

**CRIMEN DE UNA
MENOR Y FENÓMENO
DISOCIATIVO POR
EFECTO COMBINADO
DE CONSUMO DE
TÓXICOS DEL AGRESOR**

Bernat-Noël Tiffon Nonis

Profesor de Psicología Jurídica en la
Universitat Abat Oliba (UAO-CEU).

Profesor de Psicología Criminal en
ESERP Business & Law School

<https://orcid.org/0000-0003-4857-7207>

All content in this magazine is
licensed under a Creative Com-
mons Attribution License. Attri-
bution-Non-Commercial-Non-
Derivatives 4.0 International (CC
BY-NC-ND 4.0).



Resumen: La casuística trata de un agresor con antecedentes de larga evolución de consumo combinado de sustancias tóxicas de cocaína y alcohol, quien perpetra el asesinato de una menor de 13 años. La víctima fue asaltada mientras bajaba por las escaleras de la comunidad vecinal y fue trasladada, contra su voluntad, al interior del domicilio del agresor. Fuera cual fuera el motivo de la agresión, el perpetrador redujo a la víctima, la asfixió con una correa de perro y la ahogó. Posteriormente, le propinó múltiples heridas punzantes postmortem con arma blanca, siendo que una de ellas se lo introduce gravemente por la oreja izquierda (rompiéndose el cuchillo y permaneciendo el filo en el interior del aparato auditivo) y otra herida en el pecho izquierdo. En la autopsia, también se apreció la introducción de un bolígrafo en la tráquea de la menor.

El agresor, quien fue evaluado directamente por quien suscribe el presente, vino a manifestar que, aunque consciente de su conducta *“porque le dijeron a posteriori las consecuencias de sus actos”*; no obstante, siempre manifestaba que no presentaba recuerdo alguno con relación a los presuntos hechos materializados. Asimismo, refería que se hallaba en un contexto de situación psicosocial crítica y/o adversa debido a razón de la reciente defunción de su madre y que,

debido a ello, incremento el patrón de uso y abuso de sustancias tóxicas (cocaína y alcohol).

Palabras clave: Impulsividad patológica, asesinato, drogodependencia, acting out, evaluación psicológica, careo.

MÉTODO

Se practicó la entrevista clínica dirigida (o anamnesis) al autor confeso del asesinato, siendo aún interno preventivo en sede del centro penitenciario donde estaba ubicado. También se procedió a la lectura de la documentación clínica sanitaria de la condición psíquica del agresor, así como del Informe Médico Forense y del Informe del Instituto Nacional de Toxicología Forense que obraban en la causa (y a los que se realizará referencia en el apartado de “resultados”, a efectos de evitar prolijidad).

Se procedió, asimismo, a la administración de pruebas psicológicas a efectos de poder valorar el alcance de la fenomenología clínico-sintomatológica del estado psicológico, psicopatológico y/o psicoemocional del informado con respecto a la gravedad de la conducta patológica de naturaleza psíquica y por la que venía a referir en el momento de perpetrarse los hechos criminológicos.



Escena del crimen

RESULTADOS

Al informado se le administró múltiples pruebas psicológicas, siendo las más destacables (entre otras muchas más administradas): el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-IV, 2018), el PAI (2011), el 16PF de Cattell (1995), Escalas de Impulsividad (Plutchick y BIS-11 de Barrat). También se le administró las pruebas que valoran el consumo de sustancias: tales como el Cuestionario de *Craving* de cocaína (CCQ) y la Escala Multidimensional de *Craving* de Alcohol (EMCA).

Se ha de señalar que la administración de las pruebas se celebró en sede del centro penitenciario donde permanecía ingresado, entonces, en régimen de interno preventivo y en espera de ser enjuiciado por el Tribunal de Jurado de la Audiencia Provincial.

Los resultados de algunas de las pruebas administradas son los siguientes:

- Con relación al MCMI-IV, se ha de señalar la puntuación de 1 en “Invalidez (V)”, la cual es el valor por haber contestado un ítem que, siguiendo las indicaciones del manual, se interpreta como “validez dudosa”. No obstante, se hace necesario insistir que no se trata de una prueba de validez dudosa dado que el informado a ofrecido una respuesta correcta al ítem nº49 y por el que, sin duda alguna, el informado apareció el año anterior al de la evaluación en portadas de varias revistas y prensa, al tratarse de un caso de impacto social y mediático. Asimismo, presenta una sinceridad estadísticamente significativa de $TB=82$ y una inconsistencia con valor de $W=9$, lo que respondería a un perfil psicológico y/o psicopatológico de toxicómano y que se tratan de colectivos por lo que, habitualmente, suelen alterar la realidad para sus intereses. Dicho lo anterior, se ha de ser cauteloso en la interpretación

psicológico y psicopatológica de la gráfica resultante del MCMI-IV, dado que se trata de un perfil de la naturaleza de un drogodependiente.

- Las Facetas de Grossman del MCMI-IV sugieren que el informado presenta inestabilidad psicoemocional caracterizado por la presencia de rasgos de personalidad de base de tipo paranoide y limite-dependiente y que, vendría a configurar, una frágil estructura de personalidad con baja tolerancia a la frustración con agresividad manifiesta.

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAIXIAL DE MILLON-IV

RESUMEN DE LAS PUNTUACIONES Y PERFIL

CÓDIGO DE PUNTUACIONES MÁXIMAS =3 2A 2B
 AJUSTES DE LAS TASAS BASE = X, A/CC

INVALIDEZ (V) = 1
 INCONSISTENCIA (W) = 9

VALIDEZ	Puntuación		Perfil de las tasas base			
	PD	TB	0	35	75	100
Índices modificadores			Bajo	Medio	Alto	
Sinceridad	X	68	82			
Deseabilidad social	Y	13	59			
Devaluación	Z	20	75			

PERSONALIDAD	Puntuación				Perfil de las tasas base				
	PD	PC	TB		0	60	75	85	115
Patrones clínicos de la personalidad						Estilo	Tipo	Trastorno	
Esquizoide	1	10	48	61					
Evitativo	2A	16	68	80					
Melancólico	2B	21	72	79					
Dependiente	3	18	88	92					
Histriónico	4A	6	30	38					
Tempestuoso	4B	11	48	59					
Narcisista	5	8	61	64					
Antisocial	6A	3	40	58					
Sádico	6B	9	64	63					
Compulsivo	7	19	68	69					
Negativista	8A	16	75	73					
Masoquista	8B	17	78	71					
Patología grave de la personalidad									
Esquizotípico	S	16	67	67					
Límite	C	22	92	93					
Paranoide	P	16	91	87					

PSICOPATOLOGÍA	Puntuación				Perfil de las tasas base				
	PD	PC	TB		0	60	75	85	115
Síndromes clínicos							Presente	Prominente	
Ansiedad generalizada	A	11	67	79					
Síntomas somáticos	H	6	47	59					
Espectro bipolar	N	11	81	74					
Depresión persistente	D	20	74	82					
Consumo de alcohol	B	7	96	94					
Consumo de drogas	T	14	94	94					
Estrés postraumático	R	12	79	72					
Síndromes clínicos graves									
Espectro esquizofrénico	SS	14	72	68					
Depresión mayor	CC	15	70	77					
Delirante	PP	11	93	79					

**INVENTARIO CLÍNICO MULTIAIXIAL DE MILLON-IV
FACETAS DE GROSSMAN CON LA PUNTUACIÓN MÁS ALTA**

FACETAS DE GROSSMAN		Puntuación			Perfil de las tasas base			
		PD	PC	TB	0	35	75	100
Límite	C							Interpretable
Autoimagen inestable	C.1	7	89	85				
Arquitectura disgregada	C.2	7	85	85				
Temperamentalmente lábil	C.3	6	82	75				
Dependiente	3							
Expresivamente pueril	3.1	7	88	85				
Interpers. sumiso	3.2	5	90	85				
Autoimagen inepta	3.3	7	88	90				
Paranoide	P							
Expresivamente defensivo	P.1	4	70	68				
Cognitivamente desconfiado	P.2	4	80	75				
Dinámicas de proyección	P.3	8	98	93				

PUNTUACIONES DE LAS FACETAS DE GROSSMAN

		PD	PC	TB			PD	PC	TB
1	Esquizoide				6B	Sádico			
1.1	Interpers. desvinculado	2	38	40	6B.1	Expresivamente precipitado	4	70	64
1.2	Contenido escaso	7	82	75	6B.2	Interpers. desagradable	4	88	71
1.3	Temperamentalmente apático	4	60	65	6B.3	Arquitectura eruptiva	2	60	64
2A	Evitativo				7	Compulsivo			
2A.1	Interpers. aversivo	5	63	75	7.1	Expresivamente disciplinado	5	61	60
2A.2	Autoimagen alienada	8	97	95	7.2	Cognitivamente constreñido	9	80	80
2A.3	Contenido vejatorio	5	74	80	7.3	Autoimagen responsable	9	99	85
2B	Melancólico				8A	Negativista			
2B.1	Cognitivamente fatalista	6	61	60	8A.1	Expresivamente resentido	6	88	80
2B.2	Autoimagen inútil	6	88	89	8A.2	Autoimagen descontenta	6	68	70
2B.3	Temperamentalmente afligido	7	80	83	8A.3	Temperamentalmente irritable	5	72	70
3	Dependiente				8B	Masoquista			
3.1	Expresivamente pueril	7	88	85	8B.1	Autoimagen desmerecedora	9	90	80
3.2	Interpers. sumiso	5	90	85	8B.2	Arquitectura invertida	5	71	70
3.3	Autoimagen inepta	7	88	90	8B.3	Temperamentalmente disfórico	5	54	60
4A	Histriónico				S	Esquizotípico			
4A.1	Expresivamente dramático	1	54	60	S.1	Cognitivamente circunstancial	4	46	60
4A.2	Interpers. buscador de atención	3	35	45	S.2	Autoimagen disociada	8	87	75
4A.3	Temperamentalmente inconstante	3	34	36	S.3	Contenido caótico	8	95	85
4B	Tempestuoso				C	Límite			
4B.1	Expresivamente impetuoso	4	61	64	C.1	Autoimagen inestable	7	89	85
4B.2	Interpers. eufórico	3	46	60	C.2	Arquitectura disgregada	7	85	85
4B.3	Autoimagen sobreestimada	2	29	30	C.3	Temperamentalmente lábil	6	82	75
5	Narcisista				P	Paranoide			
5.1	Interpers. explotador	1	47	60	P.1	Expresivamente defensivo	4	70	68
5.2	Cognitivamente expansivo	4	52	60	P.2	Cognitivamente desconfiado	4	80	75
5.3	Autoimagen admirable	3	80	70	P.3	Dinámicas de proyección	8	98	93
6A	Antisocial								
6A.1	Interpers. irresponsable	2	65	65					
6A.2	Autoimagen autónoma	1	37	30					
6A.3	Dinámicas de irreflexión (paso al acto)	7	96	85					

- Con relación a las pruebas de impulsividad, la prueba de Plutchick arroja una puntuación de 25/45 y la prueba BIS 11 de Barrat, una puntuación total de 76/120 (arrojando puntuaciones significativas en las 3 subescalas: cognitivas, motora e impulsividad no planeada) lo que sugiere la existencia de unos rasgos patológicos de personalidad de base de tipo impulsivo y que, debido a razón de un incremento del consumo de tóxicos dichas puntuaciones pueden presentar compatibilidad con una exacerbación clínico- sintomatológica.
- Las escalas de *craving* al consumo de cocaína (CCQ) y alcohol (EMCA), arrojan una puntuación de 342/630 y de 58/60, respectivamente, lo que sugiere compatibilidad con dicho comportamiento impulsivo de búsqueda incesante de dichas sustancias.

En la causa obra la siguiente documentación a la que se considera interesante señalar con relación al estado psíquico del informado hacia las fechas de cuando se perpetró el asesinato (junio de 2018): el Informe Médico Forense concluye que *“De acuerdo con las entrevistas y hallazgos analíticos, se puede afirmar que el reconocido ha presentado un consumo crónico de cocaína y alcohol, que podríamos calificar de abuso, con buena funcionalidad cognitivo-ejecutiva, laboral y social”*. Asimismo, el informe añade una siguiente conclusión manifestando que los Médicos Forenses *“No podemos afirmar que en el momento de los hechos actuará “bajo los efectos” de esta sustancia, todo y que era consumidor regular en aquellos momentos y que el reconocido lo refiere, circunstancias éstas que se deben contraponer tanto a los hallazgos en el lugar de los hechos, a los hallazgos de autopsia y a las valoraciones tanto policiales como médicas (asistenciales y forenses) realizadas a raíz de los mismos, respectivamente”*.

En la línea delo anterior y en el mismo citado informe, los Médicos Forenses describen que (...) *“la posibilidad de un consumo de cocaína (con posibilidad a intoxicación aguda) en un momento previo a los hechos y referida por el reconocido, aunque no es plenamente rechazable, se debe contraponer tanto con las características toxicocinéticas de la sustancia como con los hallazgos encontrados en la diligencia de levantamiento del cadáver (cuerpo de una menor con correa de perro al cuello y cabeza en maleta frente al temor por la presencia de un posible asaltante que pretendía introducirse en el domicilio)...”*.

En el Informe del Servicio de Química y Drogas del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses del Ministerio de Justicia, se desprende que el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses recibió muestras de cabello y de orina del informado 4 días después de los presuntos hechos de autos. De dicho citado informe se exponen los siguientes resultados: *“En la muestra de orina analizada se detecta la presencia de cocaína, benzoilecgonina, temazepam y paracetamol. En la muestra de orina analizada no se detecta la presencia de alcohol etílico. En la muestra de cabellos analizadas detecta la presencia de cocaína, benzoilecgonina y cocaetileno (CE)*.

DISCUSIÓN

1. Aunque los resultados obtenidos de la evaluación psicométrica, psicológica y psicopatológica del agresor arrojaban unas puntuaciones significativas que sugieren que el mismo presentaba un consumo de sustancias tóxicas (en este caso, combinación de cocaína y alcohol); más importante eran los resultados obtenidos (de la muestra obtenida 4 días después de los presuntos hechos de autos) del análisis toxicológico de pelo del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses que detectaba la

presencia de cocaína, benzoilecgonina y cocaetileno (CE).

2. Dichos resultados obtenidos sugieren que el agresor presentaba, hacia la fecha de la perpetración de los hechos, una afectación psíquica de orden cognitivo y/o volitivo que alterase el orden de la interpretación de la realidad.

3. Desde el punto de vista de la Psicología Forense, y aunque el Perito tenga a disposición del uso de las técnicas y de los instrumentos de evaluación psicológica y/o psicopatológica que le permite explorar los rasgos de personalidad de base, la alteración mental y, hasta el patrón conductual de uso, abuso y consumo de sustancias; no obstante, nuestra metodología de evaluación psicológica siempre adolecerá en cuanto

a la fragilidad de la interpretación de las mismas en comparación a las técnicas médicas (las cuales, y aunque también en términos de probabilidad estadística, no dejan de ser menos precisas y la cuantificación concreta es mucho más alta que en Psicología Forense).

4. Lo anteriormente expuesto, provoca que la opinión experta y profesional del Perito Psicólogo Forense en la Sala de Justicia, sea más discutida y provoque más debate jurídico-legal con los Operadores Jurídicos que forman cada una de las partes del litigio. En muchas ocasiones, la celebración del acto del careo entre los Peritos Públicos y los Peritos Privados se hace necesario, siendo un elemento clave y necesario para el esclarecimiento de los hechos.

REFERENCIAS

Bobes, González, Sáiz, Bascarán y Bousoño (2000). *“Instrumentos básicos para la práctica de la Psiquiatría Clínica”*. Editorial Novartis Farmacéutica, S.A. Madrid.

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

Tiffon, B.-N. y cols. (2019). *“Atlas Práctico-Criminológico de Psicometría Forense (Volumen I): Asesinatos”*. J.M. Bosch Editor. Barcelona.