=84). Y, en cuanto a síndromes clínicas graves, el informado presenta puntuaciones elevadas en las siguientes escalas: «Trastorno del pensamiento» (PREV=88) y «Trastorno Mayor» (PREV=91) y con tendencia al alza en la escala de «Trastorno delirante» (PREV=73).

2. Prueba PAI

Antes de abordar al comentario psicológico de dicho perfil, se considera interesante profundizar en la prueba PAI a efectos de cotejar los resultados obtenidos del MCMI-III. De este modo, de las escalas principales de validez se observa la existencia que el informado ha ofrecido una puntuación singularmente significativa en la escala de «Impresión negativa» con T=107 (sobre un máximo de 110); es decir,

el evaluado ha querido presentar una imagen de sí mismo negativa o extremadamente desfavorable que pueda sugerir la exageración de síntomas (al igual que el resultado obtenido de la anterior prueba administrada MCMI-III). A dicha consideración, se ha de añadir asimismo que el informado presenta puntuación elevada con un T=94 en el «Índice de simulación» y al que hay que tomar en consideración a efectos de prever con cautela la interpretación resultante del resto de las escalas clínicas dado que puntuaciones altas son indicativas de exageración de síntomas.

En cuanto hace referencia a las escalas clínicas principales, el informado presenta puntuaciones clínicamente elevadas con significatividad estadística en las siguientes escalas:

1. «Problemas con alcohol» (T=110) y «Problemas con drogas» (T=106) sugieren las consecuencias negativas que el consumo de alcohol y sustancias, así como de sus rasgos de dependencia que se derivan de dicho patrón de consumo.

2. «Esquizofrenia» (T=93) y que dicha escala evalúa los síntomas clave del amplio espectro de los trastornos esquizofrénicos.

3. «Depresión» (T=85) y «Ansiedad» (T=79) y que en ellas se evalúan las manifestaciones y síntomas de los trastornos depresivos y las manifestaciones y los signos observables de ansiedad con especial énfasis en la evaluación de sus distintas modalidades (cognitiva, emocional y fisiológica). Se recomienda observar las puntuaciones de la gráfica resultante a efectos de visualizar el resto de las escalas que presentan relevancia clínica.

4. «Paranoia» (T=64): Evalúa los síntomas de los trastornos paranoides y las características más estables de la personalidad paranoide.

5. «Rasgos Limites» (T=68): Evalúa los atributos indicativos de la personalidad límite, entre los que se incluyen las relaciones interpersonales inestables y fluctuantes, la impulsividad, la inestabilidad, la labilidad emocional y la ira incontrolada.

6. «Rasgos antisociales» (T=65): Evalúa el historial de actos ilegales y problemas con la autoridad, así como el egocentrismo, la falta de empatía y lealtad, la inestabilidad y la búsqueda de sensaciones.

Se ha de señalar la significatividad estadística en la puntuación perteneciente a la escala de «Ideaciones suicidas» (SUI) con T=93 (de un máximo de 110) y que viene a evaluar la ideación suicida cubriendo un amplio rango que va desde la desesperanza hasta los pensamientos y planes concretos de suicidio. En este sentido, se ha de prestar atención a dicha puntuación con relación a su patobiografía, máxime cuando se repite (dicha elevación) en el índice (complementario) de potencial de suicidio con T=87 dónde se evalúa la presencia de veinte características del perfil que suelen estar asociadas a la conducta suicida. Es un indicador indirecto ya que no incluye la puntuación en la escala SUI que evalúa explícitamente la presencia de ideación suicida. Puntuaciones altas son indicativas de una mayor probabilidad de suicidio.

Es singularmente significativo, las puntuaciones extremadamente bajas en las escalas pertenecientes a las Relaciones interpersonales: «Dominancia» (T=20) y «Afabilidad» (T=31), pudiendo sugerir la existencia de un patrón de relación social empobrecido y compatible son su trastorno psicótico caracterizado por la indiferencia social (y a la que se destacará de nuevo con puntuación de T=88 en la subescala de la «Esquizofrenia»). Una puntuación baja en la escala de «Dominancia» refleja un estilo sumiso y, una puntuación baja

en la escala de «Afabilidad» sugiere un estilo frío e indiferente con respecto a los demás.

De este modo y siguiendo la línea de las subescalas clínicas, el informado presenta puntuaciones significativas en varias de las subescalas y a la que este Evaluador se remite a su visualización gráfica:

1. Subescalas Somatización: «Conversión» (T=74) que evalúa los síntomas asociados a los trastornos de conversión, especialmente alteraciones motoras o sensoriales; «Somatización» (T=62) que evalúa la aparición frecuente de diversos síntomas físicos comunes y de quejas imprecisas de cansancio y mala salud.; «Hipocondría» (T=87) que evalúa la preocupación por el estado de salud y los problemas físicos.

2. Subescalas de Ansiedad: «Cognitiva» (T=76) que evalúa la presencia de inquietudes sobre asuntos cotidianos y preocupaciones rumiativas que afectan y limitan su capacidad de atención y concentración; «Emocional» (T=70) que evalúa la presencia de tensión, cansancio y dificultad para relajarse como resultado del alto nivel de estrés percibido; y «Fisiológica» (T=82) que evalúa los signos físicos manifiestos de tensión y estrés (p. ej., palmas sudorosas, temblor de manos, palpitaciones, sensación de ahogo o de falta de aire).

3. Subescalas relacionadas con los Trastornos de la Ansiedad: «Fobias» (T=71) que evalúa la presencia de miedos fóbicos comunes tales como a las situaciones sociales, al transporte público, a las alturas, a los espacios cerrados y a otros objetos específicos (siendo en este caso, la fobia a un contenido de pensamiento delirante de persecución paranoide) y «Estrés Postraumático» (T=69) que evalúa la existencia de hechos traumáticos que continúan causando malestar y que el sujeto percibe como hechos que le han cambiado o alterado en algún aspecto fundamental

de sí mismo (siendo en el presente caso, la causa jurídico-legal y penitenciario por la que se encuentra contextualizado debido al crimen perpetrado por el informado).

4. Subescalas de Depresión: «Cognitiva» (T=91) que evalúa la presencia de pensamientos de desesperanza, inutilidad y fracaso personal, así como problemas para tomar decisiones y dificultades de concentración; «Emocional» (T=86) que evalúa la presencia de sentimientos de tristeza, falta de interés en las actividades cotidianas y anhedonia; y, «Fisiológica» (T=67) que evalúa los niveles de actividad, energía y rendimiento físico, entre los que se incluyen interrupciones en sus patrones de sueño, cambios en su apetito o pérdida de peso.

5. Subescalas de Manía: No arroja puntuaciones clínicamente significativas.

6. Subescalas de Paranoia: «Persecución» (T=75) que evalúa la creencia de haber sido tratado injustamente y de que existe un interés común entre diversas personas para socavar sus intereses, siendo compatible en este caso con el contenido de pensamiento alterado y disfuncional con relación a un sentimiento (alteradamente subjetivo) de persecución que presentó en el mismo momento de perpetrar el crimen. Dicha escala puede compatibilizarse, asimismo, por el marco penitenciario en el que se encuentra ubicado configurándose lo que se denomina como *«Paranoia carcelaria»* y que viene originado por el hostil marco de convivencia con internos de prisión de toda índole de conducta delictiva y/o criminológica.

7. Subescalas de Esquizofrenia: «Experiencia psicóticas» (T=77) que evalúa la presencia de sensaciones y percepciones poco comunes así como de pensamiento mágico y otras ideas inusuales

que pueden incluir creencias delirantes; «Indiferencia Social» (T=88) que evalúa el aislamiento social así como la torpeza y la incomodidad en las relaciones sociales; y, «Alteración del pensamiento» (T=80) que evalúa la confusión, los problemas de concentración y la desorganización de los procesos de pensamiento; siendo en el presente caso compatible con la fenomenología clínica del informado.

8. Subescalas Limite: «Alteración de la identidad» (T=72) que evalúa la existencia de dudas sobre los principales aspectos de la vida y la presencia de sentimientos de vacío, de falta de realización y de ausencia de objetivos; «Relaciones interpersonales problemáticas» (T=62) que evalúa la presencia de una historia de relaciones intensas y ambivalentes en las que se ha sentido traicionado y explotado; y, «Autoagresiones» (T=65) que evalúa la impulsividad en áreas que tienen un alto potencial de consecuencias negativas, siendo compatible en el caso del informado.

9. Subescalas Antisocial: «Conductas antisociales» (T=71) que evalúa el historial de actos antisociales y la implicación en actividades ilegales.

10. Subescalas Agresividad: «Actitud agresiva» (T=70) que evalúa la hostilidad, el escaso control de la expresión de la ira y la creencia en la utilidad instrumental de la agresión; y, «Agresiones físicas» (T=68) que evalúa la tendencia a manifestar físicamente su ira, incluyendo los daños a la propiedad, las peleas físicas y las amenazas de violencia.

Desde el punto de vista interpretativo con relación a todo el conjunto de puntuaciones obtenidas en las distintas escalas comentadas, hay que señalar que, aunque el examinado está compensado con la aplicación el tratamiento psicofarmacológico, al tratarse de un

sujeto afecto de Esquizofrenia Paranoide, señalar que existen puntuaciones elevadas en el PAI que sugieren residuos psicopatológicos del daño psíquico que padece y del alcance de la gravedad fenomenológica y sintomatológica del mismo.

En conjunto, las puntuaciones resultan significativas de una importante inestabilidad psicoemocional de rango psicótico-paranoide con baja tolerancia a la frustración y pérdida del control de los impulsos en situaciones críticas y/o agudas. Las gráficas resultantes ofrecen una meridiana compatibilidad con relación a sus antecedentes clínicos basados en trastorno psicótico-delirante. La intencionalidad de querer mostrar una imagen más negativa de su condición psíquica responde a su intencionalidad de intentar conseguir el beneficio secundario de la posible pena que le pueda imponer SSª. Hay que destacar que el que el sujeto esté afecto de trastorno psicótico-paranoide, no significa que altere o afecte su nivel de cociente intelectual (se tratan de 2 esferas de funcionamiento psíquico totalmente independientes y no presentan relación alguna entre ellas).

MCMI-III

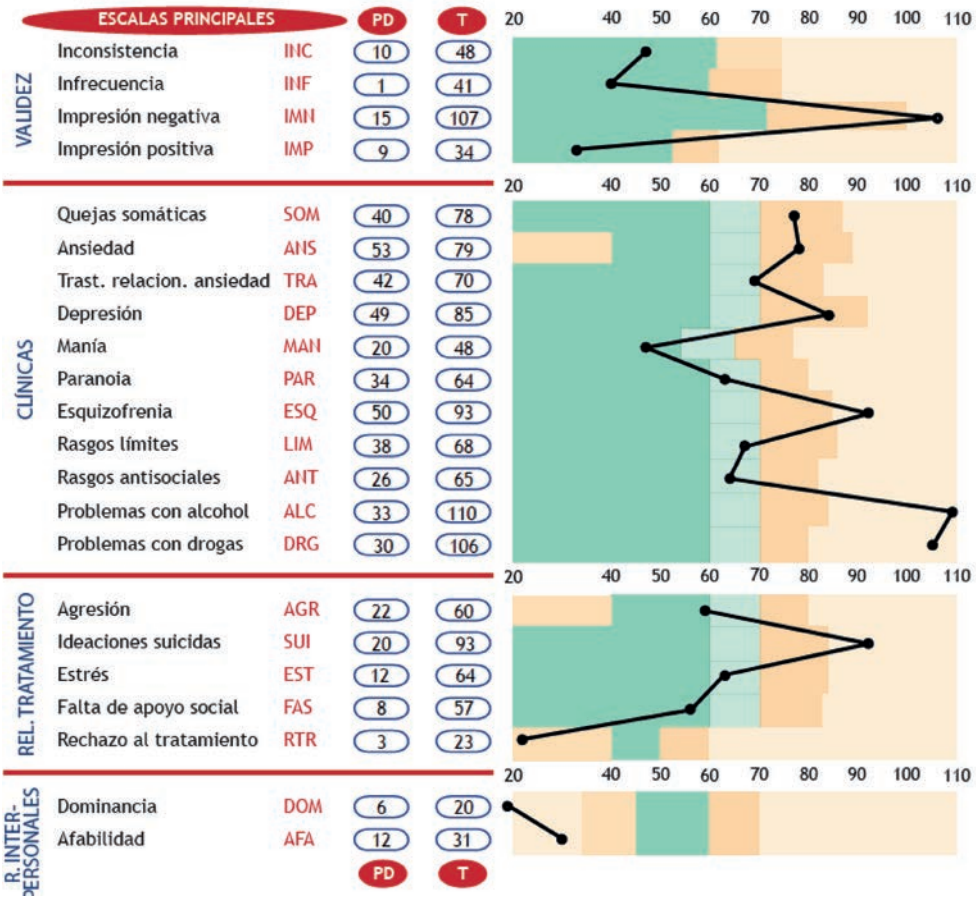
INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

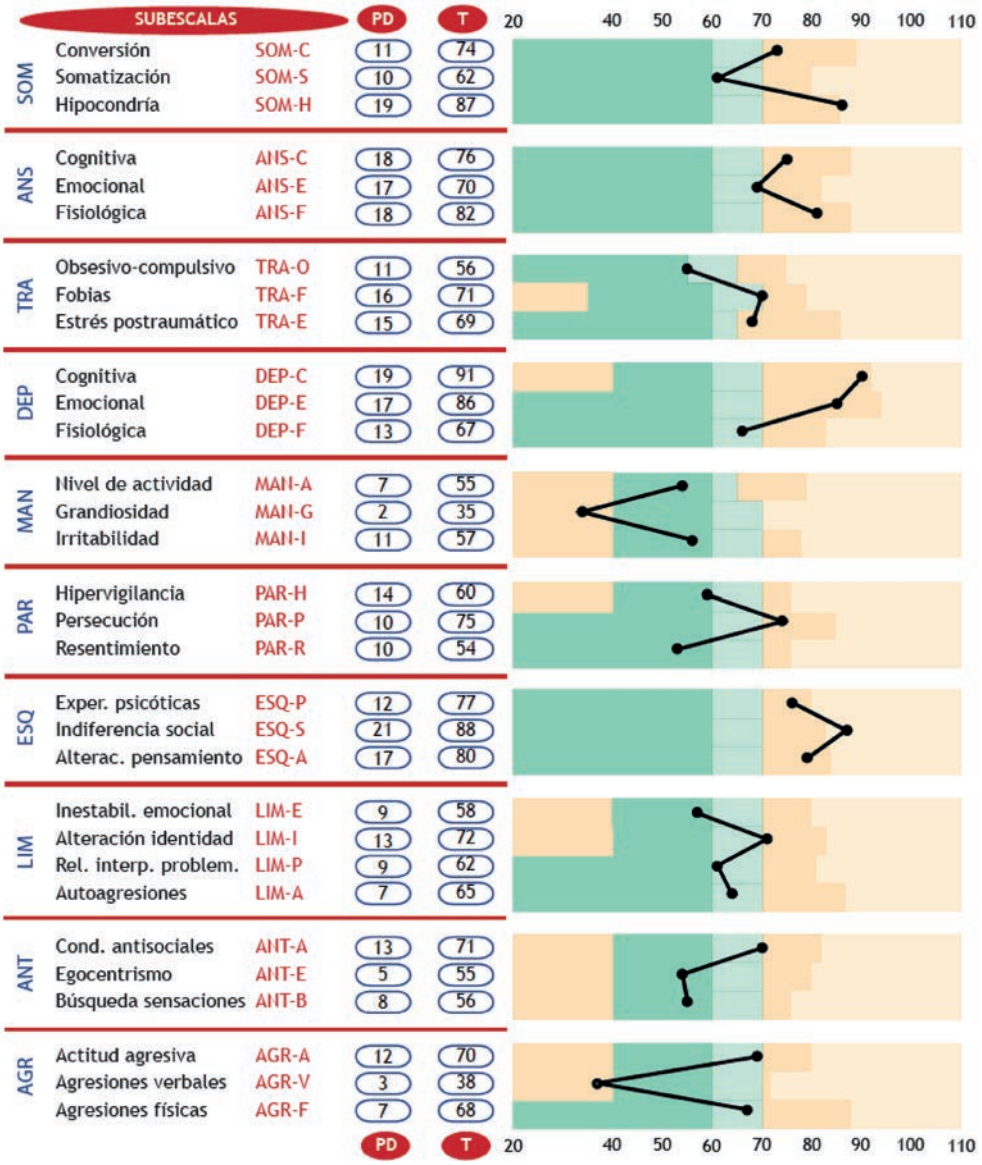
VALIDEZ = 0 INCONSISTENCIA = 1
CÓDIGO DE PERSONALIDAD: 1 ** 2A * 3 2B + 6A 8B 8A 6B 5 7 " 4 // - ** - * //
CÓDIGO DE SÍNDROME: A ** B T H * // CC SS ** - * //

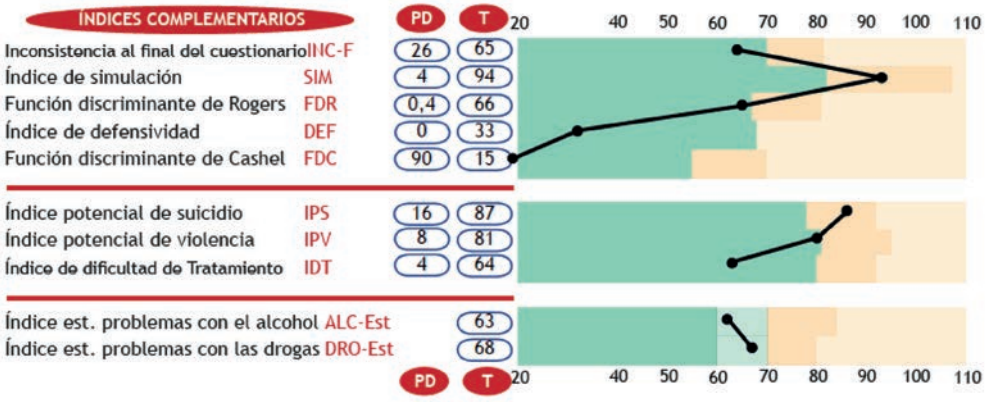
CATEGORÍA		PUNTUACIÓN PD	PUNTUACIÓN PREV	PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA 0 60 75 85 115	ESCALAS DIAGNÓSTICAS
ESCALAS DE VALIDEZ	X	154	87		SINCERIDAD
	Y	5	21		DESEABILIDAD SOCIAL
	Z	23	85		DEVALUACIÓN
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	1	20	87		ESQUIZOIDE
	2A	22	84		EVITATIVO
	2B	18	63		DEPRESIVO
	3	19	68		DEPENDIENTE
	4	0	0		HISTRIONICO
	5	10	47		NARCISISTA
	6A	13	57		ANTISOCIAL
	6B	9	49		AGRESIVO (SÁDICO)
	7	18	44		COMPULSIVO
	8A	12	52		NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
	8B	16	53		AUTODESTRUCTIVO
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	S	19	64		ESQUIZOTÍPICO
	C	10	52		LÍMITE
	P	18	73		PARANOIDE
SÍNDROMES CLÍNICOS	A	19	105		ANSIEDAD
	H	15	78		SOMATOFORMO
	N	7	56		BIPOLAR
	D	15	68		DISTÍMICO
	B	15	84		DEPENDENCIA DEL ALCOHOL
	T	16	84		DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
	R	16	66		ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	SS	17	88		TRASTORNO DEL PENSAMIENTO
	CC	19	91		DEPRESIÓN MAYOR
	PP	8	73		TRASTORNO DELIRANTE

PAI

INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD




SUBESCALAS
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110
SOM
Conversión SOM-C 11 74
Somatización SOM-S 10 62
Hipocondría SOM-H 19 87
ANS
Cognitiva ANS-C 18 76
Emocional ANS-E 17 70
Fisiológica ANS-F 18 82
TRA
Obsesivo-compulsivo TRA-O 11 56
Fobias TRA-F 16 71
Estrés postraumático TRA-E 15 69
DEP
Cognitiva DEP-C 19 91
Emocional DEP-E 17 86
Fisiológica DEP-F 13 67
MAN
Nivel de actividad MAN-A 7 55
Grandiosidad MAN-G 2 35
Irritabilidad MAN-I 11 57
PAR
Hipervigilancia PAR-H 14 60
Persecución PAR-P 10 75
Resentimiento PAR-R 10 54
ESQ
Exper. psicóticas ESQ-P 12 77
Indiferencia social ESQ-S 21 88
Alterac. pensamiento ESQ-A 17 80
LIM
Inestabil. emocional LIM-E 9 58
Alteración identidad LIM-I 13 72
Rel. interp. problem. LIM-P 9 62
Autoagresiones LIM-A 7 65
ANT
Cond. antisociales ANT-A 13 71
Egocentrismo ANT-E 5 55
Búsqueda sensaciones ANT-B 8 56
AGR
Actitud agresiva AGR-A 12 70
Agresiones verbales AGR-V 3 38
Agresiones físicas AGR-F 7 68
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110


ÍNDICES COMPLEMENTARIOS
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110
Inconsistencia al final del cuestionario INC-F 26 65
Índice de simulación SIM 4 94
Función discriminante de Rogers FDR 0,4 66
Índice de defensividad DEF 0 33
Función discriminante de Cashel FDC 90 15
Índice potencial de suicidio IPS 16 87
Índice potencial de violencia IPV 8 81
Índice de dificultad de Tratamiento IDT 4 64
Índice est. problemas con el alcohol ALC-Est 63
Índice est. problemas con las drogas DRO-Est 68
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110

11.2.2. Caso 2. Crimen por psicopatología múltiple

EDAD	21 años	SEXO	Mujer	NIVEL ACADÉMICO	Estudios secundarios

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS PREVIOS DEL AGRESOR

- Trastorno Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).
- Trastorno del Control de los Impulsos (TC).
- Trastorno de la Conducta Alimentaria (Anorexia).
- Trastorno Limite de la Personalidad (TLP)[39].

DELITO	SENTENCIA
Homicidio.	Autor responsable de un delito de homicidio.

VISITA PSICOLÓGICA CELEBRADA EN CENTRO PENITENCIARIO

Sí

INTENCIONALIDAD DELICTIVA (*ÍTER CRIMINIS*)

La informada, intoxicada con mezcla de sustancias tóxicas y alcohol, conduce un vehículo en contradirección e impacta contra una motocicleta muriendo el piloto en la vía.

Caso de impacto mediático en el que –en el contexto de una fiesta–, la informada recibe una inesperada y negativa noticia por la que, seguidamente, vehiculiza nocivamente sus emociones agudizando su inestabilidad psíquica (adolecida y agravada con consumo de tóxicos y alcohol) y provocando un crítico sentimiento de frustración. Al sentirse frustrada, decide salir inesperada y súbitamente del acto lúdico y coge el coche yendo en contradirección por la autopista. En su trayecto en contradirección, se produce un siniestro contra una motocicleta. Debido el alcance de la importancia del grave impacto, el piloto de la motocicleta muere en el acto.

1. Prueba PAI

1. Escalas principales de Validez:

   a. «Infrecuencia» (T=59): Cercano al umbral de la puntuación T=60, indica si la evaluada ha respondido poco cuidadosamente, al azar o de una forma muy peculiar. Los

39 Tiffon, B.-N. (2017). *«Atlas de Psicología Forense (*Penal)». J.M. Bosch Editor. Barcelona.

ítems son neutrales con respecto a psicopatología y resultan muy poco frecuentes tanto en personas normales como en pacientes clínicos.

b. «Impresión negativa» (T=99): Indica si la evaluada está presentando una imagen de sí misma extremadamente desfavorable que pueda sugerir exageración de síntomas.

c. «Impresión Positiva» (T=14): Aunque de puntuación baja y no significativa; no obstante, se desprende que la informada no tiene intención alguna de querer mostrar disimulo clínico de fenomenología sintomatológica

2. Escalas principales Clínicas:

a. «Problemas con alcohol» (T=110): Evalúa las consecuencias negativas del consumo de alcohol y los rasgos indicativos de su dependencia.

b. «Rasgos Límites» (T=98): Evalúa los atributos indicativos de la personalidad límite, entre los que se incluyen las relaciones interpersonales inestables y fluctuantes, la impulsividad, la inestabilidad, la labilidad emocional y la ira incontrolada.

c. «Depresión» (T=92): Evalúa las manifestaciones y síntomas de los trastornos depresivos.

d. «Ansiedad» (T=88): Evalúa las manifestaciones y los signos observables de ansiedad con especial énfasis en la evaluación de sus distintas modalidades (cognitiva, emocional y fisiológica).

e. «Problemas con drogas» (T=82): Evalúa las consecuencias negativas del uso de drogas y los rasgos indicativos de su dependencia.

f. «Rasgos antisociales» (T=74): Evalúa el historial de actos ilegales y problemas con la autoridad, así como el egocentrismo, la falta de empatía y lealtad, la inestabilidad y la búsqueda de sensaciones.

g. «Quejas somáticas» (T=70): Evalúa las preocupaciones relacionadas con la salud física y las quejas somáticas habitualmente presentes en los trastornos de somatización o de conversión.

h. «Esquizofrenia» (T=69): Evalúa los síntomas clave del amplio espectro de los trastornos esquizofrénicos.

i. «Paranoia» (T=69): Evalúa los síntomas de los trastornos paranoides y las características más estables de la personalidad paranoide.

j. «Manía» (T=66): Evalúa los síntomas afectivos, cognitivos y conductuales de la manía y la hipomanía

k. «Trastornos relacionados con la ansiedad» (T=64): Evalúa los síntomas y conductas relacionadas con trastornos específicos de la ansiedad, específicamente fobias, estrés postraumático y síntomas obsesivos compulsivos

3. Escalas principales relacionadas con el tratamiento:

a. «Ideaciones suicidas» (T=110): Evalúa la ideación suicida cubriendo un amplio rango que va desde la desesperanza hasta los pensamientos y planes concretos de suicidio.

b. «Estrés» (T=84): Mide el impacto de circunstancias o situaciones estresantes recientes en la vida del sujeto.

c. «Agresión» (T=70):

4. Relaciones interpersonales:
    a. «Afabilidad» (T=37): Evalúa el grado en que una persona se interesa por aquellas relaciones personales empáticas y de apoyo. Las puntuaciones altas estás asociadas a un estilo afable y sociable y las puntuaciones bajas a un estilo frío e indiferente.
    b. «Dominante» (T=26): Evalúa el grado en que una persona es controladora e independiente en sus relaciones personales. Las puntuaciones altas están asociadas a un estilo dominante mientras que las puntuaciones bajas reflejan un estilo sumiso.
5. Subescalas:
    a. Somatización.
        i. «Somatización» (T=72): Evalúa la aparición frecuente de diversos síntomas físicos comunes y de quejas imprecisas de cansancio y mala salud.
        ii. «Hipocondría» (T=69): Evalúa la preocupación por el estado de salud y los problemas físicos
    b. Ansiedad.
        i. «Cognitiva» (T=90): Evalúa los signos físicos manifiestos de tensión y estrés (p. ej., palmas sudorosas, temblor de manos, palpitaciones, sensación de ahogo o de falta de aire).
        ii. «Emocional» (T=83): Evalúa la presencia de tensión, cansancio y dificultad para relajarse como resultado del alto nivel de estrés percibido.

iii. «Fisiológica» (T=80): Evalúa los signos físicos manifiestos de tensión y estrés (p. ej., palmas sudorosas, temblor de manos, palpitaciones, sensación de ahogo o de falta de aire).

c. Trastornos relacionados con la Ansiedad.

i. «Fobias» (T=66): Evalúa la presencia de miedos fóbicos comunes tales como a las situaciones sociales, al transporte público, a las alturas, a los espacios cerrados y a otros objetos específicos.

ii. «Obsesivo-Compulsivo» (T=58): Evalúa la presencia de comportamientos o pensamientos intrusivos, así como rigidez, indecisión, perfeccionismo y restricción afectiva.

d. Depresión.

i. «Cognitiva» (T=97): Evalúa la presencia de pensamientos de desesperanza, inutilidad y fracaso personal, así como problemas para tomar decisiones y dificultades de concentración

ii. «Emocional» (T=86): Evalúa la presencia de sentimientos de tristeza, falta de interés en las actividades cotidianas y anhedonia.

iii. «Fisiológica» (T=76): Evalúa los niveles de actividad, energía y rendimiento físico, entre los que se incluyen interrupciones en sus patrones de sueño, cambios en su apetito o pérdida de peso.

e. Manía.

i. «Irritabilidad» (T=82): Evalúa la existencia de tensión en sus relaciones debido a la frustración del

sujeto por la incapacidad o la falta de voluntad de los otros para seguir sus planes, sus exigencias y sus ideas probablemente poco realistas

ii. «Nivel de actividad» (T=73): Evalúa la desmedida participación en una amplia variedad de actividades de un modo desorganizado y la experimentación de procesos de pensamiento y comportamientos acelerados.

f. Paranoia.

i. «Resentimiento» (T=77): Evalúa la presencia de resentimiento y desconfianza en las relaciones interpersonales y una tendencia a guardar rencor y a echar la culpa a los demás de cualquier desgracia.

ii. «Persecución» (T=65): Evalúa la creencia de haber sido tratado injustamente y de que existe un interés común entre diversas personas para socavar sus intereses

g. Esquizofrenia.

i. «Alteración del pensamiento» (T=67): Evalúa la confusión, los problemas de concentración y la desorganización de los procesos de pensamiento.

ii. «Indiferencia Social» (T=63): Evalúa la confusión, los problemas de concentración y la desorganización de los procesos de pensamiento.

iii. «Experiencias psicóticas» (T=61): Evalúa la presencia de sensaciones y percepciones poco comunes, así como de pensamiento mágico y otras ideas inusuales que pueden incluir creencias delirantes.

h. Rasgos límites.

i. «Autoagresiones» (T=103): Evalúa la impulsividad en áreas que tienen un alto potencial de consecuencias negativas.

ii. «Relaciones interpersonales problemáticas» (T=84): Evalúa la presencia de una historia de relaciones intensas y ambivalentes en las que se ha sentido traicionado y explotado.

iii. «Inestabilidad emocional» (T=83): Evalúa la sensibilidad emocional, los cambios bruscos de humor y el escaso control emocional.

iv. «Alteración identidad» (T=81): Evalúa la existencia de dudas sobre los principales aspectos de la vida y la presencia de sentimientos de vacío, de falta de realización y de ausencia de objetivos.

i. Agresividad.

i. «Actitud agresiva» (T=70): Evalúa la hostilidad, el escaso control de la expresión de la ira y la creencia en la utilidad instrumental de la agresión.

ii. «Agresiones físicas» (T=65): Evalúa la tendencia a manifestar físicamente su ira, incluyendo los daños a la propiedad, las peleas físicas y las amenazas de violencia.

iii. «Agresiones verbales (T=63):

6. Índices complementarios:

a. Función discriminante de Rogers (T=68): Evalúa la presencia de ocho características del perfil que suelen observarse más frecuentemente en muestras de simuladores. Puntuaciones altas son indicativas de exageración de síntomas.

b. Índice potencial de suicidio (T=93): Evalúa la presencia de veinte características del perfil que suelen estar asociadas a la conducta suicida. Es un indicador indirecto ya que no incluye la puntuación en la escala SUI (Ideaciones suicidas) que evalúa explícitamente la presencia de ideación suicida. Puntuaciones altas son indicativas de una mayor probabilidad de suicidio.

c. Índice de dificultad de Tratamiento (T=90): Evalúa la presencia de doce características del perfil que suelen estar asociadas a dificultades en el tratamiento o la intervención. Puntuaciones altas son indicativas de una mayor probabilidad de dificultades en el tratamiento y su abandono.

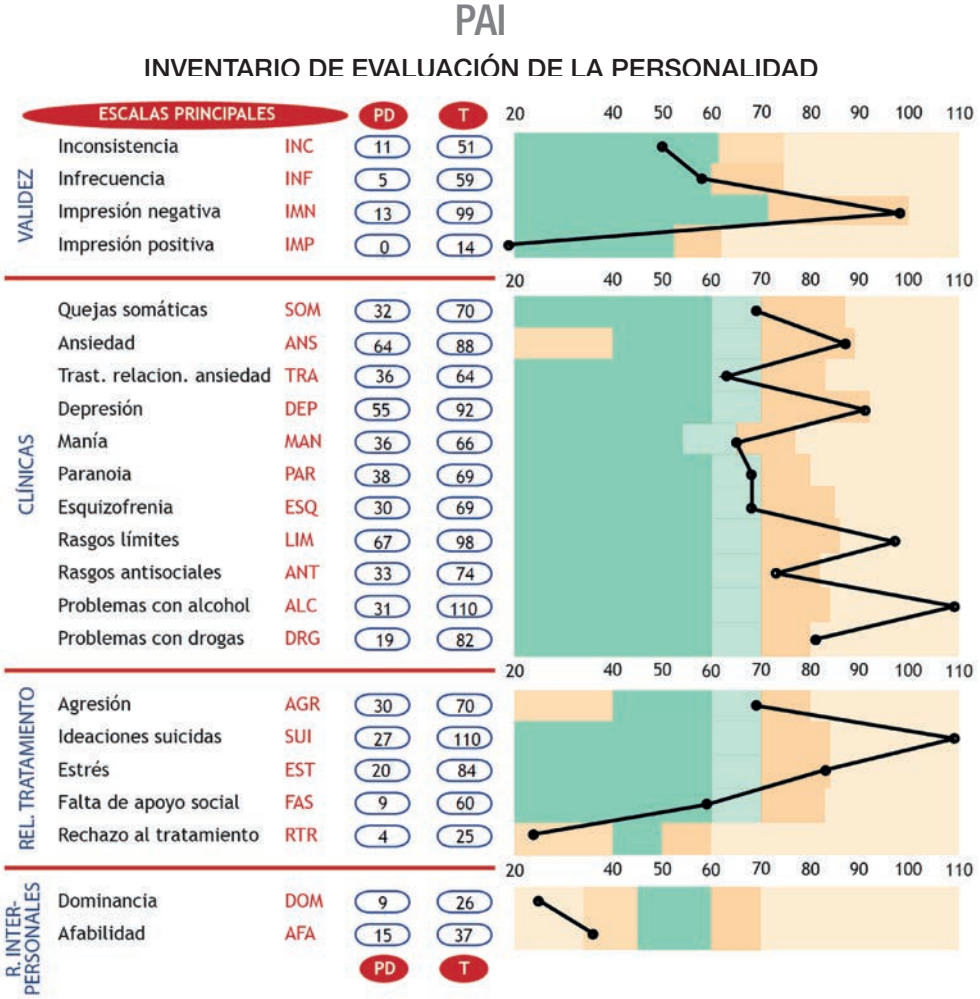
d. Índice potencial de violencia (T=86): Evalúa la presencia de veinte características del perfil que suelen estar asociadas a la conducta violenta hacia otros y peligrosidad. Es un indicador indirecto. Puntuaciones altas son indicativas de una mayor probabilidad de violencia hacia otros.

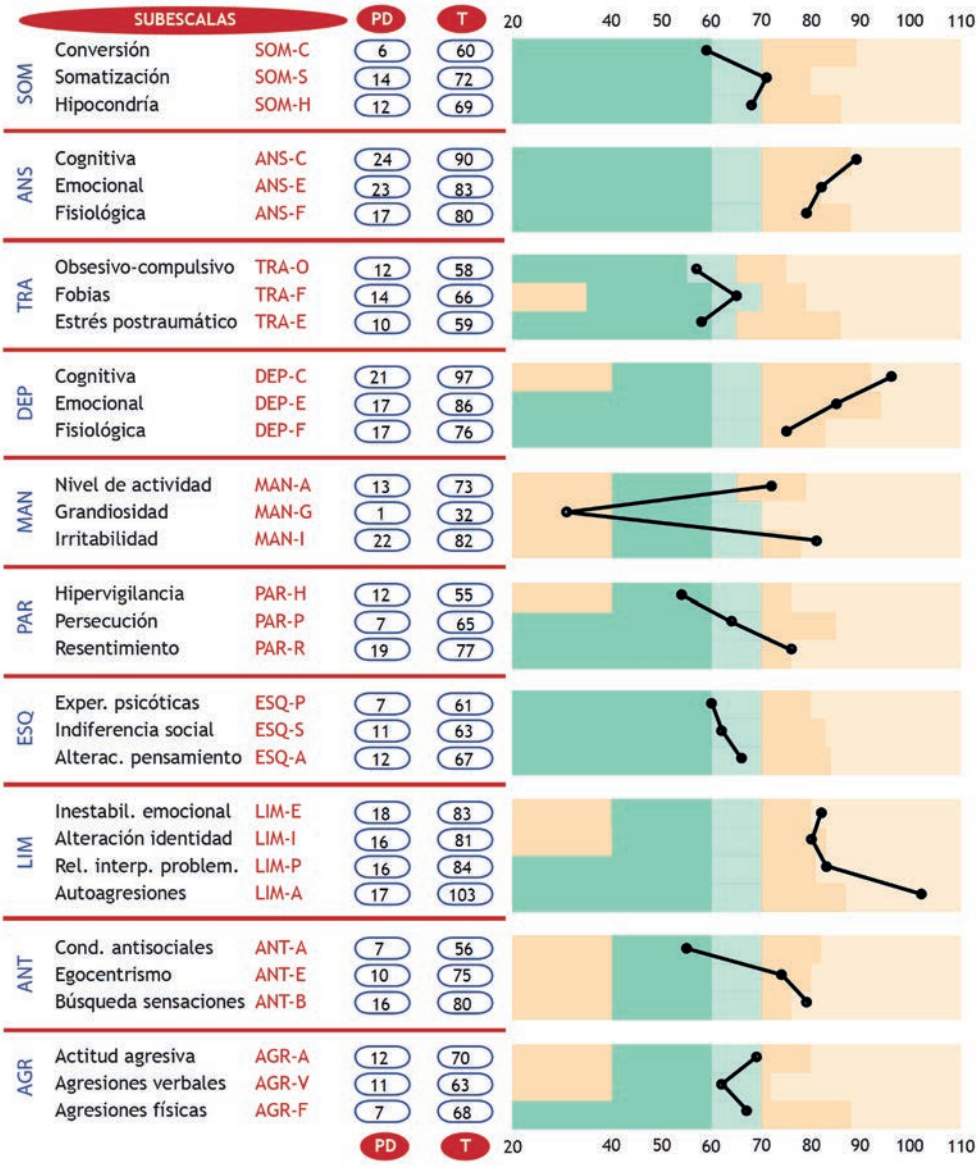
e. Índice estimado de problemas con las drogas (T=82): Indica qué puntuación en la escala DRG cabría esperar a partir de las puntuaciones en otras escalas del PAI. Una puntuación en DRG-Est sensiblemente superior a la obtenida en DRG puede ser indicativa de disimulación de problemas relacionados con el consumo de drogas.

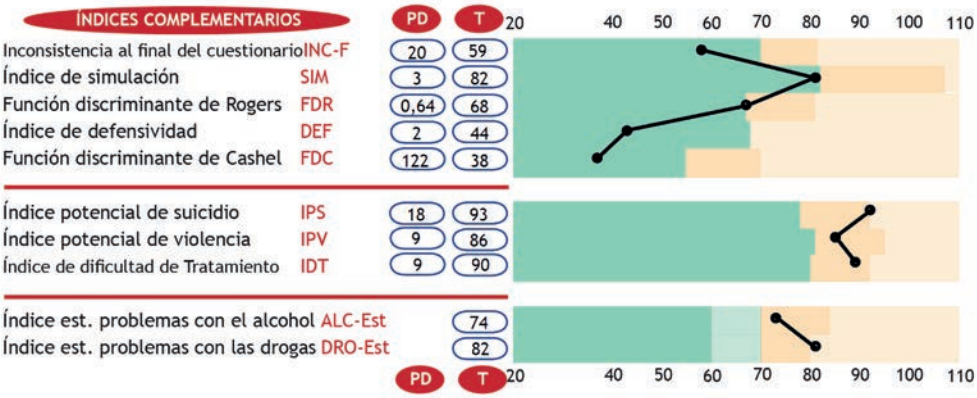
f. Índice estimado de problemas con el alcohol (T=74): Indica qué puntuación en la escala ALC cabría esperar a partir de las puntuaciones en otras escalas del PAI. Una puntuación en ALC-Est sensiblemente superior a la obtenida en ALC puede ser indicativa de disimulación de problemas relacionados con el consumo de alcohol.

2. Prueba SIMS

a. Existencia de sospecha de simulación en la puntuación total (PD=24). Puede ser compatible con la intensidad de la gravedad de la fenomenología clínico-sintomatológica que la informada presenta en con condición psíquica patológica. Mas concretamente, en la simulación de trastornos amnésicos y trastornos afectivos (depresivos).

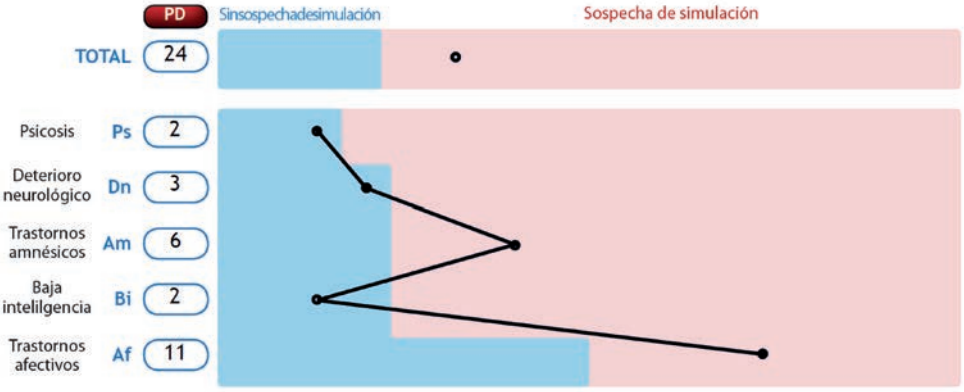



SUBESCALAS
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110
SOM
Conversión SOM-C 6 60
Somatización SOM-S 14 72
Hipocondría SOM-H 12 69
ANS
Cognitiva ANS-C 24 90
Emocional ANS-E 23 83
Fisiológica ANS-F 17 80
TRA
Obsesivo-compulsivo TRA-O 12 58
Fobias TRA-F 14 66
Estrés postraumático TRA-E 10 59
DEP
Cognitiva DEP-C 21 97
Emocional DEP-E 17 86
Fisiológica DEP-F 17 76
MAN
Nivel de actividad MAN-A 13 73
Grandiosidad MAN-G 1 32
Irritabilidad MAN-I 22 82
PAR
Hipervigilancia PAR-H 12 55
Persecución PAR-P 7 65
Resentimiento PAR-R 19 77
ESQ
Exper. psicóticas ESQ-P 7 61
Indiferencia social ESQ-S 11 63
Alterac. pensamiento ESQ-A 12 67
LIM
Inestabil. emocional LIM-E 18 83
Alteración identidad LIM-I 16 81
Rel. interp. problem. LIM-P 16 84
Autoagresiones LIM-A 17 103
ANT
Cond. antisociales ANT-A 7 56
Egocentrismo ANT-E 10 75
Búsqueda sensaciones ANT-B 16 80
AGR
Actitud agresiva AGR-A 12 70
Agresiones verbales AGR-V 11 63
Agresiones físicas AGR-F 7 68
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110



SIMS

INVENTARIO ESTRUCTURADO DE SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS



11.2.3. Caso 3. Crimen por arrebato emocional o estado pasional

EDAD	40 años	SEXO	Varón	NIVEL ACADÉMICO	Estudios secundarios

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS PREVIOS DEL AGRESOR
– Sin antecedentes.

DELITO	SENTENCIA
Homicidio doloso.	Autor materialmente responsable de un delito de homicidio doloso, con la concurrencia de la atenuante muy cualificada de arrebato u obcecación y la simple de reparación del daño, imponiéndole la pena de cuatro años y seis meses de prisión.

VISITA PSICOLÓGICA CELEBRADA EN CENTRO PENITENCIARIO
Sí

INTENCIONALIDAD DELICTIVA (*ÍTER CRIMINIS*)
El informado, embargado por intensos sentimientos de indignación (arrebato emocional o estado pasional), se dirige a la víctima para reclamarle explicaciones por un acto del que consideró impropio y, al ver su respuesta, el mismo le propina un intenso y fuerte puñetazo. A raíz del fuerte impacto del puñetazo, la victima pierde instantáneamente la conciencia y cae impactándose contra el suelo originándose un grave traumatismo craneoencefálico que le causa el coma y, posteriormente, la muerte.
Caso de impacto mediático en el que, a raíz de una intensa y acalorada discusión en contexto laboral de una sala de fiestas, el agresor propina un puñetazo a la víctima haciéndola perder la conciencia. A raíz de lo anterior, la victima –inconsciente– impacta contra el suelo provocándose un grave traumatismo craneoencefálico con consecuencias mortales.

1. Prueba MCMI-III

a. Escalas de Validez.

- La prueba MCMI-III presenta validez dudosa de 1, coincidiendo con la respuesta afirmativa concerniente al ítem de validez (ítem 110 del MCMI-III: *«El año pasado aparecí en la portada de varias revistas»*). Por tanto, la Escala de Va-

lidez presenta una puntuación de 1, dado que su crimen destacó socialmente a la luz pública como fenómeno de amplio impacto mediático y social, publicándose en varios medios de comunicación (prensa, radio y/o TV). En el presente caso, la puntuación 1 es compatible y se ajusta de manera correcta a la pregunta.

- «Sinceridad» (PREV=85): La puntuación obtenida, estando en la significatividad estadística por encima de 75, sugiere que se ha de tomar precaución y cautela dado que la gráfica obtenida puede no ser genuina de la personalidad del propio sujeto.

b. Patrones Clínicos de la personalidad.

- «Narcisista» (PREV=92): Egocéntrico, arrogante, con ideas de grandeza. Preocupado por fantasías de éxito y belleza o grandes logros. Se considera admirable y superior y, por tanto, merecedor de un trato especial.

- «Agresivo (Sádico)» (PREV=104): Atrevido, impulsivo, imprudente. Puede ser desalmado y notablemente ajeno a una conciencia sobre el impacto de sus propios actos destructivos. Le atraen los riesgos, se siente impávido ante el peligro y el castigo. Muestra satisfacción al competir con otros, dominarlos y humillarlos. Manifiesta un marcado autoritarismo e intolerancia social. Tiene una mentalidad cerrada, es inflexible y obstinado.

  – Puntuaciones subclínicas:

    ≈ «Esquizoide» (PREV=70): Apático, indiferente, distante, solitario. Ni desea ni disfruta de las relaciones personales. Mínima conciencia de los sentimientos

propios y ajenos. Pocos o ningún impulso o ambición.

≈ «Negativista (Pasivo-Agresivo» (PREV=69): Se resiste a cumplir con las expectativas de los demás, muestra conductas dilatorias, ineficaces y erráticas cuando no otras contrarias y molestas. Revela placer al desmoralizar las satisfacciones y aspiraciones de los demás. Descarga su enfado y otras emociones molestas ya sea indirectamente o desplazándolas de su causante hacia entornos o personas de menor importancia.

≈ «Antisocial» (PREV=69): Impulsivo, irresponsable, perverso, ingobernable. Actúa sin tener en cuenta a los demás. Solamente cumple obligaciones sociales cuando sirven a sus fines. No respeta las costumbres, reglas y normas sociales. Se considera libre e independiente.

c. Patología Grave de la Personalidad.

- «Paranoide» (PREV=94): Expectante, defensivo, desconfiado y suspicaz. Hipervigilante frente a intentos ajenos de agresión. Siempre busca evidencias que confirmen la presencia de móviles ocultos. Se siente la vez perseguido.

  – Puntuación subclínica:

  ≈ «Esquizotípico» (PREV=66): Excéntrico, raro, ausente. Muestra manierismos y conductas peculiares. Lee el pensamiento Preocupado por creencias extrañas. La línea que le diferencia de la fantasía está poco definida.

  ≈ «Límite» (PREV=64): Imprevisible, manipulador, inestable. Terror al abandono y a la soledad. Expe-

rimenta rápidas del estado de ánimo. Oscila rápidamente del amor al odio. Se considera a sí mismo completamente buenos y malos de forma alternativa.

d. Síndromes Clínicos.

- «Bipolar» (PREV=76).
  - Puntuaciones subclínicas:
    - ≈ «Ansiedad» (PREV=72).
    - ≈ «Dependencia del alcohol» (PREV=72).
    - ≈ «Dependencia de sustancias» (PREV=62).

e. Síndromes Clínicos Graves.

- «Trastorno Delirante» (PREV=89).
- «Trastorno del pensamiento» (PREV=82).

2. Prueba PAI

1. Escalas principales de Validez:

   a. «Inconsistencia» (T=69): Indica si el evaluado responde de forma inconsistente a lo largo de la prueba. Para ello tiene en cuenta su respuesta a pares de ítems altamente relacionados entre sí.

   b. «Infrecuencia» (T=67): Indica si el evaluado ha respondido poco cuidadosamente, al azar o de una forma muy peculiar. Los ítems son neutrales con respecto a psicopatología y resultan muy poco frecuentes tanto en personas normales como en pacientes clínicos.

2. Escalas principales Clínicas:

   a. «Rasgos antisociales» (T=90): Evalúa el historial de actos ilegales y problemas con la autoridad, así como el egocentrismo, la falta de empatía y lealtad, la inestabilidad y la búsqueda de sensaciones.

   b. «Paranoia» (T=84): Evalúa los síntomas de los trastornos paranoides y las características más estables de la personalidad paranoide.

   c. «Manía» (T=76): Evalúa los síntomas afectivos, cognitivos y conductuales de la manía y la hipomanía

   d. «Esquizofrenia» (T=72): Evalúa los síntomas clave del amplio espectro de los trastornos esquizofrénicos.

   e. «Rasgos Límites» (T=70): Evalúa los atributos indicativos de la personalidad límite, entre los que se incluyen las relaciones interpersonales inestables y fluctuantes, la impulsividad, la inestabilidad, la labilidad emocional y la ira incontrolada.

3. Escalas principales relacionadas con el tratamiento:

   a. «Falta de apoyo social» (T=91): Evalúa la falta de apoyo social percibido teniendo en cuenta el nivel y la calidad del apoyo disponible.

   b. «Agresión» (T=88): Evalúa las características y actitudes relacionadas con la ira, la asertividad, la hostilidad y la agresión.

4. Relaciones interpersonales:

   a. «Dominante» (T=69): Evalúa el grado en que una persona es controladora e independiente en sus relaciones perso-

nales. Las puntuaciones altas están asociadas a un estilo dominante mientras que las puntuaciones bajas reflejan un estilo sumiso.

b. «Afabilidad» (T=14): Evalúa el grado en que una persona se interesa por aquellas relaciones personales empáticas y de apoyo. Las puntuaciones altas estás asociadas a un estilo afable y sociable y las puntuaciones bajas a un estilo frío e indiferente.

5. Subescalas:

   a. Ansiedad.

      i. «Cognitiva» (T=63): Evalúa los signos físicos manifiestos de tensión y estrés (p. ej., palmas sudorosas, temblor de manos, palpitaciones, sensación de ahogo o de falta de aire).

   b. Trastornos relacionados con la Ansiedad.

      i. «Obsesivo-Compulsivo» (T=68): Evalúa la presencia de comportamientos o pensamientos intrusivos, así como rigidez, indecisión, perfeccionismo y restricción afectiva.

   c. Manía.

      i. «Irritabilidad» (T=82): Evalúa la existencia de tensión en sus relaciones debido a la frustración del sujeto por la incapacidad o la falta de voluntad de los otros para seguir sus planes, sus exigencias y sus ideas probablemente poco realistas.

      ii. «Grandiosidad» (T=64): Evalúa la existencia de una autoestima hipertrofiada, así como cierta expansividad y la creencia de que tiene habilidades o talentos únicos y especiales.

iii. «Nivel de actividad» (T=61): Evalúa la desmedida participación en una amplia variedad de actividades de un modo desorganizado y la experimentación de procesos de pensamiento y comportamientos acelerados.

d. Paranoia.

i. «Hipervigilancia» (T=83): Evalúa la suspicacia y la tendencia a estar atento a posibles desaires reales o imaginarios producidos por otros.

ii. «Resentimiento» (T=77): Evalúa la presencia de resentimiento y desconfianza en las relaciones interpersonales y una tendencia a guardar rencor y a echar la culpa a los demás de cualquier desgracia.

iii. «Persecución» (T=75): Evalúa la creencia de haber sido tratado injustamente y de que existe un interés común entre diversas personas para socavar sus intereses.

e. Esquizofrenia.

i. «Indiferencia Social» (T=81): Evalúa la confusión, los problemas de concentración y la desorganización de los procesos de pensamiento.

f. Rasgos límites.

i. «Relaciones interpersonales problemáticas» (T=74): Evalúa la presencia de una historia de relaciones intensas y ambivalentes en las que se ha sentido traicionado y explotado.

ii. «Autoagresiones» (T=69): Evalúa la impulsividad en áreas que tienen un alto potencial de consecuencias negativas.

iii. «Inestabilidad emocional» (T=64): Evalúa la sensibilidad emocional, los cambios bruscos de humor y el escaso control emocional.

g. Antisocial.

i. «Egocentrismo» (T=86): Evalúa la falta de empatía o remordimiento y un enfoque generalmente explotador de las relaciones interpersonales.

ii. «Búsqueda de sensaciones» (T=80): Evalúa el ansia por nuevas sensaciones y emociones, así como una baja tolerancia al aburrimiento y una tendencia a ser temerario y a asumir riesgos.

iii. «Conductas antisociales» (T=78): Evalúa el historial de actos antisociales y la implicación en actividades ilegales.

h. Agresividad.

i. «Agresiones físicas» (T=99): Evalúa la tendencia a manifestar físicamente su ira, incluyendo los daños a la propiedad, las peleas físicas y las amenazas de violencia.

ii. «Actitud agresiva» (T=76): Evalúa la hostilidad, el escaso control de la expresión de la ira y la creencia en la utilidad instrumental de la agresión.

iii. «Agresiones verbales» (T=75): Evalúa las expresiones verbales de ira, incluyendo desde las asertivas a las ofensivas, así como una tendencia a expresar su ira a los demás.

6. Índices complementarios:

a. Función discriminante de Cashel (T=85): Índice resultado de la función discriminante calculada para maximizar la di-

ferencia entre sujetos instruidos para presentarse idealmente frente a sujetos que respondían honestamente a la prueba. Puntuaciones altas son indicativas de disimulación.

b. Índice potencial de violencia (T=105): Evalúa la presencia de veinte características del perfil que suelen estar asociadas a la conducta violenta hacia otros y peligrosidad. Es un indicador indirecto. Puntuaciones altas son indicativas de una mayor probabilidad de violencia hacia otros.

c. Índice de dificultad de Tratamiento (T=101).

d. Índice estimado de problemas con las drogas (T=89): Indica qué puntuación en la escala DRG cabría esperar a partir de las puntuaciones en otras escalas del PAI. Una puntuación en DRG-Est sensiblemente superior a la obtenida en DRG puede ser indicativa de disimulación de problemas relacionados con el consumo de drogas.

e. Índice estimado de problemas con el alcohol (T=79): Indica qué puntuación en la escala ALC cabría esperar a partir de las puntuaciones en otras escalas del PAI. Una puntuación en ALC-Est sensiblemente superior a la obtenida en ALC puede ser indicativa de disimulación de problemas relacionados con el consumo de alcohol.

3. Prueba SIMS

La puntuación total del SIMS (PD=12) se encuentra dentro de la normalidad estadística pudiéndose considerar que no ha existido intencionalidad de simular síntomas y pudiendo otorgar confiabilidad a los resultados obtenidos.

En términos generales, se puede apreciar la existencia de rasgos de personalidad de base caracterizados por un patrón de conducta de tipo antisocial (Clúster B) con tendencias impulsivas en su conducta y falto de autocontrol comportamental ante situaciones de baja tolerancia a la frustración.

MCMI-III

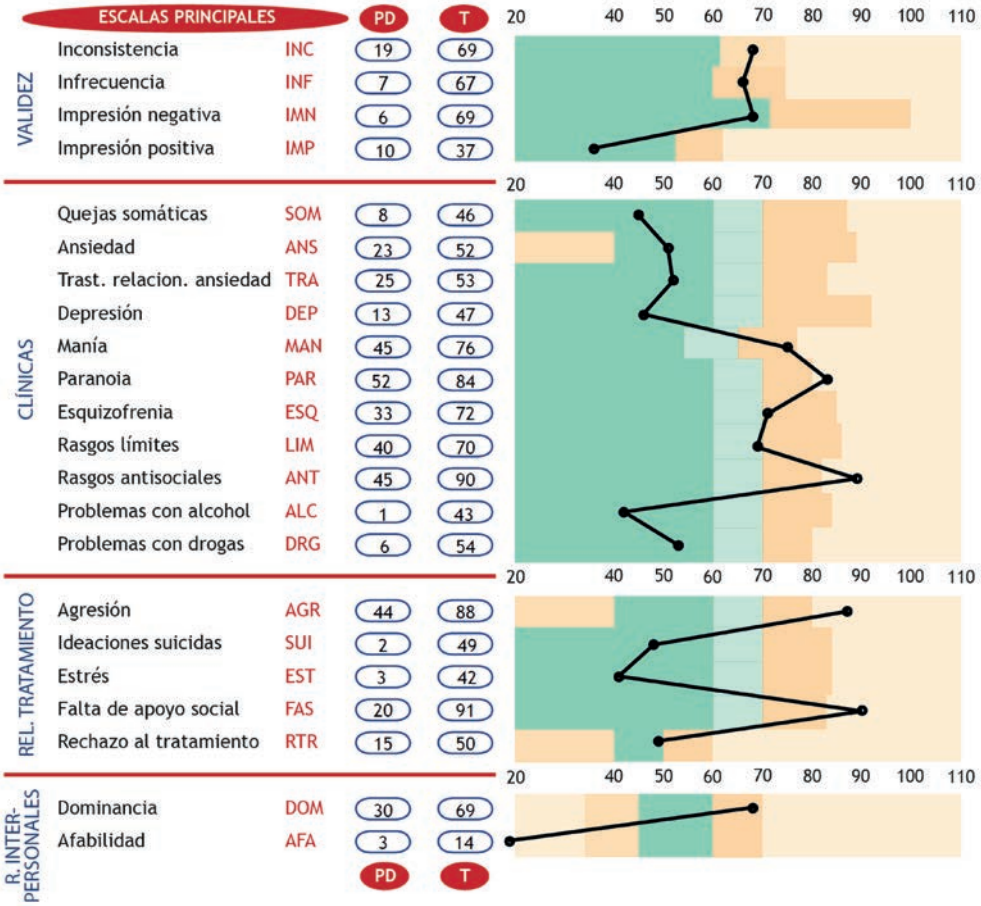
INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

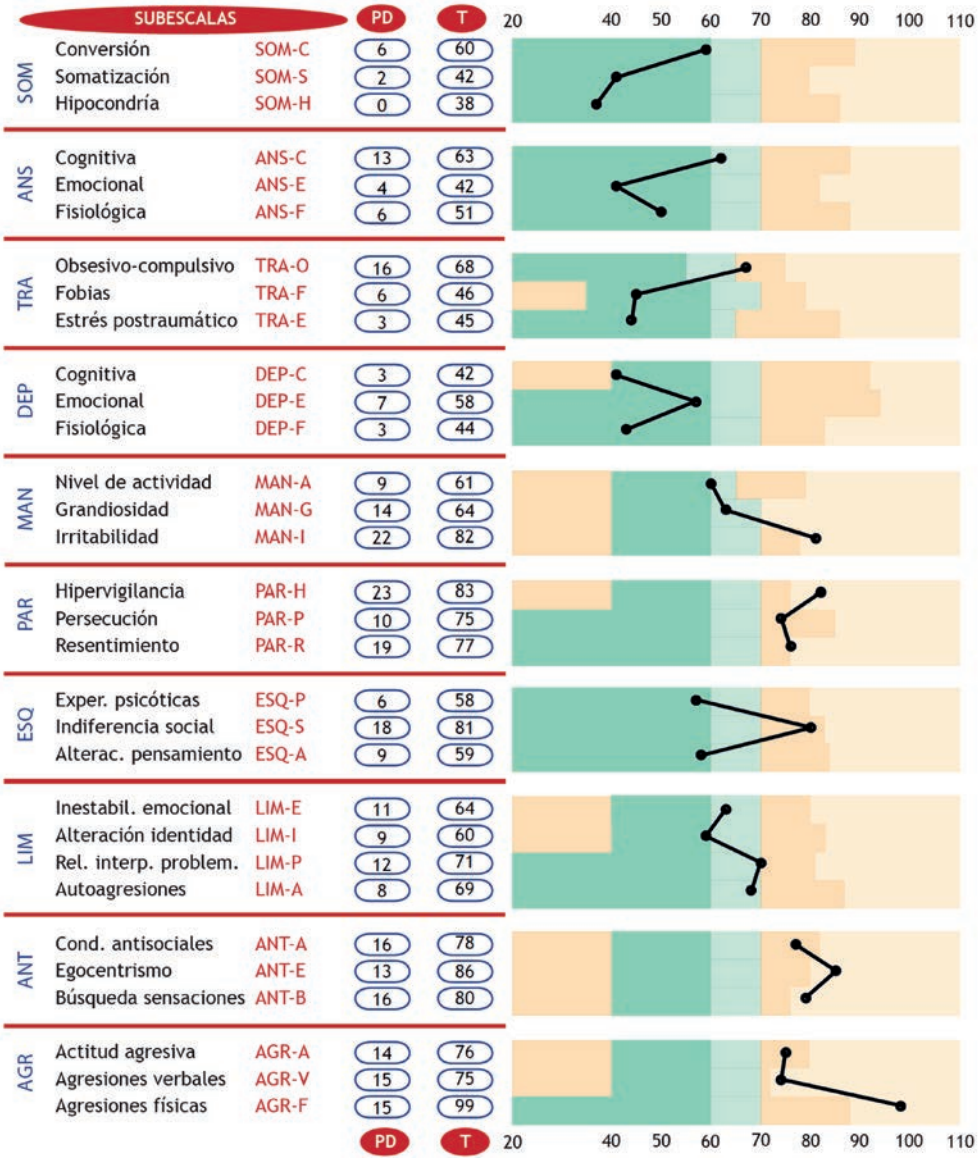
VALIDEZ = 1 INCONSISTENCIA = 4 VALIDEZ DUDOSA
CÓDIGO DE PERSONALIDAD: 6B 5 ** - * 1 6A 8A + 2A 8B 7 * 2B 4 3 // P ** - * //
CÓDIGO DE SÍNDROME: - ** N * // PP ** SS * //

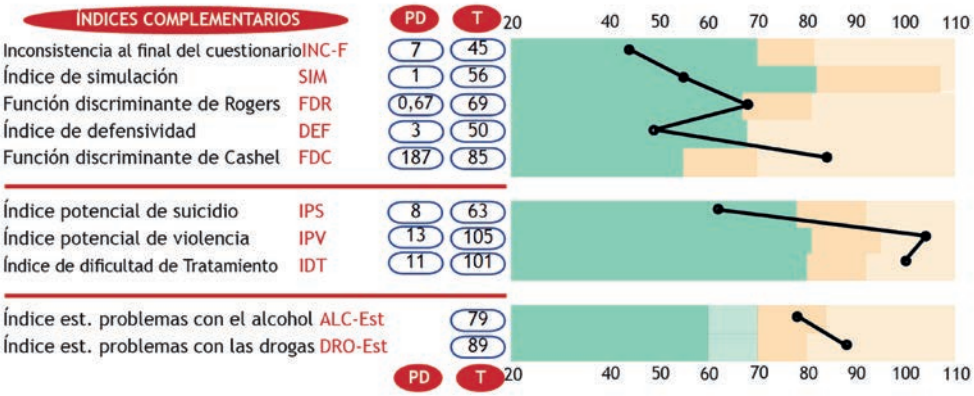
CATEGORÍA		PUNTUACIÓN PD	PUNTUACIÓN PREV	PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA (0 / 60 / 75 / 85 / 115)	ESCALAS DIAGNÓSTICAS
ESCALAS DE VALIDEZ	X	150	85		SINCERIDAD
	Y	14	66		DESEABILIDAD SOCIAL
	Z	11	59		DEVALUACIÓN
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	1	17	70		ESQUIZOIDE
	2A	10	55		EVITATIVO
	2B	6	34		DEPRESIVO
	3	2	2		DEPENDIENTE
	4	9	16		HISTRIONICO
	5	25	92		NARCISISTA
	6A	18	69		ANTISOCIAL
	6B	25	104		AGRESIVO (SÁDICO)
	7	19	49		COMPULSIVO
	8A	21	69		NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
	8B	6	51		AUTODESTRUCTIVO
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	S	16	66		ESQUIZOTÍPICO
	C	13	64		LÍMITE
	P	24	94		PARANOIDE
SÍNDROMES CLÍNICOS	A	7	72		ANSIEDAD
	H	1	11		SOMATOFORMO
	N	13	76		BIPOLAR
	D	4	34		DISTÍMICO
	B	10	72		DEPENDENCIA DEL ALCOHOL
	T	7	62		DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
	R	4	42		ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	SS	15	82		TRASTORNO DEL PENSAMIENTO
	CC	4	42		DEPRESIÓN MAYOR
	PP	13	89		TRASTORNO DELIRANTE

PAI

INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD

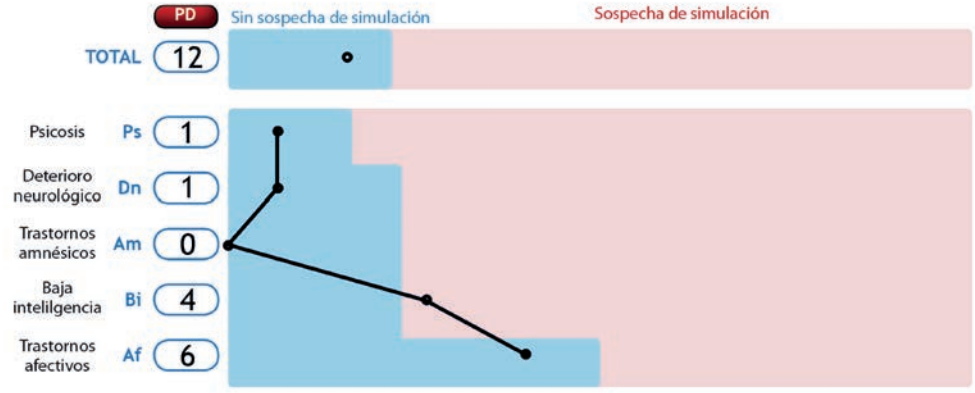



SUBESCALAS
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110
SOM
Conversión SOM-C 6 60
Somatización SOM-S 2 42
Hipocondría SOM-H 0 38
ANS
Cognitiva ANS-C 13 63
Emocional ANS-E 4 42
Fisiológica ANS-F 6 51
TRA
Obsesivo-compulsivo TRA-O 16 68
Fobias TRA-F 6 46
Estrés postraumático TRA-E 3 45
DEP
Cognitiva DEP-C 3 42
Emocional DEP-E 7 58
Fisiológica DEP-F 3 44
MAN
Nivel de actividad MAN-A 9 61
Grandiosidad MAN-G 14 64
Irritabilidad MAN-I 22 82
PAR
Hipervigilancia PAR-H 23 83
Persecución PAR-P 10 75
Resentimiento PAR-R 19 77
ESQ
Exper. psicóticas ESQ-P 6 58
Indiferencia social ESQ-S 18 81
Alterac. pensamiento ESQ-A 9 59
LIM
Inestabil. emocional LIM-E 11 64
Alteración identidad LIM-I 9 60
Rel. interp. problem. LIM-P 12 71
Autoagresiones LIM-A 8 69
ANT
Cond. antisociales ANT-A 16 78
Egocentrismo ANT-E 13 86
Búsqueda sensaciones ANT-B 16 80
AGR
Actitud agresiva AGR-A 14 76
Agresiones verbales AGR-V 15 75
Agresiones físicas AGR-F 15 99
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110



SIMS

INVENTARIO ESTRUCTURADO DE SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS



11.2.4. Caso 4. Crimen por miedo insuperable

EDAD	20 años	SEXO	Varón	NIVEL ACADÉMICO	Estudios secundarios

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS PREVIOS DEL AGRESOR
– Trastorno Mixto Adaptativo Ansioso-Depresivo.

DELITO	SENTENCIA
Delito de asesinato con alevosía.	Autor responsable de un delito de homicidio a la pena de 8 años de pena privativa de libertad. Concurriendo miedo insuperable y legitima defensa como eximente incompletas.

VISITA PSICOLÓGICA CELEBRADA EN CENTRO PENITENCIARIO
Sí

INTENCIONALIDAD DELICTIVA (*ÍTER CRIMINIS*)
Homicidio perpetrado en la vía pública con arma blanca y derivado de una disputa relacionada con el juego erótico y relaciones íntimas.
Caso de impacto mediático de asesinato perpetrado en la vía pública con arma blanca y derivado de una disputa relacionada en el marco del juego erótico y relaciones íntimas. En el episodio criminológico, el sujeto se sintió violentado por la victima quien le insinuaba mantener relaciones íntimas (señalar que ambos eran de sexo masculino, pero de diferente orientación sexual; siendo el agresor de tendencia heterosexual).

1. Prueba MCMI-III

El informado era de origen árabe y presentaba limitaciones lingüísticas en el momento de administrar la prueba de evaluación psicológica. Debido a ello, se administró una única prueba consistente en el MCMI-III. Se ha de extremar la precaución a efectos de la consiguiente interpretación psicológica que pueda derivarse del resto de las escalas clínicas dado que las escalas de validez presentan significatividad en 2 de las 3 escalas: la escala de «Sinceridad» (PREV=85) y la de «Devaluación» (PREV=75), las cuales presentan significatividad estadística Dichas puntuaciones sugieren que el estilo de respuesta de

este sujeto puede indicar una tendencia generalizada a magnificar el nivel de enfermedad experimentada o un rasgo de carácter quejoso o auto-compasivo; por lo que, pueden resultar algo exageradas y la interpretación de éste perfil tendría que hacerse teniendo en cuenta esta consideración.

a. En cuanto a los patrones clínicos de la personalidad, la escalas que presenta significatividad subclínica:

- «Evitativo» (PREV=74): Dudoso, excesivamente consciente de sí mismo, avergonzado, ansioso. Se siente tenso en situaciones sociales por temor al rechazo. Invadido por una constante ansiedad de ejecución. Se ve a sí mismo como inepto, inferior o poco atractivo. Sentimientos de soledad y vacío.
- «Esquizoide» (PREV=68): Apático, indiferente, distante, solitario. Ni desea ni disfruta de las relaciones personales. Mínima conciencia de los sentimientos propios y ajenos. Pocos o ningún impulso o ambición.
- «Depresivo» (PREV=68): Rasgos de personalidad de base de tipo apático-depresivo.
- «Dependiente» (PREV=64): Indefenso, incompetente, sumiso e inmaduro. Rechaza las responsabilidades adultas. Se ve a sí mismo débil, y frágil. Busca constantemente el apoyo y consejo en figuras más fuertes.
- «Antisocial» (PREV=59): Impulsivo, irresponsable, perverso, ingobernable. Actúa sin tener en cuenta a los demás. Solamente cumple obligaciones sociales cuando sirven a sus fines. No respeta las costumbres, reglas y normas sociales. Se considera libre e independiente.

- «Autodestructivo» (PREV=61): Prefiere situarse en una posición despreciable. Se relaciona de una manera sacrificada, permitiendo, ser explotado o castigado e incitando a las críticas inmerecidas e injustas. Experimenta emociones y pensamientos conflictivos respecto a sí mismo y a los otros. Repetidamente recuerda injusticias pasadas y prevé futuras desilusiones como medio de llevar la angustia hasta niveles homeostáticos; malinterpreta; con la finalidad de aumentar el dolor y sufrimiento personal.

b. Las escalas pertenecientes a las patologías graves de la personalidad existen significativas puntuaciones de rango subclínico:

- «Esquizotípico» (PREV=66): Excéntrico, raro, ausente. Muestra manierismos y conductas peculiares. Lee el pensamiento de los demás. Preocupado por creencias extrañas. La línea que le diferencia de la fantasía está poco definida.

- «Paranoide» (PREV=72): Expectante, defensivo, desconfiado y suspicaz. Hipervigilante frente a intentos ajenos de desvalorización o agresión. Siempre busca evidencias que confirmen la presencia de móviles ocultos. Se siente justo y recto, y a la vez perseguido.

- «Limite» (PREV=62): Imprevisible, manipulador, inestable. Terror al abandono y a la soledad. Experimenta rápidas fluctuaciones del estado de ánimo. Oscila rápidamente del amor al odio. Se considera a sí mismo y a los demás completamente buenos y malos de forma alternativa.

c. Escalas pertenecientes a los síndromes clínicos, las escalas que presentan significatividad clínica:

- «Ansiedad» (PREV=74).
- «Somatomorfo» (significatividad subclínica PREV=61).
- «Distímico» (significatividad subclínica PREV=64).
- «Estrés postraumático» (significatividad subclínica PREV=66).

d. Escalas pertenecientes a los síndromes clínicos graves, la escala que presenta significatividad clínica:

- «Trastorno delirante» (PREV=76).
- «Trastorno del pensamiento» (significatividad subclínica PREV=65).

El *ítercriminis*, la contextualización del suceso y los rasgos de personalidad disfuncionales adolecidos por su estado anímico estresante y el trastorno cognitivo de pensamiento, actuarían como ingredientes a efectos de manifestar una conducta hostil y/o agresiva en situación subjetivamente aguda y percibida por el propio agresor.

MCMI-III

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

VALIDEZ = 0 INCONSISTENCIA = 5
CÓDIGO DE PERSONALIDAD: - ** - * 2A 1 2B 3 8B + 6A 8A 5 6B 7 " 4 // - ** - * //
CÓDIGO DE SÍNDROME: - ** - * // - ** PP * //

CATEGORÍA		PUNTUACIÓN PD	PUNTUACIÓN PREV	PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA 0 60 75 85 115	ESCALAS DIAGNÓSTICAS
ESCALAS DE VALIDEZ	X	150	85		SINCERIDAD
	Y	10	48		DESEABILIDAD SOCIAL
	Z	18	75		DEVALUACIÓN
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	1	16	68		ESQUIZOIDE
	2A	20	74		EVITATIVO
	2B	16	68		DEPRESIVO
	3	16	64		DEPENDIENTE
	4	4	1		HISTRIONICO
	5	12	52		NARCISISTA
	6A	13	59		ANTISOCIAL
	6B	9	51		AGRESIVO (SÁDICO)
	7	17	43		COMPULSIVO
	8A	15	58		NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
	8B	16	61		AUTODESTRUCTIVO
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	S	16	66		ESQUIZOTÍPICO
	C	12	62		LÍMITE
	P	16	72		PARANOIDE
SÍNDROMES CLÍNICOS	A	8	74		ANSIEDAD
	H	8	61		SOMATOFORMO
	N	4	34		BIPOLAR
	D	11	64		DISTÍMICO
	B	4	54		DEPENDENCIA DEL ALCOHOL
	T	6	59		DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
	R	15	66		ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	SS	10	65		TRASTORNO DEL PENSAMIENTO
	CC	7	57		DEPRESIÓN MAYOR
	PP	9	76		TRASTORNO DELIRANTE

11.2.5. Caso 5. Crimen pasional por arrebato emocional y consumo de alcohol

EDAD	37 años	SEXO	Mujer	NIVEL ACADÉMICO	Estudios secundarios

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS PREVIOS DEL AGRESOR

- Trastorno de Ansiedad inespecífico.
- Crisis de angustia.

DELITO	SENTENCIA
Delito de homicidio.	Autora criminalmente responsable de un delito homicidio, concurriendo las circunstancias agravantes de parentesco y de abuso de superioridad, y las atenuantes de arrebato y la analógica de embriaguez a la pena de 6 años de prisión.

VISITA PSICOLÓGICA CELEBRADA EN CENTRO PENITENCIARIO

Sí

INTENCIONALIDAD DELICTIVA (*ÍTER CRIMINIS*)

Homicidio perpetrado con arma blanca asestando dos puñaladas en la víctima en contexto de violencia de género.

Caso de impacto mediático de homicidio con arma blanca perpetrado en contexto de disputa familiar.

La agresora era víctima de VIOGEN y a lo largo de una intensa disputa con su pareja, y desde el nocivo influjo de consumo de alcohol, le asestó 2 puñaladas.

Hay que destacar que la agresora es original de los Países del Este y existe una leve barrera idiomática con relación a la lengua castellana. Y, no obstante, se pudo administrar las pruebas MCMI-III, PAI y 16PF Versión 5; se ha de ser precavido y cauteloso en la interpretación de los resultados obtenidos de las gráficas resultantes.

Las puntuaciones de las escalas de validez y sinceridad arrojan cifras dentro de la significatividad estadística; en cambio el 16PF se muestra con un protocolo no manipulado. Puede desprenderse la influencia de la dificultad idiomática y, por ello, se ha de tomar con cautela el resto de las interpretaciones psicológicas que se deriven del resto de las escalas clínicas.

1. Prueba MCMI-III

a. Escalas de validez que presentan orden significativo:

   1. «Sinceridad» (PREV=77): La interpretación del resto de puntuaciones obtenidos se han de tomar con precaución y cautela dado que la gráfica obtenida puede no ser genuina de la personalidad del propio sujeto (intencionalidad de engaño o limitación lingüística de comprensión por su origen y condición de extranjera).

   2. «Devaluación» (puntuación subclínica de PREV=68): Dicha puntuación sugiere que el estilo de respuesta de este sujeto puede indicar una tendencia generalizada a magnificar el nivel de enfermedad experimentada o un rasgo de carácter quejoso o auto-compasivo.

b. En cuanto a los patrones clínicos de la personalidad, la escalas que presenta significatividad subclínica:

   1. «Antisocial» (PREV=74): Impulsiva, irresponsable, perversa, ingobernable. Actúa sin tener en cuenta a los demás. Solamente cumple obligaciones sociales cuando sirven a sus fines. No respeta las costumbres, reglas y normas sociales. Se considera libre e independiente.

   2. «Evitativa» (PREV=73): Dudosa, excesivamente consciente de sí misma, avergonzada y ansiosa. Se siente tensa en situaciones sociales por temor al rechazo. Invadida por una constante ansiedad de ejecución. Se ve a sí misma como inepta, inferior o poco atractiva. Sentimientos de soledad y vacío.

   3. «Agresiva-Sádica» (PREV=69): Atrevida, impulsiva, imprudente. Puede ser desalmada y notablemente ajena a

una conciencia sobre el impacto de sus propios actos destructivos. Le atraen los riesgos, se siente impávida ante el peligro y el castigo. Muestra satisfacción al competir con otros, dominarlos y humillarlos. Manifiesta un marcado autoritarismo e intolerancia social. Tiene una mentalidad cerrada, es inflexible y obstinada.

4. «Depresivo» (PREV=67): Rasgos de personalidad apático-depresivo.

5. «Dependiente» (PREV=67): Indefensa, incompetente, sumisa e inmadura. Rechaza las responsabilidades adultas. Se ve a sí misma débil, y frágil. Busca constantemente el apoyo y consejo en figuras más fuertes.

6. «Negativista [Pasivo-Agresivo]» (PREV=61): Se resiste a cumplir con las expectativas de los demás, muestra conductas dilatorias, ineficaces y erráticas cuando no otras contrarias y molestas. Revela placer al desmoralizar las satisfacciones y aspiraciones de los demás. Descarga su enfado y otras emociones molestas ya sea indirectamente o desplazándolas de su causante hacia entornos o personas de menor importancia.

c. Las escalas pertenecientes a las patologías graves de la personalidad existen significativas puntuaciones de rango subclínico:

1. «Esquizotípico» (PREV=65): Excéntrica, rara, ausente. Muestra manierismos y conductas peculiares. Lee el pensamiento de los demás. Preocupada por creencias extrañas. La línea que le diferencia de la fantasía está poco definida.

2. «Paranoide» (PREV=67): Expectante, defensiva, desconfiada y suspicaz. Hipervigilante frente a intentos ajenos de

desvalorización o agresión. Siempre busca evidencias que confirmen la presencia de móviles ocultos. Se siente justa y recta, y a la vez perseguida.

3. «Limite» (PREV=64): Imprevisible, manipuladora, inestable. Terror al abandono y a la soledad. Experimenta rápidas fluctuaciones del estado de ánimo. Oscila rápidamente del amor al odio. Se considera a sí misma y a los demás completamente buenos y malos de forma alternativa.

d. Escalas pertenecientes a los síndromes clínicos, las escalas que presentan significatividad clínica:
   1. «Ansiedad» (PREV=90).
   2. «Dependencia al Alcohol» (PREV=112).
   3. «Dependencia a sustancias» (PREV=68).
   4. «Estrés postraumático» (PREV=66).

e. Escalas pertenecientes a los síndromes clínicos graves, las escalas que presentas significatividad clínica:
   1. «Depresión Mayor» (PREV=67).
   2. «Trastorno del pensamiento» (PREV=64).
   3. «Trastorno delirante» (PREV=60).

2. Prueba PAI

a. La informada ha presentado puntuaciones significativas en 3 de las escalas principales de validez:

   1. «Inconsistencia» (T=69): Indica si la evaluada responde de forma inconsistente a lo largo de la prueba. Para ello tiene en cuenta su respuesta a pares de ítems altamente relacionados entre sí.

2. «Infrecuencia» (T=85): Indica si la evaluada ha respondido poco cuidadosamente, al azar o de una forma muy peculiar. Los ítems son neutrales con respecto a psicopatología y resultan muy poco frecuentes tanto en personas normales como en pacientes clínicos.

3. «Impresión negativa» (T=60): Indica si la evaluada está presentando una imagen de sí misma extremadamente desfavorable que pueda sugerir exageración de síntomas.

4. A estas escalas, se ha de añadir las escalas de los índices complementarios:

   a. «Inconsistencia al final del cuestionario» (T=115): Indica si la evaluada ha respondido a la parte final del cuestionario de forma inconsistente. Para ello compara las respuestas del sujeto a las escalas «Ideaciones suicidas» (SUI) y «Problemas con el alcohol» (ALC) en la primera parte del cuadernillo (primeros 165 ítems) y en la segunda parte. Puntuaciones altas son indicativas de un patrón de respuesta al azar en la parte final de la prueba.

   b. «Índice de simulación» (T=69): Puntuaciones altas son indicativas de exageración de síntomas.

      El conjunto de puntuaciones significativas en dichas escalas principales de validez sitúa al profesional en una singular posición de precaución y de cautela en el momento de interpretar el resto de las escalas de la gráfica resultante de la informada.

b. De las escalas clínicas y subescalas del PAI, la mayoría se encuentran en la significatividad estadística y al que este evaluador

se remite a la gráfica para que el lector la visualice a efectos de apreciar el alcance la fenomenología clínico-sintomatológica.

En este sentido, y de igual modo que el MCMI-III, del PAI se desprende un alto grado de significatividad estadística con relación a la dependencia de alcohol y a la ansiedad. Presenta, asimismo, puntuaciones significativamente tendentes a un patrón de conducta antisocial (PREV=74 del MCMI-III e «índice potencial de violencia» con T=86 + «Actitud agresiva» con T=62 + «Agresión física» con T=65 del PAI), lo que viene a compatibilizarse que el que dicha conducta puede manifestarse potencialmente peligrosa desde el influjo nocivo de una intoxicación aguda de alcohol dado que presenta tendencia a ser impulsiva, irresponsable, perversa, ingobernable. Actúa sin tener en cuenta a los demás. Solamente cumple obligaciones sociales cuando sirven a sus fines. No respeta las costumbres, reglas y normas sociales. Se considera libre e independiente.

Hay que señalar que el «índice potencial de violencia» evalúa la presencia de veinte características del perfil que suelen estar asociadas a la conducta violenta hacia otros y peligrosidad. Es un indicador indirecto. Puntuaciones altas son indicativas de una mayor probabilidad de violencia hacia otros. La subescala de «Actitud agresiva» evalúa la hostilidad, el escaso control de la expresión de la ira y la creencia en la utilidad instrumental de la agresión. Y, la subescala de «Agresión física» evalúa la tendencia a manifestar físicamente su ira, incluyendo los daños a la propiedad, las peleas físicas y las amenazas de violencia. Por lo que parece desprenderse, de la puntuación obtenida y por la combinación de las escalas que, el perfil de la informada presenta una potencialidad notable de riesgo de violencia y futura peligrosidad social.

Hay que señalar las puntuaciones significativas con relación a las *«Ideaciones suicidas»* (T=83), *«Estrés»* (T=77), *y «Falta de apoyo*

social» (T=71),de la prueba PAI, lo que viene a sugerir la existencia de una inmadurez e inestabilidad psicoemocional en sus rasgos de personalidad de base que pueden alcanzar rango importante de heteroagresividad como de autoagresividad (ver puntuación del PAI relacionada con la subescala de *«Autoagresión»* correspondiente al área clínica del Trastorno Limite con T=77).

3. Prueba 16 PF – Versión 5

A. Escalas Primarias:

a. Razonamiento (DE=3): Persona de pensamiento concreto, lenta para captar y analizar, no transfiere información, le cuesta trabajo concluir, falta de criterio, se da por vencido fácilmente, demorado para aprender, burda. Ha de presentar bajo rendimiento. Juicio deficiente, moral baja, e inconstante. Puede indicar mala comprensión, incorrecta interpretación o falta de atención.

b. Atención a las normas (DE=3): Persona inconformista, muy suya, indulgente, despreocupada, acepta pocas obligaciones, suele ser inestable en sus propósitos, libre, voluble, frívola, indulgente consigo misma, sus acciones son casuales y faltas de atención a los compromisos del grupo y a las exigencias culturales, se tolera fallar, no siente la necesidad de cumplirse a sí misma, siente placer por lo que hace pero cuando la motivación baja cambia de actividad y hace lo que quiere, se guía por sus y impulsos no tiene normas. Podría sembrar a su alrededor el desorden y el desaliño.

c. Vigilancia (DE=8): Persona, celosa, desconfiada, suspicaz, escéptica, precavida, vigilante, acusadora, generadora de

culpa, está pendiente de caerle al otro, rencorosa, generadora de conflictos, señal de peligro en todas partes, actúa con premeditación. Pésimo para el grupo ya que daña el clima. Antijefe, reacio al cambio, tiránico y centrado en sí mismo. Incapaz de relajar su vigilancia en situaciones en que le sería apropiado hacerlo y está siempre a la guardia.

d. Abstracción (DE=8): Persona abstraída, imaginativa, idealista, centrada en sus necesidades íntimas, poco convencional, despreocupada de lo cotidiano, bohemia, motivada por sí misma, creadora, preocupada por lo esencial, despreocupada de personas particulares, y de la realidad física. Sus intereses se dirigen hacia su intimidad, su individualidad la empuja a verse excluida de las actividades del grupo. Generalmente entusiasmada, pero con ocasionales cambios histéricos de abandono. Ideal para cargos de planeación, creativos y asesores, no compagina con lo comercial, no se le puede dar nada concreto.

e. Autosuficiencia (DE=8): Persona, individualista, autosuficiente, llena de recursos, prefiere tomar sus propias decisiones, prefiere trabajar sola, se aísla, buena para la creatividad, temperamentalmente independiente. Está acostumbrada a seguir su propio camino, no le disgusta la gente, simplemente no necesita de su asentimiento y apoyo, no tiene en consideración la opinión del grupo, aunque no es necesariamente dominante en su relación con los demás. No delega mucho, es recursiva para utilizar en forma práctica y eficiente lo que tiene, el grupo no la presiona fácilmente y es introvertida. Puede tener dificultades para trabajar con otras personas, le cuesta pedir ayuda cuando la necesita, y puede pasar por alto los aspectos interpersonales y las consecuencias de sus acciones.

f. Perfeccionismo (DE=3): Persona flexible y tolerante con el desorden y faltas, autoconflictiva, perezosa, poco manejo de lo social, no se preocupa por aceptar o ceñirse a las exigencias sociales. No es excesivamente considerada, cuidadosa o esmerada. Puede sentirse desajustada, no tiene conciencia de la imagen, desaliñada, poco controlada, de carácter disparejo, no respetuosa con otros, explosiva, despreocupada de protocolos. Fuertemente inestable, bajo control y baja autoimagen, no le interesa verse bien cuando está sola. Sin metas claras, sigue impulsos de momento, sus necesidades son sus normas de conducta.

B. Estilos de respuesta:

Las escalas de estilo de respuesta tienen como función principal asegurar la validez y fiabilidad de los datos recogidos sobre el paciente, observándose si contesta correcta y sinceramente o si aparecen tendencias que distorsionen los datos y por tanto el análisis de la personalidad:

a. Manipulación de la imagen (DE=4): En la normalidad estadística.

b. Infrecuencia (DE=8): Se utiliza para detectar respuestas infrecuentes. Puede deberse a que la evaluada contesta al azar, si bien habría que analizar cada respuesta y su correspondencia con el conjunto de la prueba de personalidad.

c. Aquiescencia (DE=8): En esta escala se valora la tendencia a contestar siempre positivamente a las preguntas, con cosa que podría indicar falta de sinceridad que dificulta el análisis correcto de la situación.

C. Dimensiones globales:

a. Extraversión (DE=3): Reservado, autosuficiente e inhibido en los contactos personales. Puede ser favorable o desfavorable según la situación particular en la que tenga que actuar.

b. Autocontrol (DE=2): Con puntuación baja, se trata de una persona desinhibida que suele atender a sus propias urgencias. Dificultades para reprimirse. Desorganizada, irreprimible o irresponsable.

MCMI-III

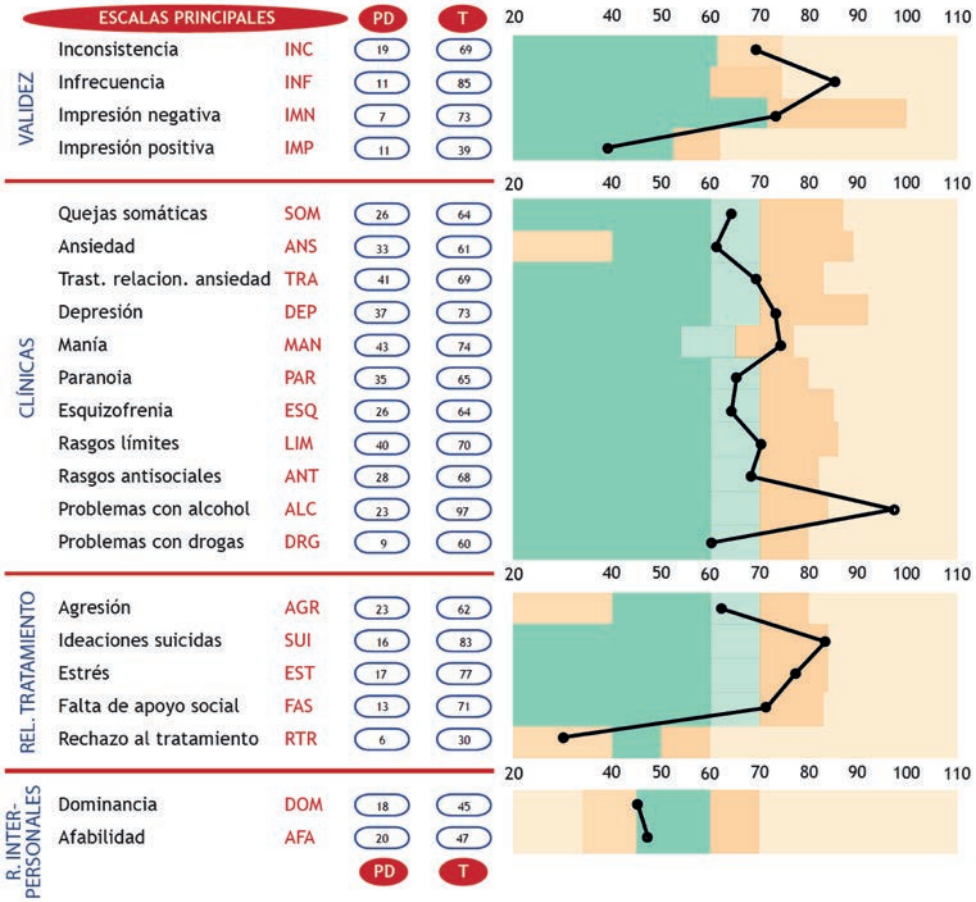
INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

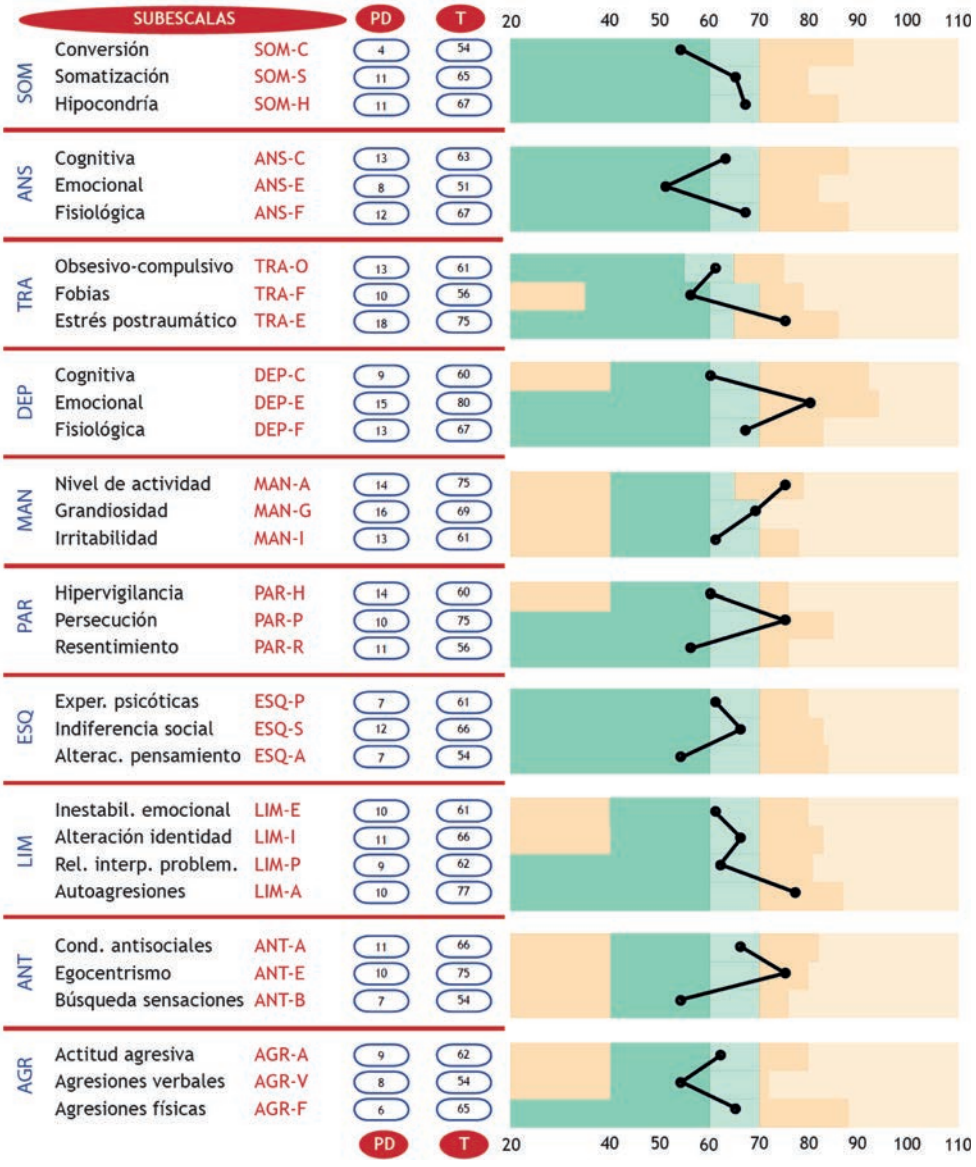
VALIDEZ = 0 INCONSISTENCIA = 9 VALIDEZ DUDOSA
CÓDIGO DE PERSONALIDAD: - ** - * 6A 2A 6B 2B 3 8A + 1 8B 7 5 " 4 // - ** - * //
CÓDIGO DE SÍNDROME: B A ** - * // - ** - * //

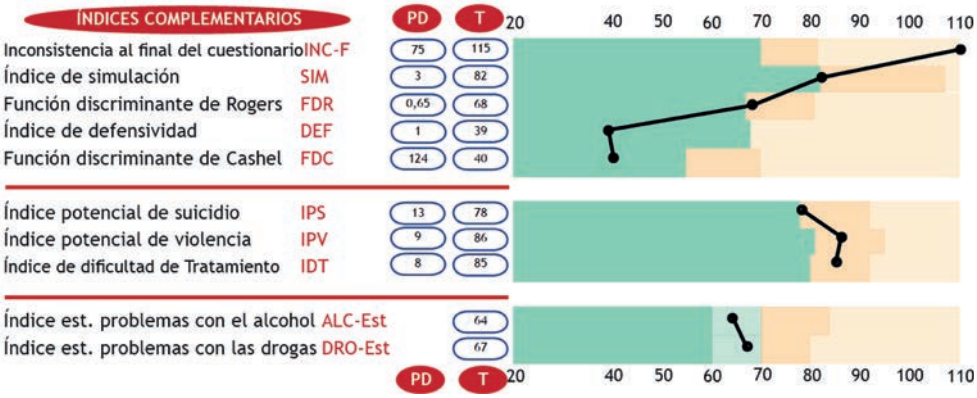
CATEGORÍA		PUNTUACIÓN PD	PUNTUACIÓN PREV	PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA 0 60 75 85 115	ESCALAS DIAGNÓSTICAS
ESCALAS DE VALIDEZ	X	134	77		SINCERIDAD
	Y	8	40		DESEABILIDAD SOCIAL
	Z	17	68		DEVALUACIÓN
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	1	9	58		ESQUIZOIDE
	2A	15	73		EVITATIVO
	2B	13	67		DEPRESIVO
	3	14	67		DEPENDIENTE
	4	7	27		HISTRIONICO
	5	9	43		NARCISISTA
	6A	16	74		ANTISOCIAL
	6B	18	69		AGRESIVO (SÁDICO)
	7	12	44		COMPULSIVO
	8A	14	61		NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
	8B	10	57		AUTODESTRUCTIVO
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	S	14	65		ESQUIZOTÍPICO
	C	13	64		LÍMITE
	P	12	67		PARANOIDE
SÍNDROMES CLÍNICOS	A	12	90		ANSIEDAD
	H	7	57		SOMATOFORMO
	N	3	27		BIPOLAR
	D	8	57		DISTÍMICO
	B	16	112		DEPENDENCIA DEL ALCOHOL
	T	9	68		DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
	R	13	66		ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	SS	13	64		TRASTORNO DEL PENSAMIENTO
	CC	12	67		DEPRESIÓN MAYOR
	PP	2	60		TRASTORNO DELIRANTE

PAI

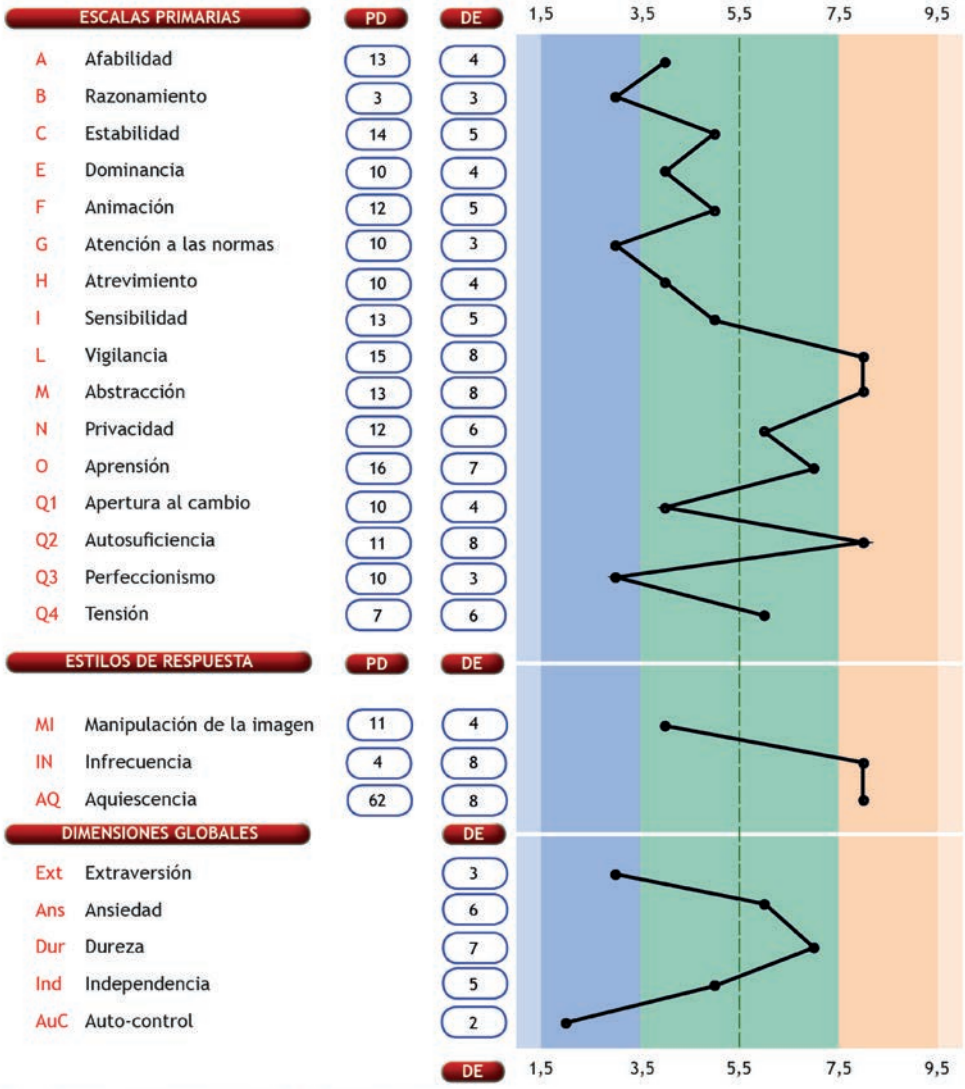
INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD




SUBESCALAS
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110
SOM
Conversión SOM-C 4 54
Somatización SOM-S 11 65
Hipocondría SOM-H 11 67
ANS
Cognitiva ANS-C 13 63
Emocional ANS-E 8 51
Fisiológica ANS-F 12 67
TRA
Obsesivo-compulsivo TRA-O 13 61
Fobias TRA-F 10 56
Estrés postraumático TRA-E 18 75
DEP
Cognitiva DEP-C 9 60
Emocional DEP-E 15 80
Fisiológica DEP-F 13 67
MAN
Nivel de actividad MAN-A 14 75
Grandiosidad MAN-G 16 69
Irritabilidad MAN-I 13 61
PAR
Hipervigilancia PAR-H 14 60
Persecución PAR-P 10 75
Resentimiento PAR-R 11 56
ESQ
Exper. psicóticas ESQ-P 7 61
Indiferencia social ESQ-S 12 66
Alterac. pensamiento ESQ-A 7 54
LIM
Inestabil. emocional LIM-E 10 61
Alteración identidad LIM-I 11 66
Rel. interp. problem. LIM-P 9 62
Autoagresiones LIM-A 10 77
ANT
Cond. antisociales ANT-A 11 66
Egocentrismo ANT-E 10 75
Búsqueda sensaciones ANT-B 7 54
AGR
Actitud agresiva AGR-A 9 62
Agresiones verbales AGR-V 8 54
Agresiones físicas AGR-F 6 65
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110


ÍNDICES COMPLEMENTARIOS
PD
T
20
40
50
60
70
80
90
100
110
Inconsistencia al final del cuestionario INC-F 75 115
Índice de simulación SIM 3 82
Función discriminante de Rogers FDR 0,65 68
Índice de defensividad DEF 1 39
Función discriminante de Cashel FDC 124 40
Índice potencial de suicidio IPS 13 78
Índice potencial de violencia IPV 9 86
Índice de dificultad de Tratamiento IDT 8 85
Índice est. problemas con el alcohol ALC-Est 64
Índice est. problemas con las drogas DRO-Est 67
PD
T
20
40
50
60
70
80
90
100
110

16PF – Versión 5



Nota: DE (Decatipo), escala típica con media=5,5 y desviación típica=2.

11.2.6. Caso 6. Crimen matricida por trastorno bipolar tipo I

EDAD	40 años	SEXO	Varón	NIVEL ACADÉMICO	Estudios superiores universitarios

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS PREVIOS DEL AGRESOR

– Trastorno Bipolar Tipo I.

DELITO	SENTENCIA
Matricidio. Asesinato con alevosía y ensañamiento con agravante de parentesco (su progenitora).	Autor no responsable de un delito de homicidio del art. 138 del CP, por concurrir eximente completa de alteración psíquica del Art. 20.1 del CP (…) se aplica medida de seguridad de internamiento en establecimiento psiquiátrico de la red pública, para tratamiento y seguimiento de los trastornos que sufre, que se cumplirá conforme al Art. 101 del CP, por un período máximo de 13 años.

VISITA PSICOLÓGICA CELEBRADA EN CENTRO PENITENCIARIO

Sí

INTENCIONALIDAD DELICTIVA (*ÍTER CRIMINIS*)

Trastorno cognitivo grave delirante del contenido del pensamiento por el que el informado, tras una discusión muy acalorada con su progenitora, decidió darle muerte con objeto contundente[40].

Caso criminológico de impacto social y mediático por el que el informado fue acusado y condenado por asesinato de su propia madre (matricidio).

Como previa consideración antes de proceder al análisis interpretativo de las pruebas administradas, hay que señalar que el sujeto presentaba antecedentes clínicos de trastorno bipolar con sintomatología psicótica y fue evaluado en la Unidad de Psiquiatría del Centro Penitenciario dónde entonces estaba ubicado y destinado cumpliendo pena prisión preventiva a la espera de celebrarse el juicio. En este sentido, el informado estaba compensado psicológicamente desde el tratamiento psicofarmacológico con el que estaba vinculado y sometido (entonces, no se hallaba ni en fase descompensación, ni en estado de agitación psicótico-comportamental). No obstante, hay que señalar que, en el momento de perpetrarse el crimen, se refiere que seis meses antes se desvinculó del tratamiento de su dolencia de Trastorno Bipolar basada en medicación psicofarmacológica normotensiva favorecedora de estados eutímicos.

40 Tiffon, B.-N. (2017). *«Atlas de Psicología Forense (Penal)»*. J.M. Bosch Editor. Barcelona.

1. Prueba MCMI-III

De este modo, y de las puntuaciones obtenidas de la prueba MCMI-III se desprende que las escalas de validez se encuentran en la estricta normalidad estadística, siendo genuino el aparato psíquico medido y por lo que confiere confiabilidad en cuanto al análisis interpretativo psicológico que se pueda derivar del perfil obtenido.

En la línea de la interpretación de los patrones clínicos de la personalidad del MCMI-III, no se observan puntuaciones clínicamente significativas que alcancen un rango de gravedad psicopatológica; por lo que se desprende que no presenta –en el momento de la evaluación– rasgos de personalidad adolecidos o disfuncionales.

En cuanto a síndromes clínicos, se observa significatividad subclínica en lo que concierne a la escala Bipolar (PREV=63) pero que no alcanza un rango de gravedad psicopatológica. Dicha puntuación se coteja con los antecedentes clínicos de trastorno bipolar del informado y la baja puntuación se coteja, asimismo, con su vinculación al tratamiento psicofarmacológico al que se encontraba sometido en la Unidad de Psiquiatría del Centro Penitenciario.

A modo de conclusión de la prueba administrada MCMI-III, se puede señalar que los antecedentes clínicos psicopatológicos no parecen evidenciarse en las puntuaciones obtenidas del instrumento de evaluación aplicado, lo que sugiere que el tratamiento psicofarmacológico era bastante o muy acertado para su disfunción mental.

2. Prueba SIMS

Por otro lado, la puntuación total del SIMS –aunque en el umbral o franja de la significatividad (PD=16)– se encuentra dentro de la

normalidad estadística pudiéndose considerar que no ha existido intencionalidad de simular síntomas y pudiendo otorgar confiabilidad a los resultados obtenidos.

MCMI-III

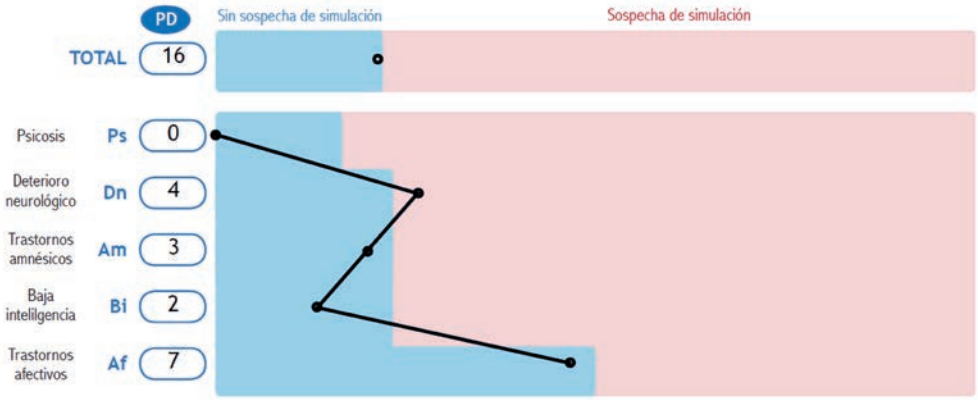
INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

VALIDEZ = 0 INCONSISTENCIA = 6
CÓDIGO DE PERSONALIDAD: - ** - * 6A + 5 1 8A 7 6B " 2A 2B 4 8B 3 // - ** - * //
CÓDIGO DE SÍNDROME: - ** - * // - ** - * //

CATEGORÍA		PUNTUACIÓN PD	PUNTUACIÓN PREV	PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA 0 60 75 85 115	ESCALAS DIAGNÓSTICAS
ESCALAS DE VALIDEZ	X	70	34		SINCERIDAD
	Y	13	62		DESEABILIDAD SOCIAL
	Z	6	47		DEVALUACIÓN
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	1	7	53		ESQUIZOIDE
	2A	4	34		EVITATIVO
	2B	4	30		DEPRESIVO
	3	1	7		DEPENDIENTE
	4	10	30		HISTRIONICO
	5	9	54		NARCISISTA
	6A	7	60		ANTISOCIAL
	6B	6	45		AGRESIVO (SÁDICO)
	7	15	47		COMPULSIVO
	8A	8	53		NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
	8B	2	24		AUTODESTRUCTIVO
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	S	0	0		ESQUIZOTÍPICO
	C	5	43		LÍMITE
	P	5	50		PARANOIDE
SÍNDROMES CLÍNICOS	A	1	15		ANSIEDAD
	H	1	17		SOMATOFORMO
	N	7	63		BIPOLAR
	D	3	30		DISTÍMICO
	B	4	60		DEPENDENCIA DEL ALCOHOL
	T	3	45		DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
	R	5	60		ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	SS	2	17		TRASTORNO DEL PENSAMIENTO
	CC	4	48		DEPRESIÓN MAYOR
	PP	1	60		TRASTORNO DELIRANTE

SIMS

INVENTARIO ESTRUCTURADO DE SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS



11.2.7. Caso 7. Doble crimen de filicidio por trastorno depresivo mayor

EDAD	35 años	SEXO	Mujer	NIVEL ACADÉMICO	Estudios secundarios

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS PREVIOS DEL AGRESOR

- Trastornos psicopatológicos previos del agresor.
- Trastorno Depresivo Mayor de intensidad grave.

DELITO	SENTENCIA
Doble filicidio. Asesinato con alevosía de sus dos hijos.	Autora responsable de dos delitos de asesinato con alevosía y agravante de parentesco a 20 años de pena privativa de libertad.

VISITA PSICOLÓGICA CELEBRADA EN CENTRO PENITENCIARIO

Sí

INTENCIONALIDAD DELICTIVA (*ÍTER CRIMINIS*)

Caso de doble filicidio por trastorno cognitivo grave del contenido del pensamiento, por el que la informada perpetró muerte de sus 2 hijos, creyendo psicóticamente que «les iba a salvar del mundo»[41,42,43].

Caso criminológico de amplio impacto mediático de asesinato de dos menores con agravante de parentesco (doble filicidio) perpetrado por su progenitora en contexto de suicidio ampliado, siendo en este caso frustrado (dado que la victimaria fue rescatada por su expareja). La informada fue visitada en contexto penitenciario y se encontraba sometida, entonces, en un protocolo de anti-suicidio en el centro penitenciario en el que se encontraba destinada.

41 Tiffon, B.-N. (2017). *«Estudio de un caso: doble filicidio, Depresión Mayor Psicótica y Trastorno de la Personalidad»*. Libro de actas del X Congreso (Inter) Nacional de Psicología Jurídica y Forense. Sevilla. 25, 26 y 27 de mayo de 2017. Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense (SEPJF).

42 Tiffon, B.-N. (2017). *«Atlas de Psicología Forense (Penal)»*. J.M. Bosch Editor. Barcelona.

43 Tiffon, B.N. (2018). *«A propósito de un caso de doble filicidio por suicidio ampliado frustrado»*. Revista de Derecho y Proceso Penal, Vol. 4, núm. 48. Págs. 335-349. Thomson Reuters-Aranzadi. Cizur Menor (Navarra).

Por filicidio se entiende cuando un padre o una madre dan muerte a su propio hijo[44]. Dicha situación criminológica siempre origina un gran impacto social, jurídico y mediático.

La palabra «filicidio» proviene del latín filuis, hijo, y caedére, matar, y designa la muerte del propio hijo por parte del padre o la madre. Cuando uno de los progenitores mata a su bebé recién nacido comete un homicidio que se etiqueta como infanticidio; por el contrario, lo hace durante otro período de la infancia, incurre en el homicidio que se denomina filicidio (Estupiñán, N; Rodríguez, E; Gallardo, A; Jiménez, I; Bayona, D.R.; Villalonga, L; 2016)[45].

Para Calzada y cols. (2014)[46], catalogan el «filicidio», como neonaticidio la muerte de un hijo en las primeras 24 horas, e infanticidio cuando el niño tiene entre 1 día y 1 año. En general, filicidio queda reservado para niños con rangos de edades entre 1 y 18 años, subdividiéndose en tipo temprano cuando incluye las edades de 1 a 12 años y tipo tardío más de 13 años».

Por otro lado, y dado que el caso que se procederá a analizar se materializa en el contexto de un intento de suicidio ampliado[47] y del que, finalmente, se llega a frustrar, se hace necesario revisar también el concepto de dicha modalidad de suicidio. De este modo, para Pérez Barrero y Reytor Sol (1995)[48], el suicidio se puede clasificar según su forma clínica de las siguientes maneras:

---

44 Tiffon, B.-N. (2017). *«A propósito de un caso de doble filicidio por suicidio ampliado frustrado»*. Revista de Derecho y Proceso Penal. Editorial Thomson Reuters-Aranzadi. Núm. 48. Volumen 4. 2017. Págs. 335-349.

45 Estupiñán Rodríguez, N.; Rodríguez Hernández, E.; Gallardo Sarmiento, A.; Jiménez Ramírez, I.; Bayona Santana, D. R. & Villalonga Costa, L. (2016). Filicidio: apuntes históricos y reflexión actual. *Revista Médica Electrónica*, *38*(3), 499-506. Recuperado en 14 de agosto de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000300026&lng=es&tlng=es.

46 Calzada, A.; Acosta, Y.; Acosta, M.; Gómez, V. y Caballero, Y. (2014). «Análisis de perpetradoras de filicidio. Estudio de dos casos». Cuadernos de Medicina Forense, ISSN 1135-7606, Vol. 20, nº1, 2014, págs. 15-25.

47 Tiffon, B.N. (2008). *«Manual de Consultoría en Psicología y Psicopatología Clínica, Legal, Jurídica, Criminal y Forense»*. Colección Bosch Penal. J.M. Bosch Editor – Librería Bosch, S.L. Barcelona.

48 Pérez Barrero, S. y Reytor Sol, F. (1995). El suicidio y su atención por el médico de la familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *11*(4), 11-18. Recuperado en 17 de agosto de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000400001&lng=es&tlng=en.

1. Suicidio ampliado. Es aquél en el que se arrastra a la muerte a otro que no desea morir. Por ejemplo: madre con una depresión nihilista que asesina a su hijo para evitarle «los sufrimientos que la vida conlleva».
2. Suicidio por desesperación. Es el que ocurre en el marco de una situación con gran repercusión afectiva en sujetos con poca tolerancia a las frustraciones. Por ejemplo: fracaso amoroso y pérdida de un ser querido.
3. Suicidio por miedo. Se trata de evitar una situación muy temida. Por ejemplo: pérdida de la virginidad en familias moralistas.
4. Suicidio por venganza o chantaje. El suicida, con su muerte, pretende castigar a otros. Por ejemplo: persona histérica que frente a un conflicto se suicida dejando una nota que inculpa al amante.
5. Suicidio por sacrificio. La muerte tiene una finalidad política y/o religiosa.

En el presente artículo se abordará un caso de doble filicidio en contexto de intento de suicidio ampliado y se analizará el estado psicopatológico de la perpetradora y de los condicionantes previos por las que desembocó a la materialización de la conducta criminal.

1. Prueba MCMI-III

De la prueba MICMI-III, las escalas de validez presentan significatividad estadística en la escala de «Sinceridad» (PREV=69) y en la escala de «Devaluación» (PREV=77). De este modo, y de las puntuaciones obtenidas en ambas escalas, se desprende que el informado ha presentado intencionalidad de no ser sincero y ha querido mostrar una imagen social de sí mismo más negativa y extremadamente desfavorable que puede sugerir, incluso, exageración de síntomas. Hay que señalar *«a priori»* que la informada es de nacionalidad sudamericana y por su condición sociocultural puede ser que no interprete los ítems del mismo modo que un sujeto europeo-occidental; no obstante, los resultados del MCMI-III en cuanto a las escalas de estudio del presente párrafo se han de cotejar con el resto de las pruebas psicológicas administradas y que seguidamente se procederá a analizar.

Hay que señalar que la informada presenta antecedentes clínicos de Trastorno Depresivo Mayor y fenomenología clínica sintomatológica de la mismaes compatible con la de dicho trastorno(escala de «Depresión Mayor» del MCMI-III con PREV=83). Asimismo, dicha escala anteriormente citada se complementa con otro síndrome clínico perteneciente a la de la «Distimia» (PREV=80) de la prueba MCMI-III. En sentencia se reconoció la existencia del Trastorno Depresivo Mayor como causa psíquica que motivó el doble filicidio perpetrado por la causante.

Siguiendo la descripción cualitativa de laprueba MCMI-III, cabe considerar, asimismo, que presenta puntuación clínica altamente significativa en la escala perteneciente a la del Trastorno de Ansiedad (PREV=96) configurándose una comorbilidad con el anteriormente mencionado trastorno depresivo.

En lo que se refiere al área de los patrones clínicos de personalidad de la prueba del MCMI-III, la informada presenta puntuaciones clínicamente significativas en las escalas siguientes:

1. «Esquizoide» (PREV=82) siendo que la informada suele ser apática, indiferente, distante y solitaria. Ni desea ni disfruta de las relaciones personales. Mínima conciencia de los sentimientos propios y ajenos. Y presenta pocos o ningún impulso o ambición.

2. «Evitativo» (PREV=78) lo que sugiere que presenta una tendencia a ser dudosa, excesivamente consciente de sí misma, avergonzada y ansiosa. Se siente tensa en situaciones sociales por temor al rechazo. Invadida por una constante ansiedad de ejecución. Se ve a sí misma como inepta, inferior o poco atractiva. Con sentimientos de soledad y vacío.

3. «Depresivo» (PREV=75).

4. «Compulsivo» (PREV=68), con puntuación subclínica y siendo tendente a ser comedida, concienzuda, respetuosa y rígida. Mantiene un estilo de vida regido por normas. Suscribe completamente las convenciones sociales. Ve el mundo en función de reglas y jerarquías. Se considera leal, fiable, eficiente y productivo.

5. Asimismo, también presenta puntuación subclínica en la escala Autodestructiva [Autoderrotista o Masoquista] (PREV=65) siendo que prefiere situarse en una posición despreciable. Se relaciona de una manera sacrificada, permitiendo, ser explotada o castigada e incitando a las críticas inmerecidas e injustas. Experimenta emociones y pensamientos conflictivos respecto a sí misma y a los otros. Repetidamente recuerda injusticias pasadas y prevé futuras desilusiones como medio de llevar la angustia hasta niveles homeostáticos; malinterpreta; con la finalidad de aumentar el dolor y sufrimiento personal. Cabe señalar que, con relación a este último apartado, la informado presentó un serio intento de suicidio (frustrado dado que fue rescatada por su exmarido) después de materializar el doble crimen filicidio.

Los patrones clínicos de la personalidad pertenecientes al «Agresivo – Sádico» (PREV=38) y «Antisocial» (PREV=60) presentan puntuaciones bajas, por lo que se desprende que el nivel de agresividad de la informada no es destacable en sus rasgos de personalidad de base.

2. Prueba PAI

Con relación al PAI, las escalas principales de validez presentan significatividad estadística en las siguientes:

1. Infrecuencia (T=76), el cual indica si la evaluada ha respondido poco cuidadosamente, al azar o de una forma muy peculiar.

2. Impresión negativa (T=81), el cual indica si la evaluada está presentando una imagen de sí misma extremadamente desfavorable que pueda sugerir exageración de síntomas

3. Impresión positiva (T=64), el cual indica si la evaluada está presentando una imagen de sí misma muy favorable y evita admitir pequeños defectos.

4. Se ha de señalar la existencia de puntuación estadísticamente significativa en la Escala de «Función discriminante de Rogers» (T=82) y que puntuaciones altas son indicativas de exageración de síntomas.

La sintomatología clínica depresiva vuelve a presentarse en las puntuaciones de la prueba PAI (T=98) pudiendo establecerse el cotejo y la confirmación de dicha condición psíquica adolecida y pudiéndose complementarse con la escala de «*Ideaciones Suicidas*» –T=105– (señalar que la tendencia de pensamiento suicida y/o su intencionalidad comportamental suele manifestarse sintomatológicamente en trastorno depresivos mayores de intensidad grave). Dichas condiciones clínicamente psicopatológicas anteriormente descritas vienen a cotejarse con el «*modus operandi*» o «*íter criminis*» («*el camino al delito*») de la perpetradora al momento de cometer los ilícitos que fueron objeto de litigio durante el juicio. Presenta, asimismo, puntuación subclínicamente significativa en «Paranoia» (T=65) siendo compatible con la presentación de síntomas de los trastornos paranoides y las características más estables de la personalidad paranoide; y en la escala de «Esquizofrenia» (T=71). Todo el conjunto anteriormente descrito viene también a compatibilizarse con el nivel de estrés que sufre la informada (T=69).

En otro orden de cosas, y complementando las escalas correspondientes al comportamiento agresivo (T=47) y a los rasgos de personali-

dad antisocial (T=45) que, con anterioridad se comentó con relación al MCMI-III, ambas escalas se sitúan dentro de la normalidad estadística.

La escala clínica perteneciente a la «Manía» (T=37), aunque esté en la normalidad estadística; no obstante, es baja lo que viene a cotejarse con el síndrome depresivo que viene a expresar fenomenológicamente en sintomatología hipotímica.

Hay que señalar que la informada presenta puntuaciones muy bajas en las escalas pertenecientes a las relaciones interpersonales basado en «Dominancia» (T=28) y «Afabilidad» (T=24), siendo que la misma no destaca por manifestar una conducta relacional basada en las características anteriormente mencionadas. Las puntuaciones bajas de «Dominancia» reflejan un estilo sumiso; mientras que las puntuaciones bajas en «Afabilidad» corresponden a un estilo de conducta fría e indiferente.

Con respecto a las subescalas del PAI, las concernientes a las de la Depresión (Cognitiva, Emocional y Fisiológica), presentan puntuaciones destacables como estadísticamente significativa (T=97, T=91 y T=86, respectivamente), lo que viene a cotejar y a avalar el diagnostico de depresión en la informada.

Con respecto a las subescalas del PAI, la informada presenta puntuaciones significativas en varias de las subescalas y a la que este Evaluador se remite a su visualización gráfica:

1. Subescalas Somatización: «Conversión» (T=74) que evalúa los síntomas asociados a los trastornos de conversión, especialmente alteraciones motoras o sensoriales; «Somatización» (T=65) que evalúa la aparición frecuente de diversos síntomas físicos comunes y de quejas imprecisas de cansancio y mala salud.; «Hipocondría» (T=69) que evalúa la preocupación por el estado de salud y los problemas físicos.

2. Subescalas de Ansiedad: «Emocional» (T=64) que evalúa la presencia de tensión, cansancio y dificultad para relajarse como resultado del alto nivel de estrés percibido; y «Fisiológica» (T=77) que evalúa los signos físicos manifiestos de tensión y estrés (p. ej., palmas sudorosas, temblor de manos, palpitaciones, sensación de ahogo o de falta de aire).

3. Subescalas de Trastorno relacionados con la Ansiedad: No presenta puntuaciones clínicamente significativas.

4. Subescalas de Depresión: «Cognitiva» (T=97) que evalúa la presencia de pensamientos de desesperanza, inutilidad y fracaso personal, así como problemas para tomar decisiones y dificultades de concentración; y, «Emocional» (T=91) que evalúa la presencia de sentimientos de tristeza, falta de interés en las actividades cotidianas y anhedonia; y, «Fisiológica» (T=86) que evalúa los niveles de actividad, energía y rendimiento físico, entre los que se incluyen interrupciones en sus patrones de sueño, cambios en su apetito o pérdida de peso. Dichas puntuaciones, vienen a cotejar y a avalar el diagnóstico de depresión en la informada.

5. Subescalas de Manía: No presenta puntuaciones clínicamente significativas.

6. Subescalas de Paranoia: «Persecución» (T=68) que evalúa la creencia de haber sido tratado injustamente y de que existe un interés común entre diversas personas para socavar sus intereses, siendo compatible en este caso con el contenido de pensamiento alterado y disfuncional con relación a un sentimiento (alteradamente subjetivo) de persecución que presentó en el mismo momento de perpetrar el crimen; y, «Resentimiento» (T=61) que evalúa la presencia de resentimiento y desconfianza en las relaciones interpersonales y una tendencia a guardar ren-

cor y a echar la culpa a los demás de cualquier desgracia. Dicha escala puede compatibilizarse, asimismo, por el marco penitenciario en el que se encuentra ubicado configurándose lo que se denomina como «*Paranoia carcelaria*» y que viene originado por el hostil marco de convivencia con internos de prisión de toda índole de conducta delictiva y/o criminológica. En el presente caso, también puede compatibilizarse por el hecho de la intencionalidad suicida de la informada y que se encuentra en constante vigilancia de sus propios cuidadores, para aprovechar el descuido de ellos y poder consumar el acto suicida.

7. Subescalas de Esquizofrenia: «Indiferencia Social» (T=86) que evalúa el aislamiento social, así como la torpeza y la incomodidad en las relaciones sociales.

8. Subescalas Limite: «Alteración de la identidad» (T=66) que evalúa la existencia de dudas sobre los principales aspectos de la vida y la presencia de sentimientos de vacío, de falta de realización y de ausencia de objetivos.

9. Subescala Antisocial: «Conductas antisociales» (T=71) que evalúa el historial de actos antisociales y la implicación en actividades ilegales; y, «Búsqueda de sensaciones» (T=62) que evalúa el ansia por nuevas sensaciones y emociones, así como una baja tolerancia al aburrimiento y una tendencia a ser temerario y a asumir riesgos.

10. Subescalas de Agresión: No presenta puntuaciones clínicamente significativas.

3. Prueba 16PF – Versión 5

A. Escalas Primarias:

a. Razonamiento (DE=3): Persona de pensamiento concreto, lenta para captar y analizar, no transfiere información, le cuesta trabajo concluir, falta de criterio, se da por vencido fácilmente, demorado para aprender, burda. Ha de presentar bajo rendimiento. Juicio deficiente, moral baja, e inconstante. Puede indicar mala comprensión, incorrecta interpretación o falta de atención.

b. Estabilidad (DE=3): Persona reactiva y emocionalmente cambiable, se frusta fácilmente, negativa, se victimiza, evade responsabilidades, con resentimiento hacia a los demás, incapaz de luchar, inconformista. Cuando las condiciones no son satisfactorias es voluble, plástica, neurótica fatigada, displicente, de emoción y turbación fácil, activa cuando se encuentra insatisfecha, presenta síntomas neuróticos; fobias alteraciones del sueño, quejas psicosomáticas y tiende a darse por vencida. Experimenta una cierta falta de control sobre su vida, tiene más altibajos de humor que la mayoría, admite que sus necesidades emocionales no están satisfechas y que se siente como si no pudiera controlar el que pequeñas cosas le salgan mal.

c. Dominancia (DE=1): Persona deferente, cooperativa, que evita los conflictos, manejable, humilde, convencional, conformista, apacible, sumisa, insegura, dócil, acomodaticia, retraída, gusta ser supervisada y mandada, considerada y cuidadosa con los demás, es efectivo amenazarle con la autoridad, constantemente se justifica, es orientada al cliente,

servicial, no apto para formar equipo. Necesita relacionarse con otro para el manejo de la autoridad, normas y valores. Tendencia a acomodarse a los deseos de los demás, a evitar el conflicto asintiendo a los deseos de los otros y pospone sus sentimientos y deseos. En el extremo puede alienar a quien desea una postura esforzada y participativa. suele ser más cooperativa que asertiva y reconoce que deja pasar el tema si alguien hace algo que le molesta o estorba.

d. Animación (DE=1): Persona seria, reprimida, terca, cuidadosa, ligada a los hábitos, sobria, prudente, rígida, taciturna, calmada, analítica, introspectiva, terca, predispuesta a ver peligros, precavida, lenta pero segura para tomar decisiones, reflexiva, adecuadas para situaciones donde hay alto error de accidentalidad, obstinada, deprimida, pesimista, presumida, estiradamente correcta digna de confianza, cautelosa, se apega a sus valores personales. Tiende a tomar la vida más seriamente; es más callada o apagada, cuidadosa y menos dada a la diversión; tiende a inhibir su espontaneidad, a veces hasta el punto de parecer reprimida y Circunspecta. Prefiere estar ocupada en una tarea tranquila.

e. Atrevimiento (DE=3): Persona tímida, temerosa, cohibida, reprimida, falta de confianza en sí misma, baja autoeficacia, alejada, cautelosa, retraída, al margen de la actividad social, puede presentar sentimientos de inferioridad, lenta y torpe para hablar. Tiende a ser socialmente cauta y vergonzosa; le resulta difícil hablar frente a un grupo de gente y puede representar una falta de autoestima. Se intimida fácilmente, tiende a la introversión, posee alta concentración, sus áreas de interés son reducidas, siente miedo a avanzar, encerrada en sí misma, sensible, y sujeta a reglas.

f. Autosuficiencia (DE=8): Persona, individualista, autosuficiente, llena de recursos, prefiere tomar sus propias decisiones, prefiere trabajar sola, se aísla, buena para la creatividad, temperamentalmente independiente. Está acostumbrada a seguir su propio camino, no le disgusta la gente, simplemente no necesita de su asentimiento y apoyo, no tiene en consideración la opinión del grupo, aunque no es necesariamente dominante en su relación con los demás. No delega mucho, es recursiva para utilizar en forma práctica y eficiente lo que tiene, el grupo no la presiona fácilmente y es introvertida. Puede tener dificultades para trabajar con otras personas, le cuesta pedir ayuda cuando la necesita, y puede pasar por alto los aspectos interpersonales y las consecuencias de sus acciones.

B. Estilos de respuesta:

Las escalas de estilo de respuesta tienen como función principal asegurar la validez y fiabilidad de los datos recogidos sobre el paciente, observándose si contesta correcta y sinceramente o si aparecen tendencias que distorsionen los datos y por tanto el análisis de la personalidad:

a. Manipulación de la imagen (DE=6): En la normalidad estadística.

b. Infrecuencia (DE=7): En la normalidad estadística.

c. Aquiescencia (DE=1): En esta escala se valora la tendencia a contestar siempre positivamente a las preguntas, con cosa que podría indicar falta de sinceridad que dificulta el análisis correcto de la situación.

C. Dimensiones globales:

a. Extraversión (DE=2): Reservado, autosuficiente e inhibido en los contactos personales. Puede ser favorable o desfavorable según la situación particular en la que tenga que actuar.

b. Ansiedad (DE=4): En la normalidad estadística.

c. Dureza (DE=5): En la normalidad estadística.

d. Independencia (DE=1): Se presenta como dependiente, pasiva y conducida por el grupo. Desea y necesita el apoyo de los demás y orienta su conducta hacia las personas que le den ese soporte.

e. Auto-control (DE=5): En la normalidad estadística.

MCMI-III

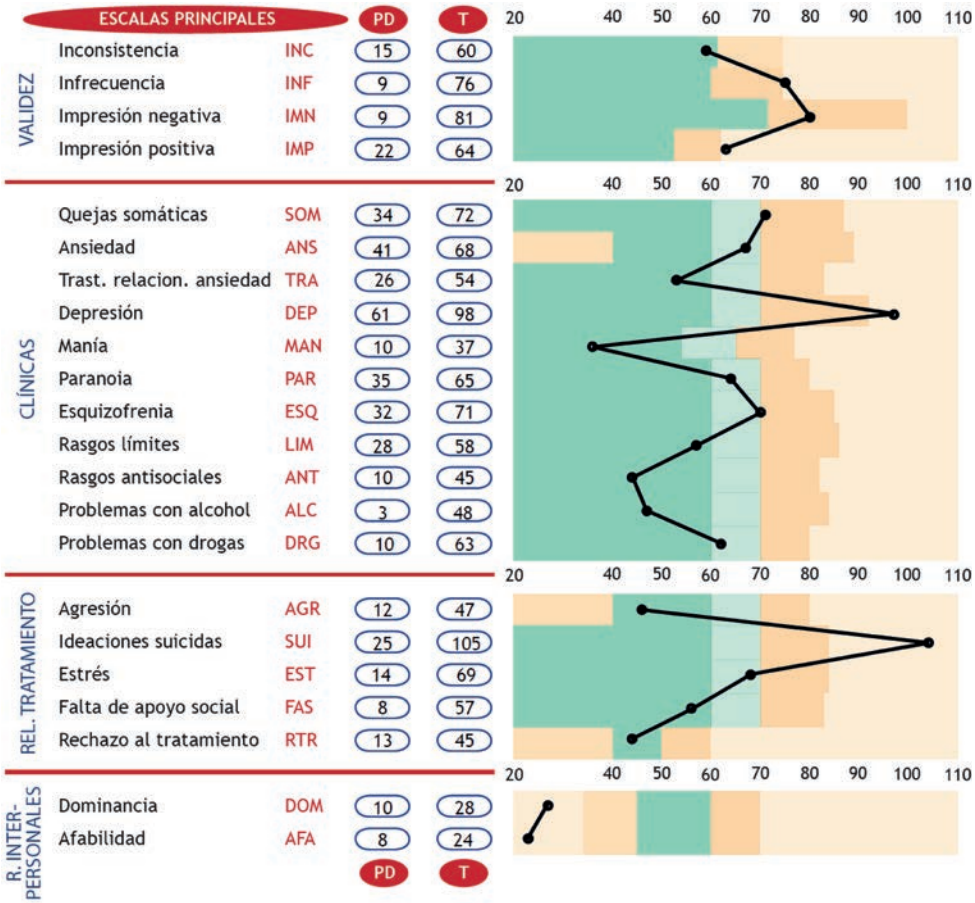
INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

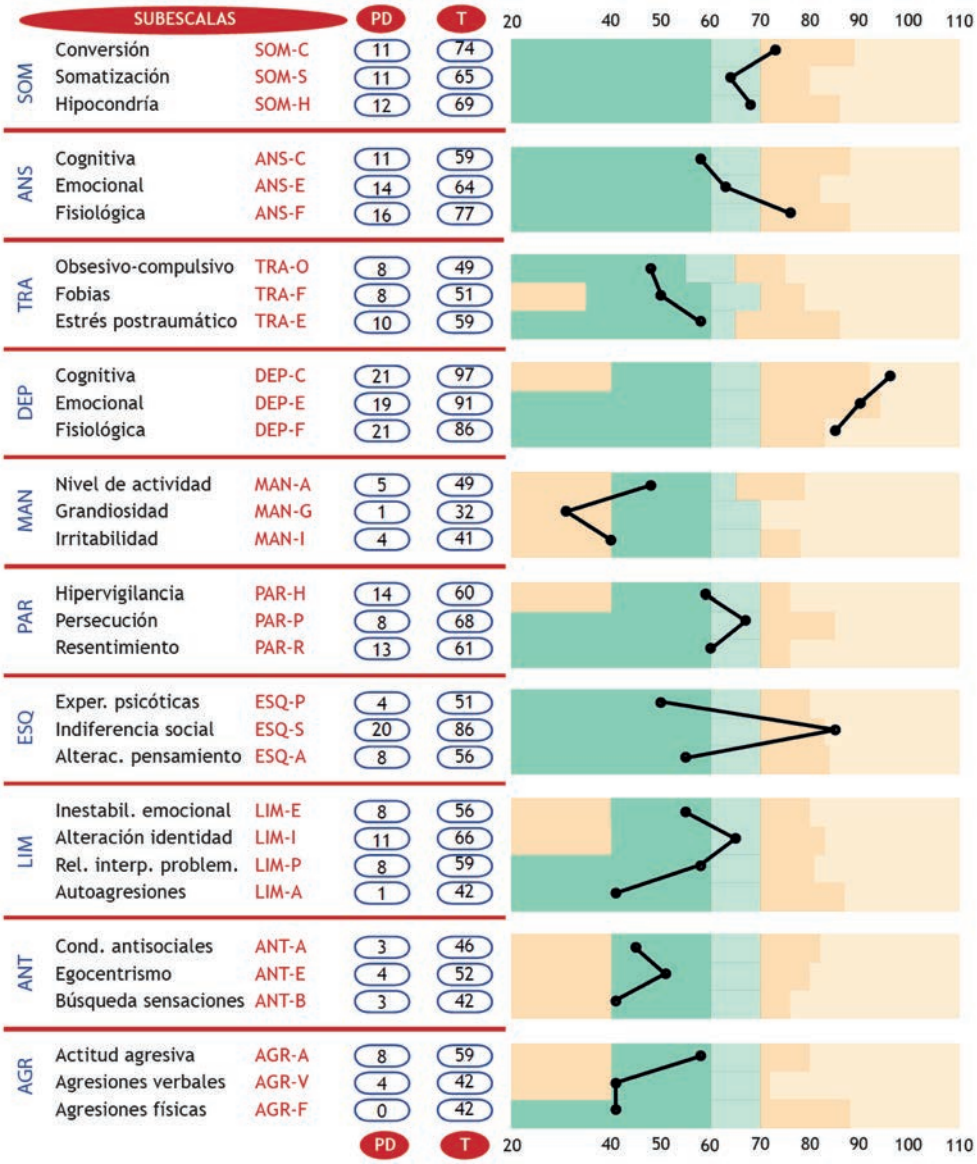
VALIDEZ = 0 INCONSISTENCIA = 7
CÓDIGO DE PERSONALIDAD: - ** 1 2A 2B * 3 7 8B 6A + 8A 6B " 5 4 // - ** - * //
CÓDIGO DE SÍNDROME: A ** D H * // - ** CC PP * //

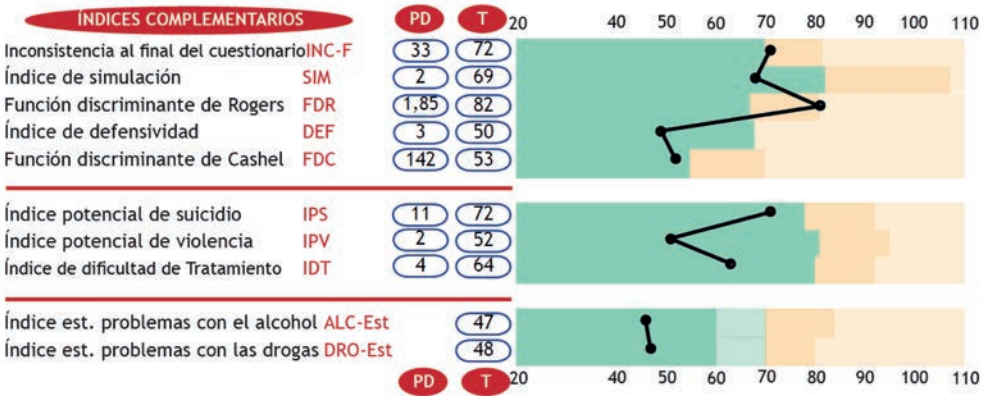
CATEGORÍA		PUNTUACIÓN PD	PUNTUACIÓN PREV	PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA 0 60 75 85 115	ESCALAS DIAGNÓSTICAS
ESCALAS DE VALIDEZ	X	120	69		SINCERIDAD
	Y	7	35		DESEABILIDAD SOCIAL
	Z	21	77		DEVALUACIÓN
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	1	19	82		ESQUIZOIDE
	2A	17	78		EVITATIVO
	2B	17	75		DEPRESIVO
	3	13	69		DEPENDIENTE
	4	2	9		HISTRIONICO
	5	3	12		NARCISISTA
	6A	5	60		ANTISOCIAL
	6B	5	38		AGRESIVO (SÁDICO)
	7	18	68		COMPULSIVO
	8A	9	49		NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
	8B	13	65		AUTODESTRUCTIVO
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	S	15	67		ESQUIZOTÍPICO
	C	14	68		LÍMITE
	P	12	70		PARANOIDE
SÍNDROMES CLÍNICOS	A	13	96		ANSIEDAD
	H	10	75		SOMATOFORMO
	N	7	63		BIPOLAR
	D	13	80		DISTÍMICO
	B	5	66		DEPENDENCIA DEL ALCOHOL
	T	2	60		DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
	R	16	73		ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	SS	16	72		TRASTORNO DEL PENSAMIENTO
	CC	18	83		DEPRESIÓN MAYOR
	PP	6	75		TRASTORNO DELIRANTE

PAI

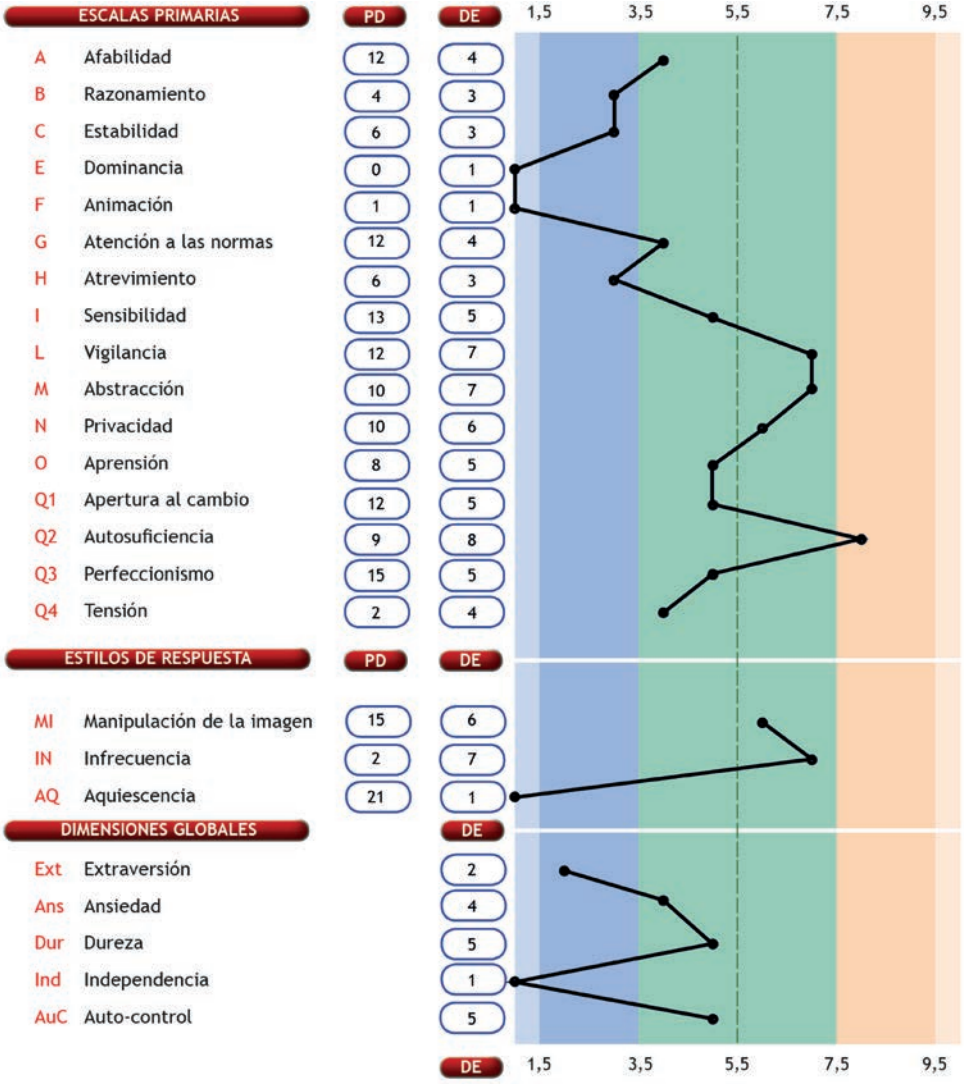
INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD




SUBESCALAS
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110
SOM
Conversión SOM-C 11 74
Somatización SOM-S 11 65
Hipocondría SOM-H 12 69
ANS
Cognitiva ANS-C 11 59
Emocional ANS-E 14 64
Fisiológica ANS-F 16 77
TRA
Obsesivo-compulsivo TRA-O 8 49
Fobias TRA-F 8 51
Estrés postraumático TRA-E 10 59
DEP
Cognitiva DEP-C 21 97
Emocional DEP-E 19 91
Fisiológica DEP-F 21 86
MAN
Nivel de actividad MAN-A 5 49
Grandiosidad MAN-G 1 32
Irritabilidad MAN-I 4 41
PAR
Hipervigilancia PAR-H 14 60
Persecución PAR-P 8 68
Resentimiento PAR-R 13 61
ESQ
Exper. psicóticas ESQ-P 4 51
Indiferencia social ESQ-S 20 86
Alterac. pensamiento ESQ-A 8 56
LIM
Inestabil. emocional LIM-E 8 56
Alteración identidad LIM-I 11 66
Rel. interp. problem. LIM-P 8 59
Autoagresiones LIM-A 1 42
ANT
Cond. antisociales ANT-A 3 46
Egocentrismo ANT-E 4 52
Búsqueda sensaciones ANT-B 3 42
AGR
Actitud agresiva AGR-A 8 59
Agresiones verbales AGR-V 4 42
Agresiones físicas AGR-F 0 42
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110


ÍNDICES COMPLEMENTARIOS
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110
Inconsistencia al final del cuestionario INC-F 33 72
Índice de simulación SIM 2 69
Función discriminante de Rogers FDR 1,85 82
Índice de defensividad DEF 3 50
Función discriminante de Cashel FDC 142 53
Índice potencial de suicidio IPS 11 72
Índice potencial de violencia IPV 2 52
Índice de dificultad de Tratamiento IDT 4 64
Índice est. problemas con el alcohol ALC-Est 47
Índice est. problemas con las drogas DRO-Est 48
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110

16PF – Versión 5



Nota: DE (Decatipo), escala típica con media=5,5 y desviación típica=2.

12 SENTENCIA CONDENATORIA POR RESPONSABILIDAD CRIMINAL

Dr. Luis Borrás Roca [49, 50]
Psiquiatra. Médico Forense
Profesor Asociado de Medicina Legal de la Universidad de Barcelona U.B.
Autor de la Obra: *«Asesinos en Serie Españoles»*
Editorial J.M. Bosch Editor. Barcelona. 2002

49 **Contacto:**

Dr. Luis Borrás Roca
Psiquiatra. Médico Forense
Profesor Asociado de Medicina Legal de la Universidad de Barcelona U.B
Mail de contacto: luisborrasroca@hotmail.com
Enlace web: http://www.medicinaforense.net/index.html

50 **Acerca del autor:**

- Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona (1976).
- Especialista en Psiquiatría por la Universidad de Barcelona (1982).
- Especialista en Medicina Legal y Forense por la Universidad de Barcelona (1984).
- Doctor en Medicina en 1995.
- Médico Forense en situación de excedencia voluntaria.
- Profesor de Psiquiatría y Psicología Forense en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Barcelona.

12.1. Introducción al presente capítulo

Mi querido amigo y compañero Bernat-Noël Tiffon Nonis, Psicólogo Forense, nos ofrece de nuevo una nueva publicación relacionada con su especialidad clínica y forense: la interpretación de los datos obtenidos de la psicometría y su aplicación, junto con la entrevista, para efectuar el diagnóstico clínico, tras lo cual, el Perito tiene que hacer interpretaciones psicológico-legales destinadas a valorar aspectos de trascendencia jurídica, como es la imputabilidad o las medidas de seguridad a aplicar al autor de un delito.

El tipo de delito concreto que se trata en el presente volumen del que hago el prólogo de este capítulo, es el delito de asesinato. El asesinato suele obedecer a un plan preestablecido, hay una preparación del acto delictivo, una intencionalidad y un deseo consciente de acabar con la vida de alguien, a diferencia del homicidio que suele surgir de forma más espontánea, sin tanta preparación o incluso de forma involuntaria o imprudente.

- Profesor de Medicina Legal y Forense de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona.
- Profesor asociado de Medicina Legal de la Escuela Judicial Española.
- Profesor de Psicología Jurídica de la Universidad Abat Oliba de Barcelona.
- Profesor asociado de la Universidad Internacional de Cataluña.
- Ex-vicepresidente de la Sociedad Española de Psiquiatría Forense.
- Miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Sexología Médica.
- Asociación Catalana de Médicos Forenses.

Los motivos del asesinato suelen ser por odio, por venganza, por dinero, por sexo. El criminal puede ser una persona que no padezca alteraciones mentales, o que sea un individuo que no le importa el daño que pueda hacer a los demás, como es el caso de un psicópata. O que mate para gratificarse sexualmente. O bien que no soporte la frustración de ser abandonado por su pareja, como es el caso de los asesinos que ven a la mujer como un ser inferior o una propiedad suya. Pero los asesinatos que llaman más la atención son aquellos en los que el móvil es extraño e incomprensible. Entonces lo más probable es que nos hallemos ante un enfermo mental grave, ante un psicótico que ha perdido el sentido de la realidad.

La función del Psicólogo Forense es la de hacer el diagnóstico diferencial de las causas y circunstancias que lleven a alguien, en el caso que nos ocupa, a asesinar a alguien, a fin de informar ante los Tribunales, para que se aplique la justicia de acuerdo con lo que sea más pertinente para cada caso. Y estos libros (que en la obra que se prologa son 4 volúmenes), nos ayudan a dilucidar esta cuestión y otras, de forma sencilla y didáctica, pero no menos profunda, mediante una exposición a modo resumido, como es un atlas criminológico.

Las pruebas psicométricas para aplicar en cada caso son un factor complementario que ayudan al diagnóstico, pero siempre hay que dar prevalencia a los datos obtenidos de la historia clínica, que es más fiable y refleja mejor la realidad, tal y como nos expone el Autor en el decálogo de la interpretación de dichas pruebas. En el campo de la Psicología Forense, muchas personas no son sinceras o disimulan ocultando o manipulando datos biográficos o bien contestando de forma deliberada erróneamente en las pruebas, en la búsqueda de alguna circunstancia atenuante de la res-

ponsabilidad penal de carácter psíquico. Por ello, como expone el Dr. Tiffon, hay que cuestionar siempre los resultados obtenidos y correlacionarlos con la entrevista antes de darlos como buenos. Y tener en cuenta también si los perfiles obtenidos son o no válidos y fiables.

En la obra del Dr. Tiffon se exponen y describen casos prácticos, muchos de ellos vividos por el mismo autor, puesto que se trata de un escritor que compagina la docencia en diversos ámbitos (Psicología y Criminología) con la peritación privada o pública a nivel penal, civil y laboral, por lo que explica hechos que no son extraños en él, sino propios de su quehacer diario, lo que hace que sea muy real y por tanto amena la lectura, porque aporta detalles subjetivos y sus experiencias y vivencias personales, siempre dentro del rigor científico y didáctico.

Animamos al Dr. Bernat-N. Tiffon a que siga escribiendo más obras de estas disciplinas. De hecho, la relación de la producción literaria de este autor, a pesar de su juventud, es ya muy extensa y destacable. También animamos a los lectores a que entren dentro de la psique de los asesinos relatados en este libro, para entender las motivaciones de sus conductas. Y a los psicólogos para que amplíen su formación en psicometría forense.

12.2. Casos

12.2.1. Caso 1. Crimen pasional

EDAD	55 años	SEXO	Varón	NIVEL ACADÉMICO	Estudios secundarios

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS PREVIOS DEL AGRESOR	
– Sin antecedentes.	
DELITO	**SENTENCIA**
Asesinato con alevosía.	Autor responsable de un delito de Asesinato con alevosía.
VISITA PSICOLÓGICA CELEBRADA EN CENTRO PENITENCIARIO	
Sí	
INTENCIONALIDAD DELICTIVA (*ÍTER CRIMINIS*)	
El informado, embargado por nocivas emociones celotípico-paranoides, perpetró el asesinato del amante de su esposa.	
Caso criminológico de amplio impacto mediático y social (de alcance incluso a nivel internacional) de comisión de asesinato con alevosía, perpetrado con arma blanca.	
Al hilo de lo anterior, con la nueva aplicación del MCMI-IV, se viene a completar y a complementar la anterior interpretación psicológica derivada de la aplicación del MCMI-III.	
Al tratarse de un caso complejo, el evaluador seguirá el orden de análisis psicológico interpretativo de las escalas significativas de cada prueba administrada.	

1. Prueba MCMI-IV[51]

Como nota previa, el Evaluador quiere dejar constancia de que el instrumento de evaluación aplicado es la nueva versión del antiguo MCMI-III (2005). En el presente caso, se trata del MCMI-IV publica-

51 Millon, Th., Grossman, S. y Millon, C. (2018). *«MCMI-IV. Inventario Clínico Multiaxial de Millón-IV»*. Dicandrien – Pearson Clinical & Talent Assessment. Liber Digital, S.L. Madrid.

do por Editorial Pearson en 2018 y que recoge una actualización de la prueba añadiendo las Facetas de Grossman y que, se procederá a su análisis en párrafos posteriores.

La prueba MCMI-IV presenta validez de 0, lo que resulta significativo dado que el impacto social y mediático del caso fue notable (incluso de radio internacional) y el informado no contestó de manera positiva en 1 de los 3 ítems de validez que recoge dicho extremo: ítem de validez correspondiente al ítem 49: «El año pasado aparecí en la portada de varias revistas».

a. ÍNDICES MODIFICADORES DE VALIDEZ.

Los índices modificadores de validez se encuentran en la normalidad estadística, siendo significativa la puntuación de «Deseabilidad Social» (TB=90) y por cuya puntuación sugiere que informado ha presentado intencionalidad de querer ofrecer una imagen más positiva y socialmente más deseable.

b. PERSONALIDAD.

a. Patrones clínicos de la personalidad.

i. Con presencia de rasgos clínicos de personalidad «Tipo»:

1. «Histriónico» (TB=80): Dramático, seductor, frívolo, buscador de estimulación, superficial. Utiliza el exhibicionismo para conseguir atención y favores. Se considera muy atractivo y encantador.

2. «Tempestuoso» (TB=85): En el extremo disfuncional de este espectro, cuando carecen de control, su conducta puede llegar a ser más extrema,

temeraria y errática. Este patrón tipo maníaco, puede conducir con frecuencia al agotamiento depresivo. De todo ello resulta un patrón de conducta impredecible, de pensamiento disperso y de acciones y estados de ánimo impetuosos e impulsivos, interrumpidos por arrebatos de ira momentánea y ansiedad temerosa.

ii. Con presencia de rasgos clínicos de personalidad «Estilo» (de comportamiento):

1. «Narcisista» (puntuación subclínica TB=64): Egocéntrico, arrogante, con ideas de grandeza. Preocupado por fantasías de éxito y belleza o grandes logros. Se considera admirable y superior y, por tanto, merecedor de un trato especial.

2. «Compulsivo» (puntuación subclínica TB=64): Comedido, concienzudo, respetuoso, rígido. Mantiene un estilo de vida regido por normas. Suscribe completamente las convenciones sociales. Ve el mundo en función de reglas y jerarquías. Se considera leal, fiable, eficiente y productivo.

b. Patología grave de la personalidad.

i. Sin puntuaciones clínicas que alcancen de rango estadísticamente significativo.

c. PSICOPATOLOGÍA.

a. Síndromes Clínicos.

i. Sin puntuaciones clínicas que alcancen de rango estadísticamente significativo.

b. Síndromes clínicos graves:

i. Sin puntuaciones clínicas que alcancen de rango estadísticamente significativo.

d. FACETAS DE GROSSMAN:

a. «Tempestuoso».

i. «Expresivamente impetuoso» (TB=85): Enérgico, decidido, emocionalmente excitable. Puede llegar a ser obstinado con los demás, incorrecto o potencialmente cáusticos y agresivo

ii. «Autoimagen sobreestimada» (TB=85): Se ve a sí mismo como una fuerza imponente, inspiradora y vigorosa, cuya energía omnipresente activa y estimula a los demás. Tiende a creerse invencible, capaz de emprender y lograr más de lo objetivamente posible.

b. «Histriónico».

i. «Interpersonalmente buscador de atención» (TB=85): Reacciona exageradamente y es voluble, provocador y cautivador. Tiende a ser caprichoso, a entusiasmarse fácilmente a no tolerar los fracasos, los retrasos ni las desilusiones. Por ello, reacción de forma impulsivo y sumamente emocional. Le atrae los momentos de gran entusiasmo, las aventuras fugaces y el hedonismo con poca visión de futuro.

ii. «Temperamentalmente inconstante» (TB=85): Es sensible emocionalmente y a mostrar sus sentimientos, positivos y negativos, que cambia a menudo con una facilidad inusual. Fácilmente pasa de estar alegre, animado y entusiasmado a ser impulsivo y a es-

tar enfadado o aburrido. Posee un alto nivel de energía y activación.

c. «Narcisista».

i. «Cognitivamente expansivo» (TB=85): Presenta una imaginación desbocada, y sus pensamientos están centrados en fantasías inmaduras y vanagloriosas de éxito, belleza o amor. La realidad objetiva le limita muy poco, hace su propia interpretación de los hechos y a menudo miente para mantener sus fantasías sobre él mismo.

2. Prueba PAI[52]

a. Escalas Principales de Validez:

a. «Inconsistencia» (T=67): Indica si el evaluado responde de forma inconsistente a lo largo de la prueba. Para ello tiene en cuenta su respuesta a pares de ítems altamente relacionados entre sí.

b. «Impresión positiva» (T=69): Indica si el evaluado está presentando una imagen de sí mismo muy favorable y evita admitir pequeños defectos

b. Escalas principales clínicas:

a. No existen puntuaciones clínica ni estadísticamente significativas.

52 Morey, L.C. (2011). Adaptación española: Ortiz-Tallo, M.; Santamaría, P.; Cardenal, V.; Sánchez López, Mª.P. (2011). «PAI. Manual Técnico del Inventario de Evaluación de la Personalidad». Tea Ediciones, S.A. Madrid.

c. Escalas principales relacionadas con el tratamiento:

    a. «Rechazo al tratamiento» (T=63): Evalúa aquellos atributos y actitudes que indican una falta de interés y motivación para hacer cambios personales psicológicos o emocionales.

d. Escalas principales concernientes a las relaciones interpersonales:

    a. «Dominancia» (T=61): Evalúa el grado en que una persona es controladora e independiente en sus relaciones personales. Las puntuaciones altas están asociadas a un estilo dominante mientras que las puntuaciones bajas reflejan un estilo sumiso.

e. Subescalas:

    a. «Obsesivo-Compulsivo» (T=63): Evalúa la presencia de comportamientos o pensamientos intrusivos, así como rigidez, indecisión, perfeccionismo y restricción afectiva.

f. Índices complementarios:

    a. «Función discriminante de Cashel» (T=58): Índice resultado de la función discriminante calculada para maximizar la diferencia entre sujetos instruidos para presentarse idealmente frente a sujetos que respondían honestamente a la prueba. Puntuaciones altas son indicativas de disimulación; en este caso, a puntuación es de T=58.

3. Prueba 16PF – Versión 5

A. Escalas Primarias:

a. Atención a las normas (DE=9): Persona atenta a las normas, cumplidora, formal, disciplinada, estable, de carácter exigente, responsable, organizada, moralista, dominada por el sentido del deber, perseverante, religiosa, de estamentos militares, y recursiva. Seguidora de las reglas, los principios y los buenos modales, puede ser considerada sobria, inflexible o rígida consigo misma. Antes de tomar una decisión siempre piensa cuidadosamente en lo que es correcto y justo, y le da más valor y respeto a las normas y buenas maneras que a ser libre de hacer lo que se desee. Posee mucha fuerza del superyo, necesita de poca supervisión, es constante en la tarea, y de mayor control interno.

B. Estilos de respuesta:

Las escalas de estilo de respuesta tienen como función principal asegurar la validez y fiabilidad de los datos recogidos sobre el paciente, observándose si contesta correcta y sinceramente o si aparecen tendencias que distorsionen los datos y por tanto el análisis de la personalidad:

a. Manipulación de la imagen (DE=7): En la normalidad estadística.

b. Infrecuencia (DE=5): En la normalidad estadística.

c. Aquiescencia (DE=6): En la normalidad estadística.

C. Dimensiones globales:

a. Extraversión (DE=4): En la normalidad estadística.

b. Ansiedad (DE=4): En la normalidad estadística.

c. Dureza (DE=4): En la normalidad estadística.

d. Independencia (DE=4): En la normalidad estadística.

e. Auto-control (DE=7): En la normalidad estadística.

4. Prueba SIMS

Por otro lado, y contrariamente observado en el resto de las pruebas anteriormente comentadas, la puntuación total del SIMS (PD=8) se encuentra dentro de la normalidad estadística pudiéndose considerar que no ha existido intencionalidad de simular síntomas y pudiendo otorgar confiabilidad a los resultados obtenidos.

MCMI-IV (1)

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-IV

RESUMEN DE LAS PUNTUACIONES Y PERFIL

CÓDIGO DE PUNTUACIONES MÁXIMAS =4B 4A 7
AJUSTES DE LAS TASAS BASE = Ninguno

INVALIDEZ (V) = 0
INCONSISTENCIA (W) = 3

VALIDEZ		Puntuación PD	TB	Perfil de las tasas base 0 35 75 100
Índices modificadores				Bajo Medio Alto
Sinceridad	X	29	35	
Deseabilidad social	Y	22	90	
Devaluación	Z	0	0	

PERSONALIDAD		Puntuación PD	PC	TB	Perfil de las tasas base 0 60 75 85 115
Patrones clínicos de la personalidad					Estilo Tipo Trastorno
Esquizoide	1	4	18	27	
Evitativo	2A	4	20	24	
Melancólico	2B	0	5	0	
Dependiente	3	5	20	30	
Histriónico	4A	17	91	80	
Tempestuoso	4B	23	97	85	
Narcisista	5	7	61	64	
Antisocial	6A	1	25	20	
Sádico	6B	2	22	20	
Compulsivo	7	17	59	64	
Negativista	8A	0	3	0	
Masoquista	8B	0	5	0	
Patología grave de la personalidad					
Esquizotípico	S	1	9	6	
Límite	C	0	4	0	
Paranoide	P	2	24	17	

PSICOPATOLOGÍA		Puntuación PD	PC	TB	Perfil de las tasas base 0 60 75 85 115
Síndromes clínicos					Presente Prominente
Ansiedad generalizada	A	0	5	0	
Síntomas somáticos	H	0	11	0	
Espectro bipolar	N	6	48	60	
Depresión persistente	D	0	3	0	
Consumo de alcohol	B	0	34	0	
Consumo de drogas	T	0	24	0	
Estrés postraumático	R	4	42	48	
Síndromes clínicos graves					
Espectro esquizofrénico	SS	1	8	7	
Depresión mayor	CC	0	13	0	
Delirante	PP	1	38	30	

MCMI-IV (2)

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-IV

FACETAS DE GROSSMAN CON LA PUNTUACIÓN MÁS ALTA

FACETAS DE GROSSMAN		Puntuación PD	PC	TB	Perfil de las tasas base 0 35 75 100
Tempestuoso	**4B**				Interpretable
Expresivamente impetuoso	4B.1	8	99	85	
Interpers. eufórico	4B.2	5	73	70	
Autoimagen sobreestimada	4B.3	7	95	85	
Histriónico	**4A**				
Expresivamente dramático	4A.1	2	70	68	
Interpers. buscador de atención	4A.2	8	91	85	
Temperamentalmente inconstante	4A.3	10	90	85	
Narcisista	**5**				
Interpers. explotador	5.1	2	64	65	
Cognitivamente expansivo	5.2	9	96	85	
Autoimagen admirable	5.3	1	50	60	

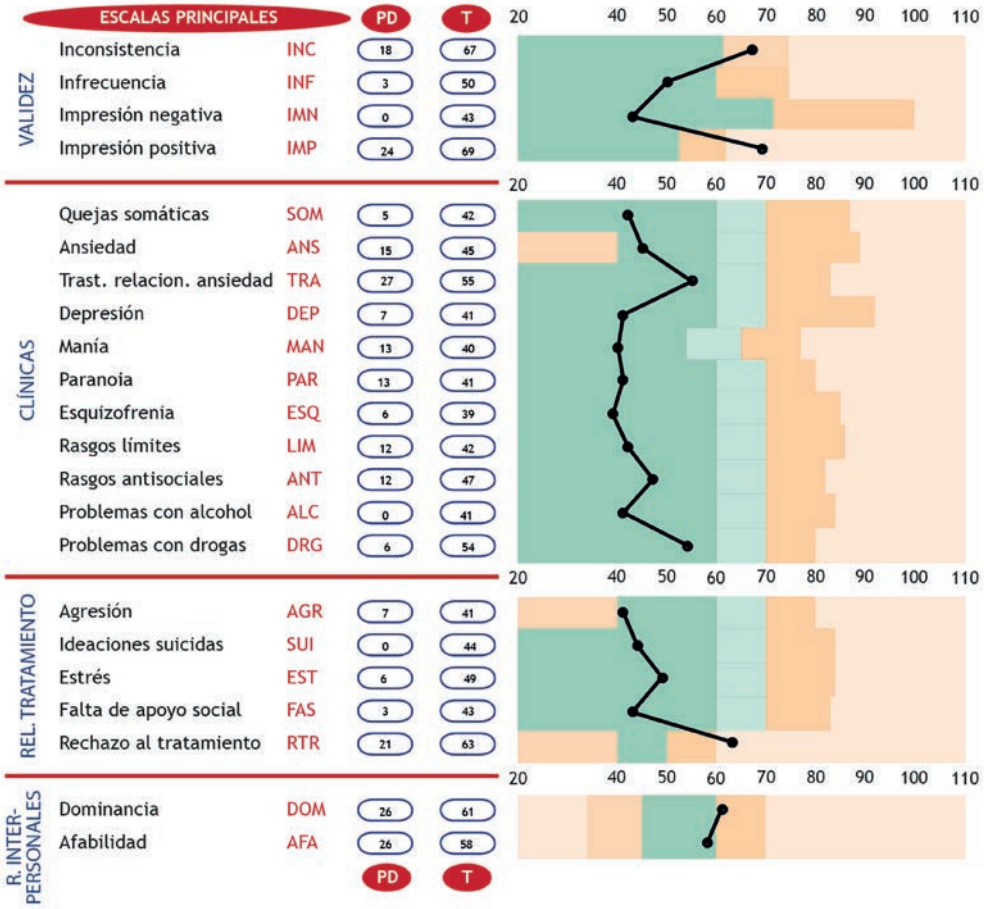
PUNTUACIONES DE LAS FACETAS DE GROSSMAN

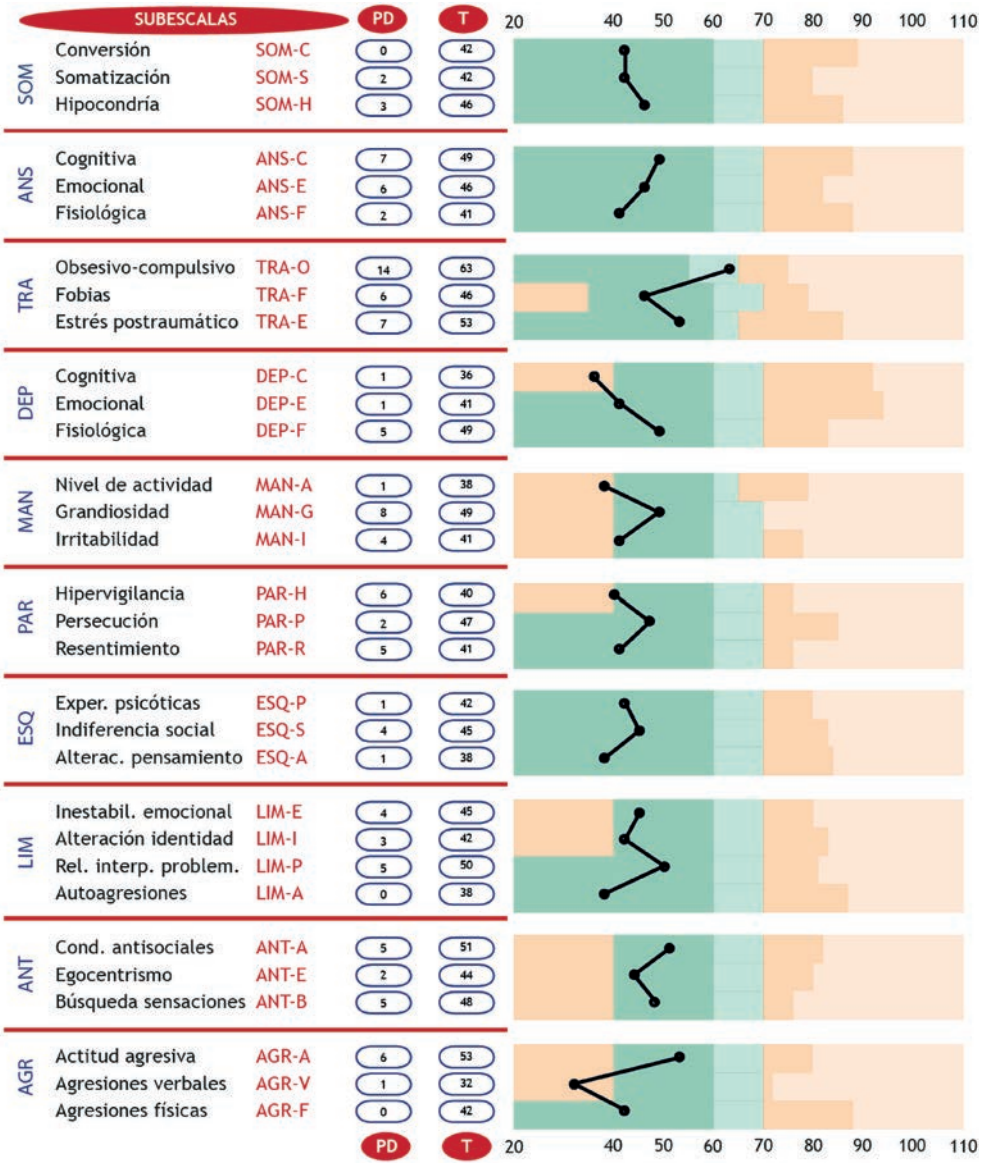
		PD	PC	TB
1	**Esquizoide**			
1.1	Interpers. desvinculado	2	38	40
1.2	Contenido escaso	0	3	0
1.3	Temperamentalmente apático	1	27	20
2A	**Evitativo**			
2A.1	Interpers. aversivo	2	24	30
2A.2	Autoimagen alienada	1	20	15
2A.3	Contenido vejatorio	1	25	20
2B	**Melancólico**			
2B.1	Cognitivamente fatalista	0	6	0
2B.2	Autoimagen inútil	0	24	0
2B.3	Temperamentalmente afligido	0	21	0
3	**Dependiente**			
3.1	Expresivamente pueril	2	23	24
3.2	Interpers. sumiso	2	41	40
3.3	Autoimagen inepta	0	10	0
4A	**Histriónico**			
4A.1	Expresivamente dramático	2	70	68
4A.2	Interpers. buscador de atención	8	91	85
4A.3	Temperamentalmente inconstante	10	90	85
4B	**Tempestuoso**			
4B.1	Expresivamente impetuoso	8	99	85
4B.2	Interpers. eufórico	5	73	70
4B.3	Autoimagen sobreestimada	7	95	85
5	**Narcisista**			
5.1	Interpers. explotador	2	64	65
5.2	Cognitivamente expansivo	9	96	85
5.3	Autoimagen admirable	1	50	60
6A	**Antisocial**			
6A.1	Interpers. irresponsable	1	47	60
6A.2	Autoimagen autónoma	1	37	30
6A.3	Dinámicas de irreflexión (paso al acto)	0	27	0

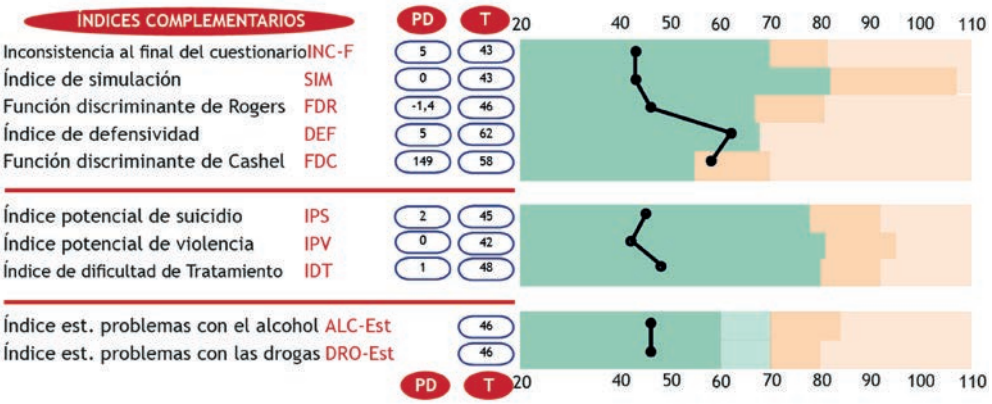
		PD	PC	TB
6B	**Sádico**			
6B.1	Expresivamente precipitado	1	26	20
6B.2	Interpers. desagradable	0	22	0
6B.3	Arquitectura eruptiva	0	25	0
7	**Compulsivo**			
7.1	Expresivamente disciplinado	8	99	100
7.2	Cognitivamente constreñido	2	14	17
7.3	Autoimagen responsable	8	81	75
8A	**Negativista**			
8A.1	Expresivamente resentido	0	13	0
8A.2	Autoimagen descontenta	0	6	0
8A.3	Temperamentalmente irritable	1	32	20
8B	**Masoquista**			
8B.1	Autoimagen desmerecedora	0	9	0
8B.2	Arquitectura invertida	0	13	0
8B.3	Temperamentalmente disfórico	0	7	0
S	**Esquizotípico**			
S.1	Cognitivamente circunstancial	1	16	15
S.2	Autoimagen disociada	1	27	20
S.3	Contenido caótico	0	17	0
C	**Límite**			
C.1	Autoimagen inestable	0	20	0
C.2	Arquitectura disgregada	0	10	0
C.3	Temperamentalmente lábil	0	16	0
P	**Paranoide**			
P.1	Expresivamente defensivo	2	41	40
P.2	Cognitivamente desconfiado	0	18	0
P.3	Dinámicas de proyección	0	20	0

PAI

INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD




SUBESCALAS
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110
SOM
Conversión SOM-C 0 42
Somatización SOM-S 2 42
Hipocondría SOM-H 3 46
ANS
Cognitiva ANS-C 7 49
Emocional ANS-E 6 46
Fisiológica ANS-F 2 41
TRA
Obsesivo-compulsivo TRA-O 14 63
Fobias TRA-F 6 46
Estrés postraumático TRA-E 7 53
DEP
Cognitiva DEP-C 1 36
Emocional DEP-E 1 41
Fisiológica DEP-F 5 49
MAN
Nivel de actividad MAN-A 1 38
Grandiosidad MAN-G 8 49
Irritabilidad MAN-I 4 41
PAR
Hipervigilancia PAR-H 6 40
Persecución PAR-P 2 47
Resentimiento PAR-R 5 41
ESQ
Exper. psicóticas ESQ-P 1 42
Indiferencia social ESQ-S 4 45
Alterac. pensamiento ESQ-A 1 38
LIM
Inestabil. emocional LIM-E 4 45
Alteración identidad LIM-I 3 42
Rel. interp. problem. LIM-P 5 50
Autoagresiones LIM-A 0 38
ANT
Cond. antisociales ANT-A 5 51
Egocentrismo ANT-E 2 44
Búsqueda sensaciones ANT-B 5 48
AGR
Actitud agresiva AGR-A 6 53
Agresiones verbales AGR-V 1 32
Agresiones físicas AGR-F 0 42
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110

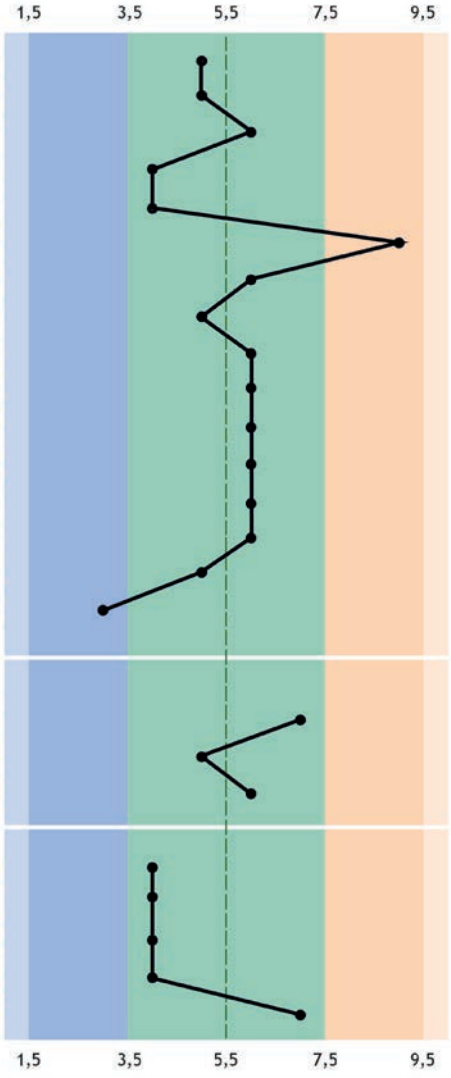

ÍNDICES COMPLEMENTARIOS
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110
Inconsistencia al final del cuestionario INC-F 5 43
Índice de simulación SIM 0 43
Función discriminante de Rogers FDR -1,4 46
Índice de defensividad DEF 5 62
Función discriminante de Cashel FDC 149 58
Índice potencial de suicidio IPS 2 45
Índice potencial de violencia IPV 0 42
Índice de dificultad de Tratamiento IDT 1 48
Índice est. problemas con el alcohol ALC-Est 46
Índice est. problemas con las drogas DRO-Est 46
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110

16PF – Versión 5

ESCALAS PRIMARIAS		PD	DE
A	Afabilidad	11	5
B	Razonamiento	9	5
C	Estabilidad	18	6
E	Dominancia	12	4
F	Animación	8	4
G	Atención a las normas	22	9
H	Atrevimiento	18	6
I	Sensibilidad	6	5
L	Vigilancia	11	6
M	Abstracción	7	6
N	Privacidad	11	6
O	Aprensión	11	6
Q1	Apertura al cambio	16	6
Q2	Autosuficiencia	5	6
Q3	Perfeccionismo	16	5
Q4	Tensión	0	3

ESTILOS DE RESPUESTA		PD	DE
MI	Manipulación de la imagen	20	7
IN	Infrecuencia	0	5
AQ	Aquiescencia	50	6

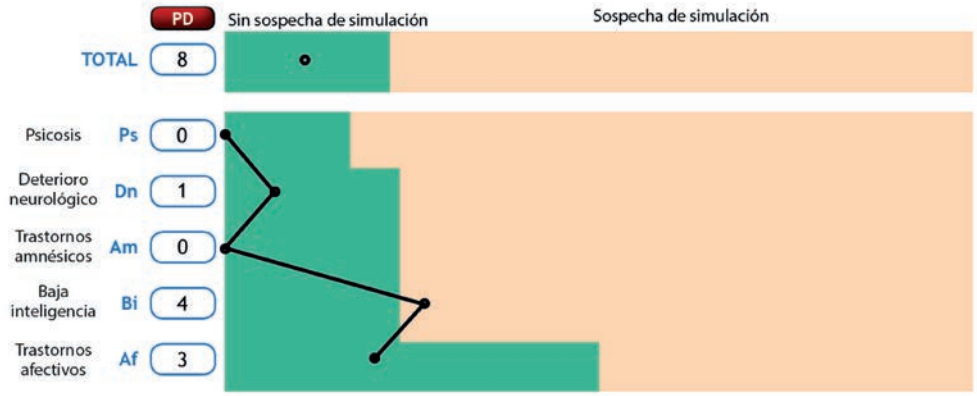
DIMENSIONES GLOBALES		DE
Ext	Extraversión	4
Ans	Ansiedad	4
Dur	Dureza	4
Ind	Independencia	4
AuC	Auto-control	7



Nota: DE (Decatipo), escala típica con media=5,5 y desviación típica=2.

SIMS

INVENTARIO ESTRUCTURADO DE SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS



12.2.2. Caso 2. Crimen pasional

EDAD	52 años	SEXO	Varón	NIVEL ACADÉMICO	Estudios primarios

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS PREVIOS DEL AGRESOR

– Trastorno Mixto Adaptativo Ansioso-Depresivo.

DELITO	SENTENCIA
Delito de asesinato.	Autor criminalmente responsable de un delito de asesinato a 9 años de pena privativa de libertad.

VISITA PSICOLÓGICA CELEBRADA EN CENTRO PENITENCIARIO

Sí

INTENCIONALIDAD DELICTIVA (*ÍTER CRIMINIS*)

Asesinato perpetrado en una trifulca con arma blanca y por una disputa relacionada con sustancias tóxicas y pareja sentimental.

Caso de impacto social y mediático de perpetración de asesinato con arma de fuego y por cuyo motivo del crimen fue originado por una infidelidad de larga evolución en el seno matrimonial de naturaleza ya conflictiva.

1. Prueba MCMI-III

Al informado se le administró la prueba MCMI-III en 2 ocasiones con una distancia temporal de 3 meses de diferencia:

1.1. 1ª Prueba MCMI-III

- La escala de Deseabilidad Social (PREV=95) de las escalas de validez es la que presenta significatividad estadística, alcanzando un rango destacable y por la que la puntuación sugiere una acusada tendencia del informado a presentar una intencionalidad de querer ofrecer una imagen más positiva y socialmente más deseable.

- Con relación a los patrones clínicos de la personalidad, el informado arroja una puntuación clínicamente significativa en la escala:
  - «Compulsivo» (PREV=76): Comedido, concienzudo, respetuoso, rígido. Mantiene un estilo de vida regido por normas. Suscribe completamente las convenciones sociales. Ve el mundo en función de reglas y jerarquías. Se considera leal, fiable, eficiente y productivo.
  - Puntuaciones subclínicas significativas en la escala de la misma área anteriormente referenciada correspondiente a:
    - «Narcisista» (PREV=67): Egocéntrico, arrogante, con ideas de grandeza. Preocupado por fantasías de éxito y belleza o grandes logros. Se considera admirable y superior y, por tanto, merecedor de un trato especial.
    - «Histriónico» (PREV=60): Dramático, seductor, frívolo, buscador de estimulación, superficial. Utiliza el exhibicionismo para conseguir atención y favores. Se considera muy atractivo y encantador.
- En cuanto a patología graves de la personalidad, el informado no arroja puntuaciones clínicamente significativas.
- En cuanto a los síndromes clínicos, el informado arroja una puntuación clínicamente significativa en:
  - Ansiedad (PREV=83)
  - Y subclínicamente significativa en:
    - «Estrés postraumático» (PREV=68).

- El informado no arroja puntuaciones clínicamente significativas en el área de los síndromes clínicos graves.

1.2. 2ª Prueba MCMC-III

- Con relación a la 2ª administración de la prueba MCMI-III, realizada al cabo de 3 meses después de la su 1ª realización, el informado arroja una gráfica similar con ligeras variaciones de puntajes.
- La escala de Deseabilidad Social (PREV=90) de las escalas de validez es la que presenta de nuevo significatividad estadística, alcanzando un rango destacable y por la que –aunque con 5 puntos menos de su 1ª administración, no obstante– la puntuación sugiere una acusada tendencia del informado a presentar una intencionalidad de querer ofrecer una imagen más positiva y socialmente más deseable.
- Con relación a los patrones clínicos de la personalidad, el informado arroja una puntuación clínicamente significativa en la escala:
  - «Compulsivo» (PREV=76): Comedido, concienzudo, respetuoso, rígido. Mantiene un estilo de vida regido por normas. Suscribe completamente las convenciones sociales. Ve el mundo en función de reglas y jerarquías. Se considera leal, fiable, eficiente y productivo.
- Puntuaciones subclínicas significativas en la escala de la misma área anteriormente referenciada correspondiente a:

  - «Narcisista» (PREV=68): Egocéntrico, arrogante, con ideas de grandeza. Preocupado por fantasías de éxito y belleza o grandes logros. Se considera admirable y superior y, por tanto, merecedor de un trato especial.
  - «Histriónico» (PREV=60): Dramático, seductor, frívolo, buscador de estimulación, superficial. Utiliza el exhibicionismo para conseguir atención y favores. Se considera muy atractivo y encantador.

- En cuanto a patología graves de la personalidad, el informado no arroja puntuaciones clínicamente significativas.
- En cuanto a los síndromes clínicos, en este caso el informado ha variado de puntuación y no arroja una puntuación clínicamente significativa como fue en la gráfica anterior en la escala de «Ansiedad» (PREV=45). La puntuación concerniente a la escala de «Estrés postraumático» (PREV=60), ha presentado disminución de significatividad subclínica.
- En lo relacionada al área de los síndromes clínicos graves, el informado no arroja puntuación alguna de rango estadísticamente significativo.

2. Prueba SIMS

Por otro lado, y contrariamente observado en el resto de las pruebas anteriormente comentadas, la puntuación total del SIMS (PD=3) se encuentra dentro de la normalidad estadística pudiéndose considerar que no ha existido intencionalidad de simular síntomas y pudiendo otorgar confiabilidad a los resultados obtenidos.

En términos generales, la combinación de las puntuaciones clínicas y de personalidad obtenidas de las distintas pruebas administradas configuran un patrón con rasgos de personalidad de base que vienen a caracterizarse por una conducta de rango psicopático (presencia significativa de rasgos de personalidad de base de tipo narcisista-histriónico con comorbilidad del psicoticismo). Es, por tanto, un perfil que se configura con cierto grado de futura peligrosidad y de violencia futura.

MCMI-III

1ª ADMINISTRACIÓN

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

VALIDEZ = 0 INCONSISTENCIA = 1
CÓDIGO DE PERSONALIDAD: - ** 7 * 5 4 + - " 2B 6B 3 6A 1 2A 8A 8B // - ** - * //
CÓDIGO DE SÍNDROME: - ** A * // - ** - * //

CATEGORÍA		PUNTUACIÓN PD	PUNTUACIÓN PREV	PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA 0 60 75 85 115	ESCALAS DIAGNÓSTICAS
ESCALAS DE VALIDEZ	X	61	24		SINCERIDAD
	Y	20	95		DESEABILIDAD SOCIAL
	Z	4	42		DEVALUACIÓN
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	1	1	8		ESQUIZOIDE
	2A	1	8		EVITATIVO
	2B	3	22		DEPRESIVO
	3	3	20		DEPENDIENTE
	4	20	60		HISTRIONICO
	5	14	67		NARCISISTA
	6A	1	9		ANTISOCIAL
	6B	3	22		AGRESIVO (SÁDICO)
	7	20	76		COMPULSIVO
	8A	0	0		NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
	8B	0	0		AUTODESTRUCTIVO
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	S	0	0		ESQUIZOTÍPICO
	C	2	16		LÍMITE
	P	0	0		PARANOIDE
SÍNDROMES CLÍNICOS	A	9	83		ANSIEDAD
	H	1	17		SOMATOFORMO
	N	4	40		BIPOLAR
	D	4	40		DISTÍMICO
	B	3	45		DEPENDENCIA DEL ALCOHOL
	T	1	15		DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
	R	11	68		ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	SS	4	34		TRASTORNO DEL PENSAMIENTO
	CC	4	48		DEPRESIÓN MAYOR
	PP	0	0		TRASTORNO DELIRANTE

MCMI-III

2ª ADMINISTRACIÓN (3 meses después)

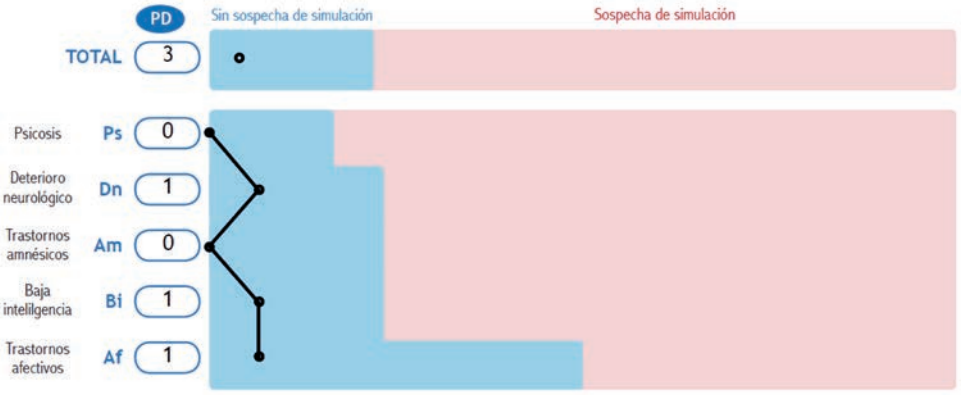
INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

VALIDEZ = 0 INCONSISTENCIA = 0
CÓDIGO DE PERSONALIDAD: - ** 7 * 5 4 + - " 6B 3 6A 1 2B 2A 8A 8B // - ** - * //
CÓDIGO DE SÍNDROME: - ** - * // - ** - * //

CATEGORÍA		PUNTUACIÓN PD	PUNTUACIÓN PREV	PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA 0 60 75 85 115	ESCALAS DIAGNÓSTICAS
ESCALAS DE VALIDEZ	X	64	28		SINCERIDAD
	Y	19	90		DESEABILIDAD SOCIAL
	Z	0	0		DEVALUACIÓN
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	1	2	15		ESQUIZOIDE
	2A	1	9		EVITATIVO
	2B	2	15		DEPRESIVO
	3	3	20		DEPENDIENTE
	4	20	60		HISTRIONICO
	5	15	68		NARCISISTA
	6A	2	17		ANTISOCIAL
	6B	3	22		AGRESIVO (SÁDICO)
	7	20	76		COMPULSIVO
	8A	1	7		NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
	8B	0	0		AUTODESTRUCTIVO
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	S	0	0		ESQUIZOTÍPICO
	C	2	17		LÍMITE
	P	4	40		PARANOIDE
SÍNDROMES CLÍNICOS	A	3	45		ANSIEDAD
	H	0	0		SOMATOFORMO
	N	4	40		BIPOLAR
	D	0	0		DISTÍMICO
	B	3	45		DEPENDENCIA DEL ALCOHOL
	T	2	30		DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
	R	5	60		ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	SS	0	0		TRASTORNO DEL PENSAMIENTO
	CC	0	0		DEPRESIÓN MAYOR
	PP	0	0		TRASTORNO DELIRANTE

SIMS

INVENTARIO ESTRUCTURADO DE SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS



12.2.3. Caso 3. Crimen pasional

EDAD	66 años	SEXO	Varón	NIVEL ACADÉMICO	Estudios primarios

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS PREVIOS DEL AGRESOR
– Trastorno depresivo.

DELITO	SENTENCIA
Delito de Asesinato del art. 139.1º del CP.	Autor responsable de un delito de asesinato del art. 139.1º CP, a la pena de 15 años de prisión.

VISITA PSICOLÓGICA CELEBRADA EN CENTRO PENITENCIARIO
Sí

INTENCIONALIDAD DELICTIVA (*ÍTER CRIMINIS*)
El informado, embargado por intensas emociones celotípicas, decide dar muerte al amante de su esposa a intensos golpes con objeto contundente (bastón) y originándole traumatismo craneoencefálico.
Caso de impacto mediático, en el que fruto de un amplio espacio temporal de infidelidad perpetrado por la esposa del informado y embargado psicoemocionalmente (arrebato emocional o estado pasional) por la celotipia que el informado se dejó arrastrar, da muerte al amante con objeto contundente contra el cráneo.

1. Prueba MCMI-III

a. Escalas de Validez.

- «Devaluación» (PREV=81): Por cuya puntuación significativa sugiere que ha querido ofrecer una imagen social de sí mismo más negativa y extremadamente desfavorable y que, incluso, puede llegar al extremo de exagerar los síntomas.

b. Patrones Clínicos de la personalidad.

Puntuaciones subclínicas:

- «Depresivo» (PREV=73): Tendencia a estados de abatimiento afectivo, pesadumbrez, sentimientos de inutilidad, tristeza.

- «Dependiente» (PREV=73): El informado presenta tendencia a ser indefenso, incompetente, sumiso e inmaduro. Rechaza las responsabilidades adultas. Se ve a sí mismo débil, y frágil. Busca constantemente el apoyo y consejo en figuras más fuertes.

- «Esquizoide» (PREV=63): El informado presenta tendencia a ser apático, indiferente, distante y solitario. Ni desea ni disfruta de las relaciones personales. Mínima conciencia de los sentimientos propios y ajenos. Y presenta pocos o ningún impulso o ambición.

c. Patología Grave de la Personalidad.

Puntuaciones subclínicas:

- «Paranoide» (PREV=62): Expectante, defensivo, desconfiado y suspicaz. Hipervigilante frente a intentos ajenos de desvalorización o agresión. Siempre busca evidencias que confirmen la presencia de móviles ocultos. Se siente justo y recto, y a la vez perseguido.

- «Limite» (PREV=60): Imprevisible, manipulador, inestable. Terror al abandono y a la soledad. Experimenta rápidas fluctuaciones del estado de ánimo. Oscila rápidamente del amor al odio. Se considera a sí mismo y a los demás completamente buenos y malos de forma alternativa.

d. Síndromes Clínicos.

- «Ansiedad» (PREV=100).

- «Dependencia del alcohol» (PREV=85).

- «Distímico» (PREV=75).

- «Somatomorfo» (PREV=75):

Puntuación subclínica:

  – «Trastorno por Estrés Postraumático» (PREV=74).

  – «Bipolar» (PREV=66).

e. Síndromes Clínicos Graves.

- «Depresión Mayor» (PREV=94).
- «Trastorno del pensamiento» (PREV=78).
- «Trastorno Delirante» (PREV=60).

2. Prueba SIMS

La puntuación total del SIMS (PD=16) se encuentra dentro de la normalidad estadística sugiriendo la compatibilidad de que el informado no ha presentado intencionalidad de simular síntomas psicopatológicos. Aunque presente significatividad estadística en el área de los Trastornos Afectivos (PD=8); no obstante, prima la puntuación directa total.

En términos generales, se trataba de un sujeto con rasgos de personalidad de base depresivo-dependientes que no toleró la frustración de la infidelidad. De pensamiento concreto e irreflexivo, se dejó embargar por sus los intensos y negativos pensamientos que se derivaron del conocimiento de dicha infidelidad provocando la muerte del amante de su esposa.

MCMI-III

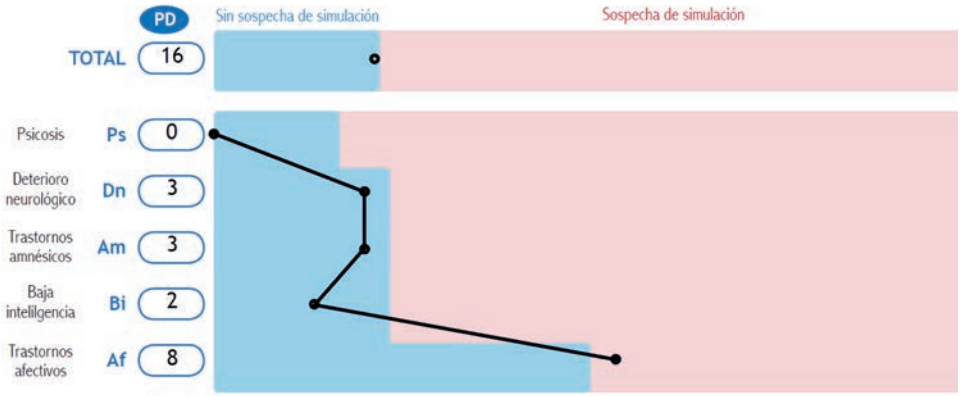
INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

VALIDEZ = 0 INCONSISTENCIA = 3
CÓDIGO DE PERSONALIDAD: - ** - * 2B 3 1 + 7 8B 8A 5 2A 4 " 6A 6B // - ** - * //
CÓDIGO DE SÍNDROME: A B ** H D * // CC ** SS * //

CATEGORÍA		PUNTUACIÓN PD	PUNTUACIÓN PREV	PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA 0 60 75 85 115	ESCALAS DIAGNÓSTICAS
ESCALAS DE VALIDEZ	X	101	56		SINCERIDAD
	Y	14	66		DESEABILIDAD SOCIAL
	Z	21	81		DEVALUACIÓN
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	1	9	63		ESQUIZOIDE
	2A	5	40		EVITATIVO
	2B	15	73		DEPRESIVO
	3	15	73		DEPENDIENTE
	4	12	36		HISTRIONICO
	5	7	42		NARCISISTA
	6A	4	34		ANTISOCIAL
	6B	4	30		AGRESIVO (SÁDICO)
	7	18	57		COMPULSIVO
	8A	8	53		NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
	8B	6	57		AUTODESTRUCTIVO
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	S	4	45		ESQUIZOTÍPICO
	C	10	60		LÍMITE
	P	7	62		PARANOIDE
SÍNDROMES CLÍNICOS	A	15	100		ANSIEDAD
	H	13	75		SOMATOFORMO
	N	8	66		BIPOLAR
	D	15	75		DISTÍMICO
	B	14	85		DEPENDENCIA DEL ALCOHOL
	T	1	15		DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
	R	17	74		ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	SS	12	78		TRASTORNO DEL PENSAMIENTO
	CC	18	94		DEPRESIÓN MAYOR
	PP	1	60		TRASTORNO DELIRANTE

SIMS

INVENTARIO ESTRUCTURADO DE SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS



12.2.4. Caso 4. Crimen con alevosía

EDAD	25 años	SEXO	Varón	NIVEL ACADÉMICO	Estudios secundarios

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS PREVIOS DEL AGRESOR

– Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

DELITO	SENTENCIA
Asesinato con alevosía.	Condenado como autor de un delito de asesinato alevoso a 17 años de prisión.

VISITA PSICOLÓGICA CELEBRADA EN CENTRO PENITENCIARIO

Sí

INTENCIONALIDAD DELICTIVA (*ÍTER CRIMINIS*)

Asesinato perpetrado con arma blanca por un soldado de élite adiestrado en misiones especiales a un vecino por disputa familiar. El informado le perpetró una treintena de puñaladas[53,54].

Caso criminológico de amplio impacto social y mediático de asesinato a un civil. El crimen fue perpetrado por un sujeto perteneciente a un cuerpo de élite del sector profesional militar, con arma blanca y provocándole a la víctima una treintena de puñaladas.

1. Prueba MCMI-III

Con relación al MCMI-III se ha de señalar la singularidad de la corrección mecanizada e informatizada realizada y a la que se remite la propia interpretación que Pearson[54] realiza con respecto a esta gráfica en particular:

53 Tiffon, B.-N. (2018). «*Estudio de un Caso de Asesinato y personalidad criminal en un militar de élite entrenado*». Libro de Actas del XI Congreso (Inter)Nacional de Psicología Jurídica y Forense. Granada, 1-3 de noviembre de 2018. Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense (SEPJF). Editor Tórculo Comunicación Gráfica, S.A.

54 Millon, Th. (2009). «*Consideraciones interpretativas*». Pearson Education Inc. Always Learning. Editorial Dicandrien. Madrid.

«Los informes del MCMI-III están estandarizados en una población de pacientes que se encontraban en fases iniciales de evaluación o tratamiento terapéutico por dificultades emocionales o sociales. Todas aquellas personas que no se ajusten a las características de este grupo normativo, o que no hayan realizado el MCMI-III por razones clínicas, pueden obtener informes inadecuados. El informe del MCMI-III no puede considerarse como un diagnóstico definitivo y deberá ser valorado en conjunto con otros datos clínicos adicionales. El informe debe ser evaluado por un profesional clínico con experiencia en la aplicación de pruebas psicológicas y no debe ser mostrado directamente a los pacientes o a sus familiares.

Los resultados de este paciente no deben ser considerados válidos dada la elevada probabilidad de respuestas aleatorias. Respondió Verdadero a uno o más de los tres ítems de la Escala de Fiabilidad (V), como se indica a continuación. Estos ítems se han desarrollado deliberadamente y son enormemente improbables, por lo que la respuesta (Verdadero) refleja si el paciente responde sinceramente al contenido del ítem Los posibles factores que normalmente explican un patrón de respuestas aleatorias incluyen, dificultades de lectura o lenguaje, dificultad para mantener la atención, déficit cognitivo, descuido, fatiga, y falta de cooperación. Es posible determinar que factor ha alterado las respuestas del paciente administrando nuevamente la prueba en condiciones distintas y obteniendo resultados válidos. Por ejemplo, si el paciente tiene dificultad para leer los ítems de la prueba, puede volver a realizar la prueba utilizando el CD de Audio. Si el paciente ha respondido de forma aleatoria a causa de distracciones o por falta de cooperación, es conveniente fomentar su confianza en la prueba y motivación a responder de forma sincera, y de

esta forma obtener resultados válidos. Si no es posible volver a realizar la prueba o no se obtiene un perfil válido, se necesitarán otras pruebas para valorar el estado mental de esta persona.

Fin del informe.»

2. Prueba PAI

Las escalas principales de validez del PAI se encuentran en la normalidad estadística por lo que se puede establecer confiabilidad de la gráfica resultante y se puede instaurar una interpretación genuina de la personalidad del sujeto.

Las escalas clínicas presentan singularidad de significatividad clínico-estadística en las siguientes escalas:

1. «Trastorno relacionados con la Ansiedad» (T=74): Evalúa los síntomas y conductas relacionadas con trastornos específicos de la ansiedad, específicamente fobias, estrés postraumático y síntomas obsesivos compulsivos.

2. «Manía» (T=73): Evalúa los síntomas afectivos, cognitivos y conductuales de la manía y la hipomanía.

3. «Paranoia» (T=70): Evalúa los síntomas de los trastornos paranoides y las características más estables de la personalidad paranoide. Dicha escala puede compatibilizarse, asimismo, por el marco penitenciario en el que se encuentra ubicado configurándose lo que se denomina como «*Paranoia carcelaria*» y que viene originado por el hostil marco de convivencia con internos de prisión de toda índole de conducta delictiva y/o criminológica.

Asimismo, también presentan significatividad en:

1. «Depresión» (T=67): Evalúa las manifestaciones y síntomas de los trastornos depresivos.
2. «Rasgos límites» (T=67): Evalúa los atributos indicativos de la personalidad límite, entre los que se incluyen las relaciones interpersonales inestables y fluctuantes, la impulsividad, la inestabilidad, la labilidad emocional y la ira incontrolada.
3. «Rasgos antisociales» (T=64): Evalúa el historial de actos ilegales y problemas con la autoridad, así como el egocentrismo, la falta de empatía y lealtad, la inestabilidad y la búsqueda de sensaciones.

De dichas puntuaciones se desprende que el informado presenta una tendencia a la inestabilidad psicoemocional en sus rasgos de personalidad de base, también se caracteriza por presentar tendencia hacia la suspicacia y dominancia (T=75) en sus relaciones interpersonales. Dicha escala con rango estadísticamente significativo caracteriza al sujeto por ser tendente a desarrollar conductas controladoras y con mostrar una actitud independiente en sus relaciones personales. Las puntuaciones altas están asociadas a un estilo dominante.

En otro orden de cosas y en relación con las subescalas, el informado presenta puntuación clínica y estadísticamente significativa en «Estrés postraumático» (T=85) y «Obsesivo-compulsivo» (T=72). Dichas escalas encajan a episodios psicosociales adversos en la patobiografía del informado y que se ha de cotejar en la entrevista clínica dirigía (anamnesis): el mismo pertenecía a un cuerpo de élite en el sector militar como francotirador y especializado en la lucha «de cuerpo a cuerpo» y estuvo destinado en misiones de alto riesgo para su propia integridad física.

De este modo y siguiendo la línea de las subescalas clínicas, el informado presenta puntuaciones significativas en varias de las subescalas y a la que este Evaluador se remite a su visualización gráfica:

1. Subescalas Somatización: «Conversión» (T=66) que evalúa los síntomas asociados a los trastornos de conversión, especialmente alteraciones motoras o sensoriales.

2. Subescalas Ansiedad: Sin puntuaciones clínicas significativas.

3. Subescalas relacionadas con los Trastornos de la Ansiedad: «Obsesivo-Compulsivo» (T=72) que evalúa la presencia de comportamientos o pensamientos intrusivos así como rigidez, indecisión, perfeccionismo y restricción afectiva (siendo en este caso, la fobia a un contenido de pensamiento delirante de persecución paranoide) y «Estrés Postraumático» (T=85) que evalúa la existencia de hechos traumáticos que continúan causando malestar y que el sujeto percibe como hechos que le han cambiado o alterado en algún aspecto fundamental de sí mismo (siendo en el presente caso, la causa jurídico-legal y penitenciarias por la que se encuentra contextualizado debido al crimen perpetrado por el informado).

4. Subescalas de Depresión: «Emocional» (T=86) que evalúa la presencia de sentimientos de tristeza, falta de interés en las actividades cotidianas y anhedonia; y, «Fisiológica» (T=69) que evalúa los niveles de actividad, energía y rendimiento físico, entre los que se incluyen interrupciones en sus patrones de sueño, cambios en su apetito o pérdida de peso.

5. Subescalas Manía: «Nivel de actividad» (T=78) que evalúa la desmedida participación en una amplia variedad de actividades de un modo desorganizado y la experimentación de procesos de pensamiento y comportamientos acelerados; e, «Irritabilidad» (T=73) que evalúa la existencia de tensión en sus relaciones debido a la frustración del sujeto por la incapacidad o la falta de voluntad de los otros para seguir sus planes, sus exigencias y sus

ideas probablemente poco realistas. Se tratan de sujetos con baja tolerancia a la frustración y que pueden desarrollar potencialidad de conductas agresivas y hostiles tanto a nivel verbal como físico.

6. Subescalas de Paranoia: «Hipervigilancia» (T=73) que evalúa la suspicacia y la tendencia a estar atento a posibles desaires reales o imaginarios producidos por otros; «Persecución» (T=61) que evalúa la creencia de haber sido tratado injustamente y de que existe un interés común entre diversas personas para socavar sus intereses, siendo compatible en este caso con el contenido de pensamiento alterado y disfuncional con relación a un sentimiento (alteradamente subjetivo) de persecución que presentó en el mismo momento de perpetrar el crimen; y, «Resentimiento» (T=64) que evalúa la presencia de resentimiento y desconfianza en las relaciones interpersonales y una tendencia a guardar rencor y a echar la culpa a los demás de cualquier desgracia. Asimismo, dichas subescalas pueden compatibilizarse con la «Paranoia carcelaria» a la que se ha hecho referencia con anterioridad.

7. Subescalas de Esquizofrenia: «Experiencia psicóticas» (T=81) que evalúa la presencia de sensaciones y percepciones poco comunes así como de pensamiento mágico y otras ideas inusuales que pueden incluir creencias delirantes; «Indiferencia Social» (T=66) que evalúa el aislamiento social así como la torpeza y la incomodidad en las relaciones sociales; y, «Alteración del pensamiento» (T=90) que evalúa la confusión, los problemas de concentración y la desorganización de los procesos de pensamiento; siendo en el presente caso compatible con la fenomenología clínica del informado.

8. Subescalas Limite: «Alteración de la identidad» (T=72) que evalúa la existencia de dudas sobre los principales aspectos de la

vida y la presencia de sentimientos de vacío, de falta de realización y de ausencia de objetivos; y, «Relaciones interpersonales problemáticas» (T=65) que evalúa la presencia de una historia de relaciones intensas y ambivalentes en las que se ha sentido traicionado y explotado.

9. Subescalas Antisocial: «Conductas antisociales» (T=68) que evalúa el historial de actos antisociales y la implicación en actividades ilegales; y, «Búsqueda de sensaciones» (T=68) que evalúa el ansia por nuevas sensaciones y emociones, así como una baja tolerancia al aburrimiento y una tendencia a ser temerario y a asumir riesgos.

10. Subescalas Agresividad: «Agresiones físicas» (T=61) que evalúa la tendencia a manifestar físicamente su ira, incluyendo los daños a la propiedad, las peleas físicas y las amenazas de violencia.

En términos generales a las subescalas anteriormente mencionadas, la personalidad del informado encaja con unos rasgos de personalidad adolecidos por su condición patobiográfica de base (sector profesional y antecedentes de TDAH en la infancia).

La puntuación elevada y significativa en la «Función discriminante de Cashel» (T=83) viene a sugerir o indicar la intencionalidad del informado a disimular algún o algunos trastornos psicopatológicos. Dicho índice maximiza la diferencia entre sujetos instruidos para presentarse idealmente frente a sujetos que respondían honestamente a la prueba. Puntuaciones altas (tal como se trata en el presente caso) son indicativas de disimulación.

3. Prueba 16PF – Versión 5

A. Escalas Primarias:

   a. Razonamiento (DE=3): Persona de pensamiento concreto, lenta para captar y analizar, no transfiere información, le cuesta trabajo concluir, falta de criterio, se da por vencido fácilmente, demorado para aprender, burda. Ha de presentar bajo rendimiento. Juicio deficiente, moral baja, e inconstante. Puede indicar mala comprensión, incorrecta interpretación o falta de atención.

   b. Sensibilidad (DE=3): Persona objetiva, nada sentimental, autoritaria, sensibilidad dura, confiada en sí misma, realista, práctica, independiente, responsable, emocionalmente madura, escéptica de relaciones culturales subjetivas, inamovible, mantiene al grupo trabajando sobre bases realistas y acertadas. Evaluativa, insensible, no se transa por nada, actúa basado en evidencias prácticas y lógicas. Suele tener un enfoque muy utilitario, muestra menos sentimiento y atiende más a lo operativo de las cosas del trabajo.

B. Estilos de respuesta:

   Las escalas de estilo de respuesta tienen como función principal asegurar la validez y fiabilidad de los datos recogidos sobre el paciente, observándose si contesta correcta y sinceramente o si aparecen tendencias que distorsionen los datos y por tanto el análisis de la personalidad:

   a. Manipulación de la imagen (DE=6): En la normalidad estadística.

   b. Infrecuencia (DE=5): En la normalidad estadística.

c. Aquiescencia (DE=6): En la normalidad estadística.

C. Dimensiones globales:

a. Extraversión (DE=5): En la normalidad estadística.

b. Ansiedad (DE=6): En la normalidad estadística.

c. Dureza (DE=7): En la normalidad estadística.

d. Independencia (DE=7): En la normalidad estadística.

e. Auto-control (DE=6): En la normalidad estadística.

4. Prueba SIMS

Por otro lado, y contrariamente observado en el resto de las pruebas anteriormente comentadas, la puntuación total del SIMS (PD=12) se encuentra dentro de la normalidad estadística pudiéndose considerar que no ha existido intencionalidad de simular síntomas.

MCMI-III

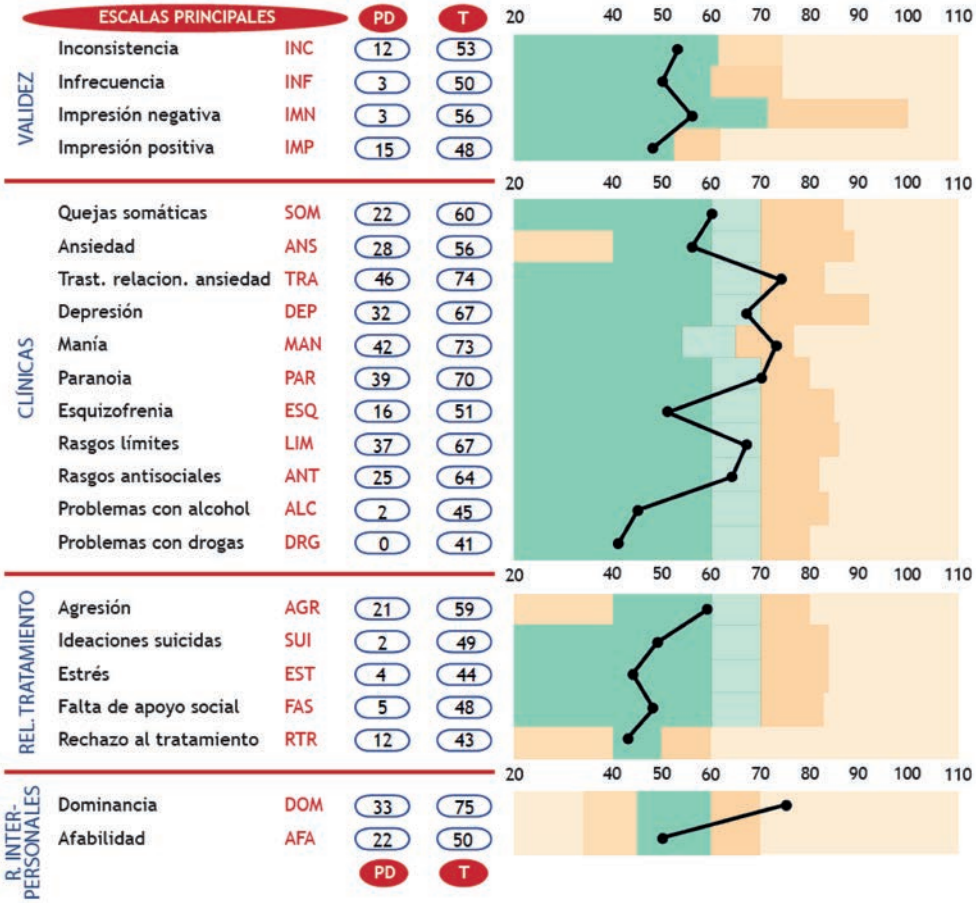
INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

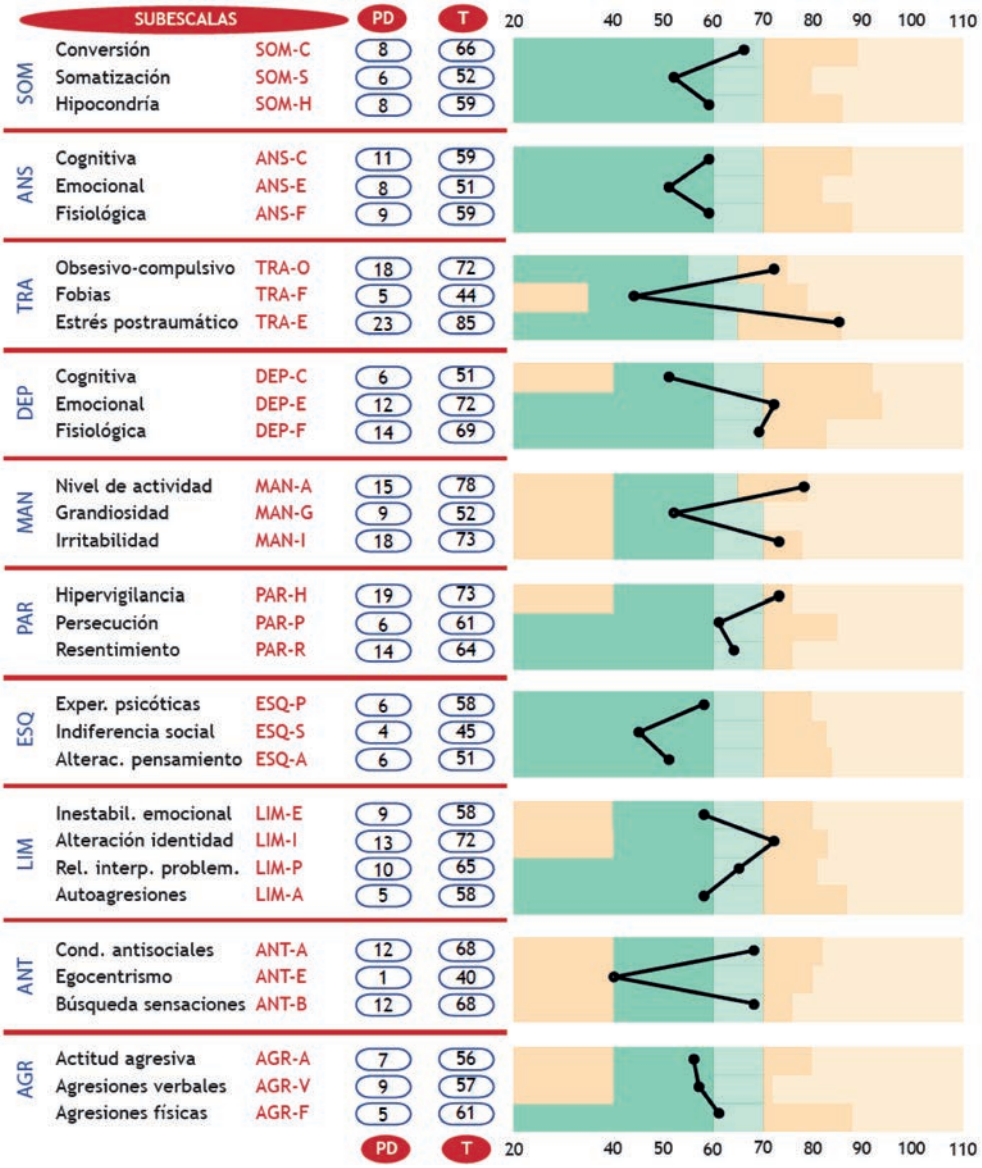
VALIDEZ = 2 INCONSISTENCIA = 3 PERFIL NO VÁLIDO
CÓDIGO DE PERSONALIDAD:
CÓDIGO DE SÍNDROME:

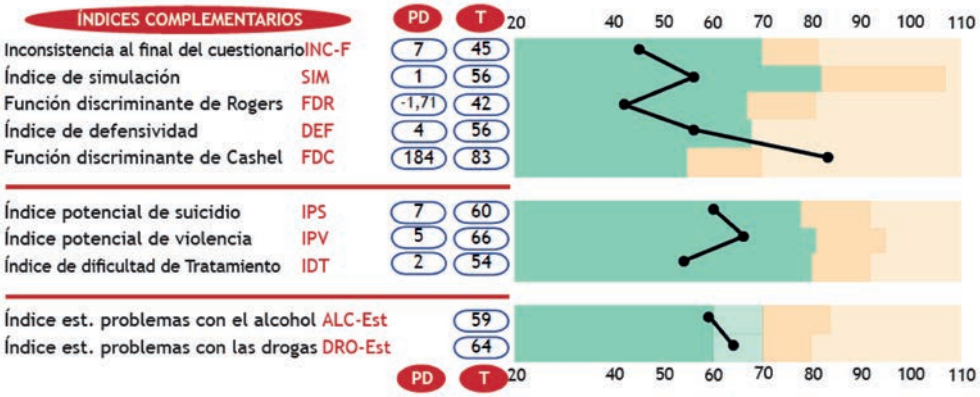
CATEGORÍA		PUNTUACIÓN PD	PUNTUACIÓN PREV	PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA 0 60 75 85 115	ESCALAS DIAGNÓSTICAS
ESCALAS DE VALIDEZ	X	94	51		SINCERIDAD
	Y	21	100		DESEABILIDAD SOCIAL
	Z	5	44		DEVALUACIÓN
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	1	4	30		ESQUIZOIDE
	2A	0	0		EVITATIVO
	2B	3	22		DEPRESIVO
	3	2	13		DEPENDIENTE
	4	23	88		HISTRIONICO
	5	16	70		NARCISISTA
	6A	8	62		ANTISOCIAL
	6B	12	66		AGRESIVO (SÁDICO)
	7	22	78		COMPULSIVO
	8A	7	47		NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
	8B	2	23		AUTODESTRUCTIVO
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	S	4	47		ESQUIZOTÍPICO
	C	3	25		LÍMITE
	P	10	68		PARANOIDE
SÍNDROMES CLÍNICOS	A	9	83		ANSIEDAD
	H	2	31		SOMATOFORMO
	N	10	72		BIPOLAR
	D	5	50		DISTÍMICO
	B	4	60		DEPENDENCIA DEL ALCOHOL
	T	4	60		DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
	R	13	70		ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	SS	7	60		TRASTORNO DEL PENSAMIENTO
	CC	2	24		DEPRESIÓN MAYOR
	PP	2	64		TRASTORNO DELIRANTE

PAI

INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD

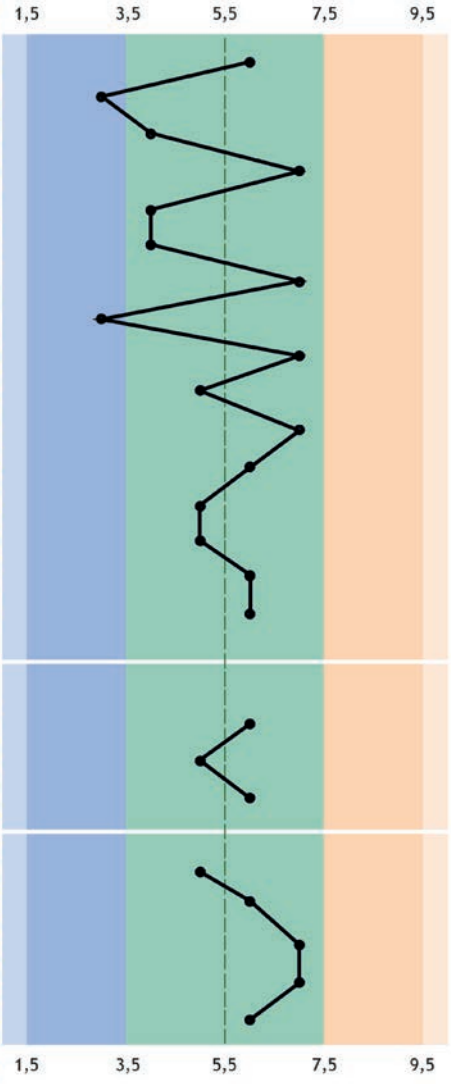



SUBESCALAS
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110
SOM
Conversión SOM-C 8 66
Somatización SOM-S 6 52
Hipocondría SOM-H 8 59
ANS
Cognitiva ANS-C 11 59
Emocional ANS-E 8 51
Fisiológica ANS-F 9 59
TRA
Obsesivo-compulsivo TRA-O 18 72
Fobias TRA-F 5 44
Estrés postraumático TRA-E 23 85
DEP
Cognitiva DEP-C 6 51
Emocional DEP-E 12 72
Fisiológica DEP-F 14 69
MAN
Nivel de actividad MAN-A 15 78
Grandiosidad MAN-G 9 52
Irritabilidad MAN-I 18 73
PAR
Hipervigilancia PAR-H 19 73
Persecución PAR-P 6 61
Resentimiento PAR-R 14 64
ESQ
Exper. psicóticas ESQ-P 6 58
Indiferencia social ESQ-S 4 45
Alterac. pensamiento ESQ-A 6 51
LIM
Inestabil. emocional LIM-E 9 58
Alteración identidad LIM-I 13 72
Rel. interp. problem. LIM-P 10 65
Autoagresiones LIM-A 5 58
ANT
Cond. antisociales ANT-A 12 68
Egocentrismo ANT-E 1 40
Búsqueda sensaciones ANT-B 12 68
AGR
Actitud agresiva AGR-A 7 56
Agresiones verbales AGR-V 9 57
Agresiones físicas AGR-F 5 61
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110


ÍNDICES COMPLEMENTARIOS
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110
Inconsistencia al final del cuestionario INC-F 7 45
Índice de simulación SIM 1 56
Función discriminante de Rogers FDR -1,71 42
Índice de defensividad DEF 4 56
Función discriminante de Cashel FDC 184 83
Índice potencial de suicidio IPS 7 60
Índice potencial de violencia IPV 5 66
Índice de dificultad de Tratamiento IDT 2 54
Índice est. problemas con el alcohol ALC-Est 59
Índice est. problemas con las drogas DRO-Est 64
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110

16 PF – Versión 5

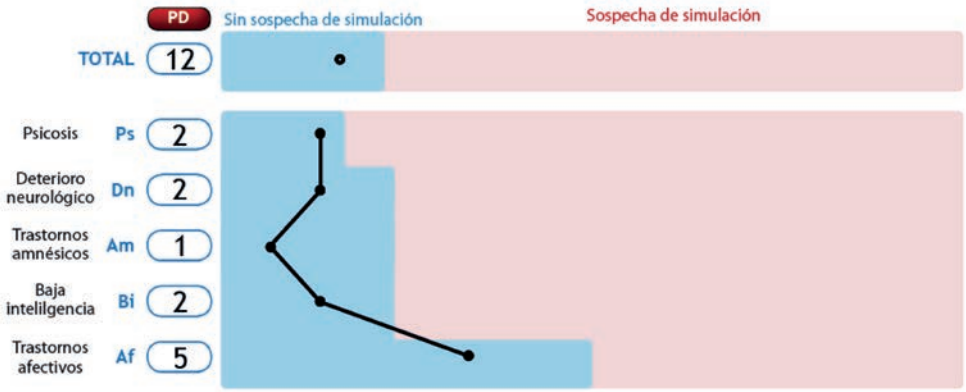
ESCALAS PRIMARIAS		PD	DE
A	Afabilidad	15	6
B	Razonamiento	2	3
C	Estabilidad	14	4
E	Dominancia	18	7
F	Animación	8	4
G	Atención a las normas	14	4
H	Atrevimiento	20	7
I	Sensibilidad	2	3
L	Vigilancia	13	7
M	Abstracción	2	5
N	Privacidad	14	7
O	Aprensión	8	6
Q1	Apertura al cambio	12	5
Q2	Autosuficiencia	2	5
Q3	Perfeccionismo	18	6
Q4	Tensión	8	6
ESTILOS DE RESPUESTA		**PD**	**DE**
MI	Manipulación de la imagen	18	6
IN	Infrecuencia	0	5
AQ	Aquiescencia	51	6
DIMENSIONES GLOBALES			**DE**
Ext	Extraversión		5
Ans	Ansiedad		6
Dur	Dureza		7
Ind	Independencia		7
AuC	Auto-control		6
			DE



Nota: DE (Decatipo), escala típica con media=5,5 y desviación típica=2.

SIMS

INVENTARIO ESTRUCTURADO DE SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS



12.2.5. Caso 5. Crimen perpetrado en una reyerta

EDAD	20 años	SEXO	Varón	NIVEL ACADÉMICO	Estudios secundarios

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS PREVIOS DEL AGRESOR

- Trastorno por Dependencia de Cocaína (F14.20 del CIE-10).
- Trastorno por Dependencia de Cannabis (F12.23 del CIE-10).
- Trastorno por abuso de Alcohol (F10.7 del CIE-10).

DELITO	SENTENCIA
Delito de homicidio.	Autor criminalmente responsable de un delito de homicidio a 12 años de pena privativa de libertad.

VISITA PSICOLÓGICA CELEBRADA EN CENTRO PENITENCIARIO

Sí

INTENCIONALIDAD DELICTIVA (*ÍTER CRIMINIS*)

Asesinato perpetrado en una trifulca con arma blanca y por una disputa relacionada con sustancias tóxicas y pareja sentimental[55].

Caso de impacto mediático de asesinato perpetrado en la vía pública con arma blanca y originado por una disputa relacionada con consumo de sustancias tóxicas y pareja sentimental.

1. Prueba MCMI-III

Con carácter previo, se ha de señalar que el informado presentó una significativa tendencia a querer mostrarse como socialmente deseable en la prueba administrada del MCMI-III (escala de «Deseabilidad social» con PREV=80).

a. Con relación a los patrones clínicos de la personalidad del MCMI-III, las escalas que presentan significatividad clínico-estadística vienen a definirse del siguiente modo:

55 Tiffon, B.-N. (2017). *«Atlas de Psicología Forense (Penal)»*. J.M. Bosch Editor. Barcelona.

- «Compulsivo» (PREV=86): Comedido, concienzudo, respetuoso, rígido. Mantiene un estilo de vida regido por normas. Suscribe completamente las convenciones sociales. Ve el mundo en función de reglas y jerarquías. Se considera leal, fiable, eficiente y productivo.

- «Narcisista» (PREV=70): Egocéntrico, arrogante, con ideas de grandeza. Preocupado por fantasías de éxito y belleza o grandes logros. Se considera admirable y superior y, por tanto, merecedor de un trato especial.

b. Con relación patologías graves de personalidad del MCMI-III, destaca:

- «Paranoide» (puntuación subclínica PREV=73) y que por la que viene configurarse sobre la base del anteriormente mencionado rasgo de personalidad narcisista, ofreciendo una conducta de suspicacia y desconfianza con respecto a los demás. Acostumbra a ser expectante, defensivo, desconfiado y suspicaz. Hipervigilante frente a intentos ajenos de desvalorización o agresión. Siempre busca evidencias que confirmen la presencia de móviles ocultos. Se siente justo y recto, y a la vez perseguido.

- «Esquizotípico» (puntuación subclínica PREV=61): Lo que viene a cotejarse con el que el informado presenta tendencia a ser excéntrico, raro, ausente. Muestra manierismos y conductas peculiares. Lee el pensamiento de los demás. Preocupado por creencias extrañas. La línea que le diferencia de la fantasía está poco definida.

c. Con relación a los síndromes clínicos, destaca:

- «Ansiedad» (PREV=75).

- «Dependencia al alcohol» (PREV=78)
- «Dependencia de sustancias» (PREV=83).

Dichas condiciones de adicción conductual, puede presentar compatibilidad de riesgo de presentar trastorno delirante (PREV=75), sobre todo en periodo de consumo agudo de ellas. Dichas puntuaciones en ambas escalas de consumo de tóxicos, se coteja con la patobiografía del informado con relación a dichas adicciones.

2. Prueba PAI

a. El informado ha presentado puntuaciones significativas en 3 de las escalas principales de validez:

1. «Inconsistencia» (T=67): Indica si el evaluado responde de forma inconsistente a lo largo de la prueba. Para ello tiene en cuenta su respuesta a pares de ítems altamente relacionados entre sí.
2. «Infrecuencia» (T=72): Indica si el evaluado ha respondido poco cuidadosamente, al azar o de una forma muy peculiar. Los ítems son neutrales con respecto a psicopatología y resultan muy poco frecuentes tanto en personas normales como en pacientes clínicos.
3. «Impresión positiva» (T=60): Indica si el evaluado está presentando una imagen de sí mismo muy favorable y evita admitir pequeños defectos.
4. A estas escalas, se ha de añadir la escala de los «Índices complementarios» de la «Función discriminante de Rogers» (T=69) y por la cual maximiza la diferencia entre su-

jetos instruidos para responder simulando síntomas frente a pacientes clínicos genuinos. En este caso la puntuación (T=69) alta es indicativa de exageración de síntomas.

El conjunto de puntuaciones significativas en dichas escalas principales de validez sitúa al profesional en una singular posición de precaución y de cautela en el momento de interpretar el resto de las escalas de la gráfica resultante.

b. De las escalas clínicas del PAI, la mayoría se encuentran en la normalidad estadística; no obstante, el informado destaca clínicamente en las siguientes:

1. Las escalas pertenecientes a los problemas derivados del alcohol y de las drogas (ambas escalas con puntuación T=82) y,

2. Ligeramente elevada la escala de «Paranoia» (T=62) y la subescala paranoide de «Persecución» (T=75) y que, esta última evalúa la creencia de haber sido tratado injustamente y de que existe un interés común entre diversas personas para socavar sus intereses. Dichas escalas clínicas se cotejan con las puntuaciones obtenidas en el MCMI-III (Paranoia con puntuación subclínica PREV=73), así como de su patobiografía. Dicha escala puede compatibilizarse, asimismo, por el marco penitenciario en el que se encuentra ubicado configurándose lo que se denomina como «*Paranoia carcelaria*» y que viene originado por el hostil marco de convivencia con internos de prisión de toda índole de conducta delictiva y/o criminológica.

c. De las subescalas clínicas del PAI, el informado presenta puntuaciones significativas en varias de las subescalas y a la que este Evaluador se remite a su visualización gráfica:

1. Subescalas Somatización: «Conversión» (T=63) que evalúa los síntomas asociados a los trastornos de conversión, especialmente alteraciones motoras o sensoriales.
2. Subescalas Ansiedad: No arroja puntuaciones clínicamente significativas.
3. Subescalas relacionadas con los Trastornos de la Ansiedad: «Fobias» (T=66) y que evalúa la presencia de miedos fóbicos comunes tales como a las situaciones sociales, al transporte público, a las alturas, a los espacios cerrados y a otros objetos específicos.
4. Subescalas Depresión: No arroja puntuaciones clínicamente significativas.
5. Subescalas Manía: No arroja puntuaciones clínicamente significativas.
6. Subescalas de Paranoia: «Persecución» (T=75) que evalúa la creencia de haber sido tratado injustamente y de que existe un interés común entre diversas personas para socavar sus intereses, siendo compatible en este caso con el contenido de pensamiento alterado y disfuncional con relación a un sentimiento (alteradamente subjetivo) de persecución que presentó en el mismo momento de perpetrar el crimen. Dicha escala puede compatibilizarse, asimismo, por el marco penitenciario en el que se encuentra ubicado configurándose lo que se denomina como «*Paranoia carcelaria*» y que viene originado por el hostil marco de convivencia con internos de prisión de toda índole de conducta delictiva y/o criminológica.
7. Subescalas de Esquizofrenia: «Indiferencia Social» (T=63) que evalúa el aislamiento social, así como la torpeza y la incomodidad en las relaciones sociales.

8. Subescalas Limite: «Relaciones interpersonales problemáticas» (T=62) que evalúa la presencia de una historia de relaciones intensas y ambivalentes en las que se ha sentido traicionado y explotado.
9. Subescalas Antisocial: No arroja puntuaciones clínicamente significativas.
10. Subescalas Agresión: No arroja puntuaciones clínicamente significativas.

En términos generales, el informado presenta inestabilidad psicoemocional derivada del conjunto de factores psicosociales adversos derivados del consumo politoxicofílico (alcohol, cocaína y cannabis). Dichos estados de consumo se compatibilizan con su contenido de pensamiento adolecida de tipo paranoide y que puede agudizarse su clínica a raíz del consumo agudos de dichas sustancias. Asimismo, y desde el punto de vista de sus rasgos de personalidad de base, el informado presenta asimismo una tendencia hacia la impulsividad patológica y que puede alcanzar riesgo de manifestarse de manera hostil y/o agresiva ante situaciones que le pudieran provocar baja tolerancia a la frustración y bajo umbral de paciencia ante objetivos que no pudiera conseguir por mediación de otros.

3. Prueba SIMS

Las puntuaciones de la prueba SIMS (así como su puntuación directa total PD=11) se encuentran dentro de la normalidad estadística por lo que no se desprende la compatibilidad de que el sujeto haya tenido intencionalidad de querer simular síntomas de orden psicopatológico.

No obstante, el resto de las pruebas administradas (MCMI-III y PAI), las escalas de validez presentan significatividad por lo que la

interpretación resultante del resto de las escalas clínicas puede verse distorsionada y hay que cotejar los resultados obtenidos con la entrevista clínico-pericial.

MCMI-III

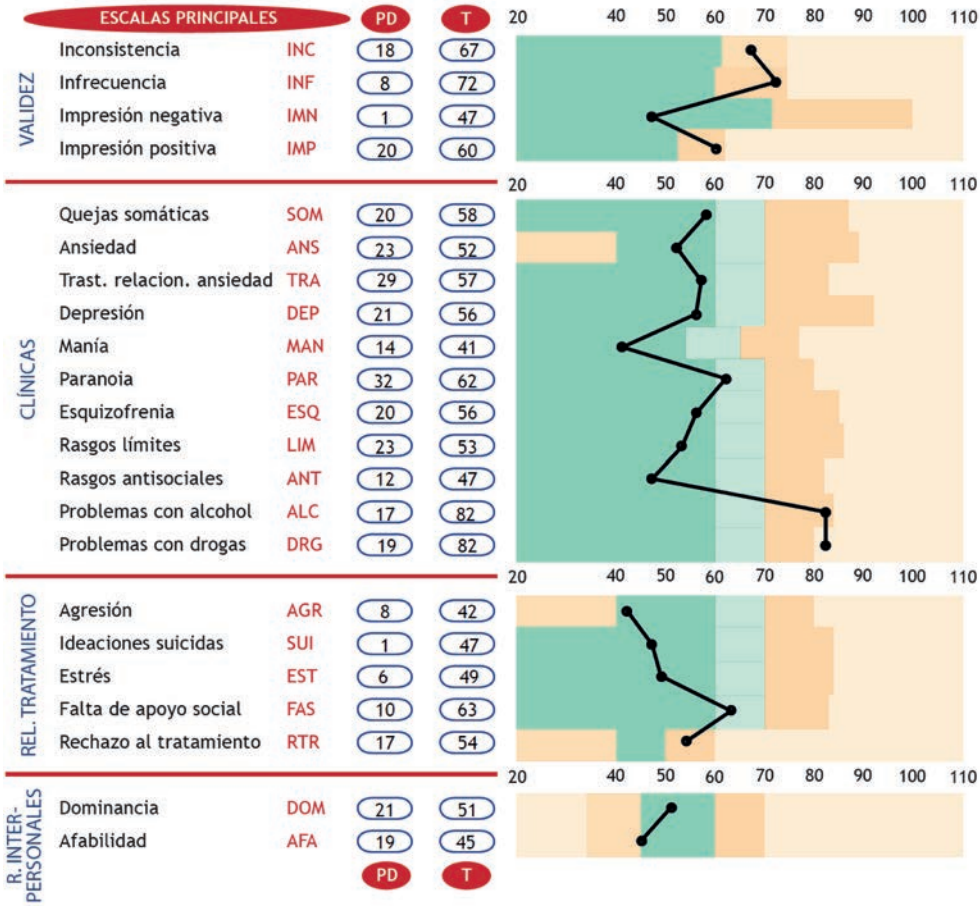
INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

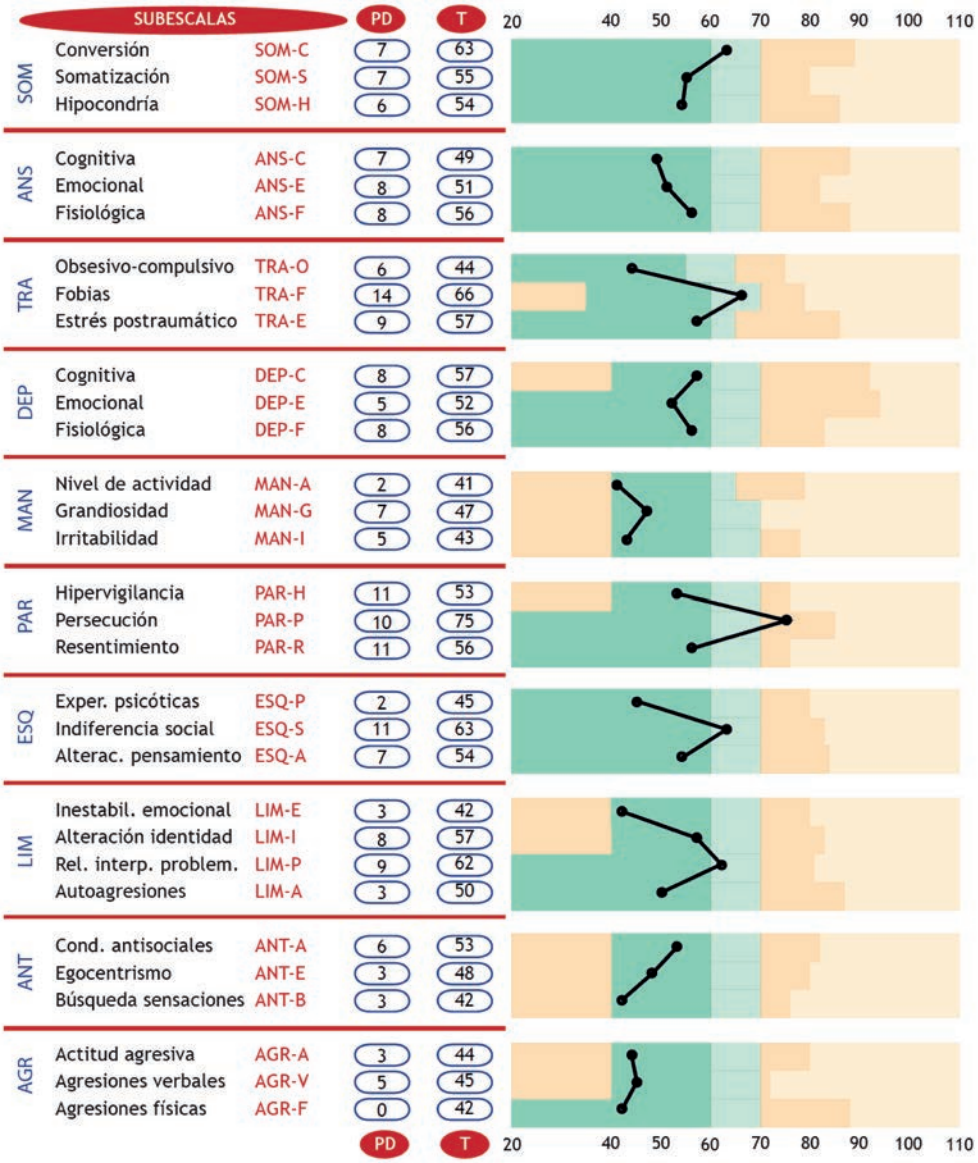
VALIDEZ = 0 INCONSISTENCIA = 4
CÓDIGO DE PERSONALIDAD: 7 ** - * 5 1 + 8B 3 8A 6A 4 6B " 2A 2B // - ** - * //
CÓDIGO DE SÍNDROME: - ** T B A * // - ** PP * //

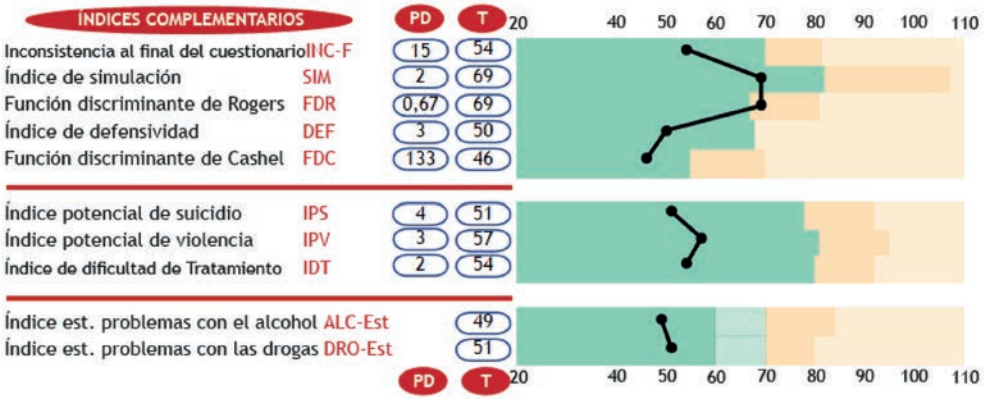
CATEGORÍA		PUNTUACIÓN PD	PUNTUACIÓN PREV	PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA (0 / 60 / 75 / 85 / 115)	ESCALAS DIAGNÓSTICAS
ESCALAS DE VALIDEZ	X	90	48		SINCERIDAD
	Y	17	80		DESEABILIDAD SOCIAL
	Z	4	42		DEVALUACIÓN
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	1	8	60		ESQUIZOIDE
	2A	4	33		EVITATIVO
	2B	0	0		DEPRESIVO
	3	8	53		DEPENDIENTE
	4	13	39		HISTRIONICO
	5	16	70		NARCISISTA
	6A	6	51		ANTISOCIAL
	6B	5	38		AGRESIVO (SÁDICO)
	7	22	86		COMPULSIVO
	8A	8	53		NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
	8B	5	59		AUTODESTRUCTIVO
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	S	6	61		ESQUIZOTÍPICO
	C	4	33		LÍMITE
	P	13	73		PARANOIDE
SÍNDROMES CLÍNICOS	A	6	75		ANSIEDAD
	H	5	62		SOMATOFORMO
	N	5	50		BIPOLAR
	D	2	20		DISTÍMICO
	B	10	78		DEPENDENCIA DEL ALCOHOL
	T	14	83		DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
	R	8	65		ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	SS	3	26		TRASTORNO DEL PENSAMIENTO
	CC	4	48		DEPRESIÓN MAYOR
	PP	5	75		TRASTORNO DELIRANTE

PAI

INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD

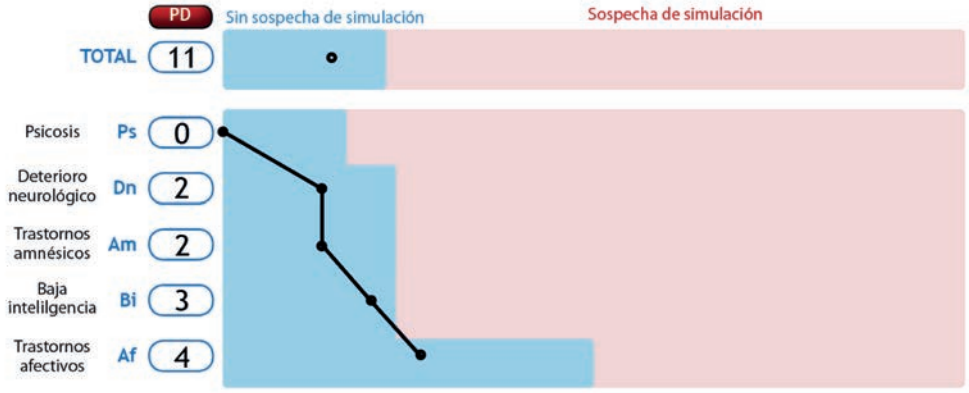



SUBESCALAS
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110
SOM
Conversión SOM-C 7 63
Somatización SOM-S 7 55
Hipocondría SOM-H 6 54
ANS
Cognitiva ANS-C 7 49
Emocional ANS-E 8 51
Fisiológica ANS-F 8 56
TRA
Obsesivo-compulsivo TRA-O 6 44
Fobias TRA-F 14 66
Estrés postraumático TRA-E 9 57
DEP
Cognitiva DEP-C 8 57
Emocional DEP-E 5 52
Fisiológica DEP-F 8 56
MAN
Nivel de actividad MAN-A 2 41
Grandiosidad MAN-G 7 47
Irritabilidad MAN-I 5 43
PAR
Hipervigilancia PAR-H 11 53
Persecución PAR-P 10 75
Resentimiento PAR-R 11 56
ESQ
Exper. psicóticas ESQ-P 2 45
Indiferencia social ESQ-S 11 63
Alterac. pensamiento ESQ-A 7 54
LIM
Inestabil. emocional LIM-E 3 42
Alteración identidad LIM-I 8 57
Rel. interp. problem. LIM-P 9 62
Autoagresiones LIM-A 3 50
ANT
Cond. antisociales ANT-A 6 53
Egocentrismo ANT-E 3 48
Búsqueda sensaciones ANT-B 3 42
AGR
Actitud agresiva AGR-A 3 44
Agresiones verbales AGR-V 5 45
Agresiones físicas AGR-F 0 42
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110



SIMS

INVENTARIO ESTRUCTURADO DE SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS



12.2.6. Caso 6. Crimen accidental

EDAD	40 años	SEXO	Varón	NIVEL ACADÉMICO	Estudios primarios

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS PREVIOS DEL AGRESOR	
– Trastorno Depresivo Mayor + Trastorno Disociativo.	
DELITO	**SENTENCIA**
Asesinato de Homicidio.	Autor de un delito de homicidio a una pena de 15 años de pena privativa de libertad.
VISITA PSICOLÓGICA CELEBRADA EN CENTRO PENITENCIARIO	
Sí	
INTENCIONALIDAD DELICTIVA (*ÍTER CRIMINIS*)	
Homicidio perpetrado a lo largo de una trifulca entre agresor y victima con objeto de conseguir el arma de fuego del agresor.	
Caso de impacto mediático de tentativa de robo y asesinato perpetrado con arma de fuego en una reyerta acaecido en un comercio.	

1. Prueba MCMI-III

El sujeto presenta puntuaciones estadísticamente significativas en 2 de las 3 escalas de validez: «Sinceridad» (PREV=79) y «Devaluación» (PREV=83). Dichas puntuaciones sugieren que el estilo de respuesta de este sujeto puede indicar una tendencia generalizada a magnificar el nivel de enfermedad experimentada o un rasgo de carácter quejoso o auto-compasivo; por lo que, pueden resultar algo exageradas y la interpretación de este perfil tendría que hacerse teniendo en cuenta esta consideración.

A. Con relación a los patrones clínicos de la personalidad del MCMI-III, el informado no presenta una puntuación clínica de rango significativa; no obstante, sí que presenta escalas que presentan significatividad un alcance de significatividad subclínica y que vienen seguidamente a definirse del siguiente modo:

1. «Esquizoide» (puntuación subclínica PREV=69): Lo que sugiere que el informado acostumbra a ser apático, indiferente, distante, solitario. Ni desea ni disfruta de las relaciones personales. Mínima conciencia de los sentimientos propios y ajenos. Pocos o ningún impulso o ambición.

2. «Depresivo» (puntuación subclínica PREV=68): Lo que sugiere el que presente tendencia a presentar rasgos de personalidad de base caracterizado por un estado de ánimo hipotímico y depresivo.

3. «Dependiente» (PREV=73): Lo que sugiere que el informado acostumbra a ser indefenso, incompetente, sumiso e inmaduro. Rechaza las responsabilidades adultas. Se ve a sí mismo débil, y frágil. Busca constantemente el apoyo y consejo en figuras más fuertes.

4. «Antisocial» (puntuación subclínica PREV=64): Lo que sugiere que el informado acostumbra a ser impulsivo, irresponsable, perverso, ingobernable. Actúa sin tener en cuenta a los demás. Solamente cumple obligaciones sociales cuando sirven a sus fines. No respeta las costumbres, reglas y normas sociales. Se considera libre e independiente.

5. «Negativista [Pasivo-Agresivo] (PREV=65): Lo que sugiere que el informado acostumbra a ser resistirse a cumplir con las expectativas de los demás, muestra conductas dilatorias, ineficaces y erráticas cuando no otras contrarias y molestas. Revela placer al desmoralizar las satisfacciones y aspiraciones de los demás. Descarga su enfado y otras emociones molestas ya sea indirectamente o desplazándolas de su causante hacia entornos o personas de menor importancia.

B. Con relación patologías graves de personalidad del MCMI-III, destaca la siguiente escala con puntuación subclínica:

   1. «Paranoia» (PREV=64): Lo que viene a compatibilizarse con que el informado acostumbra a estar expectante, defensivo, desconfiado y suspicaz. Hipervigilante frente a intentos ajenos de desvalorización o agresión. Siempre busca evidencias que confirmen la presencia de móviles ocultos. Se siente justo y recto, y a la vez perseguido.

C. Con relación a los síndromes clínicos, destaca desde el punto de vista clínico las siguientes escalas

   1. «Ansiedad» (PREV=99).
   2. «Dependencia al Alcohol» (PREV=79),
   3. «Dependencia de sustancias» (PREV=87) y
   4. «Estrés postraumático» (PREV=81).

   Con puntuación de rango subclínico en los síndromes clínicos, las escalas que presentan significatividad estadística son las siguientes:

   1. «Somatomorfo» (PREV=67),
   2. «Bipolar» (PREV=68) y
   3. «Distímico» (PREV=64).

D. Con relación a los síndromes clínicos graves, destaca desde el punto de vista clínico las siguientes escalas

   1. «Trastorno del pensamiento» (PREV=87),
   2. «Depresión» (PREV=104) y
   3. «Trastorno delirante» (puntuación subclínica de PREV=68).

Cabe señalar que el informado presentaba niveles basales de estrés y de ansiedad muy acusados y que configuraban un patrón de personalidad de rango neurótico y rasgos de personalidad de importante inestabilidad psicoemocional.

2. Prueba 16PF – Versión 5

A. Escalas Primarias:

a. Estabilidad (DE=3): Persona reactiva y emocionalmente cambiable, se frustra fácilmente, negativa, se victimiza, evade responsabilidades, con resentimiento hacia a los demás, incapaz de luchar, inconformista. Cuando las condiciones no son satisfactorias es voluble, plástica, neurótica fatigada, displicente, de emoción y turbación fácil, activa cuando se encuentra insatisfecha, presenta síntomas neuróticos; fobias alteraciones del sueño, quejas psicosomáticas y tiende a darse por vencida. Experimenta una cierta falta de control sobre su vida, tiene más altibajos de humor que la mayoría, admite que sus necesidades emocionales no están satisfechas y que se siente como si no pudiera controlar el que pequeñas cosas le salgan mal.

b. Autosuficiencia (DE=8): Persona, individualista, autosuficiente, llena de recursos, prefiere tomar sus propias decisiones, prefiere trabajar sola, se aísla, buena para la creatividad, temperamentalmente independiente. Está acostumbrada a seguir su propio camino, no le disgusta la gente, simplemente no necesita de su asentimiento y apoyo, no tiene en consideración la opinión del grupo, aunque no es necesariamente dominante en su relación con los demás. No delega mucho, es recursiva para utilizar en

forma práctica y eficiente lo que tiene, el grupo no la presiona fácilmente y es introvertida. Puede tener dificultades para trabajar con otras personas, le cuesta pedir ayuda cuando la necesita, y puede pasar por alto los aspectos interpersonales y las consecuencias de sus acciones.

B. Estilos de respuesta:

Las escalas de estilo de respuesta tienen como función principal asegurar la validez y fiabilidad de los datos recogidos sobre el paciente, observándose si contesta correcta y sinceramente o si aparecen tendencias que distorsionen los datos y por tanto el análisis de la personalidad:

a. Manipulación de la imagen (DE=3): Esta escala se encarga de valorar si las respuestas dadas a las preguntas son sinceras o se mueven por deseabilidad social, sea para dar buena imagen o para aparentar estar peor de lo que se está, con objetivos secundarios. Una puntuación baja, sugiere adjudicarse aspectos socialmente menos deseables o una exageración de esas cualidades.

b. Infrecuencia (DE=6): En la normalidad estadística.

c. Aquiescencia (DE=7): En la normalidad estadística.

C. Dimensiones globales:

a. Extraversión (DE=5): En la normalidad estadística.

b. Ansiedad (DE=7): En la normalidad estadística.

c. Dureza (DE=6): En la normalidad estadística.

d. Independencia (DE=4): En la normalidad estadística.

e. Auto-control (DE=6): En la normalidad estadística.

3. Prueba SIMS

Por otro lado, la puntuación directa total del SIMS (PD=13) se encuentra dentro de la normalidad estadística pudiéndose considerar que no ha existido, por parte del informado, intencionalidad voluntaria de simular síntomas y pudiendo otorgar confiabilidad a los resultados obtenidos.

MCMI-III

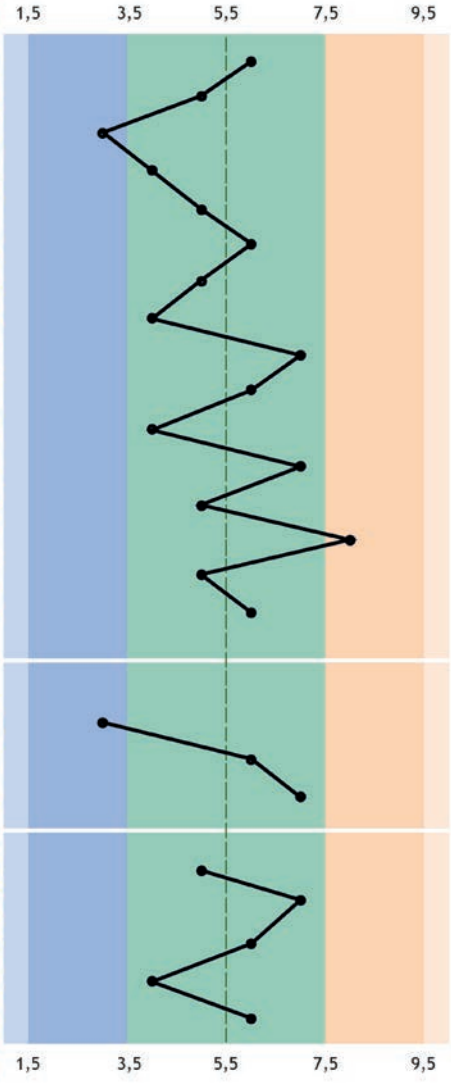
INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

VALIDEZ = 0 INCONSISTENCIA = 4
CÓDIGO DE PERSONALIDAD: - ** - * 3 1 2B 8A 6A + 5 2A 6B 8B 7 " 4 // - ** - * //
CÓDIGO DE SÍNDROME: A T ** R B * // CC SS ** - * //

CATEGORÍA		PUNTUACIÓN PD	PUNTUACIÓN PREV	PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA 0 60 75 85 115	ESCALAS DIAGNÓSTICAS
ESCALAS DE VALIDEZ	X	137	79		SINCERIDAD
	Y	9	44		DESEABILIDAD SOCIAL
	Z	22	83		DEVALUACIÓN
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	1	14	69		ESQUIZOIDE
	2A	10	54		EVITATIVO
	2B	19	68		DEPRESIVO
	3	18	73		DEPENDIENTE
	4	11	27		HISTRIONICO
	5	12	57		NARCISISTA
	6A	13	64		ANTISOCIAL
	6B	8	54		AGRESIVO (SÁDICO)
	7	13	35		COMPULSIVO
	8A	16	65		NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
	8B	7	48		AUTODESTRUCTIVO
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	S	6	52		ESQUIZOTÍPICO
	C	14	59		LÍMITE
	P	10	64		PARANOIDE
SÍNDROMES CLÍNICOS	A	16	99		ANSIEDAD
	H	11	67		SOMATOFORMO
	N	10	68		BIPOLAR
	D	10	64		DISTÍMICO
	B	13	79		DEPENDENCIA DEL ALCOHOL
	T	16	87		DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
	R	19	81		ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	SS	14	87		TRASTORNO DEL PENSAMIENTO
	CC	19	104		DEPRESIÓN MAYOR
	PP	3	68		TRASTORNO DELIRANTE

16PF – Versión 5

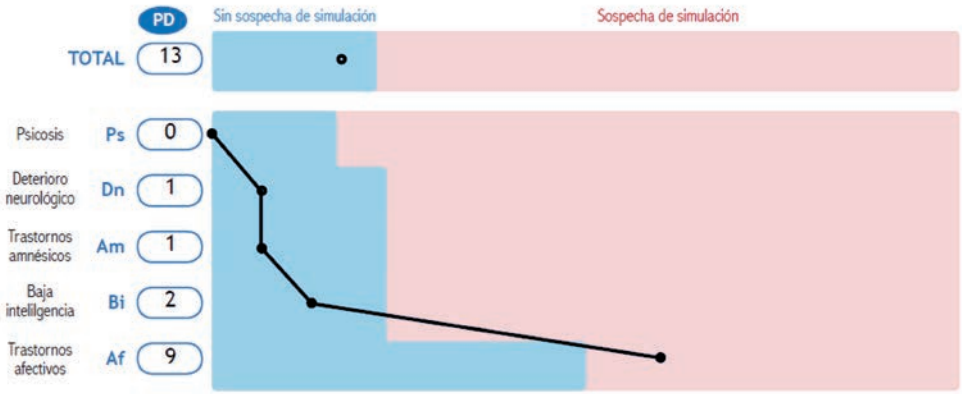
ESCALAS PRIMARIAS		PD	DE
A	Afabilidad	16	6
B	Razonamiento	8	5
C	Estabilidad	10	3
E	Dominancia	11	4
F	Animación	12	5
G	Atención a las normas	18	6
H	Atrevimiento	15	5
I	Sensibilidad	3	4
L	Vigilancia	13	7
M	Abstracción	7	6
N	Privacidad	6	4
O	Aprensión	14	7
Q1	Apertura al cambio	13	5
Q2	Autosuficiencia	10	8
Q3	Perfeccionismo	15	5
Q4	Tensión	8	6
ESTILOS DE RESPUESTA		**PD**	**DE**
MI	Manipulación de la imagen	7	3
IN	Infrecuencia	1	6
AQ	Aquiescencia	58	7
DIMENSIONES GLOBALES			**DE**
Ext	Extraversión		5
Ans	Ansiedad		7
Dur	Dureza		6
Ind	Independencia		4
AuC	Auto-control		6



Nota: DE (Decatipo), escala típica con media=5,5 y desviación típica=2.

SIMS

INVENTARIO ESTRUCTURADO DE SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS



11.2.7. Caso 7[56]. Crimen matricida

EDAD	38 años	SEXO	Varón	NIVEL ACADÉMICO	Estudios secundarios

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS PREVIOS DEL AGRESOR
– Trastorno psicótico (inespecíficado). – Trastorno mental y del comportamiento por consumo de cocaína.

DELITO	SENTENCIA
Matricidio. Asesinato con alevosía.	Autor responsable de un delito de Asesinato con alevosía.

VISITA PSICOLÓGICA CELEBRADA EN CENTRO PENITENCIARIO
Sí

INTENCIONALIDAD DELICTIVA (*ÍTER CRIMINIS*)
Caso de matricidio perpetrado por un sujeto con grave trastorno cognitivo del pensamiento en comorbilidad con grave conducta hostil y agresiva, y por el que asesinó(a su progenitora), tras una acalorada discusión. Caso criminológico de impacto mediático y social de comisión de asesinato con alevosía de su propia madre (matricidio).

1. Prueba MCMI-III

La prueba MCMI-III presenta validez dudosa de 1 coincidiendo con la respuesta afirmativa concerniente al ítem de validez (ítem 110

56 Se trata de una casuística que se volverá a retomar en el Volumen III –y al que el autor se remite a efectos de complementar la presente valoración psicológica/psicopatológica–, perteneciente al Tiffon, B.-N. (2019). *«Atlas Práctico-Criminológico de Psicometría Forense: Parafilias y agresión sexual de adultos»* de J.M. Bosch Editor, Barcelona. El sujeto perpetró un delito de asesinato y, posteriormente, perpetró un delito con intencionalidad parafílica.

Con este caso, el autor quiere señalar al punto 4 del «Decálogo Interpretativo»: *No existe una única forma de interpretar y/o redactar el puntaje obtenido de la gráfica psicológica. De igual modo y, en consecuencia, no existe tampoco una única forma de exponer los resultados cualitativos de las puntuaciones cuantitativas obtenidas.*

del MCMI-III: *«El año pasado aparecí en la portada de varias revistas»*). Por tanto, la Escala de Validez presenta una puntuación de 1, dado que su crimen destacó socialmente a la luz pública como fenómeno de amplio impacto mediático y social, publicándose en varios medios de comunicación (prensa, radio y/o TV). En el presente caso, la puntuación 1 es compatible y se ajusta de manera correcta a la pregunta.

Aunque con antecedentes psicopatológicos destacables, el informado refirió que hacía alrededor de unos 8 años que no estaba sometido a ningún tipo de tratamiento psicofarmacológico. A pesar de ello, y aunque se desprenden puntuaciones estadísticamente significativas en escalas de ambas pruebas (MCMI-III y PAI), las escalas de validez manifiestan alteración por lo que puede sugerir la intencionalidad de presentar una imagen socialmente más negativa de sí mismo (escala «Sinceridad» con PREV=85 y escala «Devaluación» con PREV=75, ambas del MCMI-III; y escala «Inconsistencia» con T=72, escala «Infrecuencia» con T=63 y escala «Impresión negativa» con T=86, de la prueba PAI y que se comentará en los siguientes párrafos). A ello, se ha de sumarse el escaso nivel académico-formativo y por el que se desprende que el informado no interpretó correctamente el sentido de las cuestiones que se formulan en el dossier de preguntas.

Debido a esta circunstancia, se ha extremar la precaución y la cautela en interpretación psicológica dada la obtención de puntuaciones clínicamente significativas de las escalas y los síndromes clínicos de ambas pruebas de las gráficas resultantes. Para ello, se hace necesario practicar la entrevista clínica dirigida a efectos de establecer un cotejo y un contraste y poder asegurar la existencia (o no) de disfunción mental que pudiera alterar los resultados obtenidos.

De los patrones clínicos de la personalidad, destacarían desde el punto de vista subclínico las siguientes:

1. «Antisocial» (PREV=70) y por el que dicha puntuación sugiere que presenta tendencia hacia la Impulsividad, la irresponsabilidad, la perversidad y la ingobernabilidad. Actúa sin tener en cuenta a los demás. Solamente cumple obligaciones sociales cuando sirven a sus fines. No respeta las costumbres, reglas y normas sociales. Se considera libre e independiente.

2. «Agresivo-Sádico» (PREV=66) y que sugiere que presentan tendencia a ser atrevido, impulsivo, imprudente. Puede ser desalmado y notablemente ajeno a una conciencia sobre el impacto de sus propios actos destructivos. Le atraen los riesgos, se siente impávido ante el peligro y el castigo. Muestra satisfacción al competir con otros, dominarlos y humillarlos. Manifiesta un marcado autoritarismo e intolerancia social. Tiene una mentalidad cerrada, es inflexible y obstinado.

3. «Negativista [Pasivo-Agresivo]» (PREV=66) y por cuya puntuación sugiere que presenta tendencia a resistir por el cumplimiento de las expectativas de los demás, muestra conductas dilatorias, ineficaces y erráticas cuando no otras contrarias y molestas. Revela placer al desmoralizar las satisfacciones y aspiraciones de los demás. Descarga su enfado y otras emociones molestas ya sea indirectamente o desplazándolas de su causante hacia entornos o personas de menor importancia.

4. «Depresivo» (PREV=65), por cuya puntuación se desprende que el sujeto presenta rasgos de personalidad de base tendentes a estados de ánimos bajos.

Como síndromes clínicos significativos del MCMI-III, la escala de «Ansiedad» (PREV=92) y la escala de «Trastorno del Pensamiento» (PREV=81) son las que destacan de manera significativa; seguidamente de las de la escala de «Bipolar» y la de «Dependencia de

Sustancias» (ambas con puntuación PREV=80). Presenta, asimismo, tendencia al alza de la escala «Paranoide» (PREV=74) y de la cual se ha de tener especial consideración dada la naturaleza del tipo de delito cometido y por el conjunto de escalas significativas resultantes.

2. Prueba PAI

La prueba PAI presenta alteraciones en las escalas principales de validez, siendo la de impresión positiva la que se encuentra en la estricta normalidad estadística (T=30). De ello se desprende que viene a compatibilizarse con el MCMI-III; por un lado, el escaso nivel de comprensión dada la naturaleza de su escaso nivel académico-formativo; y, por otro lado, la intencionalidad de querer mostrar una imagen (o impresión) negativa de su personalidad. Es por ello, que la interpretación del resto de escalas clínicas de la prueba se han de interpretar con cautela. De este modo, la escala «Inconsistencia» (T=72) indica que el evaluado responde de forma inconsistente a lo largo de la prueba. Para ello tiene en cuenta su respuesta a pares de ítems altamente relacionados entre sí. La escala «Infrecuencia» (T=63) indica que el evaluado ha respondido poco cuidadosamente, al azar o de una forma muy peculiar. Y, la escala «Impresión negativa» (T=86) indica que el evaluado está presentando una imagen de sí mismo extremadamente desfavorable que pueda sugerir exageración de síntomas.

Con relación a las puntuaciones de las escalas clínicas, se desprenden que presenta significatividad estadística (y a las que se remite a la visualización directa de dicha gráfica, siendo que la mayoría de ellas resultan destacables), siendo de las más sobresalientes las siguientes:

1. «Esquizofrenia» (T=88): Evalúa los síntomas clave del amplio espectro de los trastornos esquizofrénicos.

2. «Problemas con drogas» (T=87): Evalúa las consecuencias negativas del uso de drogas y los rasgos indicativos de su dependencia.

3. «Rasgos Límites» (T=84): Evalúa los atributos indicativos de la personalidad límite, entre los que se incluyen las relaciones interpersonales inestables y fluctuantes, la impulsividad, la inestabilidad, la labilidad emocional y la ira incontrolada.

4. «Paranoia» (T=81): Evalúa los síntomas de los trastornos paranoides y las características más estables de la personalidad paranoide. Dicha escala puede compatibilizarse, asimismo, por el marco penitenciario en el que se encuentra ubicado configurándose lo que se denomina como «*Paranoia carcelaria*» y que viene originado por el hostil marco de convivencia con internos de prisión de toda índole de conducta delictiva y/o criminológica.

5. «Ansiedad» (T=80): Evalúa las manifestaciones y los signos observables de ansiedad con especial énfasis en la evaluación de sus distintas modalidades (cognitiva, emocional y fisiológica).

6. «Trastornos relacionados con la Ansiedad» (T=78): Evalúa los síntomas y conductas relacionadas con trastornos específicos de la ansiedad, específicamente fobias, estrés postraumático y síntomas obsesivos compulsivos.

7. «Depresión» (T=65): Evalúa las manifestaciones y síntomas de los trastornos depresivos.

8. «Manía» (T=64): Evalúa los síntomas afectivos, cognitivos y conductuales de la manía y la hipomanía.

9. «Rasgos antisociales» (T=68): Evalúa el historial de actos ilegales y problemas con la autoridad, así como el egocentrismo, la falta de empatía y lealtad, la inestabilidad y la búsqueda de sensaciones.

Hay que señalar que, en el presente caso, el informado presenta significatividad estadística en la escala de «Agresión» (T=73), lo que sugiere que se ha de considerarla con suma atención (dada la naturaleza del delito cometido) dado que evalúa las características y actitudes relacionadas con la ira, la asertividad, la hostilidad y la agresión. Asimismo, hay que destacar la tendencia a la «Dominancia» en sus relaciones interpersonales (T=59). Dicha puntuación anteriormente citada en la escala de dominancia, aunque se encuentre en el umbral de la significatividad, no obstante, desequilibra su opuesta definida como «Afabilidad» (T=41) y por la que no destacaría en sus rasgos de personalidad de base y caracterizándose, contrariamente, como autoritario en sus relaciones sociales (las puntuaciones altas en la escala de «Dominancia» están asociadas a un estilo dominante; mientras que, las puntuaciones bajas en «Afabilidad» se asocian a un estilo frío e indiferente).

Del resto de las subescalas clínicas del PAI, es significativa la puntuación que más destaca siendo la del «Estrés Postraumático» con T=87. Partiendo de la base que el informado ha querido mostrar una imagen socialmente más desvalida, dicha escala se ha interpretar con cautela; no obstante, y desde el punto de vista de los factores psicosociales adversos que el informado vino a relatar durante las anamnesis, describió un conjunto de reveses que le provocaron la manifestación de dicha condición psicoemocional y afectiva (y a los que el profesional de la Psicología ha de considerar o valorar en la interpretación).

Es de destacar, asimismo, la puntuación significativa en la subescala de «Conductas Antisociales» (T=78) y al que hay que complementase con las siguientes escalas: «Actitud Agresiva» (T=73), «Agresiones físicas» (T=76) e índices complementarios basados en la escalas de «Índice de potencia de violencia» (T=115), «Índice de

potencial de suicidio» (T=90) e «Índice de dificultad de tratamiento» (T=90). El conjunto de las escalas anteriormente citadas sitúa al profesional de la Psicología a extremar su atención en el perfil de personalidad resultante de la evaluación; así como del posible riesgo futuro de peligrosidad social del mismo. Las puntuaciones anteriormente descritas, presentan unos índices elevados de peligrosidad en un perfil de sujeto dominante con rasgos de personalidad caracterizados por la presencia, además, de paranoia y de tipo límite.

De este modo y siguiendo la línea de las subescalas clínicas, el informado presenta puntuaciones significativas en varias de las subescalas y a la que este Evaluador se remite a su visualización gráfica:

1. Subescalas Somatización: «Conversión» (T=71) que evalúa los síntomas asociados a los trastornos de conversión, especialmente alteraciones motoras o sensoriales.

2. Subescalas de Ansiedad: «Cognitiva» (T=83) que evalúa la presencia de inquietudes sobre asuntos cotidianos y preocupaciones rumiativas que afectan y limitan su capacidad de atención y concentración; «Emocional» (T=77) que evalúa la presencia de tensión, cansancio y dificultad para relajarse como resultado del alto nivel de estrés percibido; y «Fisiológica» (T=72) que evalúa los signos físicos manifiestos de tensión y estrés (p. ej., palmas sudorosas, temblor de manos, palpitaciones, sensación de ahogo o de falta de aire).

3. Subescalas relacionadas con los Trastornos de la Ansiedad: «Obsesivo-Compulsivo» (T=65) que evalúa la presencia de comportamientos o pensamientos intrusivos así como rigidez, indecisión, perfeccionismo y restricción afectiva (siendo en este caso, la fobia a un contenido de pensamiento delirante de persecución paranoide) y «Estrés Postraumático» (T=87) que evalúa la

existencia de hechos traumáticos que continúan causando malestar y que el sujeto percibe como hechos que le han cambiado o alterado en algún aspecto fundamental de sí mismo (siendo en el presente caso, la causa jurídico-legal y penitenciario por la que se encuentra contextualizado debido al crimen perpetrado por el informado).

4. Subescalas de Depresión: «Cognitiva» (T=91) que evalúa la presencia de pensamientos de desesperanza, inutilidad y fracaso personal, así como problemas para tomar decisiones y dificultades de concentración; y, «Emocional» (T=86) que evalúa la presencia de sentimientos de tristeza, falta de interés en las actividades cotidianas y anhedonia.

5. Subescalas Manía: «Irritabilidad» (T=73) que evalúa la existencia de tensión en sus relaciones debido a la frustración del sujeto por la incapacidad o la falta de voluntad de los otros para seguir sus planes, sus exigencias y sus ideas probablemente poco realistas. Se tratan de sujetos con baja tolerancia a la frustración y que pueden desarrollar potencialidad de conductas agresivas y hostiles tanto a nivel verbal como físico.

6. Subescalas de Paranoia: «Hipervigilancia» (T=78) que evalúa la suspicacia y la tendencia a estar atento a posibles desaires reales o imaginarios producidos por otros; «Persecución» (T=71) que evalúa la creencia de haber sido tratado injustamente y de que existe un interés común entre diversas personas para socavar sus intereses, siendo compatible en este caso con el contenido de pensamiento alterado y disfuncional con relación a un sentimiento (alteradamente subjetivo) de persecución que presentó en el mismo momento de perpetrar el crimen; y, «Resentimiento» (T=77) que evalúa la presencia de resentimiento y

desconfianza en las relaciones interpersonales y una tendencia a guardar rencor y a echar la culpa a los demás de cualquier desgracia. Hay que señalar, tal como se ha venido a referenciar con anterioridad el que dicha escala puede compatibilizarse, asimismo, por el marco penitenciario en el que se encuentra ubicado configurándose lo que se denomina como *«Paranoia carcelaria»* y que viene originado por el hostil marco de convivencia con internos de prisión de toda índole de conducta delictiva y/o criminológica.

7. Subescalas de Esquizofrenia: «Experiencia psicóticas» (T=81) que evalúa la presencia de sensaciones y percepciones poco comunes así como de pensamiento mágico y otras ideas inusuales que pueden incluir creencias delirantes; «Indiferencia Social» (T=66) que evalúa el aislamiento social así como la torpeza y la incomodidad en las relaciones sociales; y, «Alteración del pensamiento» (T=90) que evalúa la confusión, los problemas de concentración y la desorganización de los procesos de pensamiento; siendo en el presente caso compatible con la fenomenología clínica del informado.

8. Subescalas Limite: «Inestabilidad emocional» (T=72) que evalúa la sensibilidad emocional, los cambios bruscos de humor y el escaso control emocional; «Alteración de la identidad» (T=78) que evalúa la existencia de dudas sobre los principales aspectos de la vida y la presencia de sentimientos de vacío, de falta de realización y de ausencia de objetivos; «Relaciones interpersonales problemáticas» (T=74) que evalúa la presencia de una historia de relaciones intensas y ambivalentes en las que se ha sentido traicionado y explotado; y, «Autoagresiones» (T=80) que evalúa la impulsividad en áreas que tienen un alto potencial de consecuencias negativas, siendo compatible en el caso del informado.

9. Subescalas Antisocial: «Conductas antisociales» (T=71) que evalúa el historial de actos antisociales y la implicación en actividades ilegales; y, «Búsqueda de sensaciones» (T=62) que evalúa el ansia por nuevas sensaciones y emociones, así como una baja tolerancia al aburrimiento y una tendencia a ser temerario y a asumir riesgos.

10. Subescalas Agresividad: «Actitud agresiva» (T=73) que evalúa la hostilidad, el escaso control de la expresión de la ira y la creencia en la utilidad instrumental de la agresión; y, «Agresiones físicas» (T=76) que evalúa la tendencia a manifestar físicamente su ira, incluyendo los daños a la propiedad, las peleas físicas y las amenazas de violencia.

Dicho lo anterior y en conjunto, las puntuaciones resultan significativas en cuanto a la presencia de una importante inestabilidad psicoemocional de rango psicótico-enajenante con baja tolerancia a la frustración y pérdida del control de los impulsos ante situaciones desestabilizadoras de su estado de ánimo, siendo compatible con un elevado grado de violencia y peligrosidad futura.

MCMI-III

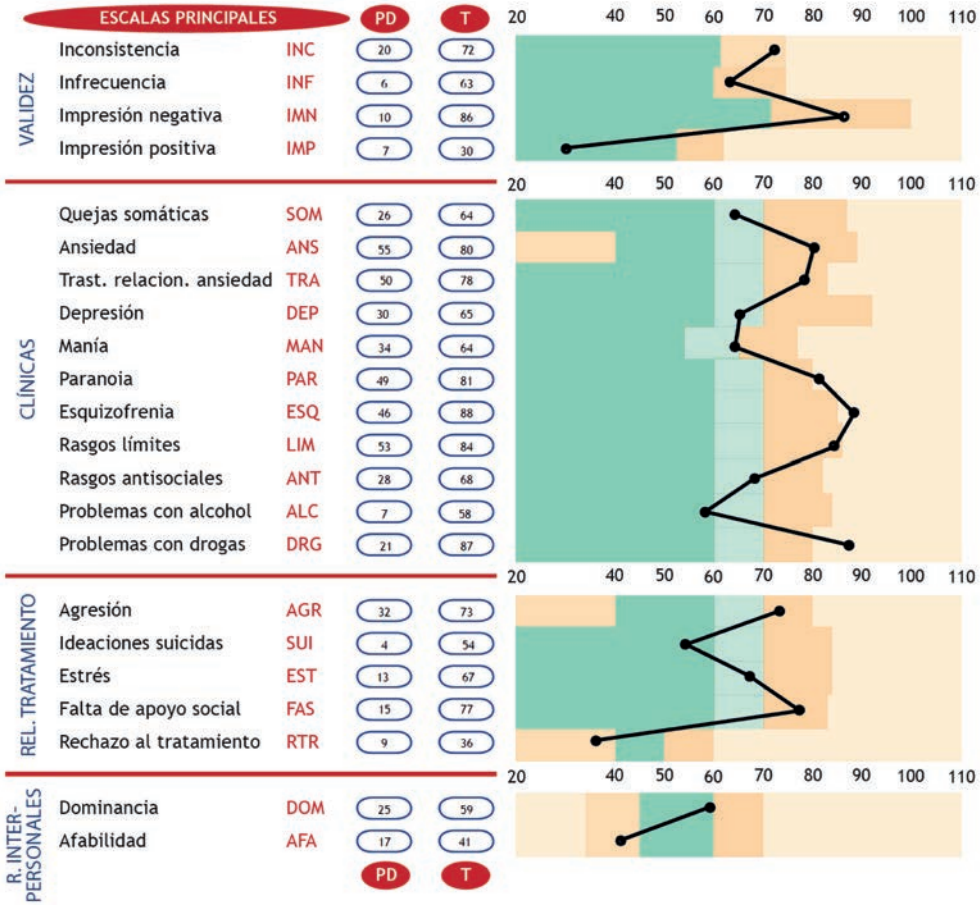
INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

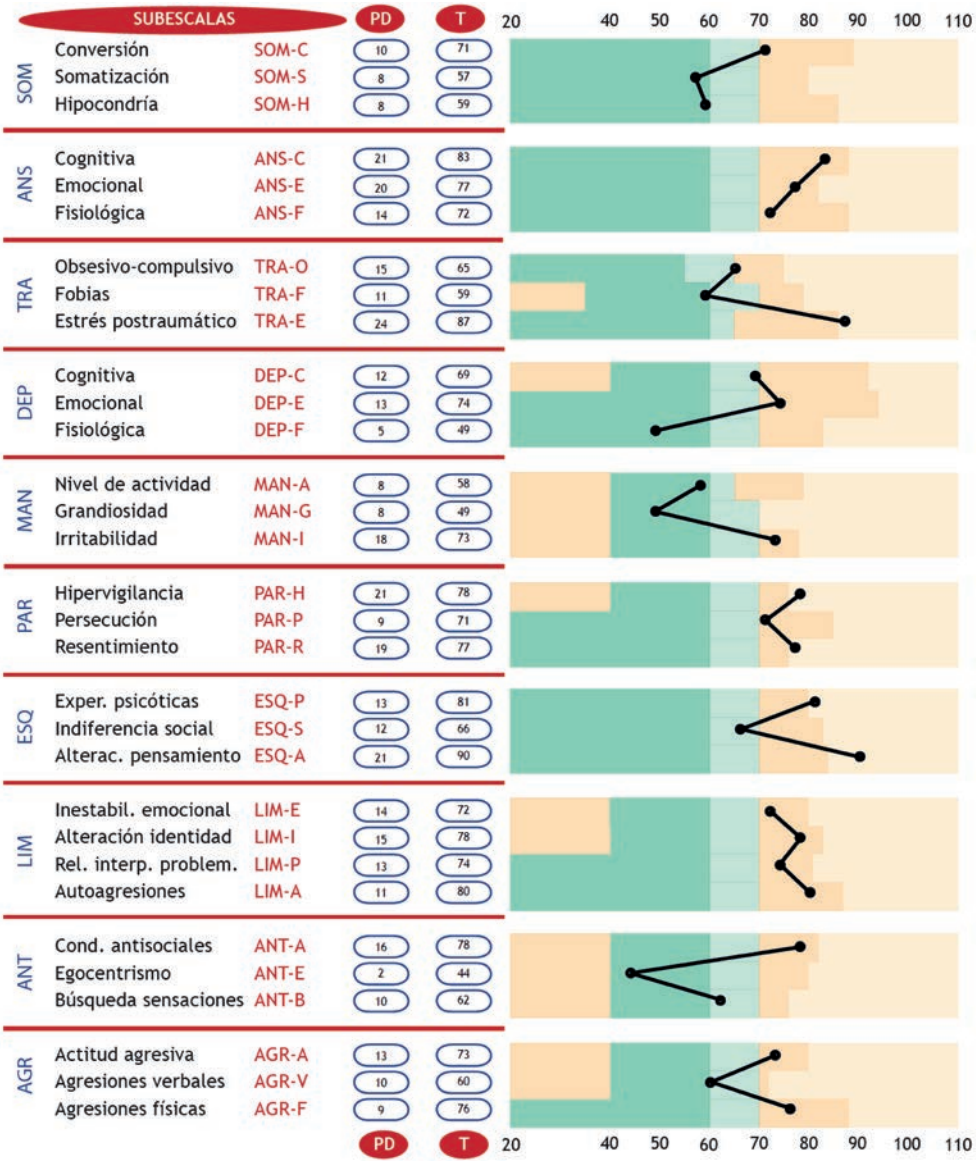
VALIDEZ = 1 INCONSISTENCIA = 4 VALIDEZ DUDOSA
CÓDIGO DE PERSONALIDAD: - ** - * 6A 6B 8A 2B + 5 3 2A 8B 4 " 7 1 // - ** - * //
CÓDIGO DE SÍNDROME: A ** N T * // - ** SS * //

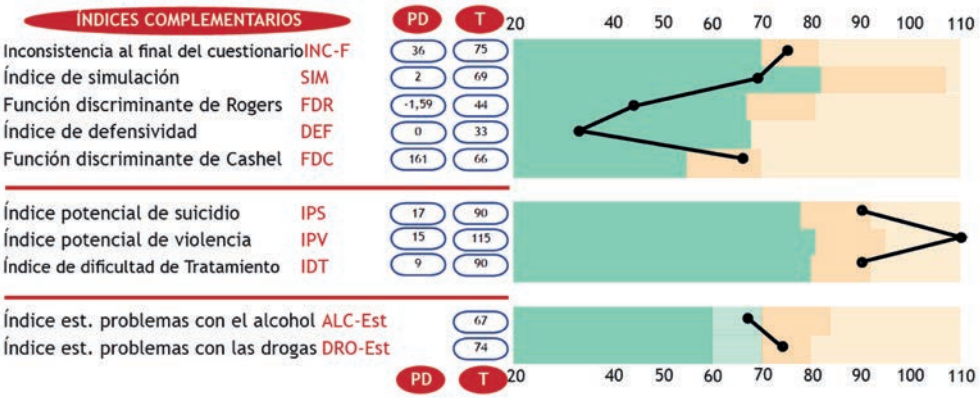
CATEGORÍA		PUNTUACIÓN PD	PUNTUACIÓN PREV	PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA 0 60 75 85 115	ESCALAS DIAGNÓSTICAS
ESCALAS DE VALIDEZ	X	143	82		SINCERIDAD
	Y	13	62		DESEABILIDAD SOCIAL
	Z	18	75		DEVALUACIÓN
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	1	4	22		ESQUIZOIDE
	2A	10	55		EVITATIVO
	2B	15	65		DEPRESIVO
	3	11	56		DEPENDIENTE
	4	16	40		HISTRIONICO
	5	14	59		NARCISISTA
	6A	17	70		ANTISOCIAL
	6B	20	66		AGRESIVO (SÁDICO)
	7	13	33		COMPULSIVO
	8A	18	66		NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
	8B	10	53		AUTODESTRUCTIVO
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	S	13	61		ESQUIZOTÍPICO
	C	16	65		LÍMITE
	P	17	74		PARANOIDE
SÍNDROMES CLÍNICOS	A	14	92		ANSIEDAD
	H	2	26		SOMATOFORMO
	N	14	80		BIPOLAR
	D	10	63		DISTÍMICO
	B	6	63		DEPENDENCIA DEL ALCOHOL
	T	15	80		DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
	R	15	67		ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	SS	13	81		TRASTORNO DEL PENSAMIENTO
	CC	6	65		DEPRESIÓN MAYOR
	PP	4	68		TRASTORNO DELIRANTE

PAI

INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD




SUBESCALAS
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110
SOM
Conversión SOM-C 10 71
Somatización SOM-S 8 57
Hipocondría SOM-H 8 59
ANS
Cognitiva ANS-C 21 83
Emocional ANS-E 20 77
Fisiológica ANS-F 14 72
TRA
Obsesivo-compulsivo TRA-O 15 65
Fobias TRA-F 11 59
Estrés postraumático TRA-E 24 87
DEP
Cognitiva DEP-C 12 69
Emocional DEP-E 13 74
Fisiológica DEP-F 5 49
MAN
Nivel de actividad MAN-A 8 58
Grandiosidad MAN-G 8 49
Irritabilidad MAN-I 18 73
PAR
Hipervigilancia PAR-H 21 78
Persecución PAR-P 9 71
Resentimiento PAR-R 19 77
ESQ
Exper. psicóticas ESQ-P 13 81
Indiferencia social ESQ-S 12 66
Alterac. pensamiento ESQ-A 21 90
LIM
Inestabil. emocional LIM-E 14 72
Alteración identidad LIM-I 15 78
Rel. interp. problem. LIM-P 13 74
Autoagresiones LIM-A 11 80
ANT
Cond. antisociales ANT-A 16 78
Egocentrismo ANT-E 2 44
Búsqueda sensaciones ANT-B 10 62
AGR
Actitud agresiva AGR-A 13 73
Agresiones verbales AGR-V 10 60
Agresiones físicas AGR-F 9 76
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110


ÍNDICES COMPLEMENTARIOS
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110
Inconsistencia al final del cuestionario INC-F 36 75
Índice de simulación SIM 2 69
Función discriminante de Rogers FDR -1,59 44
Índice de defensividad DEF 0 33
Función discriminante de Cashel FDC 161 66
Índice potencial de suicidio IPS 17 90
Índice potencial de violencia IPV 15 115
Índice de dificultad de Tratamiento IDT 9 90
Índice est. problemas con el alcohol ALC-Est 67
Índice est. problemas con las drogas DRO-Est 74
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110

12.2.8. Caso 8. Crimen filicida por decapitación

EDAD	35 años	SEXO	Varón	NIVEL ACADÉMICO	Estudios secundarios

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS PREVIOS DEL AGRESOR

– Trastorno Depresivo episodio único.

DELITO	SENTENCIA
Filicidio. Asesinato con arma blanca y con agravante de parentesco.	Autor de asesinato con agravante de parentesco y atenuante de confesión a 19 años.

VISITA PSICOLÓGICA CELEBRADA EN CENTRO PENITENCIARIO

Sí

INTENCIONALIDAD DELICTIVA (*ÍTER CRIMINIS*)

Caso de filicidio perpetrado por un sujeto con trastorno cognitivo grave del contenido del pensamiento; y por el que,el informado dio muerte a su hija creyendo psicóticamente que *«estaba poseída por el Diablo»*[57, 58, 59].

Caso criminológico de filicidio de amplio impacto mediático de asesinato con arma blanca y con agravante de parentesco (la víctima del agresor fue su propia hija de escasos meses de edad).

Como fenómeno criminológico, el que un/a progenitor/a propicie la muerte de su hijo/a siempre origina un gran impacto social, jurídico y mediático (Tiffon, 2017)[60,61].

57 Tiffon, B.-N. (2017). *«Estudio de un caso: Trastorno Psicótico Breve (Agudo y Transitorio) y decapitación de una menor»*. Libro de actas del X Congreso (Inter)Nacional de Psicología Jurídica y Forense. Sevilla. 25, 26 y 27 de mayo de 2017. Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense (SEPJF).

58 Tiffon, B.-N. (2017). *«Atlas de Psicología Forense (Penal)»*. J.M. Bosch Editor. Barcelona.

59 Tiffon, B.N. (2018). *«A propósito de un caso: filicidio por decapitación de una menor y trastorno psicótico breve, agudo y transitorio vs. ausencia de trastorno»*.Revista de Derecho y Proceso Penal. Thomson Reuters-Aranzadi. Cizur Menor (Navarra).

60 Tiffon, B.-N. (2018). *«A propósito de un caso: filicidio por decapitación de una menor y trastorno psicótico breve, agudo y transitorio vs. ausencia de trastorno»*. En Revista de Derecho y Proceso Penal. Editorial Thomson Reuters-Aranzadi. N.º 50, abril-junio 2018. Págs. 421-440.

61 Tiffon, B.-N. (2017). *«A propósito de un caso de doble filicidio por suicidio am-*

Las puntuaciones pertenecientes a las escalas de validez presentan significatividad estadística y el instrumento SIMS presenta una puntuación relevante en cuanto a simulación de síntomas psicopatológicos. Derivado de ello, se desprende que hay que adoptar una actitud de cautela y de precaución en la interpretación subsiguiente del resto de escalas clínicas de las pruebas administradas, siendo que la configuración de la interpretación psicológica resultante pueda ser desvirtuado. Se desprende que el estilo de respuesta puede transmitir sentimientos de extrema vulnerabilidad.

Asimismo, también es interesante ser comedido en cuanto al cotejo de la interpretación de las gráficas resultantes con lo vertido por el informado en el contexto de la entrevista clínica dirigida (o anamnesis) con relación a los hechos de autos.

No obstante, y partiendo desde la base de lo que constaba en la causa con relación al patológico *«modus operandis»* y del comportamiento ilícito-delictivo y criminológico materializado por el informado (*«ítercriminis»*), un sector de los Peritos (profesionales de la salud mental) que intervinieron en la causa se determinaron en que pudo existir compatibilidad con un *«Trastorno Psicótico breve, agudo y transitorio»* en el preciso momento de materializar el crimen.

A pesar de ello, y por lo que se desprende de los *«hechos probados»* y de la imposición de la condena que SSª redactó en la sentencia, no se determinó la existencia de ningún tipo de trastorno mental alguno y no concurriendo circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal (por causa psíquica).

De este modo, y de las puntuaciones obtenidas del MCMI-III, se desprende una acusada significatividad estadística en las escalas de validez: «Sinceridad» (PREV=94) y «Devaluación» (PREV=99). Dichas puntuaciones, alertan al profesional en cuanto a la posible intencionalidad del informado en cuanto al deseo de ofrecer una imagen negativa de su condición psíquica. Hay que señalar *«a priori»* que el informado es de nacionalidad sudamericana y por su condición sociocultural puede ser que no interprete los ítems del mismo modo que un sujeto europeo-occidental; no obstante, los resultados del MCMI-III en cuanto a las escalas de estudio del presente párrafo se han de cotejar con el resto de las pruebas psicológicas administradas y que seguidamente se procederá a analizar.

Dada la singularidad del caso y por el resultado de la sentencia, se procede a realizar una descripción de las puntuaciones obtenidas de las pruebas administradas y que se detallan en los siguientes apartados:

pliado frustrado». En Revista de Derecho y Proceso Penal. Editorial Thomson Reuters-Aranzadi.N.º 48, 2017. Págs. 335-349. En Tiffon, B.-N. (2018). *«A propósito de un caso: filicidio por decapitación de una menor y trastorno psicótico breve, agudo y transitorio vs. ausencia de trastorno»*. En Revista de Derecho y Proceso Penal. Editorial Thomson Reuters-Aranzadi. N.º50, abril-junio 2018. Págs. 421-440.

1. Prueba MCMI-III

a. En cuanto a los patrones clínicos de personalidad del informado, el mismo presenta puntuaciones subclínica y clínicamente significativas en las siguientes escalas

   a. «Evitativo» (PREV=89): lo que viene a sugerir que el informado presenta una conducta dudosa, excesivamente consciente de sí mismo, avergonzado, ansioso. Se siente tenso en situaciones sociales por temor al rechazo. Invadido por una constante ansiedad de ejecución. Se ve a sí mismo como inepto, inferior o poco atractivo. Sentimientos de soledad y vacío.

   b. «Depresivo» (puntuación subclínica de PREV=69): Lo que viene a sugerir la tendencia a estados de ánimos depresivos en sus rasgos de personalidad de base.

   c. «Esquizoide» (puntuación subclínica de PREV=64): lo que sugiere que el informado presenta tendencia a ser apático, indiferente, distante, solitario. Ni desea ni disfruta de las relaciones personales. Mínima conciencia de los sentimientos propios y ajenos. Pocos o ningún impulso o ambición.

   d. «Dependiente» (puntuación subclínica de PREV=64): lo que sugiere que presenta tendencia a sentirse indefenso, incompetente, sumiso e inmaduro. Rechaza las responsabilidades adultas. Se ve a sí mismo débil, y frágil. Busca constantemente el apoyo y consejo en figuras más fuertes.

b. En lo que se refieren a los síndromes clínicos, el informado presenta puntuaciones estadísticamente significativas en las siguientes escalas: «Ansiedad» (PREV=105), «Distímico» (PREV=105) y «Estrés postraumático» (PREV=105).

c. A su vez, en los síndromes clínicos graves, destacan las escalas: «Trastorno del pensamiento» (PREV=95), «Depresión Mayor» (PREV=92) y «Trastorno delirante» (PREV=70).

2. Prueba 16PF (Versión 5)

A. Escalas Primarias:

a. Estabilidad (DE=1): Persona reactiva y emocionalmente cambiable, se frustra fácilmente, negativa, se victimiza, evade responsabilidades, con resentimiento hacia a los demás, incapaz de luchar, inconformista. Cuando las condiciones no son satisfactorias es voluble, plástica, neurótica fatigada, displicente, de emoción y turbación fácil, activa cuando se encuentra insatisfecha, presenta síntomas neuróticos; fobias alteraciones del sueño, quejas psicosomáticas y tiende a darse por vencida. Experimenta una cierta falta de control sobre su vida, tiene más altibajos de humor que la mayoría, admite que sus necesidades emocionales no están satisfechas y que se siente como si no pudiera controlar el que pequeñas cosas le salgan mal.

b. Dominancia (DE=2): Persona deferente, cooperativa, que evita los conflictos, manejable, humilde, convencional, conformista, apacible, sumisa, insegura, dócil, acomodaticia, retraída, gusta ser supervisada y mandada, considerada y cuidadosa con los demás, es efectivo amenazarle con la autoridad, constantemente se justifica, es orientada al cliente, servicial, no apto para formar equipo. Necesita relacionarse con otro para el manejo de la autoridad, normas y valores. Tendencia a acomodarse a los deseos de los

demás, a evitar el conflicto asintiendo a los deseos de los otros y pospone sus sentimientos y deseos. En el extremo puede alienar a quien desea una postura esforzada y participativa. suele ser más cooperativa que asertiva y reconoce que deja pasar el tema si alguien hace algo que le molesta o estorba.

c. Animación (DE=1): Persona seria, reprimida, terca, cuidadosa, ligada a los hábitos, sobria, prudente, rígida, taciturna, calmada, analítica, introspectiva, terca, predispuesta a ver peligros, precavida, lenta pero segura para tomar decisiones, reflexiva, adecuadas para situaciones donde hay alto error de accidentalidad, obstinada, deprimida, pesimista, presumida, estiradamente correcta digna de confianza, cautelosa, se apega a sus valores personales. Tiende a tomar la vida más seriamente; es más callada o apagada, cuidadosa y menos dada a la diversión; tiende a inhibir su espontaneidad, a veces hasta el punto de parecer reprimida y Circunspecta. Prefiere estar ocupada en una tarea tranquila.

d. Atrevimiento (DE=2): Persona tímida, temerosa, cohibida, reprimida, falta de confianza en sí misma, baja autoeficacia, alejada, cautelosa, retraída, al margen de la actividad social, puede presentar sentimientos de inferioridad, lenta y torpe para hablar. Tiende a ser socialmente cauta y vergonzosa; le resulta difícil hablar frente a un grupo de gente y puede representar una falta de autoestima. Se intimida fácilmente, tiende a la introversión, posee alta concentración, sus áreas de interés son reducidas, siente miedo a avanzar, encerrada en sí misma, sensible, y sujeta a reglas.

e. Abstracción (DE=8): Persona abstraída, imaginativa, idealista, centrada en sus necesidades íntimas, poco conven-

cional, despreocupada de lo cotidiano, bohemia, motivada por sí misma, creadora, preocupada por lo esencial, despreocupada de personas particulares, y de la realidad física. Sus intereses se dirigen hacia su intimidad, su individualidad la empuja a verse excluida de las actividades del grupo. Generalmente entusiasmada, pero con ocasionales cambios histéricos de abandono. Ideal para cargos de planeación, creativos y asesores, no compagina con lo comercial, no se le puede dar nada concreto.

f. Aprensión (DE=8): Persona aprensiva, insegura, autocrítica y preocupada, se autocastiga, puede cumplir, pero sufriendo o llorando. Hace todo por castigo, por miedo, por culpa, hipocondríacas, fóbicas, trabajan bien, pero son depresivas, llenas de presagios e ideas largamente gestadas, con tendencia infantil a la ansiedad. En los grupos no se siente aceptada ni con libertad para actuar, dificultad para cambiar, es productiva, pero a un costo alto, se preocupa por los cambios en su estado de ánimo y se responsabiliza por las cosas que suceden. Factor clínico: Drogadictos, alcohólicos

g. Autosuficiencia (DE=8): Persona, individualista, autosuficiente, llena de recursos, prefiere tomar sus propias decisiones, prefiere trabajar sola, se aísla, buena para la creatividad, temperamentalmente independiente. Está acostumbrada a seguir su propio camino, no le disgusta la gente, simplemente no necesita de su asentimiento y apoyo, no tiene en consideración la opinión del grupo, aunque no es necesariamente dominante en su relación con los demás. No delega mucho, es recursiva para utilizar en forma práctica y eficiente lo que tiene, el grupo no la presiona fácilmente y es introvertida. Puede tener dificulta-

des para trabajar con otras personas, le cuesta pedir ayuda cuando la necesita, y puede pasar por alto los aspectos interpersonales y las consecuencias de sus acciones.

h. Perfeccionismo (DE=3): Persona flexible y tolerante con el desorden y faltas, autoconflictiva, perezosa, poco manejo de lo social, no se preocupa por aceptar o ceñirse a las exigencias sociales. No es excesivamente considerada, cuidadosa o esmerada. Puede sentirse desajustada, no tiene conciencia de la imagen, desaliñada, poco controlada, de carácter disparejo, no respetuosa con otros, explosiva, despreocupada de protocolos. Fuertemente inestable, bajo control y baja autoimagen, no le interesa verse bien cuando está sola. Sin metas claras, sigue impulsos de momento, sus necesidades son sus normas de conducta.

B. Estilos de respuesta:

Las escalas de estilo de respuesta tienen como función principal asegurar la validez y fiabilidad de los datos recogidos sobre el paciente, observándose si contesta correcta y sinceramente o si aparecen tendencias que distorsionen los datos y por tanto el análisis de la personalidad:

a. Manipulación de la imagen (DE=5): En la normalidad estadística.

b. Infrecuencia (DE=7): En la normalidad estadística.

c. Aquiescencia (DE=6): En la normalidad estadística.

C. Dimensiones globales:

a. Extraversión (DE=3): Reservado, autosuficiente e inhibido en los contactos personales. Puede ser favorable o desfa-

vorable según la situación particular en la que tenga que actuar.

b. Ansiedad (DE=8): Ansiedad alta, puede presentar un desajuste o estar insatisfecho con la posibilidad de responder a las urgencias de la vida o con sus éxitos en lo que desea. En el extremo es un índice de desorganización de la acción y posibles alteraciones fisiológicas.

c. Independencia (DE=1): Se presenta como dependiente, pasiva y conducida por el grupo. Desea y necesita el apoyo de los demás y orienta su conducta hacia las personas que le den ese soporte.

3. Prueba SIMS

a. Existencia de sospecha de simulación en la puntuación total (PD=37) y en la mayoría de las escalas que son objeto de análisis y estudio.

Del conjunto de puntuaciones que se han descrito que presentan significatividad estadística y dado el sentido de la sentencia emitida, así como de los hechos probados en dicho dictamen, se desprende que el informado ha presentado intencionalidad de querer mostrar un perfil patológico no compatible con su verdadero estado psíquico.

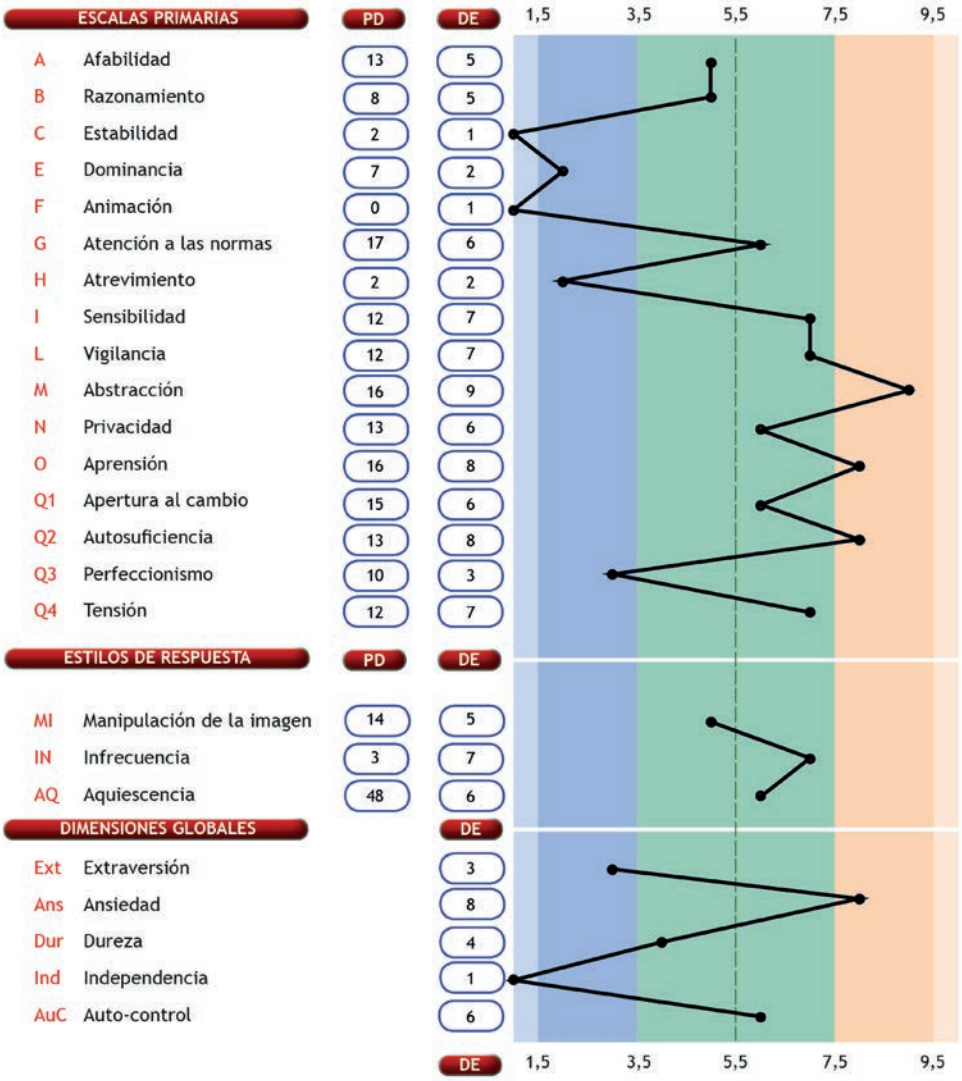
MCMI-III

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

VALIDEZ = 0 INCONSISTENCIA = 1
CÓDIGO DE PERSONALIDAD: 2A ** - * 2B 1 3 + 8A 6B 6A 8B " 5 7 4 // - ** C * //
CÓDIGO DE SÍNDROME: A D R H ** - * // SS CC ** - * //

CATEGORÍA		PUNTUACIÓN PD	PUNTUACIÓN PREV	PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA 0 60 75 85 115	ESCALAS DIAGNÓSTICAS
ESCALAS DE VALIDEZ	X	170	94		SINCERIDAD
	Y	2	0		DESEABILIDAD SOCIAL
	Z	30	99		DEVALUACIÓN
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	1	18	64		ESQUIZOIDE
	2A	24	89		EVITATIVO
	2B	22	69		DEPRESIVO
	3	20	64		DEPENDIENTE
	4	4	0		HISTRIONICO
	5	6	17		NARCISISTA
	6A	13	51		ANTISOCIAL
	6B	17	52		AGRESIVO (SÁDICO)
	7	10	13		COMPULSIVO
	8A	19	56		NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
	8B	19	44		AUTODESTRUCTIVO
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	S	21	68		ESQUIZOTÍPICO
	C	24	78		LÍMITE
	P	18	70		PARANOIDE
SÍNDROMES CLÍNICOS	A	20	105		ANSIEDAD
	H	16	90		SOMATOFORMO
	N	11	65		BIPOLAR
	D	20	105		DISTÍMICO
	B	12	72		DEPENDENCIA DEL ALCOHOL
	T	4	50		DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
	R	21	105		ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	SS	20	95		TRASTORNO DEL PENSAMIENTO
	CC	20	92		DEPRESIÓN MAYOR
	PP	8	70		TRASTORNO DELIRANTE

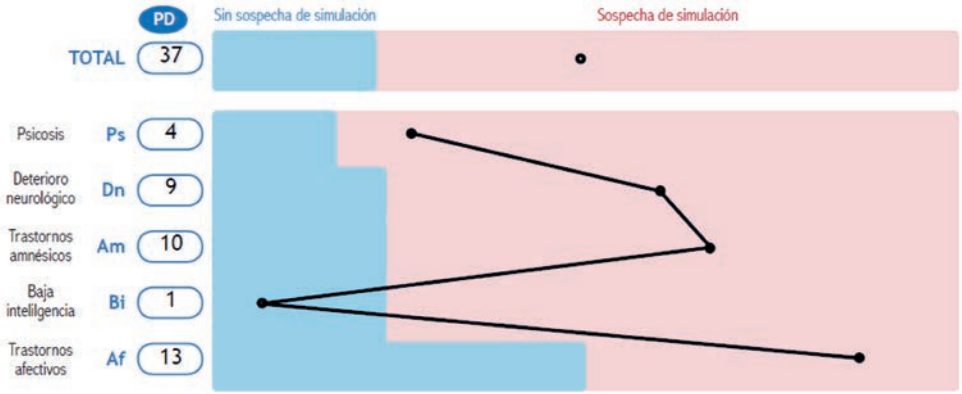
16PF – Version 5



Nota: DE (Decatipo), escala típica con media=5,5 y desviación típica=2.

SIMS

INVENTARIO ESTRUCTURADO DE SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS



12.2.9. Caso 9. Crimen por encargo

EDAD	45 años	SEXO	Varón	NIVEL ACADÉMICO	Estudios secundarios

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS PREVIOS DEL AGRESOR	
– Sin antecedentes.	
DELITO	**SENTENCIA**
Inductor de delito de asesinato.	Condenado por inducción de delito de asesinato a 18 años de prisión.
VISITA PSICOLÓGICA CELEBRADA EN CENTRO PENITENCIARIO	
Sí	
INTENCIONALIDAD DELICTIVA (*ÍTER CRIMINIS*)	
Inductor de asesinato por encargo (a un sicario)[62].	
Caso criminológico de amplio impacto social y mediático de asesinato perpetrado en pleno día en la vía pública por un sicario pertrechado con un arma de fuego.	
Las gráficas psicológicas corresponden al inductor o «autor intelectual» del crimen (quien contrata al sicario para materializar y perpetrar el acto criminológico).	

1. Prueba MCMI-III

Del inventario clínico MCMI-III, se observa que existe una puntuación de 1 en la validez del cuestionario («Validez dudosa») y que, dada la naturaleza socialmente extraordinaria del acto criminológico perpetrado en una ciudad que no está acostumbrada a este tipo de delitos en la vía pública a plena luz del día, se explica por la respuesta afirmativa ofrecida en el ítem 110 (ítem 110 del MCMI-III: *«El año pasado aparecí en la portada de varias revistas»*). Por tanto, la Escala de Validez presenta una puntuación de 1 (compatibilidad de respuesta

62 Tiffon, B.-N. (2017). *«Atlas de Psicología Forense (Penal)»*. J.M. Bosch Editor. Barcelona.

correcta), dado que el crimen destacó socialmente a la luz pública como fenómeno de amplio impacto mediático y social, publicándose en varios medios de comunicación (prensa, radio y/o TV). En el presente caso, la puntuación 1 es compatible y se ajusta de manera correcta a la pregunta.

Siguiendo la línea del MCMI-III, las escalas de validez se encuentran en la normalidad estadística, a excepción de la escala de «Deseabilidad social» (PREV=80) y por cuya puntuación sugiere que informado ha presentado intencionalidad de querer ofrecer una imagen más positiva y socialmente más deseable.

Con relación a los patrones clínicos de personalidad, el informado presenta una puntuación clínica y estadísticamente significativa en las siguientes escalas:

- «Compulsivo» (PREV=93): El informado suele ser comedido, concienzudo y rígido en sus relaciones interpersonales. Mantiene un estilo de vida regido por normas. Ve el mundo en función de las reglas y las jerarquías y se considera a sí mismo como eficiente y productivo.
- «Esquizoide» (puntuación subclínica PREV=65): El informado presenta tendencia a ser apático, indiferente, distante, solitario. Ni desea ni disfruta de las relaciones personales. Mínima conciencia de los sentimientos propios y ajenos. Pocos o ningún impulso o ambición.
- «Narcisista» (puntuación subclínica PREV=62): El informado presenta tendencia a ser egocéntrico, arrogante, con ideas de grandeza. Preocupado por fantasías de éxito y belleza o grandes logros. Se considera admirable y superior y, por tanto, merecedor de un trato especial.

De las escalas pertenecientes al área de las patologías graves de la personalidad, destaca la escala «Paranoide» (puntuación subclínica PREV=68) y por cuyo contenido de pensamiento se caracteriza por la presencia de suspicacia en sus relaciones interpersonales y no depositando confianza con el resto de la gente con quien se relaciona. Acostumbra a ser expectante, defensivo, desconfiado y suspicaz. Hipervigilante frente a intentos ajenos de desvalorización o agresión. Siempre busca evidencias que confirmen la presencia de móviles ocultos. Se siente justo y recto, y a la vez perseguido.

En el área de los síndromes clínicos, el informado destaca una puntuación significativamente elevada en «Ansiedad» (PREV=75), lo que sugiere la presencia de inestabilidad psicoemocional de origen ansiógeno. La escala «Bipolar» presenta una manifestación subclínica (PREV=60) lo que sugiere existencia de una tendencia a la alternancia de estados de ánimo (depresivo-maníaco).

Asimismo, y en cuanto al área de los síndromes clínicos graves, el informado presenta puntuación subclínica y estadísticamente significativa en «Trastorno delirante» (PREV=71) y en «Depresión mayor» (PREV=62), lo que sugiere la existencia de un contenido de pensamiento alterado (posiblemente por la acción patógena del estrés y/o ansiedad en la que se encuentra sometido desde el punto de vista jurídico-legal y penitenciario) y que, además, le origina una fenomenología sintomatológica de tipo depresivo.

2. Prueba SIMS

Por otro lado, la puntuación total del SIMS (PD=15) se encuentra dentro de la normalidad estadística pudiéndose considerar que no ha existido intencionalidad de simular síntomas y pudiendo otorgar confiabilidad a los resultados obtenidos.

MCMI-III

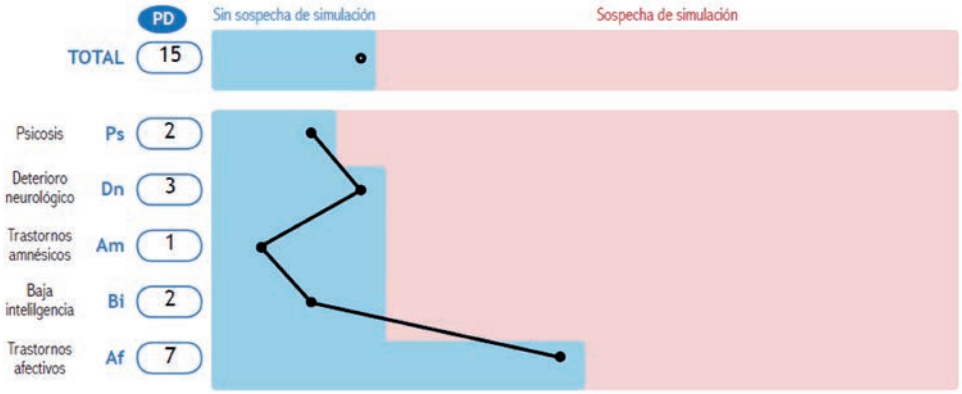
INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

VALIDEZ = 1 INCONSISTENCIA = 2 VALIDEZ DUDOSA
CÓDIGO DE PERSONALIDAD: 7 ** - * 1 5 + - * 8A 4 6B 2A 2B 3 6A 8B // - ** - * //
CÓDIGO DE SÍNDROME: - ** A * // - ** - * //

CATEGORÍA		PUNTUACIÓN PD	PUNTUACIÓN PREV	PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA 0 60 75 85 115	ESCALAS DIAGNÓSTICAS
ESCALAS DE VALIDEZ	X	70	34		SINCERIDAD
	Y	17	80		DESEABILIDAD SOCIAL
	Z	8	51		DEVALUACIÓN
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	1	10	65		ESQUIZOIDE
	2A	3	25		EVITATIVO
	2B	3	22		DEPRESIVO
	3	3	20		DEPENDIENTE
	4	10	30		HISTRIONICO
	5	11	62		NARCISISTA
	6A	0	0		ANTISOCIAL
	6B	4	30		AGRESIVO (SÁDICO)
	7	25	93		COMPULSIVO
	8A	5	33		NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
	8B	0	0		AUTODESTRUCTIVO
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	S	0	0		ESQUIZOTÍPICO
	C	3	25		LÍMITE
	P	10	68		PARANOIDE
SÍNDROMES CLÍNICOS	A	6	75		ANSIEDAD
	H	3	46		SOMATOFORMO
	N	2	20		BIPOLAR
	D	6	60		DISTÍMICO
	B	0	0		DEPENDENCIA DEL ALCOHOL
	T	0	0		DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
	R	1	12		ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	SS	4	34		TRASTORNO DEL PENSAMIENTO
	CC	6	62		DEPRESIÓN MAYOR
	PP	4	71		TRASTORNO DELIRANTE

SIMS

INVENTARIO ESTRUCTURADO DE SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS



12.2.10. Caso 10. Crimen grupal

EDAD	32 años	SEXO	Varón	NIVEL ACADÉMICO	Estudios primarios

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS PREVIOS DEL AGRESOR	
– Trastorno intelectivo limite (CI=80).	
DELITO	**SENTENCIA**
Asesinato consumado y asesinato en grado de tentativa.	29 años de pena privativa de libertad.
VISITA PSICOLÓGICA CELEBRADA EN CENTRO PENITENCIARIO	
Sí	
INTENCIONALIDAD DELICTIVA (*ÍTER CRIMINIS*)	
Asesinato perpetrado en grupo en una trifulca durante una fiesta de un local de ocio nocturno.	
Caso de impacto mediático de asesinato en una reyerta callejera en la vía pública perpetrado por un grupo de agresores contra una única víctima. En el presente caso, la evaluación psicológica del sujeto se celebró mientras el mismo se hallaba ingresado en centro penitenciario cumpliendo pena privativa de libertad en ejecución de sentencia. El motivo de consulta era el plantear un informe pericial psicológico a efectos de acreditar su condición psíquica actual a efectos de poder obtener beneficios de salida penitenciaria.	

1. Prueba MCMI-III

Siguiendo la línea del MCMI-III, las escalas de validez correspondientes a la de «Sinceridad» (PREV=31) y a la de «Devaluación» (PREV=0) se encuentran en la estricta normalidad estadística; a excepción de la escala de «Deseabilidad social» (PREV=75), la cual presenta significatividad estadística, y por cuya puntuación sugiere que el informado ha presentado intencionalidad de querer ofrecer una imagen más positiva y socialmente más deseable.

Con relación a los patrones clínicos de personalidad, el informado presenta una única puntuación clínicamente significativa en la escala «Narcisista» (PREV=78) siendo tendente a ser egocéntrico,

arrogante, con ideas de grandeza. Preocupado por fantasías de éxito y belleza o grandes logros. Se considera admirable y superior y, por tanto, merecedor de un trato especial.

El resto de las escalas pertenecientes a los patrones clínicos de la personalidad, las concernientes a las patologías graves de la personalidad como las de los síndromes clínicos, no presentan puntuación que alcancen rango clínico y estadísticamente significativo.

En el caso de los síndromes clínicos graves, el informado presenta una puntuación subclínica significativa en la escala «Trastorno delirante» (PREV=64). De la entrevista clínica dirigida, así como del *iter vitae* del sujeto, dicha escala no se compatibiliza con un trastorno de carácter psicótico; en este caso, se contextualizaría en el contexto de la *psicosis carcelaria* por la que se ve sometido, dado el contexto y medio social hostil en el que está conviviendo.

2. Prueba SIMS

Por otro lado, la puntuación directa total del SIMS (PD=7) se encuentra dentro de la normalidad estadística pudiéndose considerar que no ha existido intencionalidad de simular síntomas y pudiendo otorgar confiabilidad a los resultados obtenidos.

MCMI-III

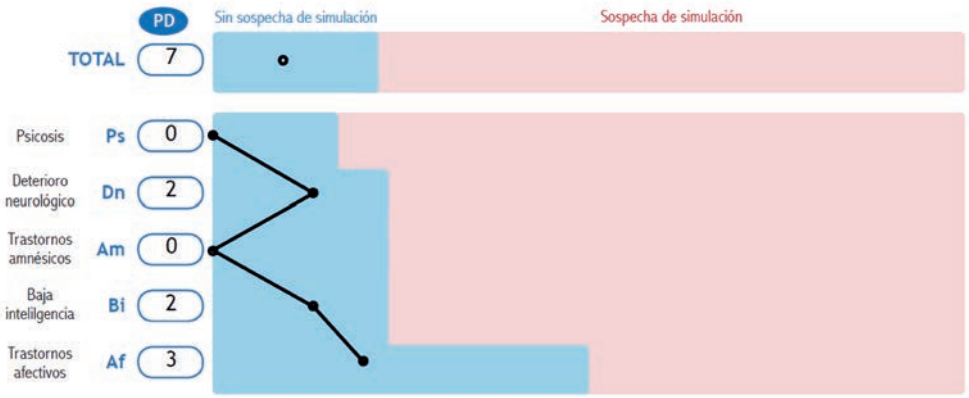
INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

VALIDEZ = 0 INCONSISTENCIA = 2
CÓDIGO DE PERSONALIDAD: - ** 5 * 6A 1 + 4 7 " 6B 8A 2A 3 2B 8B // - ** - * //
CÓDIGO DE SÍNDROME: - ** - * // - ** - * //

CATEGORÍA		PUNTUACIÓN PD	PUNTUACIÓN PREV	PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA 0 60 75 85 115	ESCALAS DIAGNÓSTICAS
ESCALAS DE VALIDEZ	X	67	31		SINCERIDAD
	Y	16	75		DESEABILIDAD SOCIAL
	Z	0	0		DEVALUACIÓN
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	1	8	60		ESQUIZOIDE
	2A	1	9		EVITATIVO
	2B	0	0		DEPRESIVO
	3	1	7		DEPENDIENTE
	4	19	57		HISTRIONICO
	5	16	78		NARCISISTA
	6A	8	62		ANTISOCIAL
	6B	3	22		AGRESIVO (SÁDICO)
	7	14	44		COMPULSIVO
	8A	2	13		NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
	8B	0	0		AUTODESTRUCTIVO
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	S	2	24		ESQUIZOTÍPICO
	C	0	0		LÍMITE
	P	4	40		PARANOIDE
SÍNDROMES CLÍNICOS	A	0	0		ANSIEDAD
	H	0	0		SOMATOFORMO
	N	5	50		BIPOLAR
	D	0	0		DISTÍMICO
	B	4	60		DEPENDENCIA DEL ALCOHOL
	T	4	60		DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
	R	0	0		ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	SS	0	0		TRASTORNO DEL PENSAMIENTO
	CC	0	0		DEPRESIÓN MAYOR
	PP	2	64		TRASTORNO DELIRANTE

SIMS

INVENTARIO ESTRUCTURADO DE SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS



12.2.11. Caso 11. Crimen grupal por defenestramiento

EDAD	35 años	SEXO	Varón	NIVEL ACADÉMICO	Estudios secundarios

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS PREVIOS DEL AGRESOR

– Sin antecedentes.

DELITO	SENTENCIA
Asesinato con alevosía.	Autor criminalmente responsable de un delito de homicidio con circunstancia agravante de abuso de superioridad.

VISITA PSICOLÓGICA CELEBRADA EN CENTRO PENITENCIARIO

No

INTENCIONALIDAD DELICTIVA (*ÍTER CRIMINIS*)

Asesinato perpetrado en grupo, defenestrando a la víctima desde un tercer piso.

Caso mediático de defenestramiento con resultado de muerte de un joven perpetrado por parte de 3 sujetos. El evaluado forma parte de uno de los 3 imputados, condenado por asesinato premeditado.

El informado es de origen asiático y la interpretación que se deriva de las puntuaciones obtenidas han de considerar el factor étnico y sociocultural de origen del evaluado.

1. Prueba MCMI-III

a. Escalas de Validez.

- «Deseabilidad Social» (PREV=75): Ha alcanzado el rango estadísticamente significativo como para considerarse que existe tendencia a querer mostrar una buena imagen social de sí mismo.

b. Patrones Clínicos de la personalidad.

- «Compulsivo» (PREV=83): Sugiere que el informado es comedido, concienzudo, respetuoso y rígido. Mantiene un estilo de vida regido por normas. Suscribe completamente las convenciones sociales. Ve el mundo en función

de reglas y jerarquías. Se considera leal, fiable, eficiente y productivo.

- «Evitativo» (puntuación subclínica PREV=66): Dudoso, excesivamente consciente de sí mismo, avergonzado, ansioso. Se siente tenso en situaciones sociales por temor al rechazo. Invadido por una constante ansiedad de ejecución. Se ve a sí mismo como inepto, inferior o poco atractivo. Sentimientos de soledad y vacío.

- «Depresivo» (puntuación subclínica PREV=68): Tendencia a estados de abatimiento afectivo, pesadumbrez, sentimientos de inutilidad, tristeza.

- «Narcisista» (puntuación subclínica PREV=62): Egocéntrico, arrogante, con ideas de grandeza. Preocupado por fantasías de éxito y belleza o grandes logros. Se considera admirable y superior y, por tanto, merecedor de un trato especial.

- Negativista [Pasivo-Agresivo] (puntuación subclínica PREV=62): Se resiste a cumplir con las expectativas de los demás, muestra conductas dilatorias, ineficaces y erráticas cuando no otras contrarias y molestas. Revela placer al desmoralizar las satisfacciones y aspiraciones de los demás. Descarga su enfado y otras emociones molestas ya sea indirectamente o desplazándolas de su causante hacia entornos o personas de menor importancia.

  El resto de las escalas de los patrones clínicos de la personalidad se encuentran dentro de la normalidad estadística

Asimismo, presenta puntuaciones subclínicas significativas en las escalas siguientes:

a. Patología Grave de la Personalidad.

- «Límite» (puntuación subclínica PREV=60).

b. Síndromes Clínicos.

- «Ansiedad» (puntuación subclínica PREV=68).
- «Distímico» (puntuación subclínica PREV=66).
- «Dependencia de sustancias» (puntuación subclínica PREV=63).
- «Trastorno por Estrés Postraumático» (puntuación subclínica PREV=64): El cual se encauzarían dentro del contexto jurídico-legal por la que se encuentra contextualizado el sujeto.

c. Síndromes Clínicos Graves.

- «Trastorno del pensamiento» (puntuación subclínica PREV=68)
- «Depresión Mayor» (puntuación subclínica PREV=62).
- «Trastorno Delirante» (puntuación subclínica PREV=68).

2. Prueba PAI

a. Escalas principales de Validez.

Con relación al PAI, el informado presenta puntuaciones estadísticamente significativas en las siguientes escalas de validez:

- «Inconsistencia» (T=67): Indica si el evaluado responde de forma inconsistente a lo largo de la prueba. Para ello tiene en cuenta su respuesta a pares de ítems altamente relacionados entre sí.

- «Impresión positiva» (T=67): Indica si el evaluado está presentando una imagen de sí mismo muy favorable y evita admitir pequeños defectos.

Dichas puntuaciones pueden resultar significativas compatibles debido a la distinta condición sociocultural del informado (origen asiático). Ello origina que la interpretación que se pudiera derivar del resto de las escalas clínicas se han de tomar con precaución y cautela. Por un lado, y con relación a la escala de «Inconsistencia», el evaluado responde de forma inconsistente a lo largo de la prueba y para ello se tiene en cuenta su respuesta a pares de ítems altamente relacionados entre sí; y, por otro lado, el evaluado está presentando una imagen de sí mismo muy favorable y evita admitir pequeños defectos («Impresión positiva»).

b. Escalas clínicas.

La mayoría de las escalas se encuentran en la normalidad estadística; no obstante, el informado destaca con puntuaciones clínicamente significativas en las siguientes:

- «Problemas de drogas» (T=65) lo que viene a cotejarse con su patobiografía analizada derivada de la anamnesis o entrevistas clínicas dirigidas. Dicha escala evalúa las consecuencias negativas del uso de drogas y los rasgos indicativos de su dependencia.
- «Rasgos antisociales» (T=60) y que dicha escala evalúa el historial de actos ilegales y problemas con la autoridad, así como el egocentrismo, la falta de empatía y lealtad, la inestabilidad y la búsqueda de sensaciones.

c. Escalas relacionadas con el tratamiento.

- «Ideaciones suicidas» (T=73) y que dicha escala evalúa la ideación suicida cubriendo un amplio rango que va desde la desesperanza hasta los pensamientos y planes concretos de suicidio. En este caso concreto, se ha de tomar con cautela dicha interpretación y dada la patobiografía del sujeto, así como el motivo de la causa por la que se le imputaba.

- «Estrés» (T=62): Tendencia por el que viene a configurarse en el informado dado por el contexto jurídico-legal reciente por el que se encuentra contextualizado, debido a la acusación formulada contra él por «intento de homicidio». Mide, por tanto, el impacto de circunstancias o situaciones estresantes recientes en la vida del sujeto.

- «Falta de apoyo social» (T=63), escala que evalúa la falta de apoyo social percibido teniendo en cuenta el nivel y la calidad del apoyo disponible y podría compatibilizarse conforme a que el sujeto no encuentra suficiente apoyo social en sus relaciones sociales debido a su contexto legal actual.

d. Escalas relacionadas con las Relaciones Interpersonales.

- No presentan puntuación estadística ni clínicamente significativa.

- No obstante, la puntuación de T=42 en la escala de «Dominancia» (y «Afabilidad» con T=50, superior al de la escala de «Dominancia») perteneciente al área de las Relaciones interpersonales, viene a sugerir que el informado acostumbra a ser sumiso con los demás.

e. Subescalas clínicas del PAI.

- «Trastorno por Estrés Postraumático» (T=65): Viene a complementar la valoración anteriormente expuesta dado que se evalúa la existencia de hechos traumáticos que continúan causando malestar y que el sujeto percibe como hechos que le han cambiado o alterado en algún aspecto fundamental de sí mismo.
- «Paranoide» (T=71); Dicha condición estresante anteriormente expuesto, incluso, le puede provocar un contenido de pensamiento de tipo paranoide creyendo de haber sido tratado injustamente y de que existe un interés común entre diversas personas para socavar sus intereses.
- «Alteración de la Identidad» (T=63): Pueden albergarse en el informado dudas sobre los principales aspectos de la vida y la presencia de sentimientos de vacío, de falta de realización y de ausencia de objetivos.

f. Índices complementarios:

- «Índice discriminante de Cashel» (T=58): Índice resultado de la función discriminante calculada para maximizar la diferencia entre sujetos instruidos para presentarse idealmente frente a sujetos que respondían honestamente a la prueba. Puntuaciones altas son indicativas de disimulación.

MCMI-III

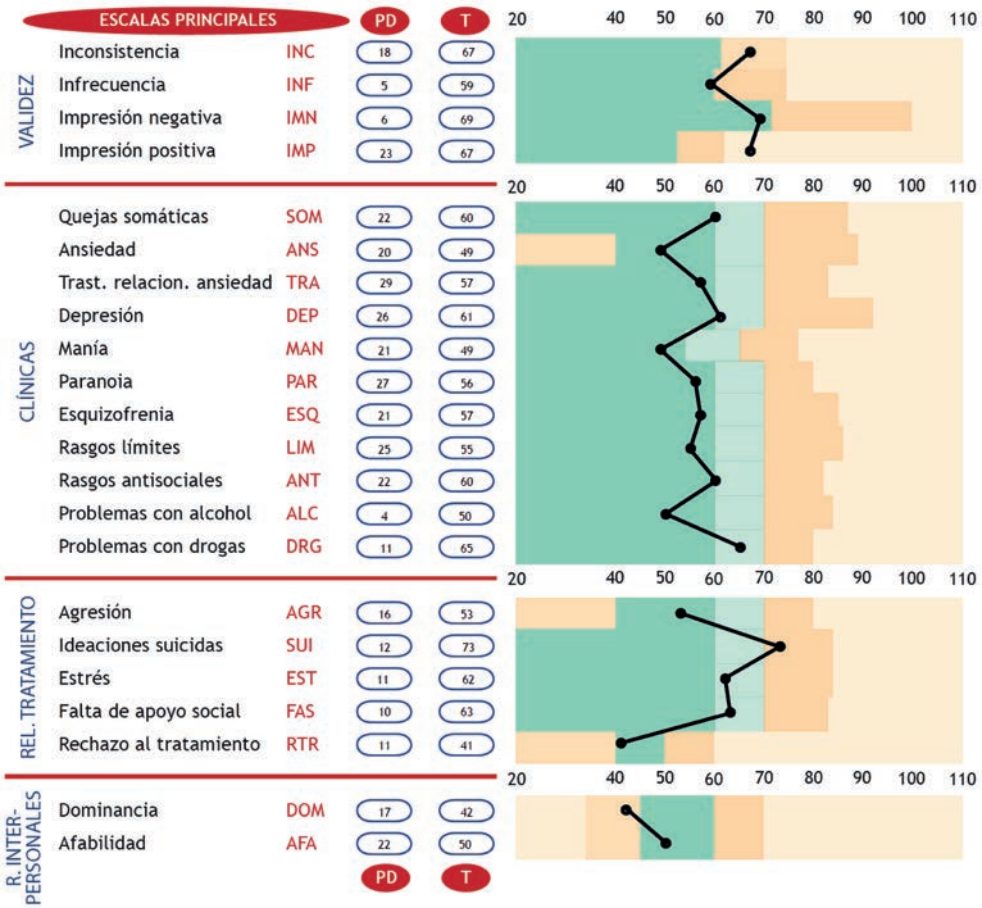
INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

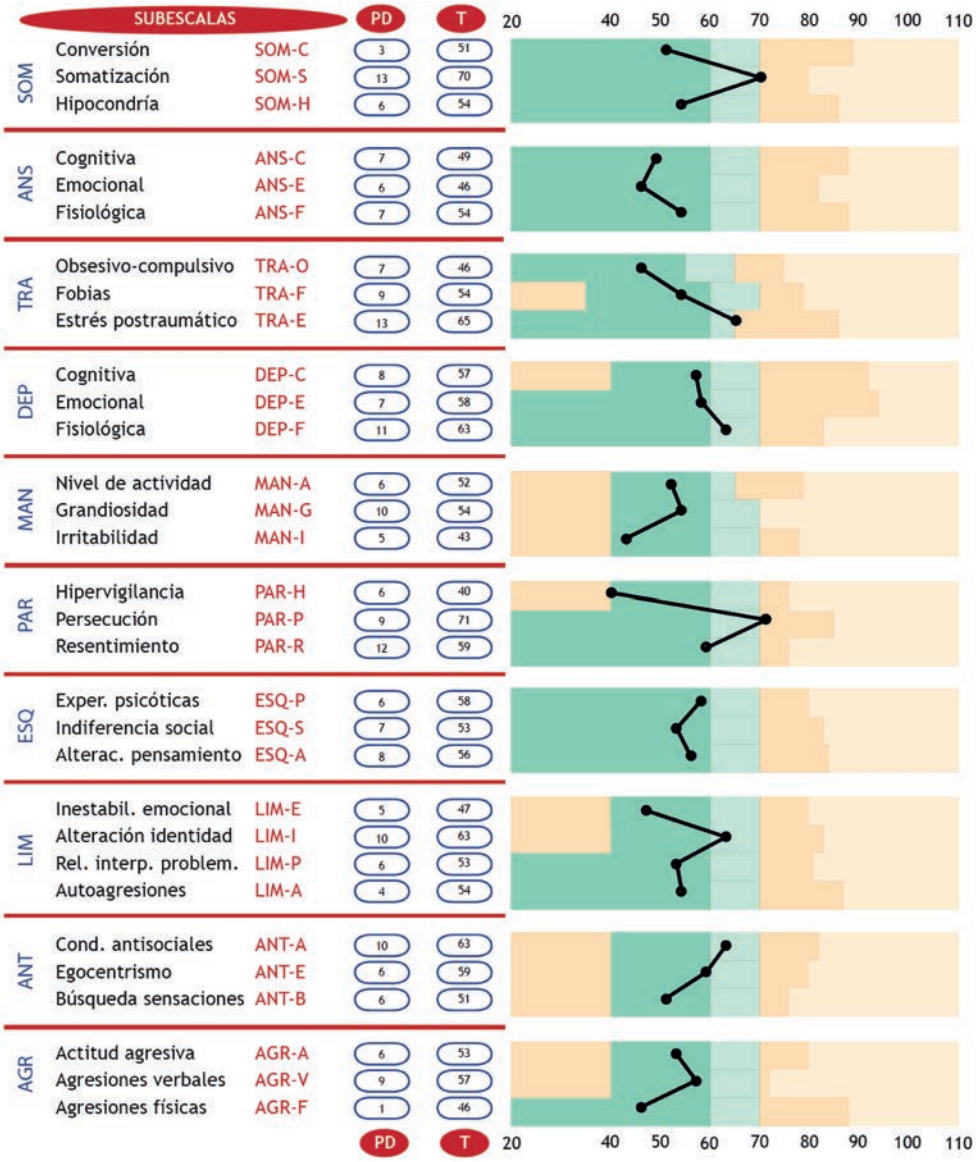
VALIDEZ = 0 INCONSISTENCIA = 7
CÓDIGO DE PERSONALIDAD: - ** 7 * 2B 2A 5 8A + 1 3 4 8B " 6A 6B // - ** - * //
CÓDIGO DE SÍNDROME: - ** - * // - ** - * //

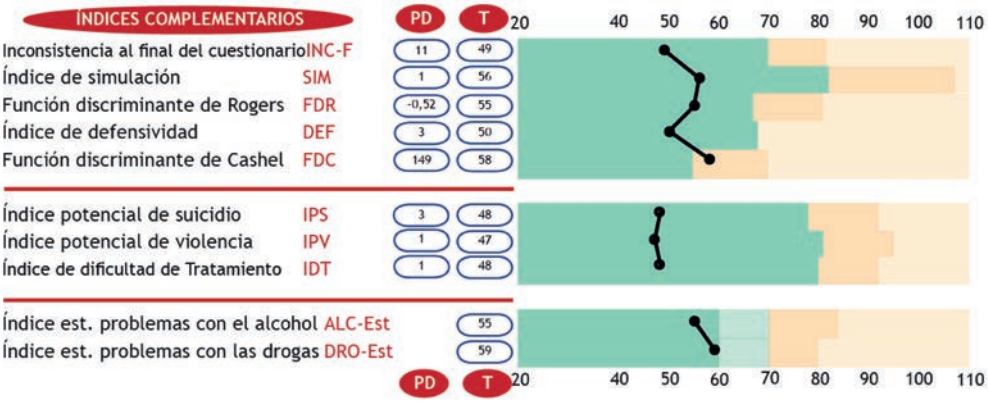
CATEGORÍA		PUNTUACIÓN PD	PUNTUACIÓN PREV	PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA 0 60 75 85 115	ESCALAS DIAGNÓSTICAS
ESCALAS DE VALIDEZ	X	93	50		SINCERIDAD
	Y	16	75		DESEABILIDAD SOCIAL
	Z	13	63		DEVALUACIÓN
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	1	7	53		ESQUIZOIDE
	2A	10	66		EVITATIVO
	2B	10	68		DEPRESIVO
	3	8	53		DEPENDIENTE
	4	13	39		HISTRIONICO
	5	11	62		NARCISISTA
	6A	2	17		ANTISOCIAL
	6B	2	15		AGRESIVO (SÁDICO)
	7	21	83		COMPULSIVO
	8A	10	62		NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
	8B	3	36		AUTODESTRUCTIVO
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	S	3	36		ESQUIZOTÍPICO
	C	7	60		LÍMITE
	P	5	50		PARANOIDE
SÍNDROMES CLÍNICOS	A	5	68		ANSIEDAD
	H	3	46		SOMATOFORMO
	N	5	50		BIPOLAR
	D	9	66		DISTÍMICO
	B	3	45		DEPENDENCIA DEL ALCOHOL
	T	5	63		DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
	R	7	64		ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	SS	9	68		TRASTORNO DEL PENSAMIENTO
	CC	6	62		DEPRESIÓN MAYOR
	PP	3	68		TRASTORNO DELIRANTE

PAI

INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD




SUBESCALAS
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110
SOM
Conversión SOM-C 3 51
Somatización SOM-S 13 70
Hipocondría SOM-H 6 54
ANS
Cognitiva ANS-C 7 49
Emocional ANS-E 6 46
Fisiológica ANS-F 7 54
TRA
Obsesivo-compulsivo TRA-O 7 46
Fobias TRA-F 9 54
Estrés postraumático TRA-E 13 65
DEP
Cognitiva DEP-C 8 57
Emocional DEP-E 7 58
Fisiológica DEP-F 11 63
MAN
Nivel de actividad MAN-A 6 52
Grandiosidad MAN-G 10 54
Irritabilidad MAN-I 5 43
PAR
Hipervigilancia PAR-H 6 40
Persecución PAR-P 9 71
Resentimiento PAR-R 12 59
ESQ
Exper. psicóticas ESQ-P 6 58
Indiferencia social ESQ-S 7 53
Alterac. pensamiento ESQ-A 8 56
LIM
Inestabil. emocional LIM-E 5 47
Alteración identidad LIM-I 10 63
Rel. interp. problem. LIM-P 6 53
Autoagresiones LIM-A 4 54
ANT
Cond. antisociales ANT-A 10 63
Egocentrismo ANT-E 6 59
Búsqueda sensaciones ANT-B 6 51
AGR
Actitud agresiva AGR-A 6 53
Agresiones verbales AGR-V 9 57
Agresiones físicas AGR-F 1 46
PD T
20 40 50 60 70 80 90 100 110


ÍNDICES COMPLEMENTARIOS
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110
Inconsistencia al final del cuestionario INC-F 11 49
Índice de simulación SIM 1 56
Función discriminante de Rogers FDR -0,52 55
Índice de defensividad DEF 3 50
Función discriminante de Cashel FDC 149 58
Índice potencial de suicidio IPS 3 48
Índice potencial de violencia IPV 1 47
Índice de dificultad de Tratamiento IDT 1 48
Índice est. problemas con el alcohol ALC-Est 55
Índice est. problemas con las drogas DRO-Est 59
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110

12.2.12. Caso 12. Doble crimen

EDAD	29 años	SEXO	Varón	NIVEL ACADÉMICO	Estudios secundarios

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS PREVIOS DEL AGRESOR

– Sin antecedentes destacables.

DELITO	SENTENCIA
Doble asesinato.	Autor de 2 delitos de asesinato a 22 años de pena privativa de libertad.

VISITA PSICOLÓGICA CELEBRADA EN CENTRO PENITENCIARIO

Sí

INTENCIONALIDAD DELICTIVA (*ÍTER CRIMINIS*)

Doble crimen de asesinato de dos agentes forestales mientras se celebraba una cacería. El informado nunca pudo dar explicación alguna, ni cuál fue el motivo de su conducta criminológica.

Caso criminológico de amplio impacto mediático de 2 asesinatos cometidos en un mismo día y perpetrados por un mismo sujeto pertrechado con un arma de fuego (escopeta). En terminología técnica, se trató de un *SpreeKiller* («Asesino Itinerante», también denominado como «Excursionista» o «Relámpago») y al que puede ser compatible con el también denominado como *Síndrome de Amo*k.

El informado es un varón de unos 30 años, de origen rural, de nivel formativo correspondiente a estudios secundarios y albergando en su haber 10 años como experimentado y habituado cazador.

Asimismo, y a efectos de complementar el ítercriminis *(«el camino al delito»)* del informado, se ha de señalar que cada víctima recibió el impacto de 2 proyectiles. Dicho detalle reviste su importancia dado que el tambor del arma de fuego utilizado por el victimario tiene cabida para 3 proyectiles, con lo que el agresor tuvo que cargar de nuevo para proceder al disparo del 4º proyectil impactando sobre una de las dos víctimas existentes.

Antes de abordar la interpretación psicológica de las puntuaciones significativas de las distintas gráficas de las pruebas administradas, se ha de considerar que el evaluador ha de ser muy cauteloso y precavido en cuanto a la lectura. Ello es debido porque las escalas de validez, de sinceridad y de simulación de la mayoría de las pruebas administradas, arrojan puntuaciones estadísticamente significativas concurriendo de que la interpretación consecuente del resto de las puntuaciones clínicas y de personalidad puedan presentar oscilaciones (por mayor o por menor), y que no se compatibilice genuinamente con la propia personalidad del informado.

1. Prueba MCMI-III

Con relación a las escalas de validez del MCMI-III, el informado presenta puntuación estadísticamente significativa en las siguientes escalas: «Sinceridad» (PREV=97) y, por cuya puntuación se desprende que el informado ha presentado intencionalidad de no ser sincero; y la escala de «Devaluación» (PREV=85) por cuya puntuación sugiere que ha querido ofrecer una imagen social de sí mismo más negativa y extremadamente desfavorable y que, incluso, puede llegar al extremo de exagerar los síntomas.

Respecto a los patrones clínicos de la personalidad, el informado presenta una puntuación clínicamente significativa en la escala de «Dependencia» (PREV=80) y por el que se caracteriza conductualmente por manifestarse indefenso, incompetente, sumiso e inmaduro. Rechaza las responsabilidades adultas. Se ve a sí mismo débil, y frágil. Busca constantemente el apoyo y consejo en figuras más fuertes. Asimismo, también presenta puntuación subclínica significativa con puntuación PREV=65 en la escala «Negativista (Pasivo-Agresivo)» y por el que se viene a caracterizar por resistirse a cumplir con las expectativas de los demás, muestra conductas dilatorias, ineficaces y erráticas cuando no otras contrarias y molestas. Revela placer al desmoralizar las satisfacciones y aspiraciones de los demás. Descarga su enfado y otras emociones molestas ya sea indirectamente o desplazándolas de su causante hacia entornos o personas de menor importancia.

Como síndromes clínicos con puntuación clínicamente significativa del MCMI-III, el informado presenta ansiedad alta con PREV=89 y disfunción depresiva («Distímico») con puntuación PREV=84, y, en cuanto a síndrome clínico grave, el informado presenta puntuación clínicamente significativa en la escala de «Trastorno del pensamien-

to» (PREV=77) y puntuación –aunque subclínica–, existe tendencia a la manifestación clínico-fenomenológica de Depresión Mayor (PREV=69).

2. Prueba PAI

De la prueba PAI se desprenden puntuaciones estadísticamente significativas en las siguientes escalas principales de validez:

- «Inconsistencia» (T=76), el cual indica si el evaluado responde de forma inconsistente a lo largo de la prueba. Para ello tiene en cuenta su respuesta a pares de ítems altamente relacionados entre sí
- «Impresión negativa» (T=94), el cual indica si el evaluado está presentando una imagen de sí mismo extremadamente desfavorable que pueda sugerir exageración de síntomas.

De las escalas clínicas del PAI, destacan las siguientes:

1. «Depresión» (T=85), el cual evalúa las manifestaciones y síntomas de los trastornos depresivos.
2. «Esquizofrenia» (T=77), el cual evalúa los síntomas clave del amplio espectro de los trastornos esquizofrénicos.
3. «Rasgos Limites» (T=74) el cual evalúa los atributos indicativos de la personalidad límite, entre los que se incluyen las relaciones interpersonales inestables y fluctuantes, la impulsividad, la inestabilidad, la labilidad emocional y la ira incontrolada
4. «Paranoia» (T=70), el cual evalúa los síntomas de los trastornos paranoides y las características más estables de la personalidad

paranoide. Dicha escala puede compatibilizarse, asimismo, por el marco penitenciario en el que se encuentra ubicado configurándose lo que se denomina como *«Paranoia carcelaria»* y que viene originado por el hostil marco de convivencia con internos de prisión de toda índole de conducta delictiva y/o criminológica.

5. «Ansiedad» (T=71) y «Trastornos relacionados con la Ansiedad» (T=69), los cuales evalúan las manifestaciones y los signos observables de ansiedad con especial énfasis en la evaluación de sus distintas modalidades (cognitiva, emocional y fisiológica); así como los síntomas y conductas relacionadas con trastornos específicos de la ansiedad, específicamente fobias, estrés postraumático y síntomas obsesivos compulsivos.

6. «Manía» (T=55), también existe puntuación clínicamente significativa con relación a la escala de «Ideaciones suicida» (T=91) que evalúa la ideación suicida cubriendo un amplio rango que va desde la desesperanza hasta los pensamientos y planes concretos de suicidio.

Con relación a las escalas de estilo de relación interpersonal, el informado presenta una puntuación baja en la escala de «Dominancia» (T=38) lo que sugiere un estilo sumiso con respecto a los demás.

Siguiendo la línea de las subescalas clínicas del PAI, el informado presenta puntuaciones significativas en varias de las subescalas y a la que este Evaluador se remite a su visualización gráfica:

1. Subescalas Somatización: «Conversión» (T=76) que evalúa los síntomas asociados a los trastornos de conversión, especialmente alteraciones motoras o sensoriales.

2. Subescalas relacionadas con los Trastornos de la Ansiedad: «Cognitiva» (T=66) que evalúa la presencia de inquietudes sobre

asuntos cotidianos y preocupaciones rumiativas que afectan y limitan su capacidad de atención y concentración; «Emocional» (T=68) que evalúa la presencia de tensión, cansancio y dificultad para relajarse como resultado del alto nivel de estrés percibido; y, «Fisiológica» (T=72) que evalúa los signos físicos manifiestos de tensión y estrés (p. ej., palmas sudorosas, temblor de manos, palpitaciones, sensación de ahogo o de falta de aire).

3. Subescalas relacionadas con los Trastornos de la Ansiedad: «Fobias» (T=66) que evalúa la presencia de miedos fóbicos comunes tales como a las situaciones sociales, al transporte público, a las alturas, a los espacios cerrados y a otros objetos específicos); y «Estrés Postraumático» (T=73) que evalúa la existencia de hechos traumáticos que continúan causando malestar y que el sujeto percibe como hechos que le han cambiado o alterado en algún aspecto fundamental de sí mismo (siendo en el presente caso, la causa jurídico-legal y penitenciarias por la que se encuentra contextualizado debido al crimen perpetrado por el informado).

4. Subescalas de Depresión: «Cognitiva» (T=88) que evalúa la presencia de pensamientos de desesperanza, inutilidad y fracaso personal, así como problemas para tomar decisiones y dificultades de concentración; «Emocional» (T=77) que evalúa la presencia de sentimientos de tristeza, falta de interés en las actividades cotidianas y anhedonia; y, «Fisiológica» (T=76) que evalúa los niveles de actividad, energía y rendimiento físico, entre los que se incluyen interrupciones en sus patrones de sueño, cambios en su apetito o pérdida de peso.

5. Subescalas Manía: «Nivel de actividad» (T=67) que evalúa la desmedida participación en una amplia variedad de actividades

de un modo desorganizado y la experimentación de procesos de pensamiento y comportamientos acelerados; e, «Irritabilidad» (T=61) que evalúa la existencia de tensión en sus relaciones debido a la frustración del sujeto por la incapacidad o la falta de voluntad de los otros para seguir sus planes, sus exigencias y sus ideas probablemente poco realistas. Se tratan de sujetos con baja tolerancia a la frustración y que pueden desarrollar potencialidad de conductas agresivas y hostiles tanto a nivel verbal como físico.

6. Subescalas de Paranoia: «Hipervigilancia» (T=63) que evalúa la suspicacia y la tendencia a estar atento a posibles desaires reales o imaginarios producidos por otros; «Persecución» (T=78) que evalúa la creencia de haber sido tratado injustamente y de que existe un interés común entre diversas personas para socavar sus intereses, siendo compatible en este caso con el contenido de pensamiento alterado y disfuncional con relación a un sentimiento (alteradamente subjetivo) de persecución que presentó en el mismo momento de perpetrar el crimen; y, «Resentimiento» (T=61) que evalúa la presencia de resentimiento y desconfianza en las relaciones interpersonales y una tendencia a guardar rencor y a echar la culpa a los demás de cualquier desgracia. Hay que señalar que dichas subescalas también pueden compatibilizarse con la «Paranoia carcelaria» a la que se ha hecho referencia con anterioridad.

7. Subescalas de Esquizofrenia: «Experiencia psicóticas» (T=74) que evalúa la presencia de sensaciones y percepciones poco comunes así como de pensamiento mágico y otras ideas inusuales que pueden incluir creencias delirantes; «Indiferencia Social» (T=68) que evalúa el aislamiento social así como la torpeza y la incomodidad en las relaciones sociales; y, «Alteración del pensa-

miento» (T=69) que evalúa la confusión, los problemas de concentración y la desorganización de los procesos de pensamiento; siendo en el presente caso compatible con la fenomenología clínica del informado.

8. Subescalas Limite: «Inestabilidad emocional» (T=67) que evalúa la sensibilidad emocional, los cambios bruscos de humor y el escaso control emocional; «Alteración de la identidad» (T=75) que evalúa la existencia de dudas sobre los principales aspectos de la vida y la presencia de sentimientos de vacío, de falta de realización y de ausencia de objetivos; y, «Relaciones interpersonales problemáticas» (T=71) que evalúa la presencia de una historia de relaciones intensas y ambivalentes en las que se ha sentido traicionado y explotado.

9. Subescalas Antisocial: No presenta puntuaciones ni estadística ni clínicamente significativas.

10. Subescalas Agresividad: «Actitud agresiva» (T=65) que evalúa la hostilidad, el escaso control de la expresión de la ira y la creencia en la utilidad instrumental de la agresión.

Como índice complementario, el informado arroja puntuación estadísticamente significativa en el concerniente a la de simulación (T=94) el cual evalúa la presencia de ocho características del perfil que suelen observarse más frecuentemente en muestras de simuladores (puntuaciones altas son indicativas de exageración de síntomas, tal como se trata en el presente caso); y en el «índice de potencia de suicidio» (T=78), el cual evalúa la presencia de veinte características del perfil que suelen estar asociadas a la conducta suicida. Es un indicador indirecto ya que no incluye la puntuación en la escala SUI que evalúa explícitamente la presencia de ideación suicida. Puntuaciones altas son indicativas de una mayor probabilidad de suicidio.

3. Prueba 16 PF – Versión 5

A. Escalas Primarias:

a. Afabilidad (DE=3): Persona fría, impersonal, distante, rígida, centrada en las cosas, crítica, escéptica, bajo nivel de empatía, inflexible, desconfiada, cerrada, hostil, egoísta, impersonal. Afecto algo aplanado. poco afectuoso. Suele ser reservada, cauta en sus implicaciones y contactos; le suele gustar el trabajo en solitario, y a menudo éste es de tipo mecánico, intelectual y artístico, no busca ni necesita del contacto interpersonal. Puede sentirse poco confortable en situaciones en las que hay mucha relación personal.

b. Razonamiento (DE=3): Persona de pensamiento concreto, lenta para captar y analizar, no transfiere información, le cuesta trabajo concluir, falta de criterio, se da por vencido fácilmente, demorado para aprender, burda. Ha de presentar bajo rendimiento. Juicio deficiente, moral baja, e inconstante. Puede indicar mala comprensión, incorrecta interpretación o falta de atención.

c. Estabilidad (DE=2): Persona reactiva y emocionalmente cambiable, se frustra fácilmente, negativa, se victimiza, evade responsabilidades, con resentimiento hacia a los demás, incapaz de luchar, inconformista. Cuando las condiciones no son satisfactorias es voluble, plástica, neurótica fatigada, displicente, de emoción y turbación fácil, activa cuando se encuentra insatisfecha, presenta síntomas neuróticos; fobias alteraciones del sueño, quejas psicosomáticas y tiende a darse por vencida. Experimenta una cierta falta de control sobre su vida, tiene más altibajos de humor que la mayoría, admite que sus necesidades emocionales

no están satisfechas y que se siente como si no pudiera controlar el que pequeñas cosas le salgan mal.

d. Dominancia (DE=2): Persona deferente, cooperativa, que evita los conflictos, manejable, humilde, convencional, conformista, apacible, sumisa, insegura, dócil, acomodaticia, retraída, gusta ser supervisada y mandada, considerada y cuidadosa con los demás, es efectivo amenazarle con la autoridad, constantemente se justifica, es orientada al cliente, servicial, no apto para formar equipo. Necesita relacionarse con otro para el manejo de la autoridad, normas y valores. Tendencia a acomodarse a los deseos de los demás, a evitar el conflicto asintiendo a los deseos de los otros y pospone sus sentimientos y deseos. En el extremo puede alienar a quien desea una postura esforzada y participativa. suele ser más cooperativa que asertiva y reconoce que deja pasar el tema si alguien hace algo que le molesta o estorba.

e. Atrevimiento (DE=2): Persona tímida, temerosa, cohibida, reprimida, falta de confianza en sí misma, baja autoeficacia, alejada, cautelosa, retraída, al margen de la actividad social, puede presentar sentimientos de inferioridad, lenta y torpe para hablar. Tiende a ser socialmente cauta y vergonzosa; le resulta difícil hablar frente a un grupo de gente y puede representar una falta de autoestima. Se intimida fácilmente, tiende a la introversión, posee alta concentración, sus áreas de interés son reducidas, siente miedo a avanzar, encerrada en sí misma, sensible, y sujeta a reglas.

f. Vigilancia (DE=10): Persona, celosa, desconfiada, suspicaz, escéptica, precavida, vigilante, acusadora, generadora de culpa, está pendiente de caerle al otro, rencorosa, generadora de conflictos, señal de peligro en todas partes, ac-

túa con premeditación. Pésimo para el grupo ya que daña el clima. Antijefe, reacio al cambio, tiránico y centrado en sí mismo. Incapaz de relajar su vigilancia en situaciones en que le sería apropiado hacerlo y está siempre a la guardia (solo se tolera alto para escoltas).

g. Abstracción (DE=9): Persona abstraída, imaginativa, idealista, centrada en sus necesidades íntimas, poco convencional, despreocupada de lo cotidiano, bohemia, motivada por sí misma, creadora, preocupada por lo esencial, despreocupada de personas particulares, y de la realidad física. Sus intereses se dirigen hacia su intimidad, su individualidad la empuja a verse excluida de las actividades del grupo. Generalmente entusiasmada, pero con ocasionales cambios histéricos de abandono.

h. Aprensión (DE=9): Persona aprensiva, insegura, autocrítica y preocupada, se autocastiga, puede cumplir, pero sufriendo o llorando. Hace todo por castigo, por miedo, por culpa, hipocondríacas, fóbicas, trabajan bien, pero son depresivas, llenas de presagios e ideas largamente gestadas, con tendencia infantil a la ansiedad. En los grupos no se siente aceptada ni con libertad para actuar, dificultad para cambiar, es productiva, pero a un costo alto, se preocupa por los cambios en su estado de ánimo y se responsabiliza por las cosas que suceden. Factor clínico: Drogadictos, alcohólicos.

i. Apertura al cambio (DE=3): Persona tradicional apegada a lo familiar, conservadora, moderada, no imaginativa, conformista, satisfecha de si y de todo, respetuosa de las ideas establecidas, tolerante de los defectos tradicionales, precavida, puntillosa con las nuevas ideas, tiende a posponer

u oponerse a los cambios, prefiere lo predictible, confía en lo que le han enseñado a creer y acepta lo conocido y verdadero a pesar de sus inconsistencias, tiende a ser conservadora en religión y política y a despreocuparse de las ideas analíticas e intelectuales.

j. Autosuficiencia (DE=9): Persona, individualista, autosuficiente, llena de recursos, prefiere tomar sus propias decisiones, prefiere trabajar sola, se aísla, buena para la creatividad, temperamentalmente independiente. Está acostumbrada a seguir su propio camino, no le disgusta la gente, simplemente no necesita de su asentimiento y apoyo, no tiene en consideración la opinión del grupo, aunque no es necesariamente dominante en su relación con los demás. No delega mucho, es recursiva para utilizar en forma práctica y eficiente lo que tiene, el grupo no la presiona fácilmente y es introvertida. Puede tener dificultades para trabajar con otras personas, le cuesta pedir ayuda cuando la necesita, y puede pasar por alto los aspectos interpersonales y las consecuencias de sus acciones.

k. Tensión (DE=10): Persona tensa, enérgica, impaciente, intranquila, excitable, irritable, incapaz de mantenerse inactiva, bajo nivel de cohesión grupal, suele manifestar una energía incansable y mostrarse intranquila cuando tiene que esperar. Dentro del grupo tiene una pobre visión del grado de cohesión, del orden y el mando. Puede bloquear el desempeño con sus miedos situacionales y fobias.

B. Estilos de respuesta:

Las escalas de estilo de respuesta tienen como función principal asegurar la validez y fiabilidad de los datos recogidos sobre

el paciente, observándose si contesta correcta y sinceramente o si aparecen tendencias que distorsionen los datos y por tanto el análisis de la personalidad:

a. Manipulación de la imagen (DE=3): Esta escala se encarga de valorar si las respuestas dadas a las preguntas son sinceras o se mueven por deseabilidad social, sea para dar buena imagen o para aparentar estar peor de lo que se está, con objetivos secundarios. Una puntuación baja, sugiere adjudicarse aspectos socialmente menos deseables o una exageración de esas cualidades.

b. Infrecuencia (DE=6): En la normalidad estadística.

c. Aquiescencia (DE=7): En la normalidad estadística.

C. Dimensiones globales:

a. Extraversión (DE=4): En la normalidad estadística.

b. Ansiedad (DE=10): Ansiedad alta, puede presentar un desajuste o estar insatisfecho con la posibilidad de responder a las urgencias de la vida o con sus éxitos en lo que desea. En el extremo es un índice de desorganización de la acción y posibles alteraciones fisiológicas.

c. Dureza (DE=10): Con puntuación alta, tiende a ser reservada, objetiva, practica y tradicional. Puede dar la impresión de ser inamovible, tal vez porque tiene criterios fijos. No suele abrirse a otros puntos de vista, ni a personas especiales ni a nuevas experiencias.

d. Independencia (DE=4): En la normalidad estadística.

e. Autocontrol (DE=4): En la normalidad estadística.

4. Prueba SIMS

a. Existencia de sospecha de simulación en la puntuación total (PD=29) y en la mayoría de las escalas que son objeto de análisis y estudio.

En términos generales, el perfil de personalidad del informado presenta una complejidad singular, máxime el que se tenga que establecer la compatibilidad con la conducta que materializó en el preciso momento de los hechos delictivo-criminológicos que se le imputaban, dada la dificultad añadida de las escalas significativas que miden la sinceridad y la validez de dichas gráficas (y en las que se desprende la compatibilidad de que el sujeto ha presentado intencionalidad de no ser sincero). No obstante, y por el conjunto de la totalidad de las escalas que han arrojado puntuación clínica significativa en todas las pruebas administradas, se puede establecer una compatibilidad tendente a considerar a que el informado presente una conducta explosiva en momentos en los que, subjetivamente considera como críticos y/o agudos (ver escalas del 16PF) y rasgos límites de la personalidad (del PAI).

MCMI-III

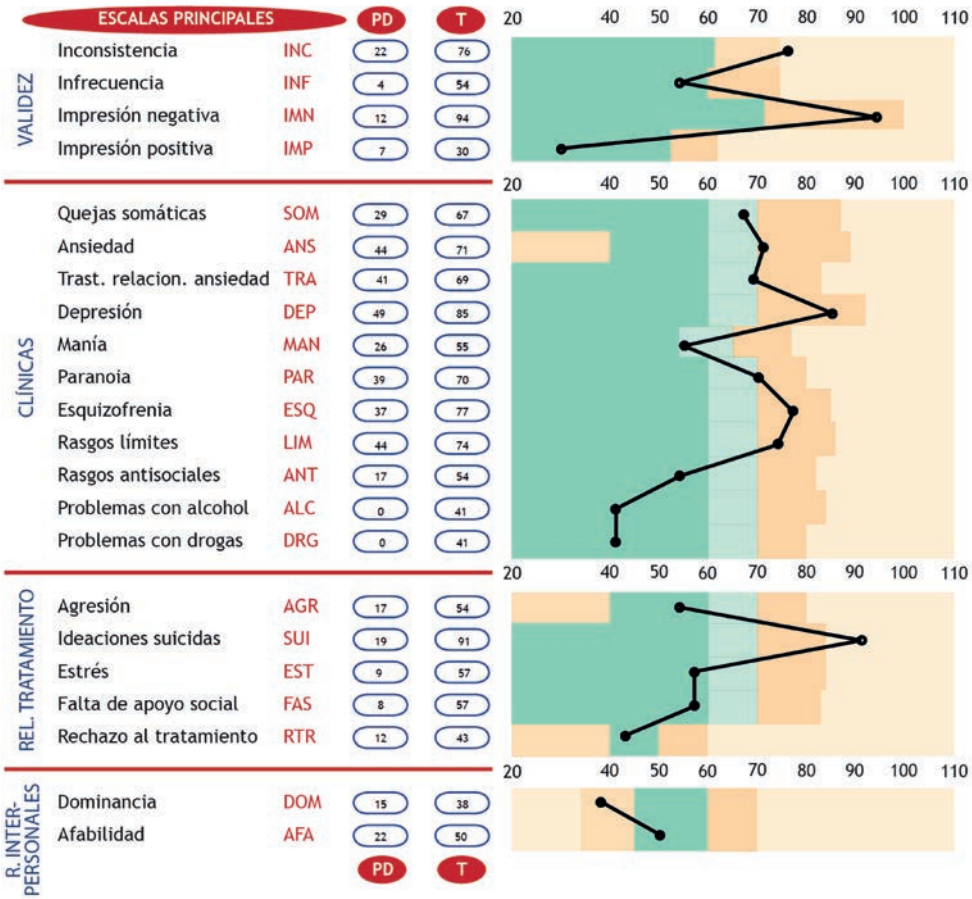
INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

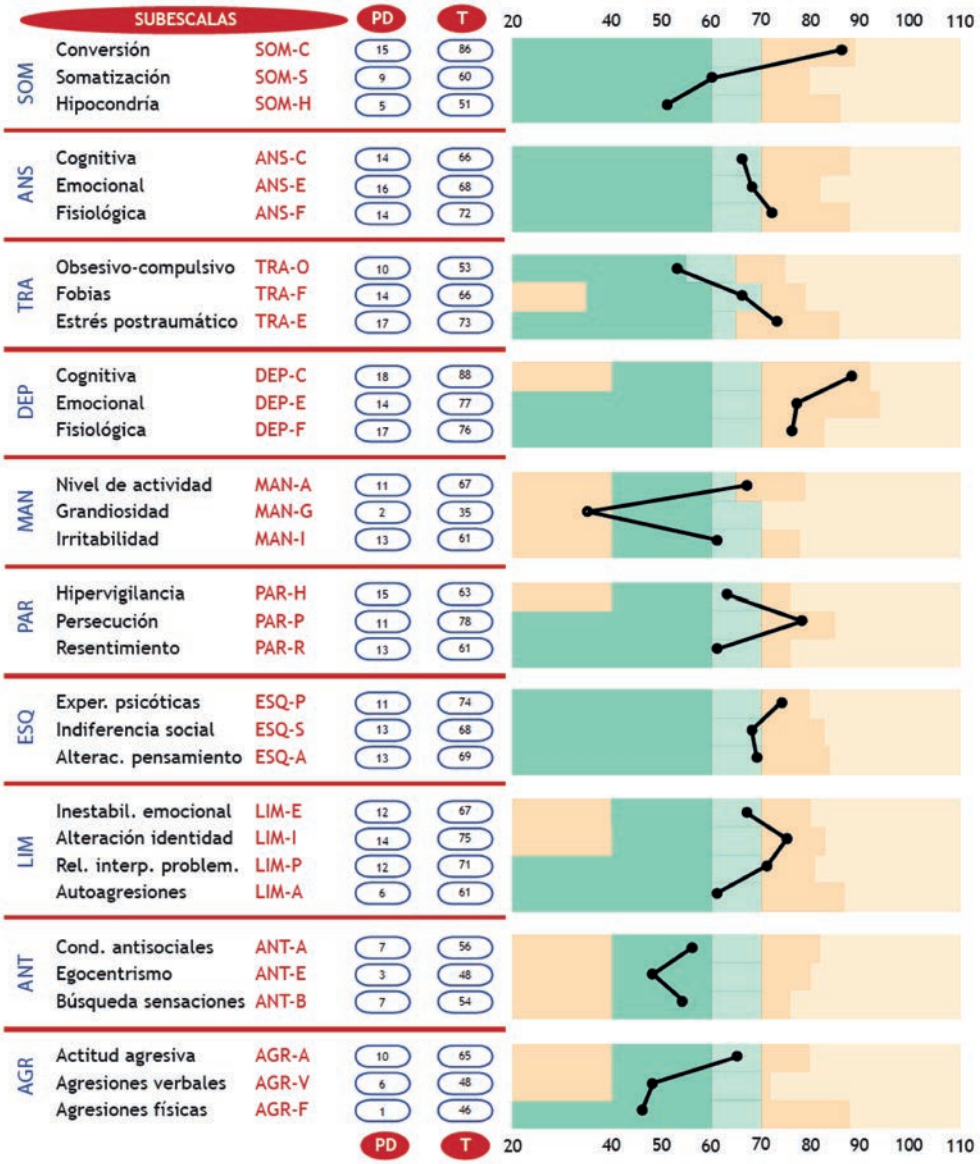
VALIDEZ = 0 INCONSISTENCIA = 6
CÓDIGO DE PERSONALIDAD: - ** 3 * 1 8A 2B + 2A 6A 5 6B 8B " 7 4 // - ** - * //
CÓDIGO DE SÍNDROME: A ** D * // - ** SS * //

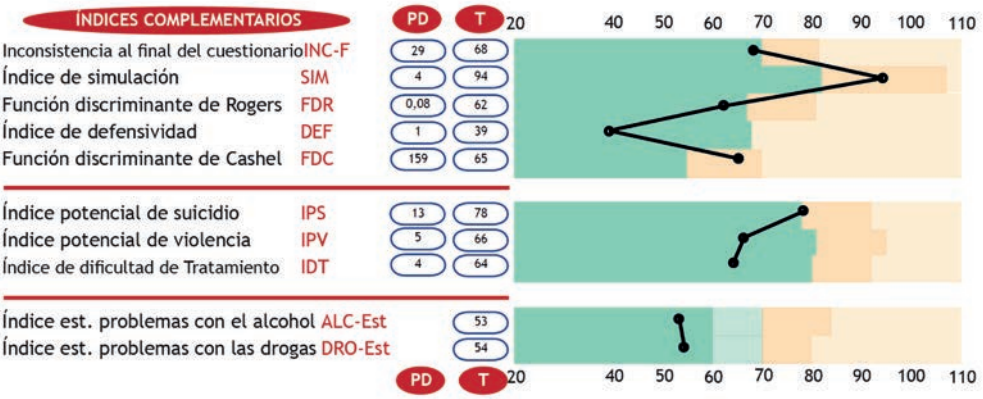
CATEGORÍA		PUNTUACIÓN PD	PUNTUACIÓN PREV	PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA 0 60 75 85 115	ESCALAS DIAGNÓSTICAS
ESCALAS DE VALIDEZ	X	178	97		SINCERIDAD
	Y	5	21		DESEABILIDAD SOCIAL
	Z	23	85		DEVALUACIÓN
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	1	19	65		ESQUIZOIDE
	2A	18	59		EVITATIVO
	2B	20	60		DEPRESIVO
	3	22	80		DEPENDIENTE
	4	12	16		HISTRIONICO
	5	15	48		NARCISISTA
	6A	13	50		ANTISOCIAL
	6B	14	48		AGRESIVO (SÁDICO)
	7	12	18		COMPULSIVO
	8A	23	65		NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
	8B	15	47		AUTODESTRUCTIVO
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	S	18	60		ESQUIZOTÍPICO
	C	17	61		LÍMITE
	P	13	62		PARANOIDE
SÍNDROMES CLÍNICOS	A	15	89		ANSIEDAD
	H	12	62		SOMATOFORMO
	N	8	55		BIPOLAR
	D	18	84		DISTÍMICO
	B	6	57		DEPENDENCIA DEL ALCOHOL
	T	5	52		DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
	R	13	59		ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	SS	15	77		TRASTORNO DEL PENSAMIENTO
	CC	15	69		DEPRESIÓN MAYOR
	PP	4	60		TRASTORNO DELIRANTE

PAI

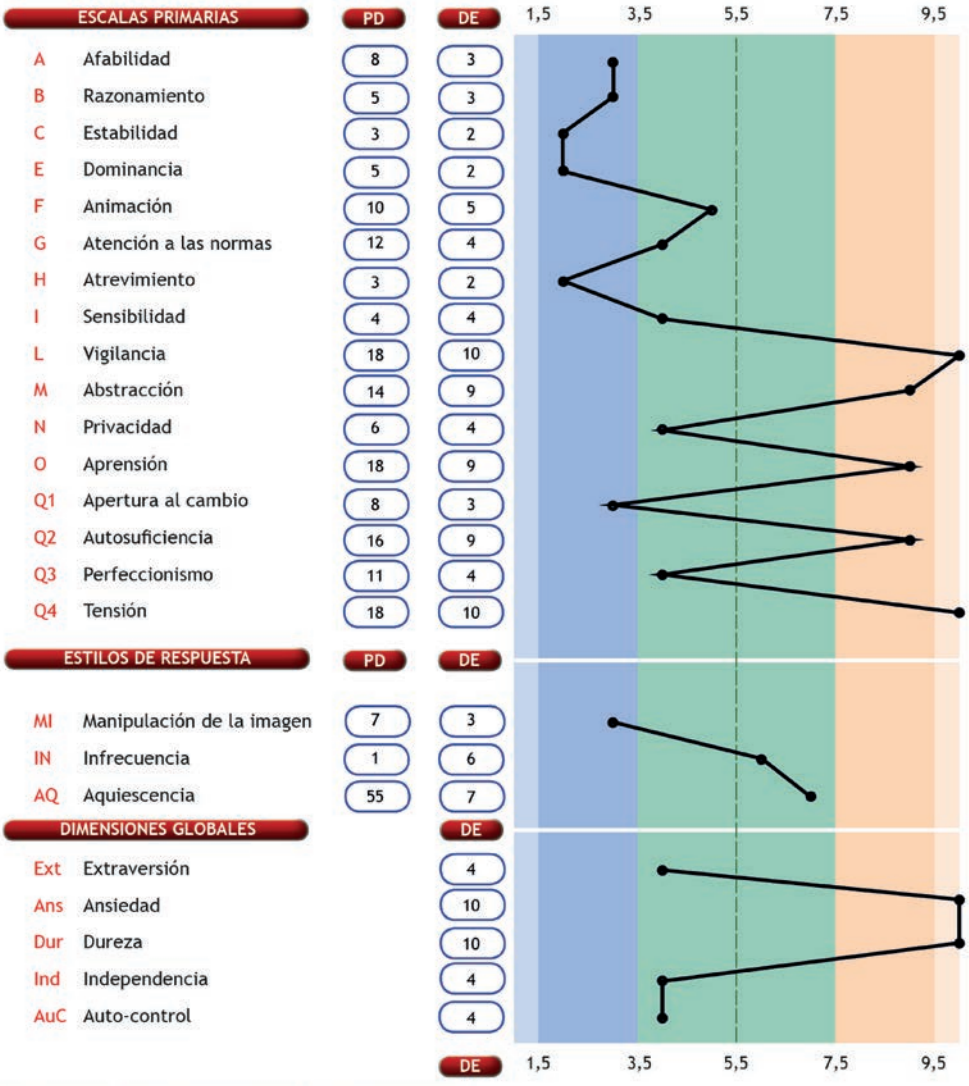
INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD




SUBESCALAS
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110
SOM
Conversión SOM-C 15 86
Somatización SOM-S 9 60
Hipocondría SOM-H 5 51
ANS
Cognitiva ANS-C 14 66
Emocional ANS-E 16 68
Fisiológica ANS-F 14 72
TRA
Obsesivo-compulsivo TRA-O 10 53
Fobias TRA-F 14 66
Estrés postraumático TRA-E 17 73
DEP
Cognitiva DEP-C 18 88
Emocional DEP-E 14 77
Fisiológica DEP-F 17 76
MAN
Nivel de actividad MAN-A 11 67
Grandiosidad MAN-G 2 35
Irritabilidad MAN-I 13 61
PAR
Hipervigilancia PAR-H 15 63
Persecución PAR-P 11 78
Resentimiento PAR-R 13 61
ESQ
Exper. psicóticas ESQ-P 11 74
Indiferencia social ESQ-S 13 68
Alterac. pensamiento ESQ-A 13 69
LIM
Inestabil. emocional LIM-E 12 67
Alteración identidad LIM-I 14 75
Rel. interp. problem. LIM-P 12 71
Autoagresiones LIM-A 6 61
ANT
Cond. antisociales ANT-A 7 56
Egocentrismo ANT-E 3 48
Búsqueda sensaciones ANT-B 7 54
AGR
Actitud agresiva AGR-A 10 65
Agresiones verbales AGR-V 6 48
Agresiones físicas AGR-F 1 46
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110


ÍNDICES COMPLEMENTARIOS
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110
Inconsistencia al final del cuestionario INC-F 29 68
Índice de simulación SIM 4 94
Función discriminante de Rogers FDR 0,08 62
Índice de defensividad DEF 1 39
Función discriminante de Cashel FDC 159 65
Índice potencial de suicidio IPS 13 78
Índice potencial de violencia IPV 5 66
Índice de dificultad de Tratamiento IDT 4 64
Índice est. problemas con el alcohol ALC-Est 53
Índice est. problemas con las drogas DRO-Est 54
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110

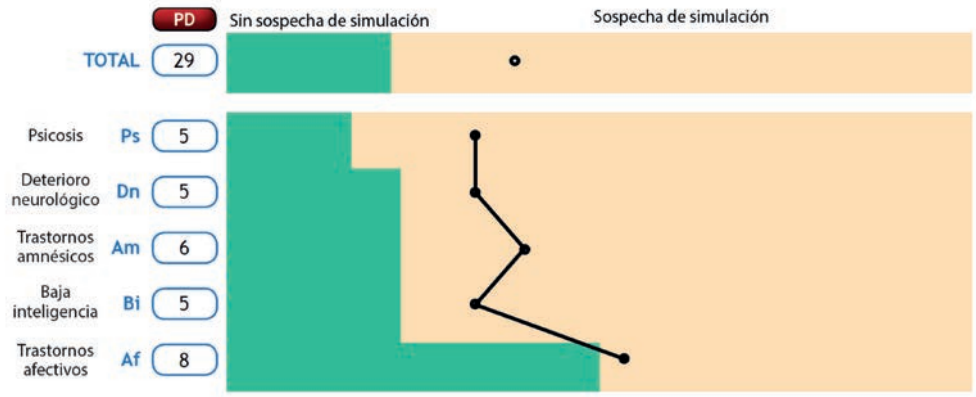
PF16 – Versión 5



Nota: DE (Decatipo), escala típica con media=5,5 y desviación típica=2.

SIMS

INVENTARIO ESTRUCTURADO DE SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS



12.2.13. Caso 13. Cuádruple crimen (perpetrado por un *«Asesino Relámpago»* o *«SpreeKiller»*)

EDAD	58 años	SEXO	Varón	NIVEL ACADÉMICO	Estudios primarios (sin finalizar)

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS PREVIOS DEL AGRESOR

– Traumatismo craneoencefálico no acreditado.

DELITO	SENTENCIA
Cuádruple asesinato con alevosía.	Autor de 4 delitos de asesinato a 60 años de pena privativa de libertad. 2 atenuantes: confesión y entrega voluntaria.

VISITA PSICOLÓGICA CELEBRADA EN CENTRO PENITENCIARIO

Sí

INTENCIONALIDAD DELICTIVA (*ÍTER CRIMINIS*)

Caso de *«Asesino Itinerante»* (también denominado *«Asesino Relámpago»* o *«SpreeKiller»*[63, 64]) en el que el informado perpetró un cuádruple asesinato: 2 víctimas en un bar (padre e hijo) y 2 víctimas más en una sucursal bancaria (trabajaban de empleados).

Según refirió el perpetrador, las 2 primeras víctimas fue *por impago de nóminas*; y las otras 2 víctimas fue *por no saldar deuda bancaria*.

Caso criminológico de amplio impacto mediático de 4 asesinatos cometidos en un mismo día y perpetrados por un mismo sujeto pertrechado con un arma de fuego (escopeta). En terminología técnica, se trató de un *SpreeKiller* («Asesino Itinerante», también denominado como «Excursionista» o «Relámpago») y al que puede ser compatible con el también denominado *Síndrome de Amok*.

63 Un *Asesino Relámpago*, también conocido como *Asesino Itinerante* o *Asesino Excursionista* (en inglés: *SpreeKiller*), es un sujeto que se dedica a cometer múltiples asesinatos en un corto período de tiempo y en distintos lugares.

64 Tiffon, B.-N. (2018). *«Estudio de un caso de Síndrome de Amok intermite*nte e impulsividad patológica». Libro de Actas del XI Congreso (Inter)Nacional de Psicología Jurídica y Forense. Granada, 1-3 de noviembre de 2018. Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense (SEPJF). Editor Tórculo Comunicación Gráfica, S.A.

1. Prueba MCMI-III

Antes de profundizar sobre el análisis de las gráficas obtenidas de las pruebas resultantes, se ha de señalar que el informado presentaba la edad de 60 años con cierto grado de deterioro neurocognitivo, era de origen rural, de escaso nivel académico-formativo y educacional y de bajo estatus social-profesional; lo que puede explicar la significatividad en la escala de sinceridad (PREV=85) dado su escaso y/o dificultad nivel de comprensión de los ítems del cuestionario y –de lo que se pudo desprender de la entrevista practicada– es que no estaba habituado a la lectura.

Asimismo, y dada la naturaleza extraordinaria de los actos criminológicos perpetrados, se explica la significatividad de la Escala de Validez del MCMI-III, la cual presenta una validez dudosa con una puntuación de 1 dado que los crímenes destacaron socialmente a la luz pública como fenómeno de amplio impacto mediático y social, publicándose en varios medios de comunicación (prensa, radio y/o TV). Dicha puntuación se explica por la respuesta afirmativa ofrecida en el ítem 110 (ítem 110 del MCMI-III: *«El año pasado aparecí en la portada de varias revistas»*).

En relación con el MCMI-III, el informado presentaba puntuaciones subclínicas significativas en los siguientes patrones clínicos de la personalidad:

1. «Esquizoide» (puntuación subclínica PREV=68): Lo que sugiere que presenta tendencia a ser apático, indiferente, distante, solitario. Ni desea ni disfruta de las relaciones personales. Mínima conciencia de los sentimientos propios y ajenos. Pocos o ningún impulso o ambición.

2. «Evitativo» (puntuación subclínica PREV=73): El patrón clínico concerniente al Evitativo acostumbra a ser dudoso, excesivamente consciente de sí mismo, avergonzado, ansioso. Se siente tenso en situaciones sociales por temor al rechazo. Invadido por una constante ansiedad de ejecución. Se ve a sí mismo como inepto, inferior o poco atractivo. Sentimientos de soledad y vacío.

3. «Narcisista» (puntuación subclínica PREV=71): En cuanto al patrón clínico de la personalidad narcisista se refiere, el informado suele ser egocéntrico, arrogante, con ideas de grandeza. Preocupado por fantasías de éxito y belleza o grandes logros. Se considera admirable y superior y, por tanto, merecedor de un trato especial.

4. Negativista [Pasivo-Agresivo] (puntuación subclínica PREV=63): El informado tiende a resistirse a cumplir con las expectativas de los demás, muestra conductas dilatorias, ineficaces y erráticas cuando no otras contrarias y molestas. Revela placer al desmoralizar las satisfacciones y aspiraciones de los demás. Descarga su enfado y otras emociones molestas ya sea indirectamente o desplazándolas de su causante hacia entornos o personas de menor importancia.

No obstante, el informado presentaba significatividad estadística de mayor alcance en las siguientes patologías graves de la personalidad:

1. «Esquizotípico» (PREV=94): En cuanto a rasgos de personalidad de base de tipo esquizotípico, el informado presenta tendencia a manifestar una conducta excéntrica, rara y ausente. Muestra manierismos y conductas peculiares. Cree que puede leer el pensamiento de los demás. Preocupado por creencias

extrañas. La línea que le diferencia de la fantasía está poco definida.

2. «Paranoide» (PREV=94): Y, en cuanto se refiere a los rasgos de personalidad de base patológicos de tipo paranoide, el informado acostumbra a ser expectante, defensivo, desconfiado y suspicaz. Hipervigilante frente a intentos ajenos de desvalorización o agresión. Siempre busca evidencias que confirmen la presencia de móviles ocultos. Se siente justo y recto, y a la vez perseguido.

3. «Límite» (puntuación subclínica PREV=60): Lo que sugiere que el informado presenta tendencia a ser imprevisible, manipulador, inestable. Terror al abandono y a la soledad. Experimenta rápidas fluctuaciones del estado de ánimo. Oscila rápidamente del amor al odio. Se considera a sí mismo y a los demás completamente buenos y malos de forma alternativa.

Asimismo, de la gráfica resultante también resulta destacable la existencia de puntuaciones con rango significativo en: síndromes clínicos graves, tales como los siguientes:

- «Trastorno del pensamiento» (PREV=79).
- «Trastorno delirante» (PREV=99)

Ambas escalas anteriormente mencionadas se ubican en un contexto ansiógeno en sus rasgos de personalidad de base (PREV=79) dado las circunstancias jurídico-legales y penitenciarias en las que se ubicaba el informado. El cotejo específico de dichas 3 escalas anteriormente mencionadas (así como las referentes a los patrones clínicos de la personalidad) es indicativo de la existencia de disfunción psíquica y por las que el profesional evaluador ha de tener clínicamente en consideración.

2. Prueba 16PF – Versión 5

A. Escalas Primarias:

a. Afabilidad (DE=2): Persona fría, impersonal, distante, rígida, centrada en las cosas, crítica, escéptica, bajo nivel de empatía, inflexible, desconfiada, cerrada, hostil, egoísta, impersonal. Afecto algo aplanado. poco afectuoso. Suele ser reservada, cauta en sus implicaciones y contactos; le suele gustar el trabajo en solitario, y a menudo éste es de tipo mecánico, intelectual y artístico, no busca ni necesita del contacto interpersonal. Puede sentirse poco confortable en situaciones en las que hay mucha relación personal.

b. Animación (DE=2): Persona seria, reprimida, terca, cuidadosa, ligada a los hábitos, sobria, prudente, rígida, taciturna, calmada, analítica, introspectiva, terca, predispuesta a ver peligros, precavida, lenta pero segura para tomar decisiones, reflexiva, adecuadas para situaciones donde hay alto error de accidentalidad, obstinada, deprimida, pesimista, presumida, estiradamente correcta digna de confianza, cautelosa, se apega a sus valores personales. Tiende a tomar la vida más seriamente; es más callada o apagada, cuidadosa y menos dada a la diversión; tiende a inhibir su espontaneidad, a veces hasta el punto de parecer reprimida y Circunspecta. Prefiere estar ocupada en una tarea tranquila.

c. Atrevimiento (DE=3): Persona tímida, temerosa, cohibida, reprimida, falta de confianza en sí misma, baja autoeficacia, alejada, cautelosa, retraída, al margen de la actividad social, puede presentar sentimientos de inferioridad, lenta y torpe para hablar. Tiende a ser socialmente cauta y vergonzosa; le resulta difícil hablar frente a un grupo de gente

y puede representar una falta de autoestima. Se intimida fácilmente, tiende a la introversión, posee alta concentración, sus áreas de interés son reducidas, siente miedo a avanzar, encerrada en sí misma, sensible, y sujeta a reglas.

d. Vigilancia (DE=10): Persona, celosa, desconfiada, suspicaz, escéptica, precavida, vigilante, acusadora, generadora de culpa, está pendiente de caerle al otro, rencorosa, generadora de conflictos, señal de peligro en todas partes, actúa con premeditación. Pésimo para el grupo ya que daña el clima. Antijefe, reacio al cambio, tiránico y centrado en sí mismo. Incapaz de relajar su vigilancia en situaciones en que le sería apropiado hacerlo y está siempre a la guardia (solo se tolera alto para escoltas).

e. Abstracción (DE=9): Persona abstraída, imaginativa, idealista, centrada en sus necesidades íntimas, poco convencional, despreocupada de lo cotidiano, bohemia, motivada por sí misma, creadora, preocupada por lo esencial, despreocupada de personas particulares, y de la realidad física. Sus intereses se dirigen hacia su intimidad, su individualidad la empuja a verse excluida de las actividades del grupo. Generalmente entusiasmada, pero con ocasionales cambios histéricos de abandono.

f. Privacidad (DE=8): Persona privada, astuta, perspicaz, mundana, calculadora, discreta, no se abre, atenta al manejo de lo social, capacidad diplomática, cuidadosa de no hacer daño, maneja su imagen, piensa lo que dice, respetuosa del otro, de mente exacta, ambiciosa, se guarda sus problemas, difícil para hablar de temas personales. Su enfoque es intelectual y poco sentimental, se aproxima a las situaciones cínicamente, planea todos sus actos, inteligen-

te socialmente. Capaz de ponerse en el lugar del otro en lo social, empatía social.

g. Aprensión (DE=9): Persona aprensiva, insegura, autocrítica y preocupada, se autocastiga, puede cumplir, pero sufriendo o llorando. Hace todo por castigo, por miedo, por culpa, hipocondríacas, fóbicas, trabajan bien, pero son depresivas, llenas de presagios e ideas largamente gestadas, con tendencia infantil a la ansiedad. En los grupos no se siente aceptada ni con libertad para actuar, dificultad para cambiar, es productiva, pero a un costo alto, se preocupa por los cambios en su estado de ánimo y se responsabiliza por las cosas que suceden. Factor clínico: Drogadictos, alcohólicos

h. Autosuficiencia (DE=10): Persona, individualista, autosuficiente, llena de recursos, prefiere tomar sus propias decisiones, prefiere trabajar sola, se aísla, buena para la creatividad, temperamentalmente independiente. Está acostumbrada a seguir su propio camino, no le disgusta la gente, simplemente no necesita de su asentimiento y apoyo, no tiene en consideración la opinión del grupo, aunque no es necesariamente dominante en su relación con los demás. No delega mucho, es recursiva para utilizar en forma práctica y eficiente lo que tiene, el grupo no la presiona fácilmente y es introvertida. Puede tener dificultades para trabajar con otras personas, le cuesta pedir ayuda cuando la necesita, y puede pasar por alto los aspectos interpersonales y las consecuencias de sus acciones.

i. Tensión (DE=10): Persona tensa, enérgica, impaciente, intranquila, excitable, irritable, incapaz de mantenerse inactiva, bajo nivel de cohesión grupal, suele manifestar una energía incansable y mostrarse intranquila cuando tiene

que esperar. Dentro del grupo tiene una pobre visión del grado de cohesión, del orden y el mando. Puede bloquear el desempeño con sus miedos situacionales y fobias.

B. Estilos de respuesta:

Las escalas de estilo de respuesta tienen como función principal asegurar la validez y fiabilidad de los datos recogidos sobre el paciente, observándose si contesta correcta y sinceramente o si aparecen tendencias que distorsionen los datos y por tanto el análisis de la personalidad:

a. Manipulación de la imagen (DE=3): Esta escala se encarga de valorar si las respuestas dadas a las preguntas son sinceras o se mueven por deseabilidad social, sea para dar buena imagen o para aparentar estar peor de lo que se está, con objetivos secundarios. Una puntuación baja, sugiere adjudicarse aspectos socialmente menos deseables o una exageración de esas cualidades.

b. Infrecuencia (DE=8): Se utiliza para detectar respuestas infrecuentes. Puede deberse a que el evaluado responde al azar, si bien habría que analizar cada respuesta y su correspondencia con el conjunto de la prueba de personalidad.

c. Aquiescencia (DE=8): En esta escala se valora la tendencia a contestar siempre positivamente a las preguntas, con cosa que podría indicar falta de sinceridad que dificulta el análisis correcto de la situación.

C. Dimensiones globales:

a. Extraversión (DE=1): Reservado, autosuficiente e inhibido en los contactos personales. Puede ser favorable o desfavorable según la situación particular en la que tenga que actuar.

b. Ansiedad (DE=9): Ansiedad alta, puede presentar un desajuste o estar insatisfecho con la posibilidad de responder a las urgencias de la vida o con sus éxitos en lo que desea. En el extremo es un índice de desorganización de la acción y posibles alteraciones fisiológicas.

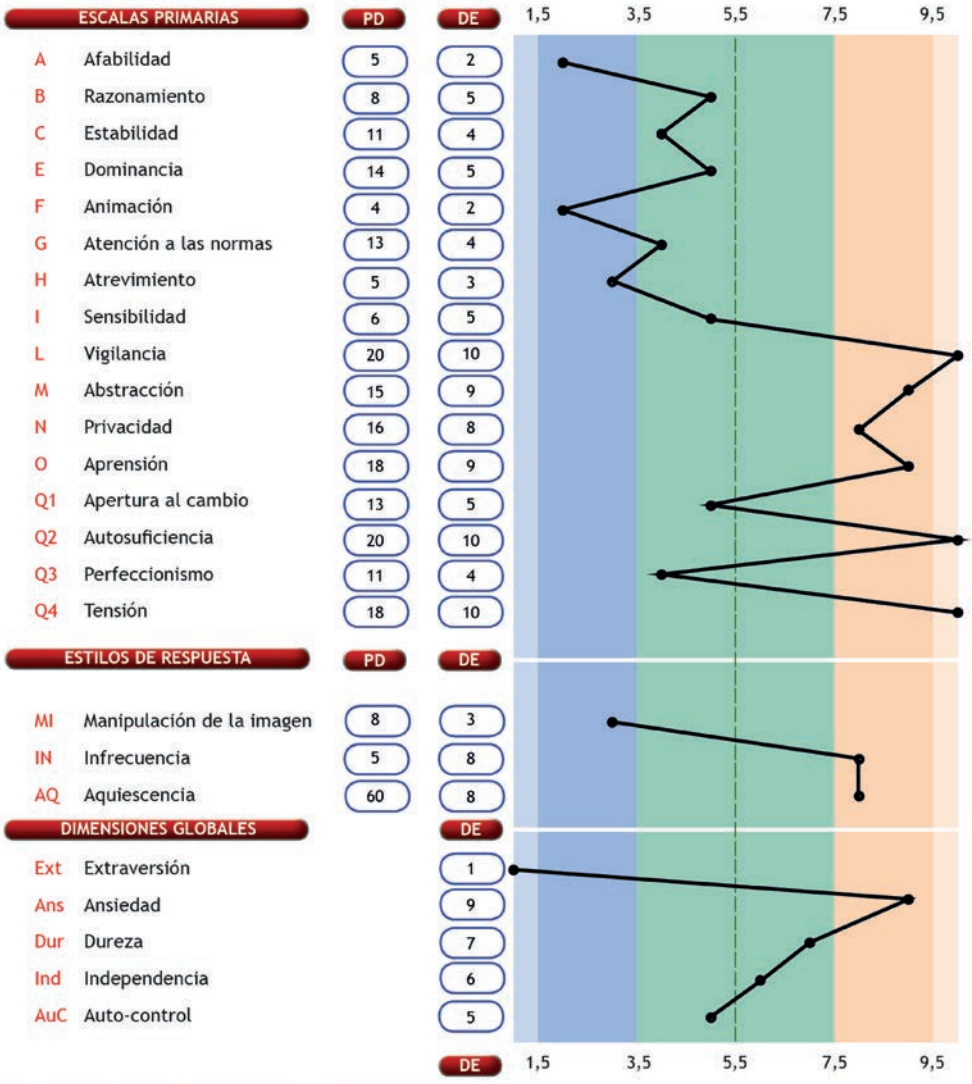
MCMI-III

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

VALIDEZ = 1 INCONSISTENCIA = 4 VALIDEZ DUDOSA
CÓDIGO DE PERSONALIDAD: - ** - * 2A 5 1 8A + 6A 3 6B 8B 7 " 2B 4 // S P ** - * //
CÓDIGO DE SÍNDROME: - ** A * // PP ** SS * //

CATEGORÍA		PUNTUACIÓN PD	PUNTUACIÓN PREV	PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA 0 60 75 85 115	ESCALAS DIAGNÓSTICAS
ESCALAS DE VALIDEZ	X	149	85		SINCERIDAD
	Y	12	57		DESEABILIDAD SOCIAL
	Z	9	54		DEVALUACIÓN
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	1	16	68		ESQUIZOIDE
	2A	20	73		EVITATIVO
	2B	6	33		DEPRESIVO
	3	13	58		DEPENDIENTE
	4	9	16		HISTRIONICO
	5	21	71		NARCISISTA
	6A	13	59		ANTISOCIAL
	6B	15	58		AGRESIVO (SÁDICO)
	7	15	36		COMPULSIVO
	8A	18	63		NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
	8B	10	54		AUTODESTRUCTIVO
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	S	23	94		ESQUIZOTÍPICO
	C	11	60		LÍMITE
	P	24	94		PARANOIDE
SÍNDROMES CLÍNICOS	A	10	79		ANSIEDAD
	H	3	40		SOMATOFORMO
	N	9	63		BIPOLAR
	D	4	34		DISTÍMICO
	B	7	65		DEPENDENCIA DEL ALCOHOL
	T	6	59		DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
	R	13	64		ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	SS	14	79		TRASTORNO DEL PENSAMIENTO
	CC	3	30		DEPRESIÓN MAYOR
	PP	15	99		TRASTORNO DELIRANTE

16PF – Versión 5



Nota: DE (Decatipo), escala típica con media=5,5 y desviación típica=2.

13 CONDENA DE MENORES POR ASESINATO

Dr. Josep M. Roig-Fusté [65]
Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
Autor de numerosas publicaciones relacionadas con la Psicometría Forense

13.1. Introducción al presente capítulo

El libro del Dr. Tiffon, que tengo entre las manos, es sin duda un libro de Psicología Forense, pero trata de un tema más especializado y concreto: la utilidad de la aplicación de pruebas psicológicas a sujetos que han pasado o van a someterse por procesos judiciales, y quiere aportar información acerca de los resultados de pruebas psicológicas aplicadas a estos sujetos, a partir de su amplia experiencia en

65 **Contacto:**
Dr. Josep M. Roig-Fusté
Mail de contacto: dr.roig@copc.es
dr.roig@mtrpsicologia.com
Enlace web: http://www.mtrpsicologia.com/index.html

el tratamiento de estos casos, a la vez que responder a la pregunta de cuál es el valor de los procedimientos de exploración más utilizados, en un entorno tan rígido y normativo como es el judicial.

El Psicólogo aplicado afronta a menudo, en todas las facetas de su trabajo, problemas complejos y busca dotarse de instrumentos objetivos para fundamentar y avalar su labor, instrumentos que le ayuden a tomar decisiones lo más correctas posible, estos instrumentos son las pruebas o los tests psicológicos[66], que a pesar de haber recibido muchas críticas a lo largo de su historia, reconociendo desde un principio que son procedimientos no aceptados por todo los profesionales, y habiendo sufrido también fuertes oscilaciones en su prestigio, grado de consideración y uso a lo largo del tiempo, siguen utilizándose actualmente con gran profusión en todas partes, será porqué ¿no tenemos nada mejor?

¿Qué es pues un testo una prueba mental?

Veamos, en pocas palabras, qué es una prueba psicológica o un test mental para concluir acerca de su valor y utilidad: Un test mental, tal como lo conocemos en la actualidad, es como lo expresa Boring[67] en su monumental obra sobre la historia de la psicología experimental, un invento de Galton, un método de medición experimental que se caracteriza por su rapidez y que contrasta con los complicados procedimientos psicofísicos de la psicología alemana, psicología alemana que fue la primera psicología experimental. Este mismo autor, en la misma obra, señala que fue un error histórico que los tests no se consideraran parte de la psicología experimental; esto fue así dado que –a pesar de ser una intervención experimental y gozando de un grado considera-

66 Roig-Fusté, J. M. (2017). Historia de los tests psicológicos. Barcelona: MTR.

67 Boring, E. G. (2006). Historia de la psicología experimental. México: Trillas.

ble de control–, este no era tan estricto como el propio de los procedimientos de la Psicología Experimental. Hay que reconocer que una prueba mental, incluyo entre estos a los cuestionarios de personalidad, es finalmente una muestra de conducta, obtenida de forma controlada, y como tal debería permitirnos, con el conocimiento adecuado, emitir ciertas hipótesis y llegar a algunas conclusiones.

Quien utilice los tests deberá conocerlos bien y, desgraciadamente para algunos, el conocimiento de los tests no puede separarse del conocimiento de la Psicometría; y quien dice Psicometría, dice conocimiento profundo de los métodos estadísticos y, por tanto, de las matemáticas. Deberá ser consciente de sus exigencias metodológicas, respetar sus procedimientos estándar y saber de sus limitaciones.

Una de las críticas más constante que se hace a los tests es el estudio del sujeto a través de múltiples variables, que se manifiestan cada una con su valor determinado; una vez obtenidos los valores de estas variables el profesional tiene que hacer la tarea más difícil, en palabras de Millon[68]*: Putting Humpty Dumpty together again,* haciendo referencia a la canción popular americana. Efectivamente, comprender e integrar los resultados obtenidos de la prueba administrada para reconstruir la realidad psicológica, constituye un conjunto de necesidades que radica en la aplicación de métodos de análisis estadístico-matemáticos. Y que, tal como mencionaremos a continuación, no sólo hay que integrar los resultados de los tests psicológicos, sino conseguir una imagen real, ajustada y equitativa del sujeto explorado mediante la aplicación de la entrevista.

68 Millon, T., Davis, R. (1995). Putting Humpty Dumpty together again: using the MCMI in psychological Assessment. En: L. E. Beutler, M. R. Berren: Integrative assessment of adult personality. New York: Guilford Press.

También hay que saber que los tests no son suficientes; y que, el conocimiento de un sujeto individual pasa inexcusablemente por conocer su historia personal, saber de sus experiencias y su evolución, del medio en que se ha desarrollado y el ámbito en el que vive. Y, todo ello, solo es posible si se ha tenido un contacto directo y amplio con el sujeto explorado. Quien ignore todo esto, se expone a cometer grandes errores.

El ámbito forense tiene sus propias peculiaridades, se juegan intereses de parte, por lo que los métodos de autoinforme, es decir los cuestionarios de personalidad –por otra parte, los métodos más utilizados–, junto con las pruebas de inteligencia (en la exploración psicológica de todos los campos en que se aplica la Psicología), deben ser estudiados en profundidad y con amplios conocimientos. Pensemos sólo en los problemas de simulación de un trastorno, la presentación de una buena imagen o de una mala imagen para obtener un beneficio secundario, problemas todos ellos que afectan a la fiabilidad y validez de los resultados de la prueba y que deben ser analizados con mucho cuidado y cautela.

El libro del Dr. Tiffon aporta una interesante muestra. Una muestra valiosa creo, de lo que podemos encontrar en los resultados de los tests de sujetos que han perpetrado un ilícito o comportamiento delictivo-criminológico. Es de esperar, por tanto, que esta información nos ayude a todos a mejorar nuestra comprensión de los sujetos que atendemos y a utilizar las pruebas psicológicas de una forma más racional y útil para el cliente.

Barcelona, junio de 2019

13.2. Casos

13.2.1. Caso 1. Crimen por arrebato emocional

EDAD	14 años	SEXO	Varón	NIVEL ACADÉMICO	Estudios secundarios (sin finalizar)

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS PREVIOS DEL AGRESOR

- Trastorno Intelectivo Limite (CI=73).
- Rasgos anómalos de personalidad de tipo Clúster A y Clúster B.
- Trastorno Déficit de Atención con Hiperactividad.

DELITO	SENTENCIA
Delito de asesinato con alevosía y ensañamiento.	Autor y responsable de un delito consumado de asesinato, concurriendo la circunstancia agravante de alevosía y ensañamiento.

VISITA PSICOLÓGICA CELEBRADA EN CENTRO PENITENCIARIO[69]

Sí

INTENCIONALIDAD DELICTIVA (*ÍTER CRIMINIS*)

Asesinato perpetrado hacia una víctima menor de edad propinándole golpes con objeto contundente (una treintena de golpes) y 13 heridas incisas perpetradas con arma blanca.

Caso de amplio impacto mediático y social de un menor de 14 años que asesina a otra menor de su misma edad. El *modus operandi* e *ítercriminis* del victimario fue originarle un grave daño en el cráneo de la víctima provocándole traumatismo craneoencefálico con una treintena de golpes. Seguidamente, y mediante arma blanca, le provoca sección profunda de la yugular en área de cuello y originándole la lesión mortal.

69 Es significativo señalar el detalle de la ubicación de la celebración de la visita psicológica, dado que si la visita es practicada en sede del Centro Penitenciario (como interno de prisión preventivo) es debido a que la causa judicial, en sus diligencias de investigación, se han hallado indicios que orientan la culpabilidad de este.

En el presente caso, la visita se celebró en sede del Centro Educativo de Justicia (CEJ) a tratarse de un menor de 14 años (edad de cuando cometió el delito).

El informado (agresor) presentaba antecedentes clínicos de diagnóstico y tratamiento psicofarmacológico previo de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Asimismo, también presentaba el diagnostico de Inteligencia Límite (CI Límite).

Asimismo, y antes de abordar la interpretación de la gráfica, la terminología propia del propio autor de la prueba –en cuanto que se trata de población de adolescentes (menores de edad)–, la personalidad del evaluado se le denomina como *«Prototipo de personalidad»*. Ello es debido porque se considera que la personalidad del menor aún no está plenamente configurada ni tampoco consolidada (la prueba se administra para adolescentes de entre 13 y 19 años). Se puede considerar que la personalidad del sujeto presenta unos rasgos más acusados a partir de los 18 años, pudiéndose ya denominar terminológicamente como *personalidad.*

1. Prueba MACI

De la administración de la prueba *«Inventario Clínico para Adolescentes de Millon – MACI»*[70] (el cual se trata de la versión del MCMI de Theodore Millon para adultos; pero en este caso, adaptada para población adolescente) compuesta por 160 ítems de respuesta dicotómica (verdadero/falso), se desprenden las siguientes interpretaciones (psico)patológicas:

1. Escalas de FIABILIDAD

Con relación a la Sinceridad/Fiabilidad del menor, el mismo presenta puntuación estadísticamente significativa en:

- «Alteración» (TB=90).
- «Deseabilidad» (TB=84).
- «Transparencia» (TB=73).

70 Millon, Th. (2004). *«Manual MACI - Inventario Clínico para Adolescentes de Millon»*. TEA Ediciones, S.A. Madrid.

La combinación de ambas escalas obliga al interpretador a ser cauto y precavido en la siguiente interpretación psicológica de las escalas clínicas que se presentan a continuación. Ello es debido a que ha existido una tendencia acusada y/o una tendencia generalizada a magnificar el nivel de enfermedad experimentada o un rasgo de carácter quejoso o auto-compasivo. Por otro lado, el estilo de respuesta puede transmitir sentimientos de extrema vulnerabilidad. De este modo, puede ser que la interpretación consiguiente del resto de las puntuaciones obtenidas en el resto de las escalas de la gráfica resultante no ofrezca una compatibilidad genuina con el perfil de prototipo de personalidad del menor.

2. Escalas de PROTOTIPOS DE PERSONALIDAD

Como Prototipo de Personalidad, el menor destaca en las siguientes escalas, las cuales presenta puntuaciones clínicamente significativas:

- «Sumiso» (TB=99): Supone el equivalente a «dependiente» del manual diagnóstico DSM. En este sentido, el menor muestra una gran necesidad de apoyo externo y de atención. Pudiera haber estado sobreprotegido y, en consecuencia, haber fracasado en la adquisición de la capacidad de autonomía e iniciativa. La experiencia de una baja autoestima y el fracaso con los iguales puede llevar a estos individuos a evitar el desarrollo de tentativas de aserción y gratificación de sí mismos.
- «Introvertido» (TB=81): Equivalente al esquizoide del manual diagnóstico DSM por su tendencia a ser apático, indiferente, distante y poco social.

- «Tendencia Limite» (TB=98): Sugiere una orientación emocionalmente disfuncional y patológica que dificulta su adaptación por su ambivalencia. Suele experimentar estados de ánimo intensos y endógenos, con periodos recurrentes de apatía y de abatimiento, frecuentemente salpicados con rachas de rabia, ansiedad o euforia (impulsividad patológica).
- «Inhibido» (puntuación subclínica TB=74): Tendente a una capacidad disminuida por experimentar placer. Acostumbra a esperar de la vida que resulte dolorosa, con pocas gratificaciones y mucha ansiedad. Tiende a caer en el aislamiento y en comportamientos que favorecen la propia alienación.
- «Rebelde» (puntuación subclínica TB=68): Tendencia a una orientación activo-independiente. En apariencia, muestra un temperamento y un comportamiento inaceptable compatible al de un trastorno antisocial de la personalidad (en fase adulta). Busca la revancha por lo que siente subjetivamente como de una injusticia pasada se tratase. Se caracteriza por la irresponsabilidad y por la impulsividad (patológica y sin contención alguna de su propia conducta). Puede entrar directamente en conflicto con los deseos parentales, con la escuela y con las normas legales.
- «Autopunitivo» (puntuación subclínica TB=70): En este caso, el dolor puede haberse convertido en algo preferible al placer y ser pasivamente aceptado, cuando no estimulado, en las relaciones íntimas.

3. Escalas de PREOCUPACIONES EXPRESADAS

Como preocupaciones expresadas, el menor destaca en las siguientes escalas:

- «Difusión de la identidad» (TB=100): Es una escala por cuyo foco de estudio y análisis es medir la transición –a veces caótica y perturbadora– desde la inconsciencia de la infancia a la identidad adulta. En el presente caso, el menor presenta una puntuación significativamente elevada lo que sugiere una marcada tendencia a la inseguridad y/o a la incerteza, no pudiendo saber el cómo adaptarse y seleccionar sus metas en la vida. Presenta inseguridades con relación a la idea acerca de quién es, a dónde va y qué va a ser de su propia vida. Por lo que acostumbra a elegir el quedarse solo con la confusión y la incomodidad de su *modus vivendi* y de relación interpersonal con su familia antes que enfrentarse a lo desconocido. No presenta un sentido claro de los valores. Tampoco presenta un claro sentido de su propia identidad personal, no estando bien configurada y siendo muy poco probable que se produzca un desarrollo saludable psicológico del mismo. Carece de dirección y, con frecuencia, no tiene claro el tipo de persona que le gustaría ser.

- «Desvaloración de sí mismo» (TB=80): Al presentar puntuación significativa, viene a cotejarse con el resto de las escalas anteriormente definidas. De este modo, y a lo largo de la vida que el informado ha podido disponer, es posible que haya recibido mensaje confusos o malhumorados de sus padres o de sus iguales y que pueden sentir estos cambios como abrumadores o como algo espantoso. Dicha circunstancia puede dar lugar a que se instaure un

sentimiento de inseguridad en su condición de personalidad y que se mantenga a lo largo del tiempo. Puede sentir una amplia gama de insatisfacciones con respecto a esa imagen de sí mismos.

- «Inseguridad con los iguales» (puntuación subclínica TB=72): En este caso, la puntuación sugiere que el menor pudiera esperar (subjetivamente) el rechazo entre sus iguales o limitarles el acceso a ellos mismos, configurándose una baja autoestima y ser potencialmente dañina en la calidad de las relaciones interpersonales. Desea aprobación, pero no logra obtenerla y se vuele, por ello, más aislado.
- «Insensibilidad Social» (puntuación subclínica TB=64): Tendente a ser frio e indiferente con relación al bienestar de los demás. Quiere anular los derechos de los otros para lograr sus propias metas, carecen de empatía y muestran escaso interés por construir vínculos personales cálidos y afectuosos.

4. Escalas de SÍNDROMES CLÍNICOS

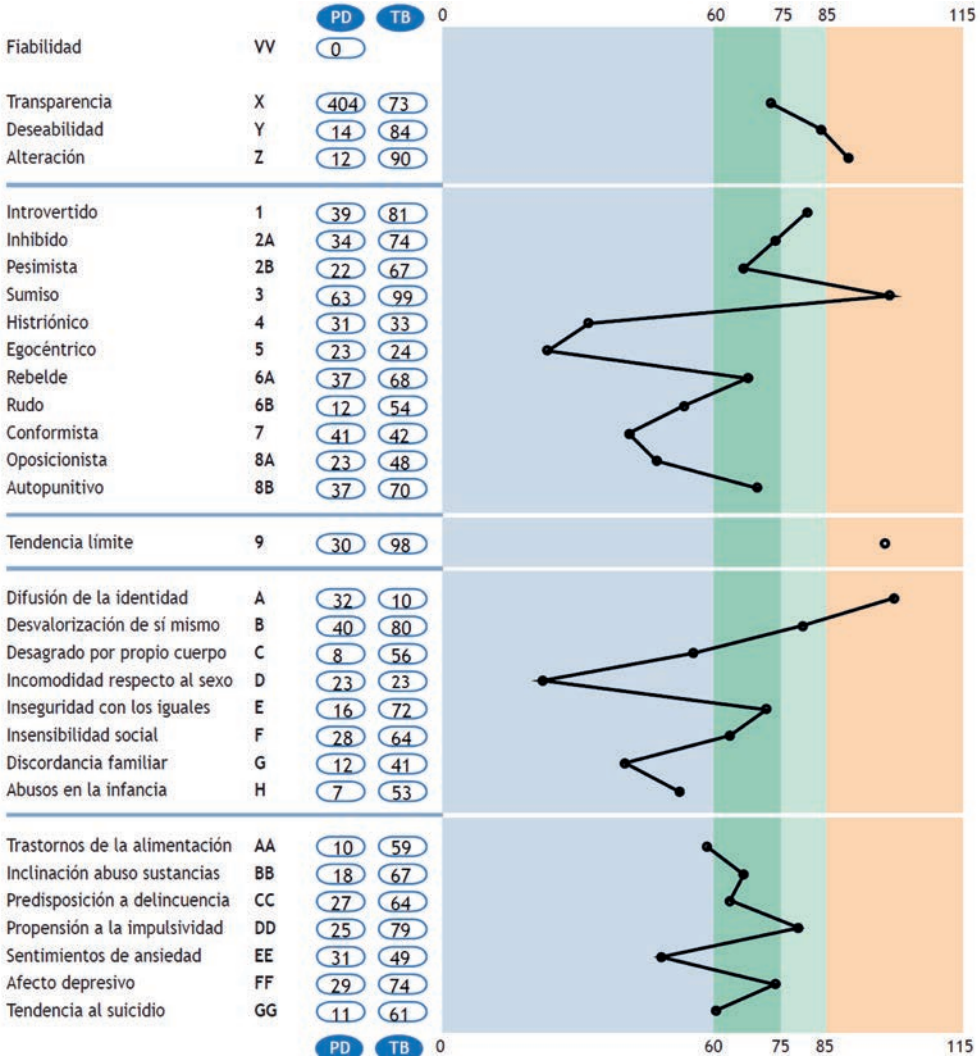
En cuanto a síndromes clínicos, el menor destaca en las siguientes escalas:

- «Propensión a la impulsividad» (TB=79): Muestra comportamientos que excedan los límites de tolerancia establecidos por la familia o por la escuela. Eso puede significar un exceso de conductas agresivas y que pueden manifestarse fuera del radio habitual de relación, es decir, en la sociedad.

- «Afecto depresivo» (puntuación subclínica TB=74): Tendencia a caracterizarse por presencia de preocupaciones, por sentimientos de desaprobación de sí mismos, falta de iniciativa, sentimientos de desaliento o de culpa, falta de iniciativa, apatía, baja autoestima, inutilidad, actitud pesimista, aislamiento social, ideación suicida.
- «Predisposición a la delincuencia» (puntuación subclínica TB=64): Tendente como rasgo de personalidad y que viene a compatibilizarse con la escala clínica anteriormente referida «Rebelde» (puntuación subclínica TB=68).
- «Inclinación abuso de sustancias» (puntuación subclínica TB=67).
- «Tendencia al suicidio» (puntuación subclínica TB=61).

MACI

INVENTARIO CLÍNICO PARA ADOLESCENTES DE MILLON[71]



71 Aunque el caso se contextualiza en el año 2008, el perfil psicológico se ha impreso con el permiso de TEA EDICIONES (entonces propietario con derecho de uso hasta el año 2011, año del cual fue descatalogado de TEA EDICIONES).

13.2.2. Caso 2. Crimen por conducta antisocial

EDAD	18 años	SEXO	Varón	NIVEL ACADÉMICO	Estudios secundarios (sin finalizar)

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS PREVIOS DEL AGRESOR

- Patología epiléptica secundaria a Traumatismo Cráneo-Encefálico.
- Parasomnia.
- Enuresis (hasta la edad de los 16-17 años).

DELITO	SENTENCIA
Delito de conducción temeraria, en concurso con un delito de homicidio por imprudencia grave.	Autor de un delito de conducción temeraria en concurso con un delito de homicidio por imprudencia grave a 3 años y 6 meses de internamiento en régimen cerrado, seguido de 6 meses de internamiento en régimen semiabierto y 1 año de libertad vigilada.

VISITA PSICOLÓGICA CELEBRADA EN CENTRO PENITENCIARIO[72]

Sí

INTENCIONALIDAD DELICTIVA (*ÍTER CRIMINIS*)

El menor, autor de un delito de robo de uso de vehículo a motor, perpetra un delito de conducción temeraria en concurso con un delito de homicidio por imprudencia grave en la autopista.

Caso de impacto mediático y social que, en el momento de la perpetración de los hechos, el informado presentaba la edad de 17 años (era un menor de edad). En el momento en el que se desarrolla la exploración y la evaluación psicológica, el informado ya presentaba la mayoría de edad (18 años), y le administró las pruebas psicológicas pertenecientes a su edad correspondiente.

72 Es significativo señalar el detalle de la ubicación de la celebración de la visita psicológica, dado que si la visita es practicada en sede del Centro Penitenciario (como interno de prisión preventivo) es debido a que la causa judicial, en sus diligencias de investigación, se han hallado indicios que orientan la culpabilidad de este.

En el presente caso, la visita se celebró en sede del Centro Educativo de Justicia (CEJ) a tratarse de un menor de 17 años (edad de cuando cometió el delito).

1. Prueba MCMI-III

a. Escalas de Validez.

- «Deseabilidad Social» (PREV=95): El informado presenta una significativa intencionalidad en cuanto al deseo de ofrecer una imagen positiva de su condición psíquica y/o persona.
- «Sinceridad» (PREV=70): La puntuación obtenida, aunque no alcanzando el rango significativo, sugiere igualmente que se ha de tomar precaución y cautela dado que la gráfica obtenida puede no ser genuina de la personalidad del propio sujeto.
- «Devaluación» (PREV=70): La puntuación obtenida, aunque no alcanzando el rango significativo sugiere que el informado presenta una intencionalidad en cuanto al deseo de ofrecer una imagen negativa de su condición psíquica.

b. Patrones Clínicos de la personalidad.

- Puntuaciones clínicas:
  - «Narcisista» (PREV=86): Egocéntrico, arrogante, con ideas de grandeza. Preocupado por fantasías de éxito y belleza o grandes logros. Se considera admirable y superior y, por tanto, merecedor de un trato especial.
  - «Compulsivo» (PREV=75): El informado suele ser comedido, concienzudo, respetuoso, rígido. Mantiene un estilo de vida regido por normas. Suscribe completamente las convenciones sociales. Ve el mundo en función de reglas y jerarquías. Se considera leal, fiable, eficiente y productivo

- Puntuaciones subclínicas:
  - «Depresivo» (PREV=66).
  - «Antisocial» (PREV=67): El informado suele presentarse de manera impulsivo, irresponsable, perverso, ingobernable. Actúa sin tener en cuenta a los demás. Solamente cumple obligaciones sociales cuando sirven a sus fines. No respeta las costumbres, reglas y normas sociales. Se considera libre e independiente.
  - «Negativista (Pasivo-Agresivo» (PREV=65): Se resiste a cumplir con las expectativas de los demás, muestra conductas dilatorias, ineficaces y erráticas cuando no otras contrarias y molestas. Revela placer al desmoralizar las satisfacciones y aspiraciones de los demás. Descarga su enfado y otras emociones molestas ya sea indirectamente o desplazándolas de su causante hacia entornos o personas de menor importancia.
  - «Agresivo (Sádico)» (PREV=64): Atrevido, impulsivo, imprudente. Puede ser desalmado y notablemente ajeno a una conciencia sobre el impacto de sus propios actos destructivos. Le atraen los riesgos, se siente impávido ante el peligro y el castigo. Muestra satisfacción al competir con otros, dominarlos y humillarlos. Manifiesta un marcado autoritarismo e intolerancia social. Tiene una mentalidad cerrada, es inflexible y obstinado.
  - «Dependiente» (PREV=60): Indefenso, incompetente, sumiso e inmaduro. Rechaza las responsabilidades adultas. Se ve a sí mismo débil, y frágil. Busca constantemente el apoyo y consejo en figuras más fuertes.

c. Patología Grave de la Personalidad.

- Puntuación clínica:
  - «Paranoide» (PREV=83): Expectante, defensivo, desconfiado y suspicaz. Hipervigilante frente a intentos ajenos de agresión. Siempre busca evidencias que confirmen la presencia de móviles ocultos. Se siente la vez perseguido.
- Puntuación subclínica:
  - «Esquizotípico» (PREV=64): Excéntrico, raro, ausente. Muestra manierismos y conductas peculiares. Lee el pensamiento Preocupado por creencias extrañas. La línea que le diferencia de la fantasía está poco definida.

d. Síndromes Clínicos.

- «Ansiedad» (PREV=103).
- «Dependencia de sustancias» (PREV=91).
- «Estrés Post-Traumático» (PREV=75).
  - Puntuaciones subclínicas:
    - ≈ «Dependencia del alcohol» (PREV=71).
    - ≈ «Bipolar» (PREV=66).
    - ≈ «Somatomorfo» (PREV=64).
    - ≈ «Distímico» (PREV=60).

e. Síndromes Clínicos Graves.

- «Trastorno Delirante» (PREV=77).
  - Puntuación subclínica:
    - ≈ «Depresión Mayor» (PREV=70).
    - ≈ «Trastorno del pensamiento» (PREV=64).

2. Prueba PAI

1. Escalas principales de Validez:
   a. «Impresión negativa» (T=103): Indica si el evaluado está presentando una imagen de sí mismo extremadamente desfavorable que pueda sugerir exageración de síntomas.
   b. «Infrecuencia» (T=85): Indica si el evaluado ha respondido poco cuidadosamente, al azar o de una forma muy peculiar. Los ítems son neutrales con respecto a psicopatología y resultan muy poco frecuentes tanto en personas normales como en pacientes clínicos.
   c. «Inconsistencia» (T=67): Indica si el evaluado responde de forma inconsistente a lo largo de la prueba. Para ello tiene en cuenta su respuesta a pares de ítems altamente relacionados entre sí.
2. Escalas principales Clínicas:
   a. «Problemas con drogas» (T=95): Evalúa las consecuencias negativas del uso de drogas y los rasgos indicativos de su dependencia.
   b. «Quejas somáticas» (T=85): Evalúa las preocupaciones relacionadas con la salud física y las quejas somáticas habitualmente presentes en los trastornos de somatización o de conversión.
   c. «Trastornos relacionados con la ansiedad» (T=76): Evalúa los síntomas y conductas relacionadas con trastornos específicos de la ansiedad, específicamente fobias, estrés postraumático y síntomas obsesivos compulsivos.

d. «Rasgos Límites» (T=73): Evalúa los atributos indicativos de la personalidad límite, entre los que se incluyen las relaciones interpersonales inestables y fluctuantes, la impulsividad, la inestabilidad, la labilidad emocional y la ira incontrolada.

e. «Rasgos antisociales» (T=70): Evalúa el historial de actos ilegales y problemas con la autoridad, así como el egocentrismo, la falta de empatía y lealtad, la inestabilidad y la búsqueda de sensaciones.

f. «Problemas con alcohol» (T=70): Evalúa las consecuencias negativas del consumo de alcohol y los rasgos indicativos de su dependencia.

g. «Paranoia» (T=67): Evalúa los síntomas de los trastornos paranoides y las características más estables de la personalidad paranoide.

h. «Manía» (T=67): Evalúa los síntomas afectivos, cognitivos y conductuales de la manía y la hipomanía.

i. «Ansiedad» (T=64): Evalúa las manifestaciones y los signos observables de ansiedad con especial énfasis en la evaluación de sus distintas modalidades (cognitiva, emocional y fisiológica).

j. «Depresión» (T=62): Evalúa las manifestaciones y síntomas de los trastornos depresivos.

3. Escalas principales relacionadas con el tratamiento:

a. «Ideaciones suicidas» (T=61): Evalúa la ideación suicida cubriendo un amplio rango que va desde la desesperanza hasta los pensamientos y planes concretos de suicidio.

4. Relaciones interpersonales:
    a. «Dominante» (T=42): Evalúa el grado en que una persona es controladora e independiente en sus relaciones personales. Las puntuaciones altas están asociadas a un estilo dominante mientras que las puntuaciones bajas reflejan un estilo sumiso.
    b. «Afabilidad» (T=58): Evalúa el grado en que una persona se interesa por aquellas relaciones personales empáticas y de apoyo. Las puntuaciones altas estás asociadas a un estilo afable y sociable y las puntuaciones bajas a un estilo frío e indiferente.
5. Subescalas:
    a. Quejas somáticas.
        i. «Conversión» (T=89): Evalúa los síntomas asociados a los trastornos de conversión, especialmente alteraciones motoras o sensoriales.
        ii. «Hipocondría» (T=85): Evalúa la preocupación por el estado de salud y los problemas físicos.
        iii. «Somatización» (T=67): Evalúa la aparición frecuente de diversos síntomas físicos comunes y de quejas imprecisas de cansancio y mala salud.
    b. Ansiedad.
        i. «Fisiológica» (T=67): Evalúa los signos físicos manifiestos de tensión y estrés (p. ej., palmas sudorosas, temblor de manos, palpitaciones, sensación de ahogo o de falta de aire).
        ii. «Cognitiva» (T=63): Evalúa la presencia de inquietudes sobre asuntos cotidianos y preocupaciones ru-

miativas que afectan y limitan su capacidad de atención y concentración.

c. Trastornos relacionados con la Ansiedad.
   i. «Estrés Postraumático» (T=79): Evalúa la existencia de hechos traumáticos que continúan causando malestar y que el sujeto percibe como hechos que le han cambiado o alterado en algún aspecto fundamental de sí mismo.
   ii. «Fobias» (T=71): Evalúa la presencia de miedos fóbicos comunes tales como a las situaciones sociales, al transporte público, a las alturas, a los espacios cerrados y a otros objetos específicos.
   iii. «Obsesivo-Compulsivo» (T=68): Evalúa la presencia de comportamientos o pensamientos intrusivos, así como rigidez, indecisión, perfeccionismo y restricción afectiva.

d. Depresión.
   i. «Fisiológica» (T=76): Evalúa los niveles de actividad, energía y rendimiento físico, entre los que se incluyen interrupciones en sus patrones de sueño, cambios en su apetito o pérdida de peso.

e. Manía.
   i. «Grandiosidad» (T=69): Evalúa la existencia de una autoestima hipertrofiada, así como cierta expansividad y la creencia de que tiene habilidades o talentos únicos y especiales.
   ii. «Nivel de actividad» (T=64): Evalúa la desmedida participación en una amplia variedad de actividades de

un modo desorganizado y la experimentación de procesos de pensamiento y comportamientos acelerados.

f. Paranoia.

i. «Resentimiento» (T=66): Evalúa la presencia de resentimiento y desconfianza en las relaciones interpersonales y una tendencia a guardar rencor y a echar la culpa a los demás de cualquier desgracia.

ii. «Hipervigilancia» (T=65): Evalúa la suspicacia y la tendencia a estar atento a posibles desaires reales o imaginarios producidos por otros.

iii. «Persecución» (T=61): Evalúa la creencia de haber sido tratado injustamente y de que existe un interés común entre diversas personas para socavar sus intereses.

g. Esquizofrenia.

i. «Alteración del pensamiento» (T=64): Evalúa la confusión, los problemas de concentración y la desorganización de los procesos de pensamiento.

h. Rasgos límites.

i. «Alteración de la identidad» (T=75): Evalúa la existencia de dudas sobre los principales aspectos de la vida y la presencia de sentimientos de vacío, de falta de realización y de ausencia de objetivos.

ii. «Autoagresiones» (T=69): Evalúa la impulsividad en áreas que tienen un alto potencial de consecuencias negativas.

iii. «Relaciones interpersonales problemáticas» (T=68): Evalúa la presencia de una historia de relaciones in-

tensas y ambivalentes en las que se ha sentido traicionado y explotado.

iv. «Inestabilidad emocional» (T=61): Evalúa la sensibilidad emocional, los cambios bruscos de humor y el escaso control emocional.

i. Antisocial.

i. «Egocentrismo» (T=71): Evalúa la falta de empatía o remordimiento y un enfoque generalmente explotador de las relaciones interpersonales.

ii. «Conductas antisociales» (T=66): Evalúa el historial de actos antisociales y la implicación en actividades ilegales.

iii. «Búsqueda de sensaciones» (T=62): Evalúa el ansia por nuevas sensaciones y emociones, así como una baja tolerancia al aburrimiento y una tendencia a ser temerario y a asumir riesgos.

j. Agresividad.

i. «Agresiones físicas» (T=61): Evalúa la tendencia a manifestar físicamente su ira, incluyendo los daños a la propiedad, las peleas físicas y las amenazas de violencia.

6. Índices complementarios:

a. Inconsistencia al final del cuestionario (T=75): Indica si el evaluado ha respondido a la parte final del cuestionario de forma inconsistente. Para ello compara las respuestas del sujeto a las escalas SUI y ALC en la primera parte del cuadernillo (primeros 165 ítems) y en la segunda parte. Puntuaciones altas son indicativas de un patrón de respuesta al azar en la parte final de la prueba.

b. Función discriminante de Cashel (T=62): Índice resultado de la función discriminante calculada para maximizar la diferencia entre sujetos instruidos para presentarse idealmente frente a sujetos que respondían honestamente a la prueba. Puntuaciones altas son indicativas de disimulación.

c. Índice estimado de problemas con las drogas (T=71): Indica qué puntuación en la escala DRG cabría esperar a partir de las puntuaciones en otras escalas del PAI. Una puntuación en DRG-Est sensiblemente superior a la obtenida en DRG puede ser indicativa de disimulación de problemas relacionados con el consumo de drogas.

d. Índice estimado de problemas con el alcohol (T=65): Indica qué puntuación en la escala ALC cabría esperar a partir de las puntuaciones en otras escalas del PAI. Una puntuación en ALC-Est sensiblemente superior a la obtenida en ALC puede ser indicativa de disimulación de problemas relacionados con el consumo de alcohol.

3. Prueba SIMS

La puntuación total del SIMS (PD=31) se encuentra dentro de la anormalidad estadística sugiriendo la compatibilidad de que el informado ha presentado intencionalidad de simular síntomas psicopatológicos (más concretamente, en el área de las psicosis, área de los trastornos originados por deterioro neurológico y en el área de los trastornos amnésicos). En el presente caso, y dado los antecedentes clínicos y conductuales del informado, se ha extremar la interpretación psicológica y psicopatológica.

MCMI-III

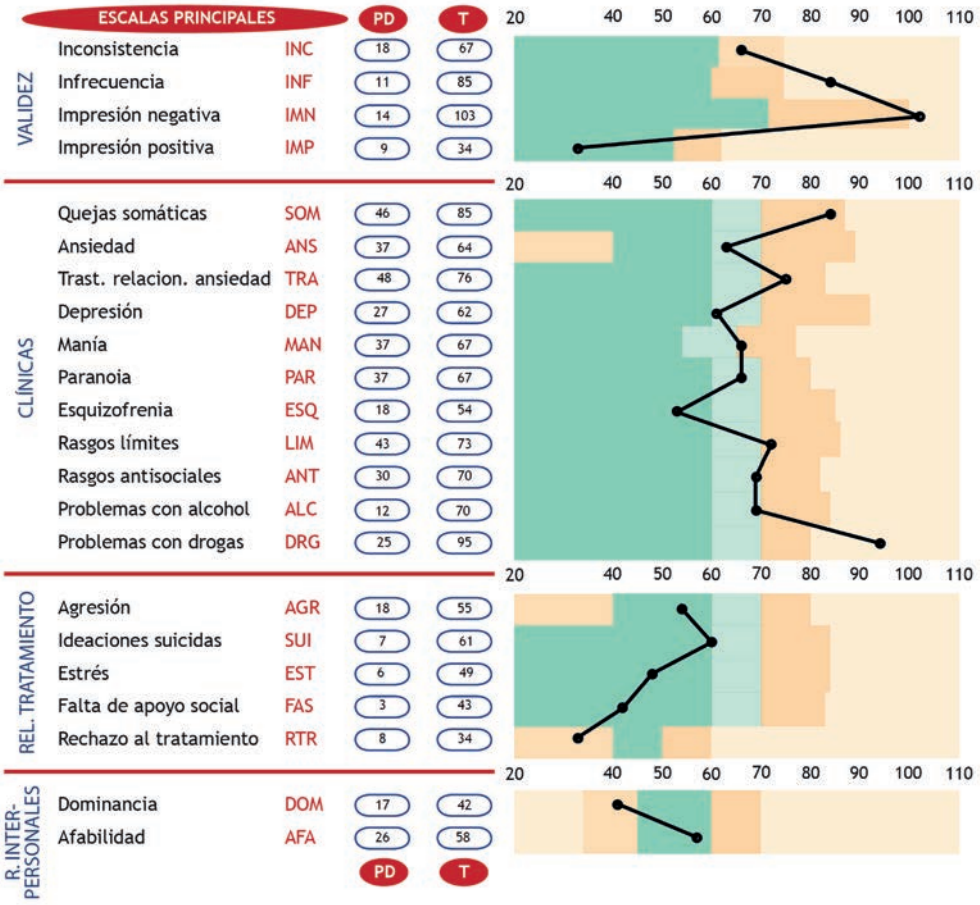
INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

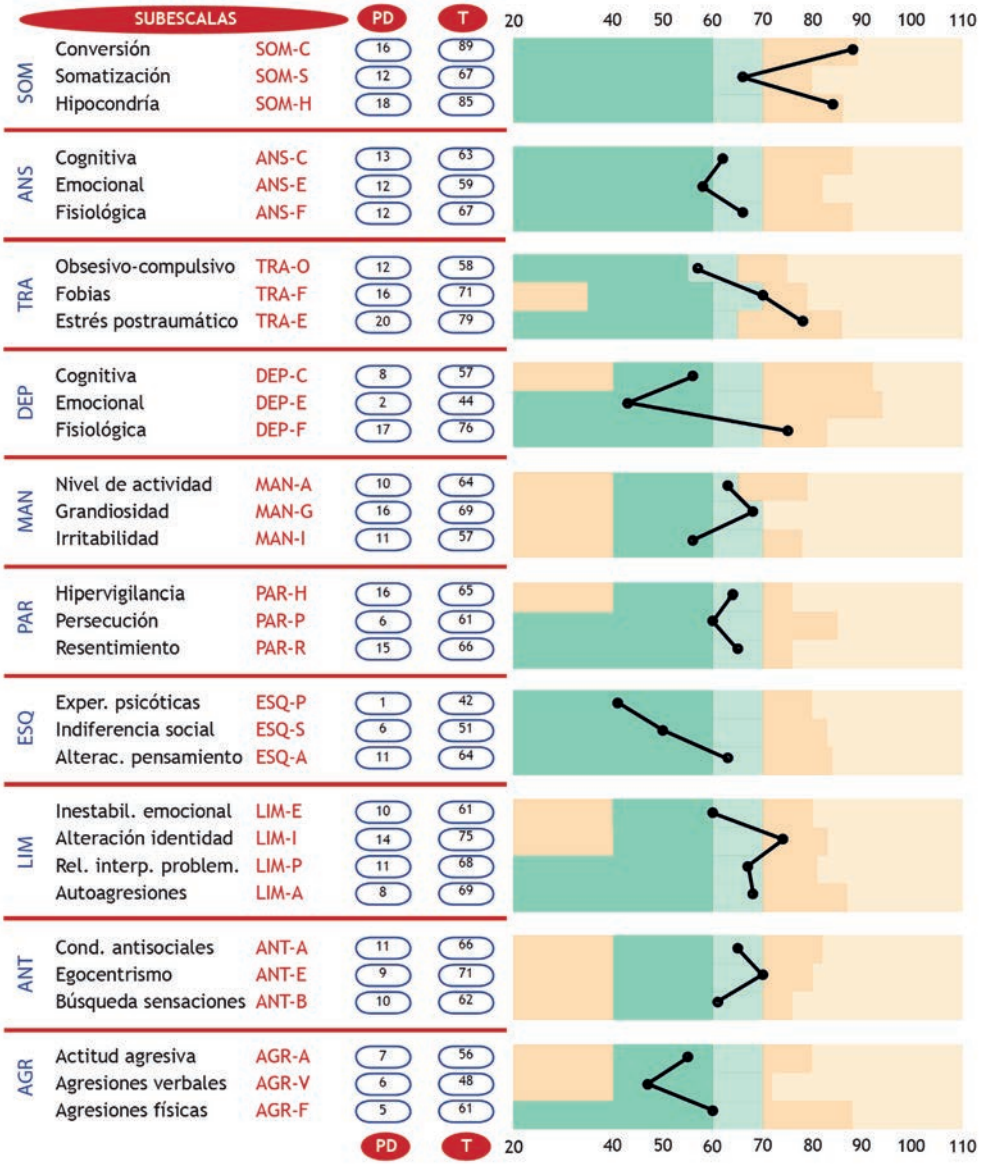
VALIDEZ = 0 INCONSISTENCIA = 4
CÓDIGO DE PERSONALIDAD: 5 ** 7 * 6A 2B 8A 6B 3 + 2A 4 8B " 1 // - ** P * //
CÓDIGO DE SÍNDROME: A T ** R * // - ** PP * //

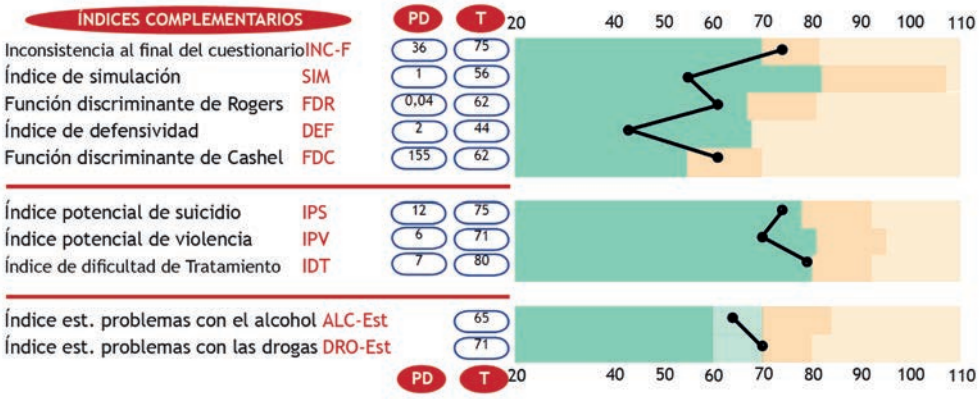
CATEGORÍA		PUNTUACIÓN PD	PUNTUACIÓN PREV	PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA (0 / 60 / 75 / 85 / 115)	ESCALAS DIAGNÓSTICAS
ESCALAS DE VALIDEZ	X	122	70		SINCERIDAD
	Y	20	95		DESEABILIDAD SOCIAL
	Z	16	70		DEVALUACIÓN
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	1	3	23		ESQUIZOIDE
	2A	8	59		EVITATIVO
	2B	11	66		DEPRESIVO
	3	9	60		DEPENDIENTE
	4	19	57		HISTRIONICO
	5	20	86		NARCISISTA
	6A	11	67		ANTISOCIAL
	6B	10	64		AGRESIVO (SÁDICO)
	7	21	75		COMPULSIVO
	8A	12	65		NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
	8B	5	55		AUTODESTRUCTIVO
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	S	11	64		ESQUIZOTÍPICO
	C	9	58		LÍMITE
	P	20	83		PARANOIDE
SÍNDROMES CLÍNICOS	A	16	103		ANSIEDAD
	H	6	64		SOMATOFORMO
	N	8	66		BIPOLAR
	D	6	60		DISTÍMICO
	B	7	71		DEPENDENCIA DEL ALCOHOL
	T	16	91		DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
	R	18	75		ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	SS	8	64		TRASTORNO DEL PENSAMIENTO
	CC	11	70		DEPRESIÓN MAYOR
	PP	6	77		TRASTORNO DELIRANTE

PAI

INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD

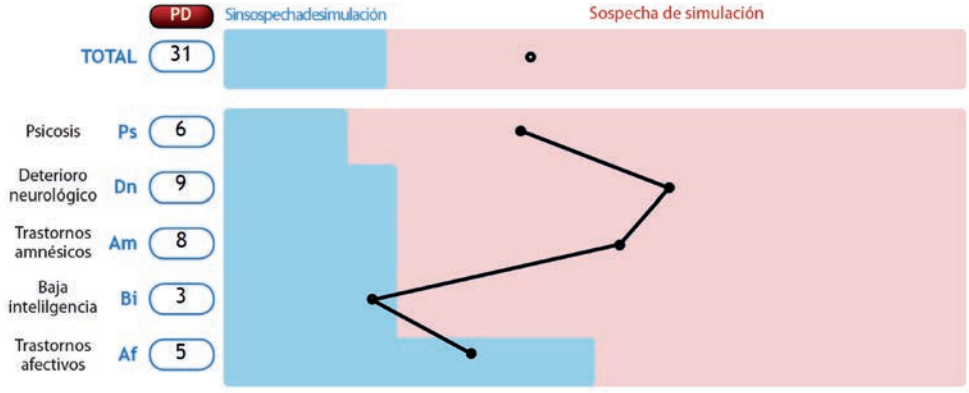



SUBESCALAS
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110
SOM
Conversión SOM-C 16 89
Somatización SOM-S 12 67
Hipocondría SOM-H 18 85
ANS
Cognitiva ANS-C 13 63
Emocional ANS-E 12 59
Fisiológica ANS-F 12 67
TRA
Obsesivo-compulsivo TRA-O 12 58
Fobias TRA-F 16 71
Estrés postraumático TRA-E 20 79
DEP
Cognitiva DEP-C 8 57
Emocional DEP-E 2 44
Fisiológica DEP-F 17 76
MAN
Nivel de actividad MAN-A 10 64
Grandiosidad MAN-G 16 69
Irritabilidad MAN-I 11 57
PAR
Hipervigilancia PAR-H 16 65
Persecución PAR-P 6 61
Resentimiento PAR-R 15 66
ESQ
Exper. psicóticas ESQ-P 1 42
Indiferencia social ESQ-S 6 51
Alterac. pensamiento ESQ-A 11 64
LIM
Inestabil. emocional LIM-E 10 61
Alteración identidad LIM-I 14 75
Rel. interp. problem. LIM-P 11 68
Autoagresiones LIM-A 8 69
ANT
Cond. antisociales ANT-A 11 66
Egocentrismo ANT-E 9 71
Búsqueda sensaciones ANT-B 10 62
AGR
Actitud agresiva AGR-A 7 56
Agresiones verbales AGR-V 6 48
Agresiones físicas AGR-F 5 61
PD
T
20 40 50 60 70 80 90 100 110



SIMS

INVENTARIO ESTRUCTURADO DE SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS



14 CURIOSIDADES (POSIBLEMENTE OCULTAS) DE LA FRENOLOGÍA

Dr. Bernat-N. Tiffon[73]
Psicólogo Forense y Psicólogo General Sanitario (PGS Habilitado).
Profesor de Psicología Jurídica y Forense de la UAO y
de ESERP Business School & Law School.
Miembro de Honor y Responsable de Admisiones del Consejo Superior
Europeo de Doctores y Doctores Honoris Causa (CONSEDOC).

—Encantado de conocerlo, doctor Watson. He oído mencionar su nombre junto con el de su amigo. Me interesa usted mucho, señor Holmes. No esperaba encontrarme con un cráneo tan dolicocéfalo ni con un arco supraorbital tan pronunciado. ¿Le importaría que recorriera con el dedo su fisura parietal? Un molde de su cráneo, señor mío, hasta que pueda disponerse del original, sería el orgullo de cualquier museo antropológico. No es mi intención parecer obsequioso, pero confieso que codicio su cráneo.

Sherlock Holmes hizo un gesto con la mano para invitar a nuestro extraño visitante a que tomara asiento.

—Veo que se entusiasma usted tanto con sus ideas como yo con las mías –dijo–. Y observo por su dedo índice que se hace usted mismo los cigarrillos. No dude en encender uno si así lo desea.

Capítulo I. El señor Sherlock Holmes
«El sabueso de los Baskerville» (1901)
Sir Arthur Conan Doyle (1859-1930)

73 Dr. Bernat-N. Tiffon.
– Universidad Abad Oliba (UAO-CEU). Calle Bellesguard, 30. 08022. Barcelona.
– ESERP Business School & Law School. Calle Girona, 24. 08010 Barcelona.
– CONSULTORÍA EN PSICOLOGÍA LEGAL Y FORENSE – Dr. Bernat-N. Tiffon. Travesera de Gracia, nº14, 4º-2ª. 08021 Barcelona.

Mail de contacto: tiffon@psicologialegal.com
Enlace web: https://www.psicologialegal.com/

La medición de la condición psíquica del sujeto siempre ha sido un gran reto y no marcado con facilidades. Siempre ha requerido la estrecha combinación entre la pasión por la investigación y la curiosidad que suscita por objetivar y «etiquetar» los rasgos de personalidad.

Medir en Psicología –aplicando la Psicometría y sus técnicas– supone siempre una aproximación de la Personalidad y/o la Inteligencia del sujeto.

Lo citado con anterioridad no es nada baladí ni frívolo ya que, mientras que la medición de la longitud (los *Kilómetros*), la medición del peso (los *kilos*) y la medición los líquidos (los *litros*) supone una medición internacional y socialmente objetivo, la Psicometría supone un acercamiento a los rasgos de la personalidad que el sujeto presenta. Las cifras obtenidas a raíz de las pruebas psicológicas y psicotécnicas administradas configurarán la obtención de una gráfica ideográfica concreta y especifica del ser psíquico de forma única, personal e individualizable. Nunca será nomotética. Y, en ello, el evaluador experto en Psicología ha de saber vehiculizar los resultados obtenidos del sujeto teniendo en cuenta aspectos formativos-educacionales y académicos del sujeto; los antecedentes clínicos psicopatológicos que pudiera presentar;factores psicosociales adversos y contingentes que pudiera experimentar el sujeto; cuestiones de naturaleza antropológica, si fuera necesario; u otros factores que pudiera existir o que pudiera ser espurios.

En ocasiones, el cotejo de esta medición psicométrica y psicológica del sujeto con la entrevista clínica de intercambio de impresiones es factible y las piezas «encajan a la perfección». En otras ocasiones, no encajan. Al no encajarse dichas piezas, ya será el evaluador quien se encargue de dilucidar si es que ha existido alguna intencionalidad de no ser honesto en la respuesta de las preguntas planteadas (lo que supondría que existiría la intencionalidad de querer conseguir un be-

neficio secundario, y al que habría que estudiar el porqué de dicha motivación); si es que ha existido un factor de fatiga al momento de responder; o bien, si es que contestó en fase de agudización de fenomenología sintomatológica psíquica y/o mental que le pudiera impedir el que respondiese con normalidad y con amplia comodidad.

Por ello, la Psicometría siempre supone una gran dificultad de interpretación. Y por ello, aunque se aplique el método científico basado en técnicas estadísticas y matemáticas (de aplicabilidad internacional por la Comunidad Científica Internacional), nunca llegará a considerarse *una medición internacional o socialmente objetivo* (como el Kilómetro, el Kilo o el Litro) dado el conjunto múltiple de factores psico-socio-biográficos y personales del sujeto que vienen a influenciarse, de manera singular y particular, en las respuestas de sus protocolos.

Históricamente, y del mismo modo que la Psicología se ha caracterizado por la aplicación de pruebas en aras a medir la psiquis y el estatus mental del sujeto; hubo ciertas épocas en el ámbito Criminológico que se quiso ahondar sobre las características físicas de los sujetos que han perpetrado un crimen. En el presente caso que concierne; a raíz de los rasgos físicos del cráneo.

Cuando el neuroanatomista de origen alemán, Franz Joseph Gall (1758-1828) abrió la línea de estudio y de investigación basado en la Frenología, se afirmaba entonces que la posible determinación del carácter y los rasgos de la personalidad, así como las tendencias criminales, de basaban en la forma del cráneo, de la cabeza y de sus facciones. Gall consideraba que las funciones mentales residen en áreas específicas del cerebro y, a su vez, determinan la conducta. Para poder sustentar lo que así consideraba, asumía que la superficie física del cráneo era el fiel reflejo del desarrollo de esa zona y, por consiguiente, la conductual. Es por ello por lo que, para los Frenólogos, el

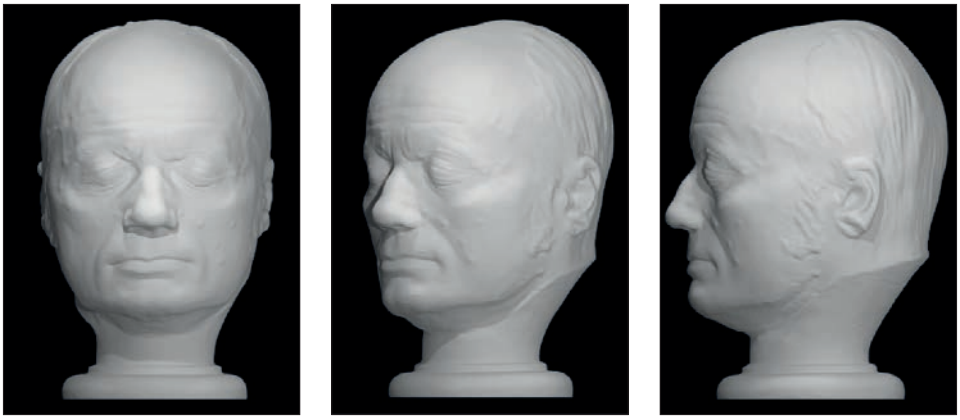
cerebro albergaba todos los aspectos de la personalidad de un individuo en áreas físicamente distintas, y la forma del cráneo reflejaba esta organización interna[74].

Aunque en la actualidad la Frenología está considerado una pseudociencia y sin validez alguna; no obstante, fue entonces un revolucionario movimiento considerado como *científico* popularizándose y extendiéndose a lo largo del siglo XIX.

Y, aunque el «objeto material» de medición era distinto de la Psicometría; no obstante, la Frenología quería igualmente pretender medir y «objetivar» la personalidad del sujeto.

Franz Joseph Gall (1758-1828). Anatomista y fisiólogo alemán, Fundador de la Frenología.

74 https://es.gizmodo.com/por-que-hay-una-cabeza-de-un-asesino-en-serie-perfectam-1825179336 (fuente extraída en fecha de 09.06.2019).



Diferentes perspectivas de la máscara mortuoria de Joseph Gall.
https://www.myminifactory.com/object/3d-print-franz-joseph-gall-69931 (fuente extraída en fecha de 09.06.2019).

Cabeza frenológica de Fowler.
https://www.baustore.ad/figuras-de-porcelana/53-phrenology-head-781934244509.html (fuente extraída en fecha de 22.06.2019)

Mediciones de cráneo de la época.
https://www.elespanol.com/ciencia/investigacion/20170720/232727004_0.html (fuente extraída en fecha de 22.06.2019)

La idea básica de los Frenólogos[75] era que las distintas habilidades mentales o las tendencias de la personalidad tenían una localización determinada en el cerebro. Esas zonas de la corteza cerebral podían estar más o menos desarrolladas en función de las características personales: es decir, alguien dadivoso tendría muy desarrollado el área cerebral de la generosidad mientras que un avaro la tendría atrofiada. Para identificar estas áreas cerebrales, los Frenólogos estaban particularmente interesados en estudiar individuos que mostrasen un comportamiento extremo: los más agresivos criminales, por un lado; y los mayores genios, por el otro.

75 https://www.jotdown.es/2015/08/las-dos-cabezas-de-haydn/ (fuente extraída en fecha de 23.06.2019).

Gall empezó a difundir la Frenología –entonces, la llamaba Cranioscopía– en Viena, pero sus teorías, según las cuales parecía que se podría saber quién iba destinado al delito y quién a la santidad, fueron consideradas por la Iglesia Católica fatalistas y materialistas y el Gobierno le prohibió enseñar sus ideas.

Gall describió hasta veintisiete zonas en la corteza cerebral que correspondían a funciones concretas y que él definía como auténticos órganos cerebrales. Por ejemplo, el órgano diecisiete, situado en la parte central y superior de la cabeza, era el responsable de *«el sentido de los sonidos, el don de la música»*.

A pesar de la consideración actual (denostada) de dicho movimiento o línea de trabajo, la Frenología sí tuvo su importancia dado que se puede considerar como el precursor de la consideración de que ciertas áreas cerebrales albergan funciones específicamente localizadas y especializadas. Lo que, hoy en día y con matices, vendría a compatibilizarse con la actual disciplina científica de la Neuropsicología. Y que, dicha área científica de la Psicología goza, en la actualidad, de buena y próspera salud investigadora (principalmente, partiendo desde la base de las actuales evoluciones tecnológicas existentes).

En cualquier de los casos, y aunque la Frenología es hoy en día razonable y científicamente (con razón) infravalorada y es considerada como una mera curiosidad de las ciencias de la salud mental. Sin embargo, en la época de entonces, existieron atrevidos e ilustres académicos e investigadores que decidieron por querer conservar las cabezas de los criminales para que,con los posibles avances tecnológicos de las generaciones científicas del futuro pudieran acabar por dilucidar las grandes incógnitas que se albergan en la Psicología y en la Criminología.

No obstante, a todo lo anteriormente planteado desde a la óptica de la posible *visión romántica* de la Frenología, también existiría

otra razón (antropológica y/o punitiva) de querer preservar la cara o la cabeza de un criminal, más allá de cualquier interés científico.

Posiblemente, era también una forma de garantizar que el recuerdo de la culpa nunca pudiera desaparecer; de modo que, se trataría de una condena a la memoria perpetua como equivalente simbólico de la exposición pública de las testas colocadas en las entradas de las puertas de las ciudades (romanas, por ejemplo) para que dieran ejemplo como elemento de disuasión; y, sobre todo,como un espectáculo de la omnipresencia del orden y de una prueba de la inevitabilidad del castigo[76].

Seguidamente, será posible que el lector tenga la sensación de adentrarse a un «Salón de los Horrores» de un museo.

El autor no ha tenido esta pretensión.

Museo, lo es.

Pero, lo que el autor pretende transmitir es cuál fue la *filosofía de trabajo* del investigador –de entonces– de la corriente Frenológica que, *una vez quiso ser científico, pero no pudo o no llegó a poder serlo.*

14.1. Diogo Alves (*«El Asesino del Acueducto»*)

Posiblemente, se trata de una de las cabezas mejores conservadas existentes siendo como buen ejemplo el que lo ostenta la del asesino en serie español, Diogo Alves. Actualmente, dicha cabeza se encuentra en la Facultad de Medicina de la Universidad de Lisboa (Portugal) y que –según se viene a decir popularmente– ostenta la

76 http://bizzarrobazar.com/en/tag/criminale/ (fuente extraída en fecha de 10.06.2019).

fama de ser *«el primer asesino en serie de Portugal y el ultimo reo colgado»* (lo que viene a ser una verdad o una mentira «a medias»).

Nacido en Galicia (España) en el año 1810, viajó a Lisboa de joven donde rápidamente comenzó su vida de crimen. El esperaba a agricultores y granjeros que regresaban de noche, les robaba sus ganancias y abruptamente los empujaba a su muerte desde un acueducto que medía 60 metros de alto. Repitió esta conducta criminal a lo largo de unas 70 veces en 3 años[77], dado que nadie prestaba mucha importancia o atención a los campesinos muertos porque eran de clase social baja. No obstante, la avaricia de Diogo alcanzó cotas importantes y, eventualmente, formó una banda para dedicarse a atacar moradas y residencias privadas con objeto de robar y matar a sus ocupantes.

Apodado popularmente como *«El Asesino del Acueducto»*, asaltaba robaba y tiraba a sus víctimas en el puente llamado **Acueducto de las Aguas Libres**, uno de los principales accesos a Lisboa en aquella época. La finalidad de tirar a sus víctimas era el simular un suicidio[78].

El asesino fue finalmente detenido, pero sorprendentemente no fue juzgado por ninguno de los crímenes que cometió en el acueducto, sino por asaltar y asesinar a un conocido médico y a toda su familia en su domicilio. Su juicio fue uno de los primeros procesos judiciales mediáticos en la historia del país, dado que hacía años que no se ahorcaba a un delincuente y los lisboetas «necesitaban» que se condenara a

77 http://increible.co/post/conservan-la-cabeza-del-peor-asesino-de-todos-los-tiempos-de-portugal-con-fin-cientifico/9896 (fuente extraída en fecha de 09.06.2019).

78 https://www.abc.es/recreo/abci-diogo-alves-asesino-serie-espanol-cuya-cabeza-conserva-lisboa-201804131205_noticia.html (fuente extraída en fecha de 09.06.2019).

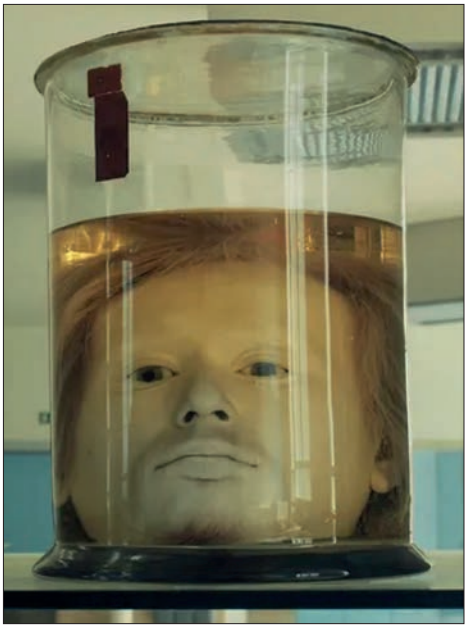
alguien a muerte con el fin de «dar una lección» a los criminales y retomar la seguridad en las calles[79]. La pena de muerte no se utilizaba desde hace mucho, pero a modo de dar una lección a todos los delincuentes de la época, se decidió condenar a Alves a la horca[80].

Diogo Alves fue sentenciado a muerte y fue ahorcado el 19 de febrero de 1841. Los científicos de la época de entonces (especialista en frenología) decidieron mantener la cabeza del Diogo en aras de poder estudiarlo y, actualmente, se conserva y se preserva en excelente buen estado en una solución de formaldehído perpetuándose –de por vida– su cara después de 178 años de su ahorcamiento. La Frenología nunca pudo determinar los motivos criminológicos de Diogo Alves.

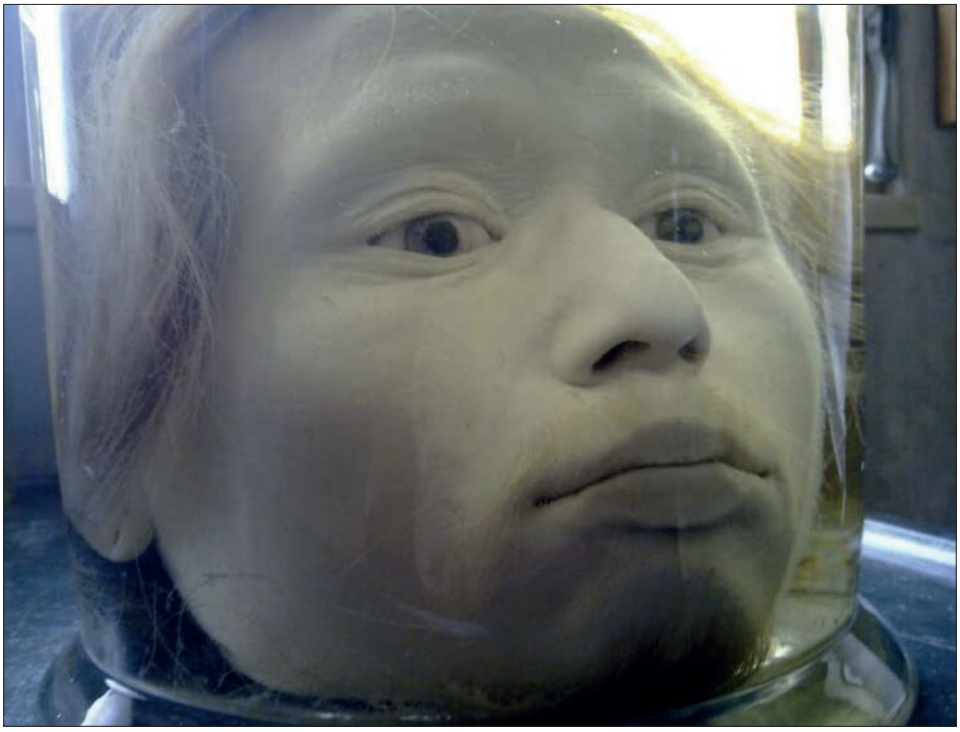
Ilustración de la época de Diogo Alves.
https://pt.wikipedia.org/wiki/Diogo_Alves (fuente extraída en fecha de 09.06.2019)

79 https://www.abc.es/recreo/abci-diogo-alves-asesino-serie-espanol-cuya-cabeza-conserva-lisboa-201804131205_noticia.html (fuente extraída en fecha de 09.06.2019).

80 http://increible.co/post/conservan-la-cabeza-del-peor-asesino-de-todos-los-tiempos-de-portugal-con-fin-cientifico/9896 (fuente extraída en fecha de 09.06.2019).



Imágenes y detalles de la cabeza de Diogo Alves inmerso en solución de formaldehído y situado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Lisboa (Portugal).
https://4men.pt/atualidade/historias-serial-killers-portugueses-davam-serie-da-netflix/attachment/213964/ (fuente extraída en fecha de 09.06.2019).



Imágenes y detalles de la cabeza de Diogo Alves
https://aminoapps.com/c/terror-amino-en-espanol/page/blog/el-caso-del-asesino-en-serie-de-lisboa-y-porque-guardaron-su-cabeza/1q3N_QXf6u0b5b8aLaq5DDRM3Z5GVDb3b8 (fuente extraída en fecha de 09.06.2019)

14.2. Martin Dumollard («*El Asesino de las Criadas*»)

En la misma línea de lo anteriormente expuesto, en la ciudad francesa de Lyon se alberga un museo interesante e inquietante: el Museo Testut-Latarjet.

En su amplia colección, podemos ver el busto realizado a partir de la máscara mortuoria, la piel original y la reconstrucción de la cara del «*Asesino de las Criadas*», Martin Dumollard (1810-1862).

Dumollard es considerado el 1er. asesino en serie de Francia[81]; y se presenta regularmente como el 1er. asesino en serie identificado, en términos cronológicos, de Europa Occidental[82].

Fue condenado a la guillotina después de haber sido arrestado y acusado de la muerte de unas 12 criadas desde 1855 hasta 1861. Su proceso aparece registrado en la National Police Gazette publicada en 1862[83].

El *«affaire Dumollard»*[84] se le debe el que fue uno de los primeros juicios que se ajustaron a un criterio moderno, reuniendo diferentes tipos de evidencia para comprobar una acusación.

Su conducta criminal se caracterizaba de manera organizada con un móvil financiero. Su modus operandi era conseguir jóvenes y prometerles para que ejerzan de sirvientas en el castillo de su antiguo empleador.

En el camino hacia su futuro puesto, Dumollard las despojaba de sus ropas y de sus pertenencias, en ocasiones las violaba y, seguidamente, las asesinaba. Se desconoce el tipo de armas que utilizaba, pero probablemente las estrangulaba con sus manos y las apaleaba con palos que encontraba en el bosque.

81 http://www.psycho-criminologie.com/martin-dumollard-le-1er-tueur-en-serie-francais.html (fuente extraída en fecha de 09.06.2019).

82 https://en.wikipedia.org/wiki/Martin_Dumollard (fuente extraída en fecha de 09.06.2019).

83 https://es.wikipedia.org/wiki/Martin_Dumollard (fuente extraída en fecha de 09.06.2019).

84 https://cuestionsaber.com/2018/07/17/grandes-asesinos-martin-dumollard/ (fuente extraída en fecha de 09.06.2019).

Dumollard fue arrestado, junto con su esposa, Marie-Anne Martinet, quien fue considerada cómplice de su esposo dado que robaba las pertenencias personales de las víctimas para revenderlas posteriormente. Ante las numerosas pruebas que se hallaron durante las diligencias, Dumollard negaba todo el tiempo su responsabilidad de manera encarecida. No obstante, y ante las evidencias de las pruebas que iban saliendo, su esposa acabaría emocionalmente por derrumbarse confesando que en el pasado él la había amenazado con un cuchillo y le había forzado a participar en aquellos crímenes[85].

El asesino de las criadas tuvo que admitir su culpabilidad.

El juicio contra Dumollard se celebró entre el 29 de enero y el 1 de febrero de 1862, siendo condenado a muerte; mientras que su esposa fue condenada a veinte años de trabajos penales. Después de su condena, vuelve a ser encarcelado. El 27 de febrero, se rechaza el recurso de casación presentado por su abogado y la condena de muerte se vuelve firme. Cuando supo que el método de ejecución era la guillotina reaccionó diciendo: «*Me gusta más (ser guillotinado) que ser como mi padre: cortado y desgarrado en una rueda tirada en todas direcciones por los caballos…*»[86]

El 7 de marzo de 1862, la guillotina almacenada en Bourg-en-Bresse fue llevada a Montluel. A las 6:45, se le pidió a Dumollard que usara el caballo para ir al andamio a 150 metros de distancia, que rechazó. Frente a una multitud de unos 5000 asistentes, Dumollard ca-

85 https://cuestionsaber.com/2018/07/17/grandes-asesinos-martin-dumollard/ (fuente extraída en fecha de 09.06.2019).

86 http://www.psycho-criminologie.com/martin-dumollard-le-1er-tueur-en-serie-francais.html (fuente extraída en fecha de 09.06.2019).

minó a pie hasta la Plaza Bourgeat (ahora Place Carnot) donde se instaló un andamio, sobre el cual se arrodilló y fue ejecutado alrededor de las 7 de la mañana. Su cuerpo es enterrado en un lugar indeterminado (aunque se piensa que está en el Cementerio de Montluel). Su cabeza es enviada para estudiarla a la Facultad de Medicina de Lyon, conservándose en la actualidad en el Museo de Testut-Latarjet.

Su esposa, Marie-Anne Martinet, murió en la prisión de Auberuve en 1875.

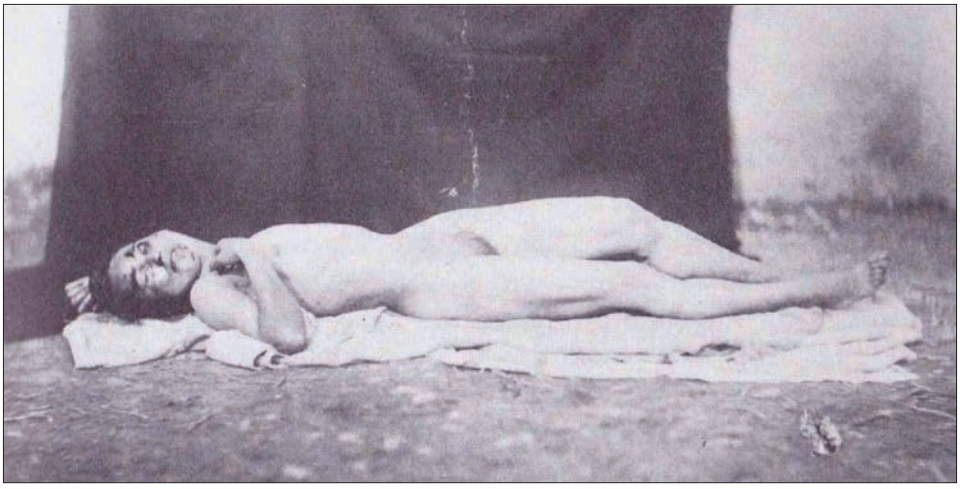
El caso Dumollard, que precedió a otro importante caso criminológico de Joseph Vacher por unos treinta años, tuvo una gran repercusión en Francia; llegando incluso a ser mencionado explícitamente por Victor Hugo en su novela «*Los Miserables*» (1862):

> «*Cinco años, se dirá, es poco probable. Ay, es verdad. El sufrimiento social comienza a cualquier edad. ¿No hemos visto, recientemente, el juicio de un hombre llamado Dumolard, un huérfano que se convirtió en bandido, quien, a la edad de cinco años, dicen los documentos oficiales, estar solo en el mundo "trabajaron para vivir y robaron"?*»

Imágenes de época de Martin Dumollard.
http://www.psycho-criminologie.com/martin-dumollard-le-1er-tueur-en-serie-francais.html (fuente extraída en fecha de 10.06.2019)

Exposición del busto realizado a partir de la máscara mortuoria de la cabeza, la piel original y reproducción de la cara de Martin Dumollard en el Museo de Testut-Latarjet (Lyon, Francia).
https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Buste,_peau_reconstitu%C3%A9e_et_mod%C3%A9lisation_DMP_de_la_face_de_Dumollard.JPG (fuente extraída en fecha de 10.06.2019)

Piel original de Martin Dumollard expuesta en el Museo de Testut-Latarjet (Lyon, Francia)
https://www.jackburman.ca/martin-dumollard (fuente extraída en fecha de 10.06.2019)
https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Martin_Dumollard_-_v%C3%A9ritable_peau_reconstitu%C3%A9e_-_mus%C3%A9e_Testut-Latarjet_-_2.JPG (fuente extraída en fecha de 10.06.2019).



Fotografía de una de las víctimas de M. Dumollard: Marie Baday
(por Bernabé en 1855 en el patio de la Iglesia de Tramoyes.
Primer crimen de Dumollard a finales de febrero de 1855.
http://www.psycho-criminologie.com/martin-dumollard-le-1er-tueur-en-serie-francais.html (fuente extraída en fecha de 10.06.2019)

14.3. Jules-Joseph Seringer

En el mismo Museo Testut-Latarjet de Lyon, se exhibe la piel facial y el molde de yeso que arroja detalles más realistas de las características físicas de Jules-Joseph Seringer, culpable de parricidio por haber asesinado a su madre, su padrastro y su hermanastra. Poco más se sabe de este asesino que lo que se desprende de la noticia adjunta y por la que se detalla que presentaba la edad de 27 años cuando fue detenido y que en prisión ya presentaba un *«carácter violento del acusado»* y *«terriblemente irritable»*. De dicha noticia también se desprende que en prisión *«ha tenido que se ser reducido»* debido a *«amenazas de muerte a su colega de celda»*.

Fue guillotinado en fecha de 5 de agosto de 1873.

Detalle del busto de escayola de Jules-Joseph Seringer que se exhibe en el Museo Testut-Latarjet de Lyon.
http://bizzarrobazar.com/en/tag/criminale/ (fuente extraída en fecha de 10.06.2019)

Detalle del busto de escayola, de la piel facialy de algunas de las pertenencias de Jules-Joseph Seringer que se exhibe en el Museo Testut-Latarjet de Lyon.
http://bizzarrobazar.com/en/tag/criminale/ (fuente extraída en fecha de 10.06.2019).

TRIBUNAUX

COUR D'ASSISES DU RHONE (Lyon)

PRÉSIDENCE DE M. LE CONSEILLER GUILLAND

Audience du 3 juin 1873

AFFAIRE SÉRINGER

PARRICIDE. — ASSASSINAT DE SON BEAU-PÈRE ET DE SA SŒUR

(Service télégraphique du *Petit Journal*.)

Cette affaire criminelle excite dans la ville de Lyon une très grande émotion.

Un jeune homme est accusé d'un triple assassinat; et parmi les personnes qui ont succombé, se trouve sa mère.

De très bonne heure, les abords du palais de justice sont envahis par la foule; la salle d'audience regorge de curieux.

On s'attend à de très émouvants débats, étant connu le caractère violent de l'accusé, Jules-Joseph Séringer, âgé de vingt-sept ans, et qui a donné des preuves d'une terrible irritabilité.

Il paraît que dans la prison, il était redouté de tous ses codétenus : l'on assure qu'il a récemment menacé de mort son camarade de chambrée, pour l'époque où il serait mis en liberté.

Mais cette menace ne sera pas suivie d'effet, si l'accusation dont Séringer est poursuivi est prouvée.

Detalle de la crónica publicada con relación al asunto de Jules-Joseph Seringer.

14.4. Henri Désiré Landru («*El Barba Azul*[87] *de Gambais*»)

A Henri Désiré Landru (1869-1922) se le puede *«visitar en persona»* en el Museo de la Muerte situado en Hollywood (Los Ángeles, California, EE. UU.).

Considerado como el 1er. asesino en serie francés del siglo XX; entre 1915 y 1919, Henri Désiré Landru acabó con la vida de 11 víctimas según se pudo demostrar durante el juicio. No obstante, la policía calculó que fueron entre 117 y 300 el número de mujeres asesinadas por *Barba Azul*.

Tal fue la magnitud del alcance criminológico de Landru que, en 1947 Charles Chaplin dirigió *«Monsieur Verdoux»*, una curiosa e interesante película inspirándose en su vida.

En su juventud, y aunque casado y con 3 hijos, ya presentaba entonces conductas precursoras de tipo antisocial y delincuencial de estafa. Lo que le supuso 3 condenas de prisión y por el que su padre, avergonzado de la conducta de su hijo, decide suicidarse ahorcándose desde un árbol del parque parisino del Bois de Boulogne.

Con la sobrevenida de la 1ª Guerra Mundial (1914-1918), fue cuando Landru agudizó su ingenio criminológico e ideo la táctica de atraer la atención de jóvenes que se convirtieron en viudas por los

87 *Barba Azul:* (en francés, *Barbe bleue*) es un cuento de hadas recopilado y adaptado por Charles Perrault publicado en 1697, en el que una mujer descubre que su marido oculta en una habitación prohibida los cadáveres de sus anteriores esposas. Fuente extraída en fecha de 10.06.2019: https://es.wikipedia.org/wiki/Barba_Azul

desastres de la contienda bélica. De este modo, y con la intención de atraer la atención de éstas, publicaba anuncios por cuyo contenido rezaba lo siguiente: *«Viudo de 43 años con dos hijos, desahogada situación económica, afectuoso, serio, de buena familia, desea conocer ayuda de la misma condición social, con intenciones matrimoniales»*.

Una víctima después otra (Madame Jeanne Cuchet y, seguidamente, Madame Laborde-Line) fueron las victimas iniciales de Landru. Una vez conseguía el patrimonio de sus víctimas, las asesinaba y las hacia desaparecer incinerándolas en el salón de su casa parisina.

Posteriormente se traslada a Gambais y allí realiza la mayor parte de asesinatos realizando el mismo *itercriminis* y *modus operandi*: Invitaba a viudas para prometerles matrimonio y, cuando se aseguraba que disponía de su dinero para «inversiones futuras», las asesinaba y las incineraba en el horno de la casa.

Finalmente, en fecha de 11 de abril de 1919, Landru fue detenido habiendo sido descubierto y reconocido por la hermana de una de las víctimas. Durante las diligencias policiales y reconstrucción de los hechos, la Policía pudo encontrar en su domicilio 295 huesos humanos semicarbonizados, un kilo y medio de cenizas y 47 piezas dentales de oro que Landru guardaba en un cajón. Poco después, se pudo confirmar que Landru había vendido las ropas, los muebles y los enseres de sus víctimas.

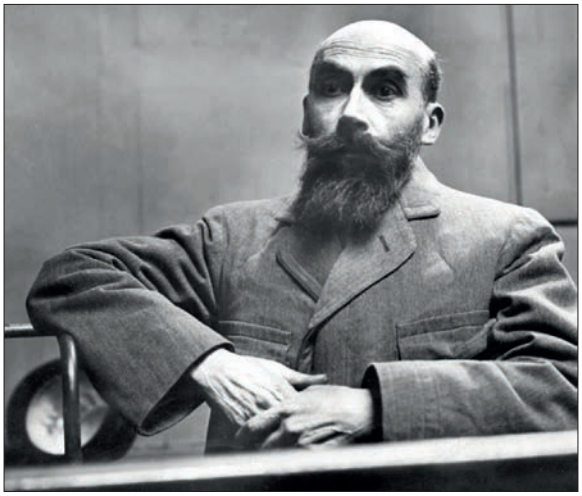
El proceso judicial contra Landru duró unos dos años y fue uno de los más mediáticos de la época de entonces. Durante la vista orales, Landru se configuraba como un actor de sus propios hechos y, aunque el acusado reconoció haberlas engañado, jamás confesó la autoría de los asesinatos. El 30 de noviembre de 1921, Landru es condenado por once asesinatos probados.

Webb Miller[88], un periodista de EE. UU. describió de este modo la ejecución en la guillotina de Landru:

> *«Cuando Landru apareció en el patio de la prisión, mire la hora. Dos carceleros lo condujeron, con las manos atadas a la espalda, hasta la guillotina. Lo sujetaban por los brazos e intentaban caminar deprisa. El reo iba descalzo, pisando los guijarros; parecían temblarle las rodillas. Estaba pálido y cuando vio la guillotina se puso terriblemente colorado. Incluso ante la guillotina, insistió en su inocencia. Ya en el patíbulo, le ofrecieron un último cigarrillo y una postrera copa de ron; rechazó ambos.*
>
> *Primero, los dos hombres le hicieron poner la cara contra el borde derecho de la guillotina. Ésta bajó un poco, lo que hizo que Landru se estremeciera, y luego le pusieron la cabeza bajo la madera, dejándole el cuello bajo la cuchilla. Un segundo después la hoja cayó, y la cabeza se desprendió dentro de una cesta pequeña, haciendo un ruido sordo. Cuando se levantó la cuchilla para recoger el cadáver y meterlo a continuación en un gran cesto de mimbre, un enorme chorro de sangre lo cubrió todo. Otro ayudante alzó la cesta en la que había caído la cabeza y la hizo rodar como si fuera una calabaza para introducirla en otro recipiente más grande.*
>
> *Cuando empezaban a despuntar en el cielo las primeras luces del amanecer, sacaron el cadáver de Landru, descalzo y vestido con una camiseta y unos pantalones oscuros, de la prisión de Versalles después de la ejecución. Rápidamente lo metieron en un coche fúnebre que estaba esperando. Las puertas de éste se cerraron y los caballos marcharon al trote. Volví a mirar la hora. Sólo habían pasado 26 segundos».*

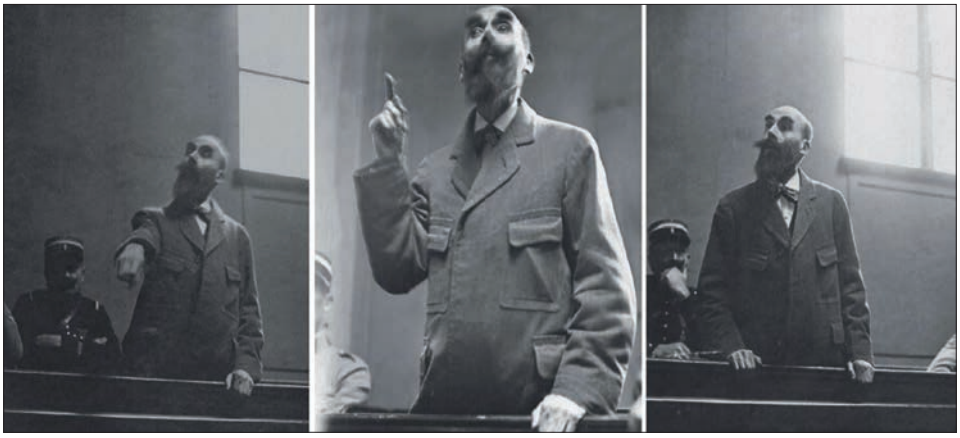
En 1963, cuarenta años después de su muerte, se descubre una carta holográfica identificada por los calígrafos como auténticamente manuscrita por Landru, en el que confesaba y se declaraba culpable de sus crímenes.

88 http://archive.is/2d9KE (fuente extraída en fecha de 10.06.2019).



Henri Désiré Landru durante el proceso judicial.
https://www.dailymail.co.uk/news/article-6511793/Hidden-100-years-untold-story-serial-killer-preyed-lonely-war-widows.html (fuente extraída en fecha de 10.06.2019)

Foto de la época (1921) del acto de celebración del proceso contra Henri Désiré Landru. Ante el Tribunal, la mesa donde se exponen restos de las ropas de las víctimas del acusado.
http://archive.is/2d9KE (fuente extraída en fecha de 10.06.2019).



Momentos de la declaración de Henri Désiré Landru. El acusado reconoció haber engañado a sus víctimas; pero no el de asesinato. Es de señalar significativamente los rostros y las caras del acusado durante el proceso judicial.

Portada del «*Le Petit Journal*», con ilustración de la época y por cuyo titular califica el caso como «Una causa sensacional».
http://archive.is/2d9KE (fuente extraída en fecha de 10.06.2019).

SUR LE SEUIL DE LA PRISON DE LANDRU, DANS LA NUIT par MICHEL GEORGES-MICHEL

L'ENTREVUE DES DEUX "PREMIERS" A BOULOGNE : UNE DECLARATION DE M. POINCARÉ

EXCELSIOR

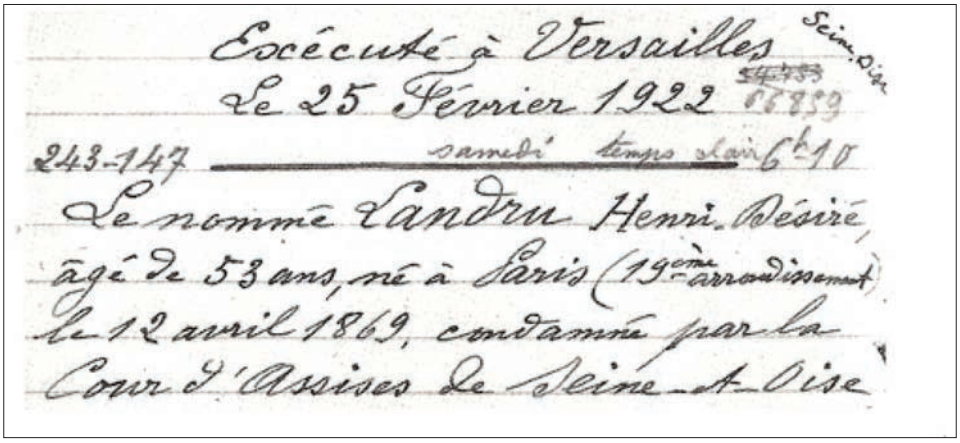
DIMANCHE 26 FEVRIER 1922

L'EXECUTION DE LANDRU A VERSAILLES

PHOTOGRAPHIES UNIQUES PRISES PAR LES OPÉRATEURS D'" EXCELSIOR "

Portada del *«Excelsior»* exponiendo *«fotografías únicas tomadas por los operadores»* del rotatorio, de la ejecución de Landru en Versailles.
http://guillotine.1fr1.net/t318p60-1922-henri-desire-landru (fuente extraída en fecha de 10.06.2019).

Ilustración de la época en la que se describe el momento de la ejecución publica de Henri Désiré Landru («*El Barba Azul de Gambais*»).
http://archive.is/2d9KE (fuente extraída en fecha de 10.06.2019)


Exécuté à Versailles Seine-Oise
Le 25 Février 1922
243-147 samedi temps clair 6h10
Le nommé Landru Henri Désiré,
âgé de 53 ans, né à Paris (19ème arrondissement)
le 12 avril 1869, condamné par la
Cour d'Assises de Seine-et-Oise

Manuscrito de Certificado de Ejecución de Henri Désiré Landru.
http://archive.is/2d9KE (fuente extraída en fecha de 10.06.2019)

Cabeza expuesta de Henri Désiré Landru, *«El Barba Azul de Gambais»*, (1869-1922).

Imagen de la izquierda: Testa en su pedestal.
https://www.vice.com/es_latam/article/gq7g8x/minucias-0000464-v7n9 (fuente extraída en fecha de 10.06.2019)

Imagen de la derecha: Exposición de la cabeza en el Museo de la Muerte en Hollywood (Los Ángeles, California, EE. UU.).
http://archive.is/2d9KE (fuente extraída en fecha de 10.06.2019)

14.5. Peter Kürten (*«El Vampiro de Düsseldorf»*)

A Peter Kürten (1883-1931), apodado como *«El Vampiro de Düsseldorf»*, también se le puede «visitar» en el Museo de Ripley situado en Wisconsin Dells, EE. UU.

La conducta criminológica de este asesino en serie alemán abarca desde febrero hasta noviembre de 1929 (coincidiendo con plena crisis económica conocida como *«La Gran Depresión o Crac del 29»*). El mote de *«vampiro»* se le debe porque durante el acto de juicio oral

contra él afirmó que había bebido la sangre de algunas de sus víctimas.

Tal fue el impacto de sus crímenes que, en 1931, el Director de Cine Fritz Lang dirigió a Peter Lorre para que protagonice al asesino en la película que llevo por título en España como *«M. el Vampiro de Dusseldorf»*.

Inmerso en un núcleo familiar conflictivo de padre autoritario y antisocial, la infancia de Peter ya vino marcada realizando sus primeros asesinatos (con tan solo 9 años) matando a 2 amigos suyos en el rio Rin.

A medida que Peter se fue haciendo adulto, su conducta violenta y criminal iba *in crescendo*, hasta llegar al año 1929 en el que su comportamiento delincuencial llegó a su zénit: asesinó a una niña de ocho años; a dos hermanas de cinco y catorce años, a una mujer con un martillo. Seguidamente, asesinó a una niña de cinco años y enviaba a un periódico local el mapa de la tumba de la víctima.

El pánico se adueñó de la ciudad y las autoridades desplegaron los medios policiales y ofrecieron una recompensa para identificar al asesino.

Peter fue detenido el 24 de mayo de 1930, por la confesión de una de sus víctimas a las que dejó viva, creyendo él que la había asesinado. Y aunque Kürten confesase haber cometido 79 delitos, sería formalmente acusado habiéndose probado nueve asesinatos y siete tentativas de asesinato.

En abril de 1931 se celebró el acto de juicio contra Peter Kürten y, en un inicio se declaró inocente, luego se declaró culpable para que le pudieran apreciar trastorno mental. No obstante, los

peritos no pudieron determinar la existencia de trastorno mental y no se le exoneró de responsabilidad penal de sus crímenes. El tribunal decretó sentencia de culpabilidad y a morir ejecutado en la guillotina por nueve asesinatos, siete tentativas y no menos de 80 agresiones sexuales.

El 2 de julio de 1931, fue ejecutado en Colonia.

Según parece estar documentado, antes de cumplirse la sentencia, Peter preguntó a su ejecutor: *«Dígame, cuando me hayan decapitado ¿podré oír siquiera un momento el ruido de mi propia sangre saliendo del cuello?»*. Prosiguió añadiendo: *«Sería el mayor placer, para terminar todos mis placeres»*.

Peter Kürten (*«El Vampiro de Düsseldorf»*).
Fotografías policiales de su detención en 1931.
99https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/8/82/Bundesarchiv_Bild_102-11502%2C_Polizeiaufnahme_eines_Massenm%C3%B6rders.jpg (fuente extraída en fecha de 10.06.2019).

Fotografías de detalle de la cabeza de Peter Kürten, partida por la mitad y expuesta en el Museo de Ripley situado en Wisconsin Dells (EE. UU.).
https://www.elciudadano.com/misterios/se-exhibe-en-estados-unidos-la-cabeza-momificada-del-vampiro-de-dusseldorf/07/10/ (fuente extraída en fecha de 10.06.2019).

Fotografía de detalle de la cabeza de Peter Kürten, partida por la mitad y expuesta en el Museo de Ripley situado en Wisconsin Dells (EE. UU.).
http://www.cultofweird.com/crime/peter-kurten-head-wisconsin-dells/ (fuente extraída en fecha de 10.06.2019).

Fotografías de detalle de la cabeza de Peter Kürten, partida por la mitad y expuesta en el Museo de Ripley situado en Wisconsin Dells (EE. UU.).
http://wisconsinfrights.com/peter-kurten-head-wisconsin-dells/ (fuente extraída en fecha de 10.06.2019).

Fotografía de detalle de la cabeza de Peter Kürten, partida por la mitad y expuesta en el Museo de Ripley situado en Wisconsin Dells (EE. UU.).
http://wisconsinfrights.com/peter-kurten-head-wisconsin-dells/ (fuente extraída en fecha de 10.06.2019).

14.6. Friedrich «Fritz» Heinrich Karl Haarman («*El Carnicero o Vampiro de Hannover*»)

Cuando el 15 de abril de 1925, se ejecutó la sentencia de muerte por decapitación a Friedrich «Fritz» Heinrich Karl Haarmann (1879-1925)[89], su cabeza fue entregada al Departamento de Medicina Forense de la Facultad de Medicina de la Universidad de Göttingen y cuatro cortes de su cerebro fueron depositados en el Instituto Max Planck en Munich[90], con objeto de poder proceder a su estudio físico (frenológico) y neurofisiológico.

Desde entonces, Fritz Haarmann allí permanece. Durante el proceso judicial contra él, el mismo fue evaluado por el Psiquiatra Ernst Schultze pronunciándose sobre su nivel intelectual y su capacidad mental a efectos de apreciar la responsabilidad de sus actos. Pese a las graves lagunas de la instrucción y a una llamativa incapacidad para resolver los problemas de aritmética más sencillos, Schultze comprobó que Haarmann era un gran observador; tenía una gran rapidez de percepción, una inusitada capacidad de adaptación a cualquier situación, talento del actor y una extraordinaria memoria. Las conclusiones a las que llegó Schultze en su informe pericial determinó que Haartmann fue responsable de sus actos. Para el Perito Psiquiatra, los primeros informes militares de Haarmann, así como los historiales del sanatorio de Hildesheim, donde estuvo el acusado estuvo ingresado temporalmente, fueron considerados por irrelevantes.

89 https://es.wikipedia.org/wiki/Fritz_Haarmann (fuente extraída en fecha de 16.06.2019).

90 https://www.goettinger-tageblatt.de/Die-Region/Goettingen/Museum-oder-Bestattung-fuer-Haarmanns-Kopf (fuente extraída en fecha de 16.06.2019).

El dictamen de Schultze tuvo consecuencias posteriores, ya que al examinarse el cráneo de Haartmann se comprobó una anomalía: El periostio craneal había crecido junto al cerebro y, a consecuencia de una posible inflamación de éste, ello puede causar trastornos importantes.

De origen familiar desestructurada[91], sus padres eran alcohólicos y ejercían violencia domestica contra sus propios hijos (entre ellos, Fritz). Fue el más pequeño de 6 hermanos e idolatraba a su madre, que siempre estaba enferma, desde pequeño su madre lo vestía con ropas femeninas y lo hacía jugar con muñecas. Los distintos enfrentamientos entre los padres, obligó a sus 3 hermanas a abandonar el hogar y meterse en la prostitución. En su etapa de juventud ya se caracterizó por comportamientos antisociales y violentos, pero no fue hasta la edad de los 40 años que cometió su primer crimen. Su *modus operandi* consistía en acudir a la estación autobuses de Hannover dónde engañaba a jóvenes prometiéndoles trabajo y comida.

Según confesó Haartmann, llevaba a sus víctimas a una buhardilla dónde los violaba, y de un mordisco les seccionaba la tráquea y la carótida. Posteriormente a la muerte de la víctima, procedía a deshuesarlas y vendía su carne haciendo pasar que eran carne de cerdo o de caballo. No obstante, y por la textura de la carne que simulaba, se empezó a levantar sospechas; por lo que Haartmann decidió por arrojar los huesos al río Leine.

Haartmann actuaba con Hans Grans quien, cómplice de sus actos, revendía las ropas de las víctimas.

Cuando unos niños jugaban por el río Leine descubrieron una calavera, fue cuando la Policía intervino en el caso y descubrieron

91 http://relatos.in/hs/fritz-haarmann-el-vampiro-de-hannover/ (fuente extraída en fecha de 16.06.2019).

numerosos restos óseos cuando procedieron al drenaje del río. Desde este momento, se creó un circuito policial para poder proceder a la detención del responsable de estos crímenes, siendo efectivo en fecha de 22 de junio de 1924, cuando finalmente detuvieron a Haarmann.

Haarmann confesó sus crímenes. Admitió haber matado y practicado canibalismo con unos cuarenta niños.

Declarado culpable de sus crímenes y sentenciado a la pena capital a la decapitación, el 15 de abril de 1925, Fritz Haarmann fue ejecutado. Después de su decapitación, su cabeza fue preservada y usada por investigadores de la época con fines científicos para poder examinar y diseccionar la estructura de su cerebro. Actualmente, la cabeza de «El Carnicero de Hannover» se encuentra en el Departamento de Medicina Forense de la Facultad de Medicina de la Universidad de Göttingen (Alemania).

Foto policial de Fritz Haarmann (*«El Carnicero o Vampiro de Hannover»*).

Foto detalle de cara de la cabeza conservada de
Fritz Haarmann (*«El Carnicero o Vampiro de Hannover»*).
https://www.goettinger-tageblatt.de/Die-Region/Goettingen/Bildergalerien-Goettingen/Fritz-Haarmann#chart=3 (fuente extraída en fecha de 16.06.2019).

Foto detalle de lado derecho de la cabeza conservada de Fritz Haarmann («*El Carnicero o Vampiro de Hannover*»).
https://www.goettinger-tageblatt.de/Die-Region/Goettingen/Bildergalerien-Goettingen/Fritz-Haarmann#chart=5 (fuente extraída en fecha de 16.06.2019).

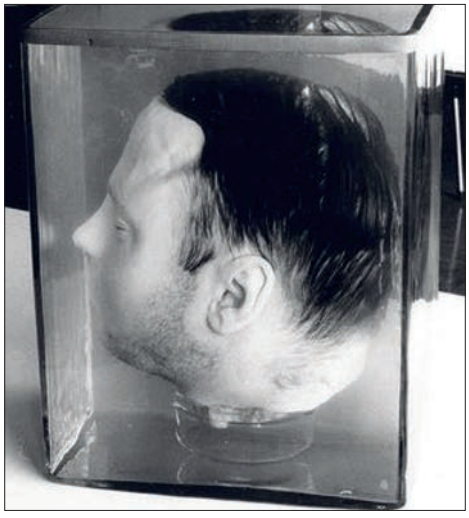


Foto detalle de lado izquierdo de la cabeza conservada de Fritz Haarmann («*El Carnicero o Vampiro de Hannover*»).
http://grotesqueandarabesque.blogspot.com/2013/01/fritz-haarmann-el-carnicero-de-hannover.html (fuente extraída en fecha de 16.06.2019)

Momento de la celebración del juicio contra Fritz Haarmann (*«El Carnicero o Vampiro de Hannover»*).
https://sendastenebrosas.wordpress.com/2018/05/22/fritz-haarmann-el-vampiro-de-hannover-alemania/ (fuente extraída en fecha de 16.06.2019)

Monumento funerario erigido para las víctimas de Fritz Haarmann (*«El Carnicero o Vampiro de Hannover»*).
http://relatos.in/hs/fritz-haarmann-el-vampiro-de-hannover/ (fuente extraída en fecha de 16.06.2019).

14.7. Joseph Vacher (*«El Destripador de Francia»* o *«El Destripador del Sureste»*)

Que se sepa, la cabeza original de Joseph Vacher (1869-1898) no se mantiene guardada en ningún sitio. No obstante, sí se mantiene una reproducción en escayola de la máscara mortuoria de su cabeza en el Museo de Testut-Latarjet de Lyon (Francia).

Desde el punto de vista periodístico y mediático, Joseph Vacher[92] fue apodado como *«El Destripador de Francia»* o *«El Destripador del Sureste»* o, también, *«El Destripador de Pastoras»;* dado que la fuente de sus víctimas era, mayoritariamente, este tipo de colectivo; y porque ya se le comparaba con el entonces, ya famoso *«Jack, el Destripador»* (por su *«modus operandi»*).

Su apariencia atemorizaba a la sociedad, pues su rostro –con parálisis facial– estaba desfigurado debido a intento de suicidio al que se hará referencia posteriormente; y su atuendo siempre iba caracterizado de un sombrero blanco de piel de conejo.

Desde joven ya dio muestras de comportamiento antisocial y empezó a torturar animales y a golpear a jóvenes campesinas y pastoras. No obstante, y ya con 19 años, fue arrestado por intento de agresión sexual contra un menor.

Y, aunque a fechas de hoy no se conserve su cabeza; no obstante, se ha de relatar la curiosidad de que Joseph Vacher alojó en su cráneo el proyectil con el que intentó suicidarse hasta el fin de sus días, siendo decapitado en diciembre de 1898. A pesar de no poder

92 https://es.wikipedia.org/wiki/Joseph_Vacher (fuente extraída en fecha de 17.06.2019).

disponer de más datos clínicos, dicha circunstancia bien podría compatibilizarse con el popular caso neuropsicológico de Phineas Gage a quien se le atravesó su cráneo una barra de hierro y sobrevivió a dicho siniestro laboral.

El motivo de su intento de suicidio fue debido a raíz de una baja tolerancia a la frustración ante un amor al que no le correspondido: Debido a ello, y dado que la joven se burló de él ante la propuesta de matrimonio que le formuló Vacher, éste decidió dispararle en cuatro ocasiones; y luego, se disparó contra sí mismo en 2 ocasiones. La joven quedó gravemente herida: mientras que Vacher quedó con secuelas por el alojamiento del proyectil en su cráneo, cerca de la oreja provocándole paralización de sus músculos y de su ojo del lado derecho. Debido a ello, quedo mental y psicoemocionalmente afectado y fue ingresado en un centro para alienados[93] de la época (Sanatorio Mental Dole en Jura, Francia).

Vacher escapó del centro donde estaba ingresado y, mientras estuvo en libertad, asesino a una joven de 17 años que presentaba múltiples puñaladas y el abdomen abierto.

Después de este episodio, vagabundeó y desarrollo su conducta criminológica más sangrienta: en 4 años, asesinó a 6 mujeres y 5 adolescentes. Muchas de ellas, eran pastoras que cuidaban solas de sus ovejas en el campo y las atacaba con un cuchillo. Con los cadáveres, practicaba necrofilia y vampirismo y, seguidamente, las destripaba[94],

93 Lo que actualmente se denominaría como «un centro psiquiátrico».

94 http://www.escalofrio.com/n/Asesinos/Joseph_Vacher/Joseph_Vacher.php (fuente extraída en fecha de 17.06.2019).

las mutilaba —de manera salvaje y precisa— sus órganos sexuales para proceder al canibalismo. Incluso, llegaba a sacarles los ojos.

Algunas de las víctimas fueron las siguientes[95]:

- El 1 de julio de 1888, en Chamberav (Haute-Loire), Vacher asesina ClemenceGrangeon cortándole la carótida. No existen indicios de agresión sexual, pero tampoco se practica un examen forense minucioso.
- A finales del año 88, el cuerpo de una mujer decapitada y no identificada de 35 años se encuentra en Joux (Rhone).
- En 1890, DorothéeBerthier fue víctima de un intento de asesinato y violación. Ella reconocerá a Vacher, cuya foto aparece mucho más tarde en un periódico.
- El 30 de junio de 1890, en Mopirans (Isere), Agustín-Melanie Perrin (prostituta) murió estrangulada.
- El 28 de septiembre de 1890 en Varacieux (Isere) Olympe Buisson, una niña de 9 años es brutalmente asesinada: fue rajada y destripada. Sus genitales fueron mutilados, le practicó una profunda incisión en su vagina y, por esta herida fue brutalmente violada.

Con su última víctima, Vacher ya fue detenido: mientras la atacaba, la víctima se resistió y gritaba; lo que despertó la alerta de su esposo y de su hijo quienes fueron directamente al lugar de los hechos, pudiéndola salvar a tiempo.

95 http://bazaretrange.canalblog.com/archives/2012/09/29/25214467.html (fuente extraída en fecha de 17.06.2019).

Ya detenido, Vacher fue psiquiátricamente examinado por el Dr. Alexandre Lacassagne[96,97] quien determinó que el acusado presentaba sus funciones cognitivas y volitivas mantenidas y aptas para asumir un juicio. Lacassagne llegó a esa conclusión dado que Vacher le detalló con exactitud los asesinatos que había cometido y en su bolso llevaba la navaja plegable de mango de madera con la que apuñalaba a sus víctimas.

Aunque a Vacher se le atribuye hasta 30 asesinatos, finalmente se llegaron a probar judicialmente 11 de ellos.

A lo largo del juicio celebrado contra él, intentó ser considerado como un acusado que sufría de trastorno mental y, para tal fin, se dirigió gritando al Tribunal profiriendo: *«¡Gloria a Jesús! ¡Larga vida para Juana de Arco!»* entre otras frases de origen místico-religioso.

Del mismo modo y sin que se tenga conocimiento del motivo, Vacher dirigió una carta al Juez confesando lo siguiente: *«Si, yo cometí esos crímenes, los hice en momentos de ira»*. En la carta se declaraba *loco* tras haber sido mordido por un perro rabioso cuando él tenía 8 años, por esto su sangre quedó permanentemente *envenenada*.

En fecha de 28 de octubre de 1898, el Tribunal formula sentencia de muerte contra Vacher y, en fecha de 31 de diciembre de 1898, se ejecutó sentencia muriendo guillotinado ante una multitud enarbolada por sus crímenes. En el trayecto al cadalso, Vacher se resistía a dirigirse aumentando la cólera enfurecida de la masa de gente que

96 http://www.escalofrio.com/n/Asesinos/Joseph_Vacher/Joseph_Vacher.php (fuente extraída en fecha de 17.06.2019).

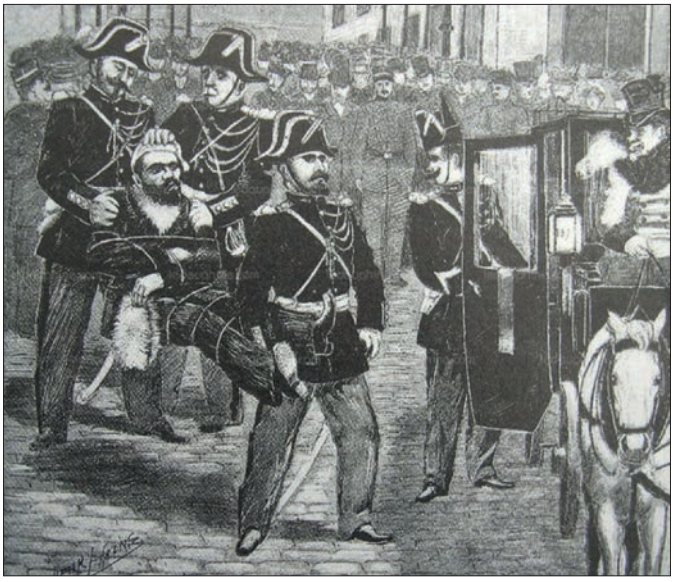
97 http://bazaretrange.canalblog.com/archives/2012/09/29/25214467.html (fuente extraída en fecha de 17.06.2019).

quería ver rodar su cabeza. Finalmente, la hoja de la guillotina cayó; y con él, finalizaron la ola de brutales crímenes que asolaron la Francia de finales del siglo XIX.

Joseph Vacher (*«El Destripador de Francia»* o *«El Destripador del Sureste»*) con su característico sombrero blanco de piel de conejo.

Grabado periodístico de la época en la que se ilustra uno de los momentos de uno de sus crímenes.

https://aminoapps.com/c/casosmisteriosos/page/blog/joseph-vacher-el-destripador-de-francia/gkoG_zgVhRunabMd4QBpJn4L8PWYZXjvVxv (fuente extraída en fecha de 17.06.2019)



Grabado periodístico de la época en la que se ilustra el momento de su detención.
https://www.jack-the-ripper-tour.com/generalnews/the-execution-of-joseph-vacher/ (fuente extraída en fecha de 17.06.2019).

Ilustración de la época que ilustra el momento en que Vacher dirige su carta al Juez confesando lo siguiente: «*Si, yo cometí esos crímenes, los hice en momentos de ira*».
https://criminocorpus.hypotheses.org/95888 (fuente extraída en fecha de 17.06.2019)

Grabado periodístico de la época en la que se ilustra el momento en que se le despierta a Joseph Vacher para ir al cadalso.

Grabado periodístico de la época en la que se ilustra el momento en que la Policía presenta dificultades ante la resistencia que muestra Joseph Vacher para conducirlo a la guillotina. Se puede ver representado, asimismo, la turba enfurecida.

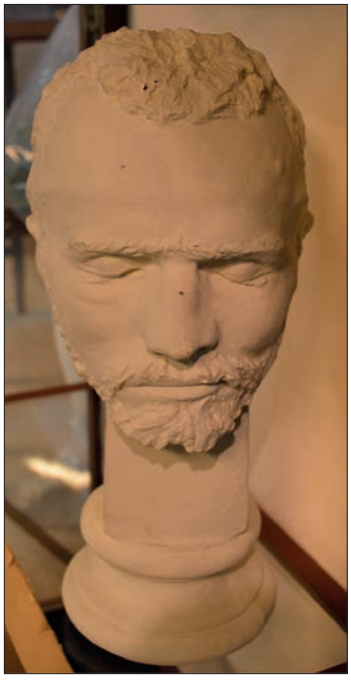


Imagen de la izquierda: Fotografía que ilustra la cabeza guillotinada de Joseph Vacher.
Imagen de la derecha: Máscara mortuoria y moldeado de la cabeza (de escayola) de Joseph Vacher mostrada en el Museo de Testut-Latarjet (Lyon, Francia).
https://criminocorpus.hypotheses.org/95888 (fuente extraída en fecha de 17.06.2019).

14.8. Si Quey (1er Asesino en Serie de menores de la Historia Moderna de Tailandia)

Si Quey[98] fue un inmigrante chino que se mudó a Tailandia en 1944. Fue un veterano de la 2ª Guerra Mundial que luchó contra los japoneses.

98 https://mummipedia.fandom.com/wiki/Si_Quey (fuente extraída en fecha de 22.06.2019).

Se convirtió en un *asesino en serie*, calificado como «*caníbal*»[99], y en el que su *modus operandi* consistía en asfixiar y comerse el corazón y el hígado de 7 niños varones en Tailandia desde 1954 hasta 1958. En su patológico pensamiento, consideraba que la ingesta de dichas partes corporales «lo haría más fuerte, más saludable y posiblemente inmortal» (lo que viene a ser compatible con un contenido de pensamiento disfuncional de tipo psicótico).

Finalmente, fue capturado mientras se le descubrió intentando quemar el cuerpo de un menor de 8 años, admitiendo que lo había matado para extirparle el corazón, el hígado y los riñones para, posteriormente, cenar con dichos órganos.

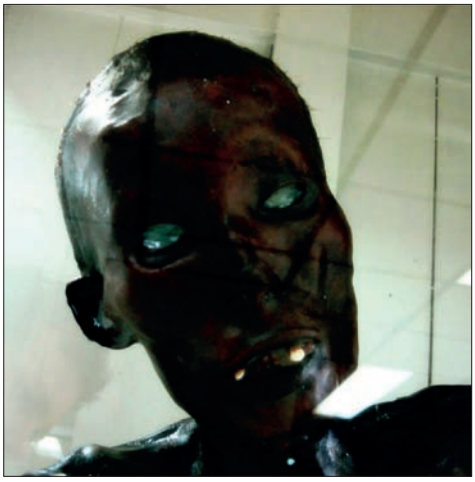
Fue declarado culpable, siendo ejecutado el 17 de septiembre de 1959. Aunque para entonces, la Frenología ya no era ni tan siquiera una corriente científica considerada, el cuerpo del asesino fue solicitado por el Museo Forense de la Facultad de Medicina de la Universidad de Mahidol ubicado del Hospital de Siriraj[100], dónde se exhibe –expuesto momificado (lleno y cubierto de parafina)– a la vista pública de los estudiantes.

En la actualidad, se está debatiendo sobre el futuro del cuerpo del Asesino en Serie de menores[101], y sobre si será incinerado después de seis décadas de exhibición pública, en espera de la adquisición de documentos importantes y gestión de ellos.

99 https://en.wikipedia.org/wiki/Siriraj_Medical_Museum (fuente extraída en fecha de 22.06.2019).

100 https://www.bangkokpost.com/thailand/general/1699416/cannibal-killer-si-quey-cremation-considered (fuente extraída en fecha de 22.06.2019).

101 https://www.nationmultimedia.com/detail/national/30369464 (fuente extraída en fecha de 22.06.2019).



Fotos detalle de Si Quey exhibido momificado en el Museo Forense de la Facultad de Medicina de la Universidad de Mahidol ubicado del Hospital de Siriraj.

14.9. Ezechia Marco Lombroso

Aunque no se trata de un *Asesino en Serie*; no obstante, al Médico y Criminólogo Cesare Lombroso (1835-1909) y Fundador de la Escuela de Criminología Positivista; se le puede *visitar* en su Museo de Antropología Criminal de la Universidad de Torino (Italia)[102,103].

102 https://blogs.publico.es/strambotic/2017/03/muertos-muy-sociables/ (fuente extraída en fecha de 22.06.2019).

103 http://galerianocturna-triplex.blogspot.com/2017/02/la-cabeza-de-lombroso.html (fuente extraída en fecha de 22.06.2019).

Cesare Lombroso (1835-1909).

15 EPÍLOGO DE HONOR

Don Josep Oriol Rusca Nadal[104, 105]
Abogado Penalista
Ex-Decano del Colegio de la Abogacía de Barcelona (ICAB)
Galardonado de Honor del Consejo Superior Europeo de Doctores y Doctores Honoris Causa (CONSEDOC)

104 **Contacto:**

Don Josep Oriol Rusca Nadal
Mail de contacto: orusca@icab.cat
Enlace web: http://ruscadefensapenal.com/

105 **Acerca del autor:**

- Decano del Ilustre Colegio de Abogados de Barcelona (2013-2017).
- Presidente del Senado del Consejo General de la Abogacía Española.
- Licenciado por la Universidad Autónoma de Barcelona, 1980-1985. Abogado colegiado en el Ilustre Colegio de Abogados de Barcelona desde el año 1986, especializado desde sus inicios en Derecho Penal.
- Fundador y socio de Derecho Penal de la firma Rusca Defensa Penal.
- Máster de especialización en Derecho Penal y Ciencias Penales por la Universidad de Barcelona (1992/94) y goza de la suficiencia investigadora.
- Expresidente de la Sección de Derecho Penal del Colegio de Abogados de Barcelona y miembro del CRAJ.

Quiero agradecer sinceramente al Doctor Bernat Tiffon que haya tenido la amabilidad de contar conmigo, para participar en esta obra. Es para mí un grato y gran honor.

Y este honor lo es doblemente. En primer lugar, el Doctor Bernat Tiffon es uno de los psicólogos forenses de mayor prestigio que tenemos, de una profesionalidad indudable y una gran rigurosidad en su trabajo, que lo convierten en uno de los grandes y buenos colaboradores de la Justicia. Somos muchos los profesionales del derecho que contamos con un experto –diría que imprescindible en muchos casos–, que es complementario y necesario para el ejercicio del Derecho de Defensa.

En segundo lugar, y de forma no menos importante, el Doctor Bernat Tiffon no sólo tiene grandes cualidades profesionales, sino también humanas. Y hoy en día, encontrar profesionales que desarrollen su profesión con excelencia no es tan sencillo. Y para desarrollar así la profesión, no sólo basta con tener los conocimientos técnicos, sino que también es imprescindible tener empatía con las personas, ser sensible con los problemas de los demás, y tener una clara voluntad de ayudar y entender. Ello no se consigue si no tienes esa base humanística, y gran amor e ilusión por el trabajo que desarrollas. Y de todo ello, es un claro exponente el Doctor Bernat Tiffon.

- Dispone de la habilitación para poder actuar en la jurisdicción de menores en casos de violencia de género, por el Consejo de Colegio de Abogados de Cataluña.
- Profesor y coordinador de Derecho Penal en el Ilustre Colegio de Abogados de Barcelona, en los cursos de post grado y Máster en Abogacía juntamente con la Universidad de Barcelona. Profesor de Derecho Penal en el Máster Campus del Colegio de Abogados.

Este Atlas Práctico es una obra imprescindible, a mi entender, no sólo para los estudiantes y profesionales de la psicología y psiquiatría, sino también para los operadores jurídicos –jueces, abogados, fiscales y estudiantes–, que tengan interés en entender y profundizar más y mejor en interpretar las gráficas psicológicas.

Esta obra, eminentemente práctica, y nutrida de pluralidad de ejemplos prácticos basados en casos reales, lo que permite interpretar unos números y convertirlos en palabras. Palabras que nos permiten hacer valoraciones y tener un mejor conocimiento de una persona.

Ello es esencial en muchos casos, pues como sabemos el Derecho Penal se dirige a personas concretas. Y es esencial conocer cuáles son sus circunstancias concretas, no sólo para poder valorar si concurren determinadas circunstancias eximentes o atenuantes, sino también, y no menos importante, para poder determinar cuál es la pena justa, la que verdaderamente de adecua al reproche penal concreto del que se ha hecho acreedor la persona que se juzga.

No se olvide, que nuestro Código Penal, exige de nuestros jueces que las penas se adecúen a las circunstancias personales del «delincuente» (así, ej: art. 66.1.6 y art. 68 del Código Penal). Ello hace imprescindible conocer dichas circunstancias personales, y sin duda, de las más importantes es el perfil psicológico del justiciable. Es por ello por lo que antes he mencionado que los Psicólogos y Psiquiatras son colaboradores de la Justicia.

Así que no me queda más que expresar mi más sincero agradecimiento y felicitación al Dr. Tiffon por esta obra. Sin duda contribuirá a que todos nos podamos entender más, y a desarrollar mejor nuestra profesión.

Barcelona a 11 de Julio de 2019

16 AGRADECIMIENTOS DEL AUTOR

Aunque por amplia extensión nominativa, no se puede nombrar a todos por sus nombres y apellidos; no obstante, el autor quiere hacer constar de manera expresa sus profundos agradecimientos a todos los Letrados que han depositado su confianza profesional en CONSULTORÍA EN PSICOLOGÍA LEGAL Y FORENSE – Dr. Bernat-N. Tiffon.

Gracias a todos ellos, esta obra no habría podido salir a la luz.

Asimismo, se amplían los agradecimientos a los autores que han colaborado en el desarrollo de sus distintos prólogos (tanto a los autores internacionales como a los autores nacionales). A todos ellos, el autor también los quiere rendir y otorgar homenaje con sus profundos agradecimientos por haber dedicado un tiempo en sus estrechas agendas profesionales para redactar sus breves introducciones.

Agradecer a Pearson Clinicaly a TEA Ediciones la gentileza que han brindado en poder permitir la publicación de las gráficas psicométricas de los sujetos sometidos a exploración y resultantes de sus propios programas informáticos.

Y, desde el punto de vista personal, agradecer siempre a mis padres; y que, gracias a ellos han podido conseguir que su hijo haya alcanzado lo que tanto querían (y que nunca se cansaban de tanto re-

petirme): que prosperase y me superase personal y profesionalmente con la dedicación constante en el trabajo.

Espero (y desearía) que, allí dónde ellos estén, lo puedan ver.

17 BIBLIOGRAFÍA

AGUIRRE, G. (2004). *«MACI. Inventario Clínico para Adolescentes de Millon»*. TEA Ediciones, S.A. Madrid (España).

ÁVILA-ESPADA, A.; JIMÉNEZ, F. y cols. (1999). *«Manual MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon II»*. TEA Ediciones, S.A. Madrid (España).

BORING, E. G. (2006). Historia de la psicología experimental. México: Trillas.

FERNÁNDEZ, N. (2011). *«Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad»*. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

GONZÁLEZ, H. y SANTAMARÍA, P. (2009). *«Manual SIMS. Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas»*. TEA Ediciones, S.A. Madrid (España).

ORTIZ-TALLO, M.; SANTAMARÍA, P.; CARDENAL, V.; SÁNCHEZ, MªP. (2011). *«Manual Técnico del Inventario de Evaluación de la personalidad (PAI)»*. TEA Ediciones, S.A. Madrid (España).

MILLER, J. D., VIZE, C., CROWE, M. L., & LYNAM, D. R. (2019). A critical appraisal of the Dark Triad literature and suggestions for moving forward. *Current Directions in Psychological Science*. 1-8

MILLON, T. (1993). *«MACI. Millon Adolescent Clinical Inventory.* NCS Assessment Inc. Minneapolis, EE.UU.

MILLON, T., DAVIS, R. (1995). Putting Humpty Dumpty together again: using the MCMI in psychological Assessment. En: L. E. Beutler, M. R. Berren: Integrative assessment of adult personality. New York: Guilford Press.

MILLON, T.; DAVIS, R. y MILLON, C. (2011 - [Ed. orig. TEA Ediciones, 2007]). *«Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III»*. Madrid. Pearson Educación.

MILLON, T.; GROSSMAN, S. y MILLON, C. (2018). *«Manual MCMI-IV. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-IV»*. Madrid. Pearson Educación.

MOREY, L.C. (2007). *«PAI. Personality Assessment Inventory»*.PsychologicalAssessmentResources, Florida, EE.UU.

ROIG FUSTÉ, J. M. (1986). Predicción de los resultados en el MMPI a partir de un reducido número de ítems. Un estudio sobre el Mini-Mult de Kincannon. Tesis presentada en la Universidad de Barcelona para la obtención del Grado de Licenciado en Psicología.

ROIG-FUSTÉ, J. M. (2017). Historia de los tests psicológicos. Barcelona: MTR.

RUSSELL, M.T. & KAROL, D.L. (2005). *«Manual 16PF-5»*. TEA Ediciones, S.A. Madrid.

SAJOUS-TURNER, A., ANDERSON, N.E., WIDDOWS, M. et al. Brain Imaging and Behavior (2019). https://doi.org/10.1007/s11682-019-00155-y

SAN JUAN GUILLÉN, C. y VOZMEDIANO SANZ, L. (20180). Psicología Criminal. Madrid: Editorial Síntesis.

SKULMOWSKI, A., BUNGE, A., KASPAR, K., PIPA, G. (2014). Forced choice decisión making in modified trolley dilema situations: a virtual reality and eye traking study. *Frontiers in behavioralneuroscience*, 8:426.

TIFFON, B. -N. (2007). *«Lecciones de Psicología Criminal en Esquemas»*. Centre de Recerca Thomas Becket (CRTB). Barcelona.

TIFFON, B. -N. (2008). *«Manual de Consultoría en Psicología y Psicopatología Clínica, Legal, Jurídica, Criminal y Forense»*. Colección Bosch Penal. Editorial Bosch. Barcelona.

TIFFON, B-N. (2017). *«La prueba pericial en materia de Psicología»*. En *«Peritaje y Prueba Pericial»*. Bosch Editor. Barcelona. pps. 393-405.

TIFFON, B.-N. (2017). *«A propósito de un caso de doble filicidio por suicidio ampliado frustrado»*. Revista de Derecho y Proceso Penal. Editorial Thomson Reuters-Aranzadi. Núm. 48. Volumen 4. 2017. Págs. 335-349.

TIFFON, B.-N. (2017). *«Estudio de un caso: Trastorno Psicótico Breve (Agudo y Transitorio) y decapitación de una menor»*. Libro de actas del X Congreso (Inter)Nacional de Psicología Jurídica y Forense. Sevilla. 25, 26 y 27 de mayo de 2017. Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense (SEPJF).

TIFFON, B.-N. (2017). *«Estudio de un caso: Trastorno Psicótico Delirante y Asesinato con alevosía y ensañamiento»*. Libro de actas del X Congreso (Inter)Nacional de Psicología Jurídica y Forense. Se-

villa. 25, 26 y 27 de mayo de 2017. Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense (SEPJF).

TIFFON, B.-N. (2017). *«Estudio de un caso: doble filicidio, Depresión Mayor Psicótica y Trastorno de la Personalidad»*. Libro de actas del X Congreso (Inter)Nacional de Psicología Jurídica y Forense. Sevilla. 25, 26 y 27 de mayo de 2017. Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense (SEPJF).

TIFFON, B.-N. (2017). *«La irrupción psíquica disfuncional y su implicación en la perpetración de Asesinatos: Peligrosidad vs. Normalidad»*. En *«Peritaje y Prueba Pericial»*. J. M. Bosch Editor. Bosch Procesal. Barcelona.

TIFFON, B.-N. (2017). «La prueba pericial en materia de Psicología». En *«Peritaje y Prueba Pericial»*. J. M. Bosch Editor. Bosch Procesal. Barcelona.

TIFFON, B.-N. (2017). *«Atlas de Psicología Forense (Penal)»*. J.M. Bosch Editor. Barcelona.

TIFFON, B.N. (2018). *«A propósito de un caso de doble filicidio por suicidio ampliado frustrado»*. Revista de Derecho y Proceso Penal. Editorial Thomson Reuters-Aranzadi. Cizur Menor (Navarra). Vol. 4, Nº 48. Págs. 335-349.

TIFFON, B.-N. (2018). *«Estudio de un Caso de Asesinato y personalidad criminal en un militar de élite entrenado»*. Libro de Actas del XI Congreso (Inter)Nacional de Psicología Jurídica y Forense. Granada, 1-3 de noviembre de 2018. Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense (SEPJF). Editor Tórculo Comunicación Gráfica, S.A.

TIFFON, B.-N. (2018). *«Estudio de un caso de "Folie à Deux" (simultánea) e inducción delirante al asesinato»*. Libro de Actas del XI

Congreso (Inter)Nacional de Psicología Jurídica y Forense. Granada, 1-3 de noviembre de 2018. Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense (SEPJF). Editor Tórculo Comunicación Gráfica, S.A.

TIFFON, B.-N. (2018). *«Estudio de un caso de Síndrome de Amok intermitente e impulsividad patológica»*. Libro de Actas del XI Congreso (Inter)Nacional de Psicología Jurídica y Forense. Granada, 1-3 de noviembre de 2018. Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense (SEPJF). Editor Tórculo Comunicación Gráfica, S.A.

TIFFON, B.-N. (2018). *«A propósito de un caso: filicidio por decapitación de una menor y trastorno psicótico breve, agudo y transitorio vs. ausencia de trastorno»*. En Revista de Derecho y Proceso Penal. Editorial Thomson Reuters-Aranzadi. Cizur Menor (Navarra). N.º 50, abril-junio 2018. Págs. 421-440.

TIFFON, B.-N. (2018). *«Práctica forense y prueba pericial psicológica en materia de delitos sexuales»*. Artículo de Investigación galardonado con el Premio *exaequo* de la IX Edición de los Premios de Investigación convocado por la Asociación Catalana de Peritos Judiciales y Forenses de la Administración de Justicia y otorgado por el Ilustre Colegio de Abogados de Barcelona en fecha de 13.02.2018. Fuente (extraído el 30.03.2018): http://www.perits.org/uploads/repositorio_imagenes/revista/43/practica_forense_y_prueba_pericial_psicologica_en_materia_de_delitos_sexuales.pdf

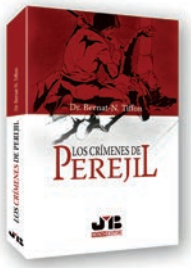
TIFFON, B.-N. (2018). Capítulo: *«Las dificultades del perito ante casos de abusos sexuales testimoniados y sadismo sexual»*. En*«Jornadas Psicológico -Criminológicos de ESERP»*. Editorial ESERP (Barcelona) y McGraw Hill Education. Págs. 139-164.

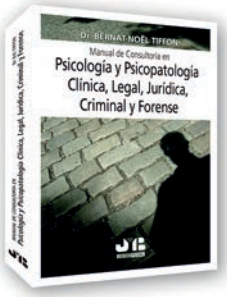
TIFFON, B.-N. y cols. (2018). Coordinación de la obra: *«Jornadas Psicológico-Criminológicos de ESERP»*. Editorial ESERP (Barcelona) y McGraw Hill Education.

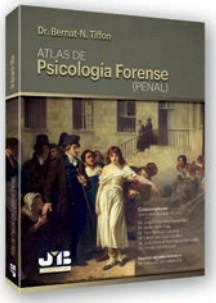
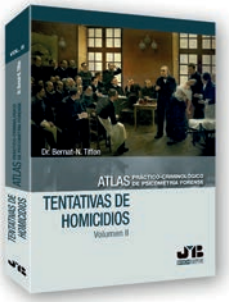
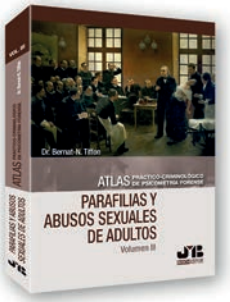
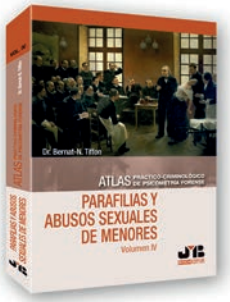
TIFFON, B.-N. (2018). *Capítulo: «Estudio de la credibilidad del testimonio en menores víctima de abusos y/o agresiones sexuales»*. En *«Manual de Atención y Valoración Pericial en Violencia Sexual. Guía de Buenas Prácticas»*. Coord.: Gonzalez Fernandez, J. & cols. (2018). J.M. Bosch Editor. Págs. 545-586.

WIDOWS, M.R. y SMITH, G.P. (2005). *«SIMS. Structured Inventory of Malingered Symptomatology»*. Psychological Assessment Resources, Florida, EE.UU.

Otras obras del autor:







Obras en preparación: