

REACCIÓN DE IMPULSIVIDAD PATOLÓGICA Y PERPETRACIÓN INSTANTÁNEA DE UN DOBLE CRIMEN CON ARMA DE FUEGO

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).



Abstract: Para Barratt et al. (1997), la impulsividad es definida como una predisposición a realizar acciones rápidas y no reflexivas en respuesta a estímulos internos y/o externos a pesar de las consecuencias negativas que podrían tener éstas tanto para la misma persona como para terceros (Moeller et al., 2001) La impulsividad es pensada como una tendencia psicobiológica que predispone a un espectro de comportamientos más que a una acción en particular (Squillace et al., 2011). Para Squillace et al. (2011), los individuos con alta impulsividad pueden ser analizados en: A) Un nivel conductual, donde podría observarse una sensibilidad reducida a las consecuencias negativas desencadenadas por sus propios actos, así como una velocidad de reacción elevada que no permitiría un procesamiento adecuado de la información, tanto de estímulos internos como externos. B) A nivel social, se entiende la impulsividad como una conducta desarrollada en un ambiente familiar en el que el niño ha aprendido a reaccionar de modo rápido para la obtención de lo deseado. Dicha conducta implica riesgos y sus consecuencias no son consideradas por el individuo para sí, ni para terceras personas (Moeller, et al., 2001; Orozco- Cabal, Barratt & Buccello, 2007). En el presente caso, y siendo que fue evaluado directamente por quien suscribe, se trata de un varón de 29 años que, en enero de 2017, y en el transcurso de la práctica de la caza menor es interceptado por 2 agentes rurales; los cuales y sin mediar palabra alguna entre el victimario y las víctimas, el agresor reacciona virulenta e impulsivamente en “acting out” perpetrando el asesinato de ambos descargando los cartuchos de su escopeta.

Seguidamente, el agresor se entrega a la policía y es detenido.

Palabras clave: Impulsividad patológica, doble crimen, Síndrome de Amok, acting out, evaluación psicológica.

MÉTODO

Se practicó la entrevista clínica dirigida (o anamnesis) al autor confeso de los asesinatos 24 días después de los hechos luctuosos, 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 y que obraba en la causa.

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 impulsiva y por la que vino a ser causa del fatídico hecho luctuoso de las dos muertes.

RESULTADOS

Al informado se le administró la siguiente batería de pruebas psicológicas (las más destacables entre otras muchas más administradas): el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III, 2005), 16 Factores de Personalidad de Cattell (1995), la Escala de Hamilton para la Ansiedad –HARS- (Hamilton, 1959), la *Escala de Impulsividad de Barratt* (*Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11, 1995*), la Escala de Control de los Impulsos Ramón y Cajal -ECIRyC- (Ramos Brieva, J. A.; Gutiérrez-Zotes, A. y Saiz Ruiz, J. (2002) y la *Escala de Trauma de Davidson –DTS-* (Davidson y cols., 1997).

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 las pruebas son los siguientes:

En el MCMI-III de Millón, los índices de validez de “Sinceridad” y de “Devaluación”,

sugiriendo poca sinceridad y arroja una imagen más negativa de sí mismo, respectivamente.

Desde la tesis anterior expuesta, se ha de procurar una singular atención a la gráfica psicológica y psicopatológica resultante en cuanto a su interpretación.

Existe puntuación sugestiva de rasgos

de personalidad dependiente (PREV=80). Asimismo, presenta puntuaciones significativas en las áreas de la ansiedad como de la distimia sugiriendo, a razón del marco contextual vivencial, un trastorno mixto ansioso-depresivo.

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 | | PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA | | | | | ESCALAS DIAGNÓSTICAS | |
|--------------------------------------|------------|------|---------------------------------------|----|----|----|-----|----------------------|-------------------------------|
| | PD | PREV | 0 | 60 | 75 | 85 | 115 | | |
| 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 |

- Con relación a la Escala de Hamilton para la Ansiedad –HARS- (Hamilton, 1959), presenta una puntuación de 39/56, lo que sugiere la existencia de ansiedad moderada-grave.
- La Escala de Impulsividad de Barratt (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11, 1995) presenta las siguientes puntuaciones: Área cognitiva (19/32), Área Motora (26/40), Área de Impulsividad no planeada (22/48) y puntuación directa total de 67/120. Dichas puntuaciones sugieren la existencia de impulsividad de base en los rasgos de personalidad del informado; siendo destacable el que dicha medición psicométrica se efectúa en sede del centro penitenciario y estando desprovisto de todo tipo de estímulo habitual de su *modus vivendi*.
- La Escala de Control de los Impulsos Ramón y Cajal -ECIRyC- (Ramos Brieva, J. A.; Gutiérrez-Zotes, A. y Saiz Ruiz, J. (2002) presenta una puntuación de 34/60 (siendo significativo a partir de 27,05). Dicha puntuación sugiere la misma orientación interpretativa realizada con relación a la escala BIS-11 de Barratt; y, por tanto, presenta impulsividad de base en su conducta.
- La Escala de Trauma de Davidson –DTS- (Davidson y cols., 1997) presenta una puntuación en frecuencia de 48/68 y una puntuación en gravedad de 47/68. La puntuación directa total es de 95/136. La puntuación total obtenida (superior de 40) sugiere que el informado presenta reacción psicológicamente traumática con relación a los hechos perpetrados. Asimismo, el informado suscribe su propio trauma del siguiente modo: *“Haber disparado a 2 personas, haber matado a 2 personas, no haber podido*

controlar mi cabeza. Qué pasará, cómo estarán todas esas familias a las que he destruido, cómo estará mi familia, mi novia, el no ser consciente de la gravedad que hay, no saber por qué lo hice, por qué me bloqueé de esa manera, por qué reaccioné así...”

Asimismo, y de lo transcrito por el propio informado en la Escala de Trauma de Davidson (DTS) sugiere que el informado presenta conducta de arrepentimiento.

DISCUSIÓN

1. La exploración psicopatológica del informado se celebró 24 días después de los 2 asesinatos; es decir, se evaluó al mismo lo más cercano a la a la perpetración de ambos delitos. De este modo, el análisis interpretativo psicológico que se deriva es sugestivo de ser lo más ajustado posible al estado mental de la perpetración de dicha conducta criminológica.

2. De los resultados obtenidos como del *iter criminis* efectuado, se tratan de dos condicionantes que sugieren que el informado presento una agudización crítica de *Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos* (código F63 CIE-10—OMS) expresada como *Trastorno Explosivo Intermitente* (código F63.8 de la CIE-10—OMS). Y por el que, con relación a los hechos de autos, viene a referir que no sabe ni se acuerda cómo ha llegado a reaccionar de manera tan hostil siendo compatible con la fenomenología clínico-sintomatológica de la *amnesia disociativa* posterior a los presuntos hechos delictivos.

3. En la línea de lo anterior, y sin que exista explicación causal alguna que motivara una animadversión contra las víctimas, el informado presentó una rotura parcial o significativa de

los mecanismos inhibitorios de su conducta influyendo negativamente en sus capacidades cognitivas y, a su vez, en sus capacidades volitivo-motivacionales (las cuales estarían ya adolecidas por su Trastorno del Control de los Impulsos (en modalidad de Trastorno Explosivo Intermitente). Seguidamente al virulento acto impulsivo, el informado presentó un estado de amnesia disociativa en el que refiere de no acordarse de cómo y de qué manera materializó su conducta y evidenciando arrepentimiento.

4. Las características psíquicas anteriormente descritas son compatibles con el Síndrome de Amok, fenómeno descrito por Joseph Westermeyer (1972) como aquella reacción súbita y espontánea explosión de rabia salvaje, que hace que la persona afectada mate indiscriminadamente a los seres vivos

que aparezcan a su paso, hasta que el sujeto sea inmovilizado o se suicide. Tras el ataque, la persona queda exhausta, a veces con una amnesia completa o episódica y ocasionalmente, puede acabar suicidándose.

5. Desde el punto de vista de la Psicología Forense y Criminal, este caso viene a poner en evidencia la gran dificultad de practicar una evaluación psicológica-forense del fenómeno de *acting out* en el Síndrome de Amok; y que, para realizar dicha mencionada aproximación diagnóstica el Perito Psicólogo Forense ha de realizarlo de manera indirecta con los instrumentos de evaluación psicométricas que dispone (siendo que ninguna de ellas mide el Síndrome de Amok en sí mismo).

REFERENCIAS

- Barratt, E. S.; Stanford, M. S.; Kent, T. A. & Felthous, A. (1997). Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. *Biological Psychiatry*, 4, 1045-1061.
- Barratt, E. S.; Stanford, M. S.; Felthous, A. R. & Kent, T. A. (1997). The effects of phenytoin on impulsive and premeditated aggression: a controlled study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 17, 341-349.
- Moeller, G., Barratt, E., Dougherty, D., Schmitz, J., & Swann, A. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1783-1793.
- Moeller, G., Barratt, E., Dougherty, D., Schmitz, J., & Swann, A. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1783-1793.
- Orozco- Cabal, F. L., Barratt, E. S., & Buccello, R. R. (2007). Implicaciones para el estudio de la neurobiología de la experiencia consciente. El acto impulsivo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(1), 109-126.
- Squillace, M.; Picón, J.; Schmidt, V. (2011). "El concepto de impulsividad y su ubicación en las teorías psicobiológicas de la personalidad". *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, vol. 3, núm. 1, 2011, pp. 8-18. Sociedad Latinoamericana de Neuropsicología. Québec, Canadá.