

## **HOMICIDAS MÚLTIPLES EN UN SOLO ACTO: ESTUDIO DE UN CASO**

Vicente Garrido<sup>1</sup>

*Universidad de Valencia*

Juan Ramón Pereira, María Paz Botella, Teresa Bernabeu,  
*Asociación de familiares y personas con enfermedad mental de Alicante*

Amparo Alepuz,

*Universidad Miguel Hernández de Elche*

Santiago De las Heras y Demetrio Monterde

*Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante*

### **Resumen**

Este artículo presenta un caso de asesino múltiple en un solo acto, V.R.B. Después de exponer los conceptos y los modelos teóricos más relevantes, se analiza en detalle el crimen cometido y la evaluación forense realizada. A continuación presentamos los resultados obtenidos de la evaluación realizada por nosotros, y se compara nuestro diagnóstico con el que finalmente fue aceptado por el tribunal que le juzgó. En nuestra evaluación, se concluye que V.R.B. presentó, en el momento de cometer los hechos, una psicopatía integrada que reaccionó de un modo violento ante un contexto de abandono que propició sentimientos de venganza como forma de responder al duelo psicológico. Este trabajo destaca la importancia de atender a las facetas interpersonal y afectiva de la psicopatía en sujetos que, por su trayectoria vital, no habían presentado anteriormente una conducta delictiva significativa.

**PALABRAS CLAVE:** *estudio de caso, asesinato múltiple, psicopatía, evaluación forense.*

### **Abstract**

This paper presents a study of a case of a mass murderer, V.R.B. After the detailed and relevant definitions and theoretical models, the crime perpetrated and the forensic assessment carried out are presented. We then show the results

---

<sup>1</sup> *Correspondencia:* Dr. D. Vicente Garrido Genovés. Facultad de Filosofía y Educación. Departamento de Teoría de la Educación. Universidad de Valencia. Av. Blasco Ibáñez, 30. 46010 Valencia. E-mail: [vicente.garrido@uv.es](mailto:vicente.garrido@uv.es)

*\*Agradecimientos:* Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior; Hospital Psiquiátrico Penitenciario, en especial a su director Demetrio Monterde. Centro Penitenciario de Alicante, en especial a su director Santiago de las Heras Junco.

*Fecha de recepción del artículo:* 04-11-2013.

*Fecha de aceptación del artículo:* 16-12-2013

obtained in our assessment, comparing these data with the diagnosis that was finally accepted by the court. In our assessment, it is concluded that, at the time he committed the murders, V.R.B. showed an integrated psychopathy, which reacted violently in a context of abandon that promoted feelings of vengeance as a way of responding to psychological mourning. This work underlines the relevance of carefully assessing the interpersonal and affective facets of psychopathy in subjects who, because of their biography, had not presented significant criminal behavior previously.

KEY WORDS: *case study, mass murder, psychopathy, forensic assessment.*

### Introducción

El término ‘asesino múltiple responde a un intento por clasificar a aquellos sujetos que han cometido más de un asesinato (Douglas et al., 1992). A raíz de este término se han ido desarrollando distintas subcategorías, atendiendo a diversos criterios en función del tipo de crimen: asesinos en serie (Ressler y Shachtman, 2005), asesinos en masa (Douglas et al., 1992) y asesinos itinerantes (DeLisi et al., 2008) entre otros. Además, dentro de cada categoría, se han planteado distintas divisiones según el nivel de organización y planificación del crimen (Holmes y Holmes, 2009), o según las motivaciones (Fox y Levin, 2005).

No obstante, intentar categorizar el comportamiento es una tarea ardua y no exenta de controversias (Pereira et al., 2012). El Manual de Clasificación Criminal del NCAVC (Instituto Nacional para el Análisis del Crimen Violento de Estados Unidos, 2006), similar al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la APA (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002), clasifica a los asesinos múltiples o “en masa” en los que matan a personas ajenas a su familia y a los asesinos de familias. Otros expertos (Aamondt y Moyse, 2003; Cawthorne, 2007; Delisi et al., 2008; García-Roversi, 2012) distinguen otras tipologías de asesinos múltiples en masa como los asesinos en lugares de trabajo (*workplace killer*), asesinos en establecimientos educativos (*school shooters*), asesinos itinerantes (*spree kill*) y asesinos líderes de cultos (*cult leaders killers*). Estos expertos también apuntan la posibilidad de que pueda existir una combinación, en un mismo sujeto, de características de distintos grupos de asesinos múltiples. En España, el término *asesino múltiple en un solo acto* fue empleado por vez primera en 2012 por Vicente Garrido, en su libro “Perfiles Criminales”, proponiendo una expresión en lengua española mucho más acorde con el sentido del concepto, ya que “masa” implica en nuestra cultura una gran gentío.

### El homicidio múltiple familiar

El asesinato múltiple familiar se define como el asesinato por una persona de varios miembros de su familia (o a la familia a la que quiere pertenecer, por la relación amorosa que mantiene). Esta forma de violencia no se limita al asesinato de la pareja, sino que supone una ampliación del crimen a otros miembros de la familia, como hijos, hermanos o abuelos; en ocasiones es el hijo el asesino de varios miembros de su familia.

¿Es un asesino múltiple familiar, distinto al resto de asesinos múltiples de un solo acto? La respuesta es que sí, son distintos, aunque compartan características en común. El familiaricida múltiple tiene rasgos singulares y por tanto, los investigadores debemos considerar modelos explicativos específicos.

Es cierto que en ocasiones un asesino múltiple de un solo acto, en un contexto escolar o laboral, también mata a su familia, por lo general antes de cometer el acto criminal principal. Por ejemplo, la casuística nos indica que Charles Whitman, mató a su madre y a su pareja antes de dirigirse a la universidad de Texas a iniciar un tiroteo indiscriminado, en el que mató a 19 personas. Incluso autores como Meloy (2001) defienden la existencia de tipologías mixtas de homicidas múltiples de un solo acto, lo que él llama “*bifurcated killers*” (asesinos divididos o escindidos). Se trata por ejemplo de asesinos múltiples escolares que a su vez, han asesinado a varios miembros de su familia, antes de iniciar la matanza escolar o laboral. Es lógico pensar que las distintas tipologías de asesinos múltiples de un solo acto comparten importantes denominadores comunes, e incluso se puedan manifestar de manera mixta.

Por otro lado, también es verdad que un familiaricida múltiple es en la mayoría de los casos asesino de su pareja, parricida o infanticida al mismo tiempo. Pero hay elementos que les diferencia de aquellos sujetos que se limitan al asesinato exclusivo de su pareja, de su hijo, de su padre o madre. Por ejemplo, cuando se trata del asesinato de una familia entera o varios miembros, las tasas de suicidio son mayores y el porcentaje de hombres asesinos es significativamente mayor que cuando sólo se mata a la pareja, a los hijos o a uno de los padres (Wilson, 1995).

Algunos autores (Daly y Wilson, 1992; Liem y Roberts, 2009) señalan que existen dos subtipos de asesinos múltiples de familias: el acosador (*stalker*) y el abatido (*dejected*). El acosador es celoso, hostil, muestra constantemente su enfado y tiene un historial de violencia. El abatido se muestra deprimido y con elevada ansiedad anticipatoria. Por otro lado, Fritzon y Garbutt (2001) plantean una clasificación del homicida múltiple de familia en cuatro subtipos: los asesinos de familia suicidas, asesinos de familias sin suicidio (cosifican a los miembros de su familia al ser objeto de su ira), los asesinos de familias que han sido sometidos, durante años, a abusos intrafamiliares y estallan en cólera; y los

asesinos que asesinan a sus familiares como medio para conseguir un fin, como, por ejemplo, cobrar un seguro de vida.

Aunque el homicidio múltiple familiar es atípico, se trata de una expresión extrema de la violencia en el ámbito familiar, la cual es muy prevalente. Dentro del grupo de homicidas múltiples, los asesinos de familias son los más comunes, suponen un 41% del total de homicidas múltiples de un solo acto (Duwe, 2009). En Estados Unidos este tipo de asesino causa 187 víctimas por año, o el 1% de las víctimas anuales de crímenes (Hickey, 2010). A esto se debe sumar la violencia autoinfligida (suicidio), lo cual ocurre en cerca del 50% de los casos de estos homicidas (Elianson, 2009).

Respecto al homicidio familiar en España, en un periodo de tres años, los comprendidos entre 2008 y 2010, 53 padres mataron a sus hijos. De éstos, el 9.43 % mató a varias víctimas, y el 5.66% a sus hijos y a la madre de estos (Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia, 2011). Además habría que tener en cuenta los homicidios múltiples familiares en grado de tentativa y los delitos de lesiones y agresiones sin consecuencia de muerte.

#### *Modelos explicativos*

¿Qué lleva a una persona a asesinar, en cuestión de horas, a varios seres humanos? Fox y Levin (2003) señalan que existen tres grupos de modelos teóricos que están intentando explicar este tipo de fenómeno:

a) Modelos biológicos: mantienen que las lesiones cerebrales provocadas a edades tempranas, tumores, disfunciones bioquímicas y enfermedad mental (no sólo psicosis, sino también trastornos de personalidad y otro tipo de enfermedad mental grave y crónica), alteran el funcionamiento cerebral normal del sujeto. Estas teorías mantienen que en estos sujetos existe una infrautilización de estructuras cerebrales superiores y una sobre estimulación del *r-complex* (cerebro reptiliano encargado de las respuestas más primitivas). Según Mclean (1989), existe una zona del cerebro denominada cerebro primitivo o cerebro reptiliano, responsable de las emociones más básicas: la dominación, la territorialidad y la agresividad.

b) Modelos psicológicos: conceptos clásicos de las principales corrientes psicológicas, como la vulnerabilidad al estrés, la psicopatología y la disonancia cognitiva, se han utilizado con mucha frecuencia para explicar en este tipo de homicidio. Por ejemplo, Herrera (2009), ejemplifica el papel de la disonancia cognitiva en el homicidio múltiple

mediante el estudio de caso de Hassan, ex psiquiatra del ejército de los Estados Unidos. El homicida no creía en la ideología de la institución a la que pertenecía (el ejército), y se enfrentaba a diario a un fuerte conflicto cognitivo, al trabajar en un contexto cuyos valores no compartía. Esta disonancia se unió a la necesidad del sujeto de pertenecer al grupo, el cual a su vez le excluía por sus creencias. Finalmente resolvió el conflicto asesinando a 13 compañeros militares. Por otro lado, la psicopatología ha sido otra de las herramientas explicativas habituales. Los sujetos que cometen asesinatos múltiples poseen, en su mayoría, personalidades depresivas, obsesivas, narcisistas, paranoides o esquizoides (Dietz, 2009). En Europa, un ejemplo de trastorno narcisista de la personalidad lo encontramos en Anders Breivik, autor de la masacre de la isla de Utoya en Noruega en 2011. La vulnerabilidad al estrés es otro proceso psicológico que parece estar implicado en este tipo de crímenes, como indican Honda, y Yamanoha, (2010), quienes señalan el estrés agudo como principal factor precipitante del asesinato múltiple del centro comercial de Akihabara en 2008, perpetrado por un ex empleado acosado por sus deudas al ser despedido.

Una de las explicaciones psicológicas más sólidas se debe a Neil Websdale (2010), quien plantea lo siguiente:

Los homicidas múltiples de familia pueden catalogarse en dos grupos: los ‘ciudadanos respetables’ (*civic respectable*) y los ‘furiosos reprimidos’ (*livid coercive*). Los familiares del primer grupo suelen ser menos impulsivos y premeditan más el crimen, mientras que los furiosos reprimidos son más impulsivos y suelen tener un historial de violencia. Las mujeres familiares múltiples suelen situarse en el primer grupo, el de ciudadanos respetables.

Cuando estas personas se ven sometidas a una situación frustrante y humillante, como perder el empleo o ser abandonados por sus parejas, entonces puede aparecer lo que los autores llaman una ‘inaguantable emoción de humillación’, que es la fuerza central detrás del homicidio múltiple familiar.

A partir de la humillación el sujeto entra en una espiral emocional de vergüenza y culpa, algo que suele mantener en secreto, de manera larvada. Esa vergüenza puede asociarse al enfado o a la pena, lo cual puede desembocar en el asesino múltiple.

Otro interesante modelo psicológico se debe a Adams (2007), quien lo describe del siguiente modo:

En primer lugar, el futuro homicida múltiple familiar se caracteriza por tener ideas irracionales de tipo posesivo, controlador y/o depresivo, tales

como: “debo tenerlo todo bajo control”, “mi familia debe servirme”, “debo vengarme de quien me cause dolor”, “si mato a mi familia acabarán mis problemas”, “no puedo soportar más el dolor o la humillación”, “la única solución posible es acabar con todo y con todos”, etc. Estos pensamientos se van radicalizando cada vez más.

A continuación, los pensamientos dan lugar a una serie de intensas emociones negativas: odio, ira homicida, frustración, humillación, dolor, tristeza, celos y desesperanza son las más habituales.

En tercer lugar, acontece una situación de estrés agudo que se suma al estrés crónico generado por los pensamientos y emociones negativos. Las situaciones estresantes más habituales en este tipo de violencia son la ruptura con la pareja, la pérdida de empleo, los problemas económicos y los fracasos académicos. Ante esta situación el sujeto activa sus pensamientos automáticos y las emociones consecuentes, llevando a cabo una conducta de auto y/o heteroagresividad, la cual es acorde con sus esquemas mentales, y en principio tiene como finalidad eliminar las emociones negativas.

c) Modelos sociológicos: inciden en la importancia de factores como el desempleo, los problemas económicos o la marginación en el homicidio múltiple. Autores como Harrison y Bowers (2010) mencionan la pérdida de estatus social como factor precipitante. Este sería el caso de Charles Starkweather, una mezcla de asesino múltiple de un solo acto y asesino itinerante, quien mató a una familia entera de clase alta, con la finalidad de robarles. Su motivación expresa para el crimen era obtener dinero y vengarse de una sociedad elitista y excluyente.

Como no podría ser de otra forma, hoy en día tienen más interés los modelos explicativos integradores, los cuales asumen que una serie de procesos mentales, dinámicas interpersonales, aspectos sociales, personales y culturales, interaccionan y dan lugar al homicidio múltiple familiar (Harper, Voight y Thornton 2007; 2012; Websdale, 2003)

Harper y Voight. (2007), y Harper, Voight y Thornton (2012), publicaron primero un modelo teórico integrador que pretendía explicar por qué un sujeto asesina a su pareja y posteriormente se suicida. En 2012 plantearon un desarrollo de su modelo como alternativa para explicar el asesinato de varios miembros de una familia, y no sólo el homicidio de pareja como suicidio extendido. El modelo establece que:

a) En primer lugar deben existir una serie de factores predisponentes, los cuales se ha comprobado que están asociados al homicidio múltiple familiar: trastornos de la personalidad, especialmente psicopatía, narcisismo y límite; trastornos del estado de ánimo como la depresión, la ciclotimia, ansiedad y rasgos esquizoides; alteraciones orgánicas sobrevenidas como tumores cerebrales o preexistentes como lesiones neurológicas o disfunciones bioquímicas; experiencias traumáticas en la infancia; tendencias suicidas; consumo y abuso de alcohol y otras drogas; estar desempleado y/o en situación de crisis económica; haberse visto expuesto a modelos de conducta negativos; tener un pensamiento machista; creencias rígidas que justifiquen la violencia y la venganza, y presentar problemas serios de relación con su pareja o familiares.

No se trata de que los factores existan o no, sino que sean lo suficientemente intensos y que se combinen entre varios. Un sujeto con rasgos paranoides, que ha vivido en un entorno agresivo y con pensamientos rígidos, no estaría lo suficientemente predispuesto. Tampoco lo estaría un sujeto que sufre una lesión cerebral pero no cumple el resto de criterios. En cambio, un sujeto con un trastorno límite de la personalidad diagnosticado, que ha vivido experiencias infantiles traumáticas relacionadas con la violencia, y que abusa del alcohol o las drogas, es un buen candidato a mostrar conductas homicidas en el contexto familiar.

b) En segundo lugar, el sujeto se ve sometido a una situación de pérdida o de fracaso en la consecución de sus objetivos vitales. Esta situación genera una emoción intensa de frustración. Las situaciones de mayor estrés suelen ser perder el empleo e incapacidad de reponerse y pagar las deudas, el fracaso académico, ser abandonado por su pareja, o perder estatus al ser tratado con indiferencia por parte de personas significativas para él (Harrison y Bowers, 2010).

c) Finalmente, esa emoción de frustración y fracaso se intensifica y se cronifica, dando pie a sentimientos de humillación y/o cólera, aumentando considerablemente los niveles de estrés en el sujeto hasta el punto de manifestarse de manera agresiva. En sujetos con sentimientos extremos de humillación y depresión, el homicidio múltiple familiar se dará como una especie de suicidio ampliado a varios miembros de la familia; sin embargo, en sujetos dominados por la ira, el homicidio múltiple familiar es más una respuesta de venganza, de ira enfocada a su propia familia (Harper y Voight, 2012).

### Estudio de caso

Este artículo presenta un estudio de caso de un asesino múltiple en un solo acto, al que mencionaremos por las siglas VRB. La metodología basada en el estudio de caso único es una estrategia de investigación científica contrastada y de uso cada vez más frecuente en Psicología y Criminología (Yin, 2009). El estudio de caso consiste fundamentalmente en la investigación en profundidad de un fenómeno o suceso concreto en un contexto particular utilizando estrategias inductivas (Gunderman, 2008). Las principales ventajas de utilizar este tipo de metodología de investigación son: la capacidad de generar hipótesis; establecer la naturaleza y condiciones de una supuesta relación de causa y efecto; la capacidad para observar situaciones atípicas, y la superación de las barreras éticas que suponen trabajar con un gran número de personas (Roussos, 2007).

La metodología empleada incluyó la realización de una serie de entrevistas durante los meses de Diciembre, Enero, Marzo y Abril de 2013 y la administración de diferentes pruebas psicológicas.

En concreto, se estableció la utilización de cuatro pruebas de evaluación, para determinar los siguientes aspectos: la personalidad, la inteligencia, la simulación de síntomas y la psicopatía. La prueba de evaluación de la personalidad MCMI-II de Millon (2004) se escogió por sus características psicométricas, su amplia aplicación en el contexto forense, y porque mide rasgos relevantes en la investigación de este tipo de patología. La Escala de Inteligencia Weschler para Adultos (WAIS III) nos permite considerar la presencia de patología orgánica que pueda estar ejerciendo influencia en la explicación del cuadro clínico estudiado, además de aportar información sobre las características de las áreas de inteligencia del sujeto. Por otra parte, empleamos el SIMS (*Structured Inventory of Malingered Symptomatology*) (Smith y Burger, 1997). Es un instrumento que consta de 75 ítems y mide la posible simulación del sujeto en sus respuestas. Permite averiguar si el sujeto está respondiendo con honestidad a las preguntas o si, por el contrario, intenta manipular las respuestas para dar una imagen de sí mismo beneficiosa para sus intereses, con posible presencia de patologías o trastornos simulados. Aunque el sujeto entrevistado ya estaba sentenciado cuando fue entrevistado, es bien conocido que puede haber motivaciones ocultas, todavía en esta fase de ejecución de la pena, para intentar ofrecer una imagen simulada de uno mismo.

Finalmente, para evaluar la psicopatía elegimos la PCL-SV (Hart, Cox y Hare, 1995) una versión más breve de la original PCL-R (Hare, 1993, y 2003), especialmente indicada cuando los individuos no tienen una historia delictiva prominente (Hare y Neumann, 2005). La evidencia empírica sobre los índices de



validez y fiabilidad de las escalas PCL es extensa, tal como lo demuestran los muchos estudios realizados hasta la fecha. La PCL-R en particular, tiene una alta validez predictiva con respecto a la reincidencia en general y a la reincidencia violenta en particular (Hemphill, Hare, y Wong, 1998; Silva, 2011). El estudio de la psicopatía deviene inexorable cuando se analizan formas extremas de violencia (Garrido, 2012).

### *Procedimiento*

Las diferentes pruebas se aplicaron en un contexto penitenciario: en las horas convenidas con la Dirección del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, y con la autorización de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior. Dos entrevistadores facultados para la aplicación de pruebas (psicólogos) realizaron las entrevistas de evaluación, tras una primera entrevista de recogida de consentimiento informado por parte del sujeto investigado.

Asimismo, y de manera paralela a las entrevistas con el sujeto de estudio, se realizó un trabajo de búsqueda colateral de información, para ello se realizaron entrevistas adicionales con la familia del recluso (padre y madre), con la jefa de estudios del mismo y con responsables del equipo de tratamiento en prisión.

El equipo de investigación tuvo acceso al sumario del caso y a los informes psicológicos y psiquiátricos a través del propio recluso, quien facilitó copia de su sumario y datos de contacto del abogado que llevó su causa. Esta información se comparó con la información de las pruebas aplicadas con la finalidad de detectar discrepancias entre los resultados.

### *Anamnesis*

El sujeto de estudio, en adelante: V.R.B., nació en Ucrania en 1984, en el pueblo de Kalyta (4.700 habitantes). Su padre biológico era siberiano y su madre ucraniana, fruto de este matrimonio nacieron cuatro hijos, tres varones y una mujer. V.R.B. fue el tercero de cuatro hermanos, siendo un año menor que su hermano mayor y dos años menor que su hermana. Tanto el padre como la madre de V.R.B. trabajaban. Cuando el sujeto de estudio cuenta con dos años, su padre fallece, quedando la madre al cuidado de sus hijos. Era el año 1986, durante el cual se produce en Ucrania el accidente nuclear en la ciudad de Chernóbil, a 300 kilómetros del pueblo de Kalyta. Como consecuencia, se producen movimientos migratorios y abandono de ciudades para huir de la radiación.

A los tres años de que el padre falleciera, cuando V.R.B tiene cinco años, la madre inicia una nueva relación de pareja. En este momento, la madre y el

padrastro consumen y abusan del alcohol en presencia de los niños, quienes sufren malos tratos a manos de su padrastro y observan cómo éste agrede a su madre. Tras varios años de relación, la madre decide romper con su pareja y mudarse de domicilio con sus hijos; V.R.B tenía ocho años. En esta época la madre cronifica el consumo de alcohol y los hijos asumen cada vez más responsabilidades domésticas, sobre todo la hermana mayor del sujeto de estudio.

Cuando V.R.B tiene nueve años, su madre se suicida ingiriendo lejía. El sujeto de estudio observa los últimos instantes de la vida de su madre, tras ser avisado por una vecina. Tras este suceso, una hermana de la madre lleva a los niños a vivir con ella unos meses. A los nueve años, en 1993, V.R.B es internado junto a su hermano mayor en el orfanato de la ciudad de Bucha (a 30 kilómetros de Kiev), siendo separado de sus hermanos, quienes son acogidos por otras instituciones y familiares.

Durante su estancia en el orfanato, V.R.B afirma haber sufrido abusos físicos por parte de chicos mayores que él, quienes (siempre según su relato) le castigaban obligándole a permanecer de rodillas sobre arroz sujetando una silla, y algunos chicos le quemaban las uñas con cigarrillos. Se ve envuelto en varias peleas y en dos incendios provocados, uno en un domicilio y otro en la biblioteca del orfanato. Intenta escaparse de la institución en numerosas ocasiones, y es detenido por la policía. En esta etapa, el sujeto reconoce haber participado en pequeños hurtos y actos vandálicos; así mismo comienza a consumir y abusar del alcohol.

Con dieciséis y diecisiete años V.R.B. viaja a una ciudad española, dentro de un programa de veraneo para niños de Chernóbil. En España es acogido por un matrimonio que gestiona los papeles de adopción para él y su hermano mayor, de modo que en el año 2000, V.R.B y su hermano pasan a ser hijos legítimos del matrimonio español, compuesto por un profesional jubilado y un ama de casa, pertenecientes a una familia integrada de clase media/alta. Este matrimonio ya tenía dos hijas biológicas varios años mayores que el sujeto de estudio, quienes a partir de ese momento pasan a ser hermanastras del mismo. V.R.B es escolarizado en un instituto de enseñanza secundaria para cursar estudios correspondientes a cuarto de educación secundaria obligatoria. Su adaptación socio-familiar es muy buena, establece una relación de confianza y apoyo con sus hermanastras y sus padres, quienes le definen como un chico “completamente normal”, “educado”, “respetuoso” y “afable”.

La familia adoptiva no indica ningún suceso destacable, en el periodo de vida del sujeto comprendido entre los diecisiete y los veintiún años, a excepción de “travesuras propias de la edad”. En una ocasión encuentran unas plantas de marihuana en casa, se le detectan algunas mentiras y una usual habilidad para

evitar confrontaciones directas. En el instituto es definido como un chico “normal”, “extrovertido”, “nada problemático”, “simpático” e incluso “popular”. Debe repetir el curso correspondiente a cuarto de E.S.O por dificultades con el idioma, y al acabar se apunta a un módulo de formación profesional en electrónica, donde realiza prácticas. Durante estos años, es descrito como un chico “despierto”, “abierto y con amigos”, le gusta salir y los videojuegos. Consume y abusa del alcohol junto con otros chicos, se inicia en el consumo de cannabis y prueba la cocaína; establece una relación de amistad estrecha con su primo, un chico de su edad.

Cuando V.R.B tiene 19 años conoce a una chica de su edad con quien establece una relación de pareja, ambos se conocen a través de amigos en común. Ella es hija de padres divorciados, trabaja en una pizzería a domicilio y convive con su madre. Tras dos años y medio sin altercados, la relación comienza a deteriorarse: él comienza a mostrarse celoso, inseguro y controlador, particularmente a raíz de un incidente en el que ella reconoce una infidelidad. V.R.B llega a agredir físicamente a su novia. De manera brusca, la salud mental de V.R.B empeora: abusa con mayor intensidad y frecuencia del alcohol y las drogas, se muestra obsesionado, irritable, deprimido y muy ansioso. Acude con sus padres a ver al psiquiatra de la unidad de salud mental, quien le diagnostica depresión y le pauta antidepresivos. Meses después cometerá el homicidio múltiple.

#### *Descripción de los hechos*

A continuación se procede a describir el crimen múltiple, atendiendo al sumario del caso, hechos probados en la sentencia, informes forenses, investigación policial y testimonios del sujeto de estudio, familiares y testigos:

Mes y medio antes del crimen, la expareja de V.R.B. rompe la relación con él debido a un incidente en el cual él la agrede con un bofetón tras reconocerle la víctima que se había acostado con otro chico durante un campamento. En este incidente, V. R. B. le pide a la víctima su diario para confirmar sus sospechas de más infidelidades, ella se lo da pero previamente había arrancado algunas hojas. Algunos amigos y compañeros de instituto le dicen al sujeto investigado que su novia le es infiel y que ya no le quiere. A raíz de la ruptura, el sujeto comienza a llamar de manera insistente a la víctima, la amenaza con suicidarse y cortarse con una cuchilla en las muñecas frente a ella, e intenta contactar con ella por internet en repetidas ocasiones.

Durante las semanas previas al crimen, el cambio de comportamiento de V.R.B. se acentúa, abusa del alcohol, el cannabis y la cocaína, consume en su habitación y fuera de casa con amigos, verbaliza ideas suicidas a familiares y amigos, sobre todo a su madre, llama constantemente a la víctima y se encierra

en su habitación. Comienza a recabar información del chico con él que cree que su ex pareja está manteniendo una relación, obtiene su domicilio, su nombre completo y su foto, y escribe toda esta información en un papel que guarda en una mochila.

V.R.B. y la víctima mantienen contactos telefónicos y presenciales hasta tres días antes de la comisión del delito; la práctica totalidad de estos contactos los inicia él, que en muchas ocasiones llega a presentarse en su casa. Dada la situación, los padres del futuro asesino le llevan al médico de cabecera, quien le deriva a un psiquiatra. Éste le diagnostica ‘depresión adaptativa’ y le pauta tratamiento farmacológico con antidepresivos.

Dos semanas antes del crimen, V.R.B. pasa tiempo en su ordenador buscando información relativa a diversas formas de suicidio y asesinato, discute acaloradamente con su expareja, se disculpa y vuelve a intentar retomar la relación. Ella, desde el incidente de la bofetada, se mantiene firme, no quiere retomar la relación, pero tampoco quiere que él se suicide o sufra, por ello continúa manteniendo algún contacto con él. Le aconseja que se distancie, que tome tiempo.

El jueves previo al asesinato múltiple —que tendrá lugar el domingo 26 de Mayo—, va al domicilio de su ex pareja desoyendo el consejo de sus padres, se ven, discuten, y él vuelve a casa. El viernes previo al asesinato mantiene una conversación telefónica con su expareja, es una discusión acalorada que continúa en internet. A través de un mensaje ella le dice que piensa mantener contacto sexual con un chico ese mismo fin de semana, él le responde que si lo hace se vengará de ella. Sale a varias discotecas y se mantiene despierto toda la noche, en las discotecas le ven amigos y conocidos que dicen que estaba muy ebrio e incoherente, ya que consume alcohol, cocaína y cannabis. La noche del viernes al sábado no duerme.

El sábado lo pasa bebiendo y en un estado de confusión; incluso se dirige a la montaña con el propósito de suicidarse, pero una conversación con su exnovia interrumpe tal idea. Regresa a su casa la mañana del domingo y se va a dormir. Su padre le despierta para comer. En la tarde del domingo la víctima le llama por teléfono y le confiesa que se ha acostado con un amigo durante el fin de semana, V.R.B. dice que se vengará de ella. Durante esa noche, en su habitación, prepara petardos con tornillos y clavos para aumentar el potencial de la explosión, y los mete en una mochila junto con cuerdas, una soga, veneno, un arpón confeccionado por él mismo y un machete. Posteriormente la policía encontrará, al margen de los objetos mencionados, fotos de sí mismo con el cuchillo, fotos del coche del presunto amante de la exnovia, y una nota manuscrita con el domicilio del chico que presuntamente salía con ella. V.R.B. mete esta mochila dentro de otra, porque sabe que una de las dos se ensuciaría,

coge unos guantes y se dirige a casa de su ex novia.

Una vez en la casa de la chica, saca el arpón y trepa por el muro del domicilio hasta llegar a la terraza de la habitación de la víctima. Deja la mochila en la terraza, se desnuda quedándose solo en calzoncillos y calcetines para ser más silencioso, dado que su intención es situarse bajo la cama de su ex novia. Coge el machete y se queda diez minutos en la puerta de entrada desde la terraza, observando de pie. A continuación se sitúa debajo de la cama y permanece allí quince minutos, el sonido de su respiración despierta a la chica, quien se inclina y al verle comienza a gritar “socorro”. En ese momento él sale y la ve de pie en la cama, entonces comienza a apuñalarla. En medio del ataque, entra en la habitación la madre de la chica, quien enciende la luz. Entonces ataca también a la madre, quien intenta defender a su hija interponiéndose entre la chica y V.R.B., quien finalmente la apuñala y la mata.

Una vez las víctimas dejan de moverse, contempla ambos cuerpos inertes tendidos sobre la cama: la madre tumbada boca arriba, la hija tumbada boca abajo, una en paralelo a la otra. V.R.B. se viste y va a la terraza, se fuma un cigarrillo liado con cannabis que había preparado en la calle antes del ataque, apaga la luz de la habitación, se limpia la sangre en un baño anexo y sube las escaleras en busca del diario y el ordenador de la chica. Encuentra el diario en un baúl y lo coge, lo lee y lo mete en su mochila, después registra el ordenador de la víctima. V.R.B., dado que se ha herido en una mano durante el ataque, estuvo sangrando mientras se movía por la casa y miraba el diario y el ordenador. Posteriormente baja a la primera planta, duda si coger el coche de las víctimas pero decide salir andando por no atraer la atención de los vecinos.

Tras cometer el doble crimen, V.R.B. se dirige a casa de su primo. Accede a su corral y valora la mejor manera de asesinarle, dado que su primo era más corpulento. Ve unas botellas de gasolina en el corral y las coge. Tiene llaves de la casa, de modo que entra, esparce gasolina por el suelo de la casa y, por debajo de la puerta de la habitación de su tercera víctima mortal, prende fuego al tiempo que sale de la casa. En la vivienda se encontraba su primo, su tía y su abuela: el primo logró sacar de la casa en llamas a la tía y a la abuela, quienes sobrevivieron con secuelas físicas y emocionales. Sin embargo, el chico murió a consecuencia de un fallo multiorgánico producido por quemaduras en todo el cuerpo.

En una avenida es detenido por la policía, cuando presumiblemente iba en busca de su cuarta víctima: el chico que él creía que salía con su ex novia, de quien tiene la dirección apuntada. V.R.B. afirma ante los agentes que sólo quería ir a la playa para acabar con su vida.

Una vez detenido en comisaría, intenta ahorcarse con las vendas que se había puesto en su mano herida, pero la policía se lo impide. Permanece allí detenido hasta pasar a disposición judicial.

### *La sentencia*

El juicio, oral y público, tuvo lugar el 1 de Diciembre de 2009. En él, el Ministerio fiscal, en sus conclusiones definitivas, estimó que los hechos eran constitutivos de: tres delitos de asesinato alevoso, dos delitos de asesinato alevoso intentado, un delito de daños por incendio, un delito de maltrato y un delito de amenazas. La acusación particular, el abogado del Estado y la defensa del procesado se adhirieron a las conclusiones formuladas por el Ministerio fiscal. En base a las pruebas, el juez considera al acusado culpable de tres asesinatos, dos asesinatos en grado de tentativa, incendio provocado, amenazas y maltrato. Se dicta sentencia condenando al sujeto a 59 años de prisión y se ordena el cumplimiento de las penas en Hospital Psiquiátrico Penitenciario, al valorar la eximente incompleta por enfermedad mental, más el pago de 121.000 en concepto de responsabilidad civil a las víctimas y familiares de las mismas.

### *Resultados de la evaluación forense*

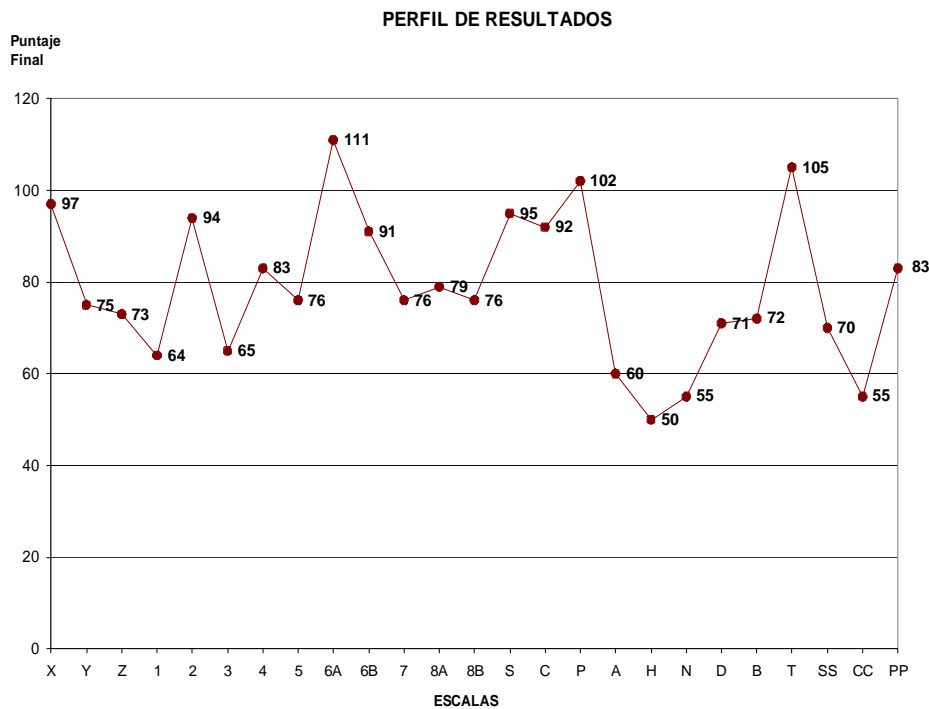
- Cuestionario de personalidad MCMI-II de Millon

La escala de validez y sinceridad a las respuestas indican que las puntuaciones obtenidas son válidas ( $x= 97$ ). El sujeto evaluado obtiene puntuaciones elevadas, por encima de PREV (prevalencia) 85, que indican la presencia de patología en las siguientes escalas: evitativo (94), histriónica (83), antisocial (111), y agresivo-sádico (91), paranoide (102) esquizotípica (95) y límite (92). Asimismo puntúa en dependencia de drogas (105), y en trastorno delirante (83).

Atendiendo a las puntuaciones de esta prueba, el sujeto presenta un patrón de personalidad antisocial, evitativo, agresivo-sádico, límite e histriónico. Asimismo, podría presentar patología severa de la personalidad de tipo paranoide, límite y esquizotípico, así como síndrome clínico de dependencia a drogas y un trastorno delirante (psicosis).

Los resultados indican que se trata de un sujeto que prefiere guardar la distancia interpersonal, se distancia emocionalmente, pero tiene un comportamiento social inteligente. Genera una apariencia engañosa de autoconfianza y serenidad y tiende a manipular el entorno a favor de sí mismo. Muestra actitudes impulsivas, comportamientos crueles y delictivos, que valora justificados al asumir que los demás son informales y desleales. Prefiere el aislamiento social con mínimas obligaciones y apegos personales. Muestra desconfianza vigilante respecto a los otros, se muestra colérico y exasperado cuando pierde el control ante otras personas. Tiene problemas de dependencia a

sustancias, no habiendo tenido éxito en sus intentos por abandonar el consumo. Ante estados de estrés se siente maltratado, en tensión persistente, vigilante y alerta ante la posibilidad de traición.



**Gráfico 1.** Puntuaciones obtenidas en las distintas subescalas del MCMI-II.

- Escala de inteligencia WAIS de Wechsler

Dentro de la clasificación de inteligencia de Wechsler, el CI total obtenido corresponde a una puntuación de inteligencia normal media, a saber: CI verbal: 95, CI manipulativo 96, y CI total 95. Según los resultados obtenidos en la escala verbal, las puntuaciones más bajas han sido en los siguientes subtests:

- ✓ Información: amplitud de información deficiente, memoria deficiente, tendencia a renunciar fácilmente y baja orientación hacia el logro

- ✓ Aritmética: habilidad inadecuada en la aritmética mental, concentración deficiente, distracción, ansiedad ante una tarea, bloqueo en las tareas matemáticas así como poco logro escolar
- ✓ Dígitos: ansiedad, capacidad de memoria baja, falta de atención, distracción, posible déficit de aprendizaje y dificultades en la secuenciación auditiva

Por otro lado, hay un despunte favorable en la prueba de semejanzas lo que significa que posee un buen pensamiento conceptual, habilidad para ver relaciones, habilidad para usar el razonamiento abstracto y lógico, habilidad para discriminar las relaciones fundamentales y flexibilidad en los procesos de pensamiento.

Respecto a la escala manipulativa, en todos los subtests ha tenido una ejecución media excepto en la parte del rompecabezas donde su ejecución ha sido más baja.

- Cuestionario de simulación de síntomas (SIMS)

La puntuación total en el SIMS resulta inferior a la recomendada como punto de corte para determinar sospecha de simulación, lo que sugiere que sus respuestas respecto a síntomas relacionados con trastornos psicopatológicos o alteraciones neurocognitivas son consistentes con los síntomas descritos por los individuos que presentan un diagnóstico genuino.

Esta prueba nos indica que el sujeto de estudio no finge un trastorno psíquico. De modo que en caso de que no se tenga conocimiento de otros datos o informaciones que sugieran la idea de que el sujeto de estudio está fingiendo su sintomatología, no se consideraría necesaria una evaluación de la simulación más extensa y exhaustiva. Sin embargo, en este caso sí tenemos informaciones de que el sujeto ha podido simular. Durante el pase de la prueba SIMS, ante el ítem: “He oído voces: verdadero o falso”, el sujeto explorado preguntó al entrevistado, con una sonrisa (sin saber lo que evaluaba la prueba): “¿Qué contesto, la verdad o la mentira?”. Por otra parte, aunque esta prueba indica que el sujeto no finge psicosis ni trastornos de la memoria, durante la entrevista clínica se encontraron numerosas contradicciones, por ejemplo, el sujeto llega a afirmar que no recuerda nada de lo ocurrido, sin embargo más tarde reconoce que recuerda todo con detalle, incluso lo describe. Igualmente, esta prueba señala, en los ítems correspondientes, que no presenta síntomas psicóticos, de ningún tipo, ni ideas de referencia ni alucinaciones. No obstante, cuando fue evaluado durante el juicio por los psiquiatras forenses, el sujeto afirmó tener ideas pseudoderilantes de tipo celotípico, de referencia, y ruidos en su cabeza,



entre otros síntomas de la esfera psicótica y mnésica, llegando los peritos a emitir un diagnóstico de ‘posible psicosis crónica de tipo paranoide’, al margen de una psicosis cocaínica en remisión. Además, en el cuestionario MCM-II de Millon, el sujeto puntúa alto en trastorno delirante, lo que contradice la negación de ideas referenciales en el SIMS.

- Escala de Psicopatía PCL-SV

Tal y como dijimos anteriormente, además de entrevistar al sujeto, también se mantuvieron entrevistas con los padres de V.R.B y con distintas personas que le conocieron, como sus profesores de instituto y el equipo de tratamientos de prisión. Este segundo grupo de entrevistas tuvo como objetivo recoger la información colateral necesaria y proceder al contraste de la información aportada por el sujeto.

Por lo que respecta a la conducta no verbal, durante las entrevistas el sujeto mantiene una postura rígida, con los brazos en paralelo sobre la mesa y los dedos de sus manos entrelazados o con las palmas apoyadas. No suele hacer muecas ni se apoya en sus gestos. Su lenguaje visual es muy característico: mantiene la mirada, busca el contacto visual y las reacciones del entrevistador, intenta mantener una mirada de complicidad apoyándose en sonrisas. Sus escasos gestos son calmados y firmes. Es habitual que interrumpa el ritmo de la entrevista con gestos de cansancio, frunciendo el ceño y bostezando, o bien sonrío y recurre a algún chiste o comentario irónico cuando quiere cambiar el tono o dirección de la entrevista. Su discurso se expresa con un tono de voz medio, más bien bajo, tranquilo, a un ritmo lento, cuando pierde ese ritmo lo retoma en cuanto puede. Sin embargo, sus exhibiciones de afecto son pobres, en su discurso trata temas con un alto contenido emocional pero no llora, no se le seca ni quiebra la voz, no cierra los ojos, no apoya su cabeza entre sus manos, no suspira ni detiene las entrevistas. Saluda a la entrevistadora con un beso en la mano y mantiene una actitud seductora que acompaña de piropos. Al entrevistador le da la mano e incluso le abraza en más de una ocasión. Estas expresiones emocionales breves y sobre actuadas generan incertidumbre de rol desde el inicio de la entrevista.

En relación con la conducta verbal, su discurso es abundante, verborreico, redundante y fragmentado. Son numerosas las incoherencias, da la sensación de que utiliza al menos dos unidades de pensamiento: una basada en la deseabilidad social (la más frecuente) y otra más profunda (mucho menos frecuente): “Siento muchísimo lo que hice”; “la verdad es que yo soy el único perjudicado al fin de cuentas”. No integra su discurso en un todo coherente, con un argumento subyacente claro y estable, en su lugar, se apoya en varios argumentos, y cuando alguno no tiene lógica lo sustituye sutilmente por otro o

desplaza la conversación a otro tema. Aunque su diálogo es inconexo, es necesario revisar las entrevistas para percibirlo claramente. En una primera impresión puede parecer un lenguaje aceptable e incluso locuaz, sin embargo, cuando lo revisamos es clara la tendencia a “salirse por la tangente”. Casi en el 70% de las preguntas determinantes no deja clara una respuesta, responde en una dirección y en su opuesta (“cuando fui a su casa pretendía matarla o matarme” y “no sabía qué quería, no lo recuerdo bien”; “me gustaría ser psicólogo, estudiar una carrera” y “no tengo ningún plan de futuro”).

A pesar de que el sujeto aporta muchos datos, información que nos es útil para evaluar las distintas escalas de la PCL-YV. No obstante, una parte importante de la información se contradice con los datos recogidos en otras fuentes como la familia, el instituto o los profesionales que lo han tratado.

V.R.B. obtiene una puntuación total en la PCL-YV de 16 puntos (de un máximo de 24). Según el baremo correspondiente (población psiquiátrica forense) se situaría en el percentil 62.5, lo cual supone una puntuación ligeramente superior a la media en psicopatía dentro del grupo de delincuentes psiquiátricos en la muestra original. Atendiendo a los dos factores que recoge la escala, encontramos una notable diferencia, destacando el sujeto en el factor 1 (área interpersonal y emocional) frente al factor 2 (estilo de vida antisocial).

**Tabla 1.** Puntuaciones obtenidas por el sujeto de estudio en el PCL: SV.

Puntuación total en psicopatía: 16 puntos, psicopatía moderada pero significativa	Área interpersonal y emocional: 10 puntos, puntuación alta	Faceta interpersonal: 5 puntos, puntuación muy alta	<b>Superficial</b> Sentido desmesurado de autovalía <b>Mentira</b>
		Faceta emocional: 5 puntos, puntuación muy alta	Ausencia de remordimiento <b>Falta de empatía</b> <b>No acepta la responsabilidad de sus acciones</b>
	Área estilo de vida y conducta antisocial: 6 puntos, puntuación media	Faceta estilo de vida: 3 puntos, puntuación media	Impulsivo Pobre control de la conducta Falta de metas realistas
		Faceta conducta antisocial: 3 puntos, puntuación media	Irresponsabilidad Conducta antisocial en la adolescencia <b>Conducta antisocial en la edad adulta</b>

(\*) En negrita se indican los ítems en los que el sujeto obtiene las puntuaciones más elevadas

En el primer factor el sujeto se sitúa en el percentil 93, mientras que en el segundo factor puntúa en el percentil 22. En cuanto a las cuatro facetas que recoge la escala, el sujeto puntúa alto en la faceta interpersonal y emocional de la escala, mientras que puntúa significativamente más bajo en las otras dos facetas: estilo de vida y faceta antisocial. Según los resultados se trata de un sujeto que destaca por su tendencia a mentir, manipular, poseer un estilo atribucional externo ante sus errores, carencias empáticas importantes y ausencia de verdadero remordimiento. No obstante, el sujeto no muestra un estilo de vida parasitario, marginal, delictivo e irresponsable.

Atendiendo a los resultados, estaríamos ante un sujeto psicópata del subtipo manipulador (Hare, 2003), no se trata por tanto de un psicópata clásico, prototípico o puro, sino de un psicópata integrado. (Garrido, 2004). Dada la elevada puntuación obtenida en la faceta emocional, no nos encontramos ante un delincuente común, “pseudopsicópata” o “sociópata” (Hare, 2003). En estudios de seguimiento a los seis años (Hare, 2003; Tengström et al. 2000), un 60% de este tipo de delincuentes reinciden, un 20% menos que los psicópatas con puntuaciones más altas y un 20% más que los psicópatas con puntuaciones más bajas.

#### *Diagnóstico diferencial*

El sujeto evaluado ha recibido de manera oficial los siguientes diagnósticos: “Depresión y dificultades adaptativas” (2007, psiquiatra del centro de salud correspondiente, el sujeto tenía 21 años, y el diagnóstico se dio meses antes de cometer el crimen), y “Trastorno psicótico inducido por cocaína” (2007 y 2009, psiquiatras forenses que evaluaron al sujeto durante su detención y el juicio; el sujeto tenía 21 años cuando es detenido y 23 cuando se celebra el juicio). Además, los psiquiatras que le evaluaron también barajaron los diagnósticos de “Trastorno paranoide”, “Trastorno del estado de ánimo”, “Trastorno adaptativo”, “Abuso de sustancias tóxicas” y “Patología psicótica crónica de tipo paranoide”. La sintomatología de V.R.B. y el hecho de que se barajaran varios diagnósticos, nos da a entender que existió incertidumbre diagnóstica.

A través del testimonio del sujeto de estudio, la familia, informes periciales y psiquiátricos, procedemos a realizar un diagnóstico diferencial. Respecto al diagnóstico de Depresión y Dificultades adaptativas, debemos mencionar que en el DSM-IV no existe ni el diagnóstico de depresión, ni el diagnóstico de dificultades adaptativas. Por tanto, entendemos que quien realizó este diagnóstico utilizaría la otra guía clasificatoria de consenso, la CIE-10, refiriéndose al equivalente en el DSM de Trastorno depresivo mayor de episodio único (F32) o bien al Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo

(F43.20). Descartamos el diagnóstico de depresión mayor al no cumplirse el criterio E: “los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo” (recordemos que en este caso, el estado de ánimo deprimido del sujeto, guarda relación directa con su ruptura de pareja y la pérdida de la relación con su novia). Del mismo modo, descartamos el diagnóstico de Trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido, al incumplirse el criterio D: “los síntomas no responden a una reacción de duelo” y C: “la alteración relacionada con el estrés no constituye una exacerbación de un trastorno persistente en el eje I o en el eje II”. Este último punto hace referencia a que cuando tenemos un trastorno primario como podría ser una esquizofrenia o un trastorno de la personalidad que explique mejor los síntomas, estos diagnósticos primarios tienen prioridad frente al posible trastorno adaptativo.

En cuanto al diagnóstico de Trastorno psicótico inducido por cocaína (F14), lo descartamos al no existir ni alucinaciones ni delirios, de hecho, en el informe forense, no se recoge la presencia de alucinaciones de ningún tipo, y respecto a la presencia de delirios indican: “*si bien no existe constancia de ideas delirantes propiamente dichas de tipo celotípico, sí se ha observado una polarización muy importante del pensamiento del explorado en este sentido*”. No se cumple, por tanto, la presencia de síntomas psicóticos en forma de alucinaciones o delirios, si bien tampoco podemos descartar que no exista otra patología psiquiátrica que explique mejor el cuadro. Es un hecho constatado que V.R.B. consumió cocaína los días previos al crimen, pero el relato de los hechos y su propio testimonio nos indican que no se produjo la escisión con la realidad característica de la psicosis. Más adelante mencionaremos un diagnóstico más ajustado de intoxicación por cocaína (F14).

En cuanto a los otros diagnósticos mencionados en el peritaje, cabe destacar que el “Trastorno paranoide” no existe como tal en el manual de referencia de los trastornos mentales DSM, el único trastorno que incluye la nomenclatura paranoide es la “Esquizofrenia de tipo paranoide” y el “Trastorno paranoide de la personalidad”. Dado que el sujeto no presenta alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico, síntomas negativos como aplanamiento afectivo y abulia, y sus síntomas no persisten un mínimo de seis meses, concluimos que no se cumplen los criterios A, C y D del DSM, para realizar un diagnóstico de Esquizofrenia paranoide. En cuanto al Trastorno paranoide de la personalidad (F60), el sujeto cumple varios criterios: sospecha repetidamente e injustificadamente que su pareja le es infiel (criterio A7), alberga rencores durante mucho tiempo (criterio A5) y percibe ataques a su persona a los que reacciona con ira (criterio A6). Sin embargo, no cumple el mínimo de 4 criterios y, por tanto, no se puede aplicar este diagnóstico.

En cuanto a los diagnósticos barajados de “trastorno del estado de ánimo”, “trastorno adaptativo” y “patología psicótica crónica”, podemos descartarlos por los motivos que hemos mencionado anteriormente.

Podríamos pensar en un *diagnóstico de duelo* (Z63.4), debido a un problema biográfico, en este caso una ruptura de pareja, ya que el sujeto cumple los criterios temporales (síntomas mantenidos en un periodo de dos meses), pensamiento de muerte, preocupación mórbida, deterioro funcional acusado y experiencias alucinatorias distintas a las de escuchar una voz o ver imágenes (en nuestro caso el sujeto tiene pseudoalucinaciones consistentes en ruidos y zumbidos en su cabeza). También podemos asumir un diagnóstico de *intoxicación por cocaína* (F14), dado que se cumplen los criterios de consumo reciente de cocaína (criterio A), cambios psicológicos y de comportamiento significativos: hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, ansiedad, cólera, deterioro de la actividad social y laboral (criterio B), signos de consumo como confusión, agitación o aumento de la tensión arterial (criterio C).

Así mismo, si observamos los rasgos y síntomas prodrómicos de V.R.B. a lo largo de su vida, podemos detectar sintomatología larvada propia de un trastorno antisocial de la personalidad (F301.7): deshonestidad y manipulación para obtener un beneficio personal de manera reiterada (criterio A2), impulsividad e incapacidad para planificar el futuro (criterio A3), irritabilidad y agresiones (criterio A4), falta de remordimientos (criterio A7); el sujeto tiene 18 años y existen pruebas de un comportamiento disocial desde los 15 años o antes, y estos síntomas no ocurren en el transcurso de una esquizofrenia. El sujeto de estudio cumple criterios de otros trastornos de la personalidad como el paranoide o el narcisista, pero no cumple criterios suficientes para esos diagnósticos. Dado que sí cumple criterios suficientes para el trastorno antisocial de la personalidad descartamos el diagnóstico de trastorno mixto de la personalidad.

Concluimos el diagnóstico diferencial, afirmando que la sintomatología se ajusta a un diagnóstico de duelo (Z63.4) e intoxicación por cocaína (F14) como diagnósticos primarios (Eje I), y un diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad (F301.7) como diagnóstico secundario (Eje II) A esto hay que añadir la existencia de una psicopatía integrada. En el eje III y IV no se detectan ni problemas orgánicos ni ambientales de relevancia. En el eje V puntuamos la escala EEAG en 20%.

### Conclusiones

El sujeto de investigación podría encajar perfectamente en alguna de las teorías explicativas del homicidio múltiple de un solo acto que planteábamos en la introducción. Podría tratarse de un ciudadano respetable (*civic respectable*), un chico aparentemente “normal”, que fue sintiéndose humillado, y dicha emoción le sobrepasó, como diría Websdale (2003). Es posible, asimismo, que lo

que marque la diferencia sean sus pensamientos posesivos y controladores (Adams, 2007). Aunque bien podríamos apostar a lo seguro, e incluirlo todo: numerosos factores predisponentes, estrés y emoción, como resuelve Harper y Voight (2007; 2012), ya que en efecto hay en el pasado del individuo numerosos factores estresantes y traumáticos, que bien podrían haberle puesto en un terreno propicio para su acto delictivo criminal.

En cuanto a los resultados de las pruebas administradas, consideramos que el sujeto presenta patología compatible con un diagnóstico de trastorno de la personalidad de tipo antisocial (DSM-IV-TR, 2002) además de un trastorno psicopático de la personalidad de nivel moderado. V.R.B. tuvo un duelo patológico tras la ruptura con su novia y periodos de abuso de alcohol, cannabis y cocaína. Sus síntomas conforman un trastorno por su frecuencia e intensidad (Millon, 2004): no sólo se muestra deprimido, sino que tiene insomnio y amenaza con suicidarse; no sólo consume drogas sino que abusa de ellas, y no sólo amenaza a su expareja, sino que la agrede. Sin embargo, no recogemos suficientes evidencias como para creer que el sujeto haya perdido el contacto con la realidad, algo característico de otras patologías como la psicosis (Tsuang, Stone y Faraone, 2000), si bien creemos que, tras el consumo de cocaína y ante situaciones estresantes, pudo tener periodos de confusión, alteración de la conducta e ideación paranoide, algo similar a lo que se ha observado que ocurre en sujetos con trastorno de la personalidad límite, quienes sin ser psicóticos, pueden generar ideas de referencia ante situaciones de estrés elevado (Skodol et al., 2002; Zimmerman y Mattis, 1999). También tenemos que tener en cuenta la alta comorbilidad de los trastornos de personalidad (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2007). Por ejemplo, sabemos que muchos psicópatas abusan de drogas (Bricolo et al., 2002), lo que suele generar psicosis inducidas (Alpert, Kotsaftis, y Pouget, 1997; Mateu, Astals y Torrens, 2005); otros tantos tienen problemas de ansiedad o depresión (Goodwin y Hamilton, 2003), si bien en menor frecuencia, o rasgos propios de otros trastornos de la personalidad (López, Lafuente y García, 2007).

Sin embargo, en cuanto al diagnóstico del sujeto, nos encontramos con un problema nosológico: la definición de trastorno antisocial del DSM-IV-TR (2002) puede incluir a un gran número de personas que, aún siendo delincuentes o viviendo al margen de las normas sociales, no son psicópatas. Solo el 25% de los sujetos con diagnóstico de personalidad antisocial son a su vez psicópatas atendiendo a criterios PCL-R de Hare (Barlow y Durand, 2001; López-Miguel y Nuñez-Gaitán, 2009). Bajo nuestro criterio, el sujeto investigado es un psicópata del subtipo integrado (Garrido, 2004) y no un psicópata con predominio de conductas antisociales. Es decir, en él tiene mayor importancia el factor I (área afectiva-interpersonal) que el factor II (conducta impulsiva y antisocial).

### Discusión

El sujeto investigado ha cometido un crimen definido como homicidio múltiple de un solo acto (Garrido, 2012). Los homicidas múltiples asesinan a tres o más personas en un breve periodo de tiempo, sin que entre el primer y último asesinato haya un periodo de tiempo considerable propio de otro tipo de criminales. Las motivaciones y condicionantes de este tipo de criminales pueden variar. En este caso nos encontramos ante un tipo específico de asesino múltiple de un solo acto denominado, atendiendo a la terminología de Neumann et al. (2012), “aniquilador de familias” (*family slaughter*). Se trata de un tipo de homicida múltiple cuyo objeto de venganza suele ser el objeto amado (venganza sentimental), bien sea su expareja, sus padres o incluso sus propios hijos.

En el acto homicida de este tipo de criminales, el sujeto expande su cólera a otras personas, generalmente otros familiares y amigos de las víctimas. Nos encontramos aquí ante un grave problema de control: su vida se ha desestabilizado profundamente por la pérdida de su relación de pareja (lo cual se une a una historia personal de abandono) y entra en una espiral homicida que sólo se detiene cuando interviene la policía.

Los resultados de las pruebas psicométricas (WAIS, MCMI, SIMS, PCL) son sólo una parte de la evaluación realizada, en la cual se ha llevado a cabo un procedimiento de triangulación de la información comparando los resultados obtenidos en las pruebas con las distintas fuentes de información externa (informes psiquiátricos y psicológicos, entrevistas con familiares, sumario del caso, expedientes de prisión y entrevistas con profesionales). Este proceso de evaluación se ha desarrollado durante un periodo de seis meses y nos ha permitido llegar a las siguientes conclusiones:

Se trata de un sujeto, en lo fundamental, con una inteligencia normal (CI: 94, CI verbal: 95, CI manipulativo: 96), con una buena capacidad de comprensión, asociación y formación, pero con tendencia a presentar problemas de atención, concentración y memoria operativa.

Como encontramos contradicciones en los síntomas psiquiátricos relatados por V.R.B. en distintos momentos de la evaluación, la información colateral y el resultado de las pruebas, decidimos aplicar el cuestionario SIMS para la detección de la simulación de síntomas. Los resultados del SIMS nos indican que el sujeto no finge psicopatología.

Nos encontramos, por tanto, ante un sujeto con una inteligencia aceptable, con una buena capacidad de memoria y juicio, y que no refiere síntomas psicóticos como alucinaciones o delirios. Asumimos por tanto, que si el sujeto ha tenido alteradas sus capacidades mentales, fue en el pasado y de manera puntual, como fruto de un estado confusional provocado por una situación de estrés unido al consumo de tóxicos (informes médico forenses). En

este punto de la investigación se nos plantea la siguiente pregunta: ¿estamos ante un sujeto sin patologí , que perdió su capacidad de juicio al consumir drogas y estar sometido a estrés? O bien, ¿estamos ante un sujeto con una grave patología que ante situaciones de estrés se expresa violentamente? Para resolver esta duda, y dado que habíamos descartado la presencia de una Esquizofrenia Paranoide o de daño neurológico y patología orgánica, aplicamos el cuestionario MCMI-II de evaluación de la personalidad. El sujeto obtuvo puntuaciones significativamente altas en patrón de personalidad antisocial, evitativo y agresivo-sádico. También puntúa alto en patología severa de la personalidad (paranoide, límite y esquizotípica) así como en dependencia a drogas. Los resultados del MCMI-II nos indican que, en efecto, el sujeto presenta patología acorde a un posible trastorno antisocial de la personalidad. Por este motivo, escogemos una prueba específica de evaluación de la psicopatía (PCL: SV).

La PCL: SV nos revela que estamos ante un psicópata moderado, con predominio de déficits emocionales e interpersonales (mayores puntuaciones en este área) frente a un comportamiento delictivo o antisocial. Sus puntuaciones más elevadas son en la faceta interpersonal (superficial y manipulador) y emocional (carente de empatía, no acepta sus responsabilidades).

En vista de los resultados, aceptamos como hipótesis más probable que el sujeto evaluado presenta un trastorno psicopático de la personalidad de tipo integrado, que debutó de manera extremadamente violenta a la edad de 21 años, a consecuencia de una situación de estrés elevado (ruptura de pareja) y consumo de tóxicos. La convergencia de ambos hechos (estrés y consumo de tóxicos) exacerbaron sus síntomas y manifestaciones conductuales, enmascarando el diagnóstico de las patologías de personalidad (en particular, la psicopatía integrada), las cuales muy posiblemente tenían ya un carácter latente.

## Referencias

- Aamodt, M. G. y Moyse, C. (2003). Researching the multiple murderer: A comprehensive bibliography of books on specific serial, mass, and spree killers. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 18(1), 61-85.
- Adams, D. (2007). *Why they do kill?: Men who murder their intimate partners*. Nashville (T.): Vanderbilt University Press.
- Alpert, M., Kotsaftis, A., y Pouget, E.R. (1997). Speech fluency and schizophrenic negative signs. *Schizophrenia Bulletin*, 23(2), 171-177.
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: Autor.
- Barlow, D. y Durand, M. (2001). *Psicopatología*. Madrid: Paraninfo.
- Bricolo, F., Gomma, M., Bertani, M. y Serpelloni, G. (2002). Prevalencia de trastornos



- de personalidad en una muestra de 115 clientes con trastorno por uso de drogas. *Adicciones*, 14, 491-496.
- Cawthorne, N. (2007). *Serial killers and mass murderers: profiles of the world's most barbaric criminals*. Berkeley: Ulysses Press.
- Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia (2011). Sanmartín, J. e Iborra, I.. *Informe sobre la situación del menor (víctima e infractor) en la Comunitat Valenciana*. Valencia: Universitat Internacional Valenciana (VIU).
- Daly, M. y Wilson, M. (1992). Who kills whom in spouse killings? On the exceptional sex ratio of spousal homicides in the United States. *Criminology*, 30 (2), 189-216.
- DeLisi, M., Beaver, K. M., Wright, J. P., y Vaughn, M. G. (2008). The etiology of criminal onset: The enduring salience of nature and nurture. *Journal of Criminal Justice*, 36, 217-223.
- DeLis, M., Hochstetler, A., Scherera, A., Purhmann, A. y Berg, M.. (2008). The Starkweather syndrome: Exploring criminal history antecedents of homicidal crimes sprees. *Criminal Justice Studies*, 21(1), 37-47.
- Dietz, P. E. (2009). Mass, serial and sensational homicides. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 62, 477- 491.
- Douglas, J.E. et al. (1992). *Pocket guide to the crime classification manual*. New York: Lexington Books.
- Eliason, S. (2009). Murder-suicide: a review of the recent literature. *Journal of American Psychiatry Law*, 37 (3), 371-376.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2008). Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema*, 20 (2), 193-198.
- Fox, J. A. y Levin, J. (2003). Mass murder: An analysis of extreme violence. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 5, 47-64.
- Fritzon, K. y Garbutt, R. (2001). A fatal interaction: The role of the victim and function of aggression in intrafamilial homicide. *Psychology, Crime & Law*, 7, 309-331.
- García-Roversi, S. (2012). Asesinos múltiples. *El Perfilador*, 7, 4-26.
- Garrido, V. (2004). Tratamiento del agresor psicopático. En J. Sanmartín (Coord.), *El Laberinto de la Violencia: Causas, Tipos y Efectos* (pp. 321-330). Barcelona: Ariel.
- Garrido, V. (2012). *Perfiles criminales*. Madrid: Ariel.
- Goodwin, R.D. y Hamilton, S.P. (2003). Lifetime comorbidity of antisocial personality disorder and anxiety disorders among adults in the community. *Psychiatry Research*, 117, 159-166.
- Gunderman Kroll, H. (2008). El método de los estudios de caso. En M. L., Tarrés (Coord.), *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. (pp. 251-288). México D.F.: Flacso, El Colegio de México, Miguel Ángel Porrúa.
- Hare, R. D. (1995). Psychopaths: New trends in research. *Harvard Mental Health Letter*, 12(3), 4-5.
- Hare, R. D. (2003). *Psychopathy Checklist- Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.

- Hare, R. D. (2003). *Psychopathy Checklist-Revised* (2nd. Edition). Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D. y Neumann, C. S. (2005). Structural models of psychopathy. *Current Psychiatry Reports*, 7, 57-64.
- Harper, D.W. y Voight, L. (2007). Homicide followed by suicide: an integrated theoretical perspective. *Homicide Studies*, 11(4), 295-318.
- Harper, D.W., Voight, L. y W. E. Thornton (2012). *Violence: do we know it when we see it?. A reader*. Durham, N. C.: Carolina Academic Press.
- Hart, S.D., Cox, D.N., y Hare, R.D. (1995). *The Hare Psychopathy Checklist: Screening Version*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Harrison, M.A. Y Bowers, T.G. (2010). Autogenic massacre as a maladaptive response to status threat. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21 (6), 916-932.
- Herrera, N. (2009). Cognitive Dissonance, the Need to Belong, and Mass Murder. *Psychology Today. Personality and Social Interaction*. (en línea). 9 de noviembre de 2009, (fecha de consulta: 21 de junio de 2013). Disponible en: <http://www.psychologytoday.com/blog/personality-and-social-interaction/200911/cognitive-dissonance-the-need-belong-and-mass-murder>
- Hickey, E. W (1996). *Trauma-Control Model in Serial Murder in Criminology in the 1990s*. New York: Allyn & Bacon Publishers.
- Holmes, R & Holmes, S. (2009). *Profiling violent Crimes. An investigative tool*. California: Sage.
- Honda, A. y Yamanoha, T. (2010). Perceived risks and crime prevention strategies of Japanese high school and university students. *Crime Prevention and Community Safety*, 12, 77-90.
- Howard, J. y Rottem, N. (2008). *It all strats at home. Male adolescent violence to mothers*. Monash (Australia): Inner South Community Health Service Inc and Child Abuse Research Australia, Monash University.
- Humphreys, C. (2007). A health inequalities perspective on violence against women. *Health & Social Care in the Community*. Vol. 15 (2), 120-127.
- Kazdin, A. E. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. México: Pearson Educación.
- León, O.G. y Montero, I. (2003). *Métodos de Investigación en psicología y Educación*. Madrid: McGraw-Hill.
- Lèveillé, S., Lefebvre, J. y Marleau, J.D. (2007). Profil psychosocial des familicides commis au Québec – 1986 à 2000. *Annales Médico-Psychologiques*, 167, 591-596.
- Liem, M. y Roberts, D. (2009). Intimate partner homicide by presence or absence of a self-destructive act. *Homicide studies*, 13(4), 339-354.
- Lipsey, M.W., y Derzon, J.H. (1998). Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood. En R. Loeber and D.P. Farrington (Ed.), *Serious and Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Interventions* (pp. 86–105), Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc..
- López, R., Lafuente, O y García, J.L. (2007) Del mito del Narciso a los trastornos de la personalidad en las cárceles aragonesas: Una aproximación al perfil de estos

- desórdenes en las personas privadas de libertad. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 9, 53-63.
- López, M.J. y Núñez, M.C. (2009). Sicopatología y delincuencia. Implicaciones en el concepto de imputabilidad. *Revista electrónica de ciencia penal y Criminológica*. 11-r2, r2:1 -r2:8. Disponible en: <http://criminet.ugr.es/recpc/11/recpc11-r2.pdf>
- Lösel, F. (2000). ¿Existe un tratamiento para la psicopatía? Qué sabemos y qué deberíamos saber. En A. Raine y J. Sanmartín. *Violencia y psicopatía* (pp. 235-272). Barcelona: Ariel.
- MacLean, P.D. (1989). *The Triune Brain in Evolution. Role in Paleocerebral Functions*. New York: Plenum Press.
- Marleau, J.D., Poulin, B., Webanck, T., Roy, R., & Laporte, L. (1999). Paternal filicide: A study of 10 men. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 57-63.
- Maslow, A.H (1994). *La personalidad creadora*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Mateu, G. Astals, M. y Torrens, M. (2005). Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico 116 al tratamiento. *Adicciones*, 17 (2), 111-121.
- Maxwell, J. A. (1998). Designing a Qualitative Study. En L. Bickman D. J. y Rog (Eds.), *Handbook of Applied Social Research Method* (p. 69-100), Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc..
- Mednick, S.A., Gabrielli, W.F. y Hutchings, B. (1982). Genetic influences in criminal convictions: evidence from an adoption cohort. *Science*, 224 (4651), 891-894.
- Méndez Carrillo, F. et al. (2012). *Programa FORTIUS: Fortaleza psicológica y prevención de las dificultades emocionales*. Madrid : Pirámide, D. L.
- Meloy, J.R., Hempel, D.O., Mohandie, K.M.A, Shiwa, A.A. y Gray, T. (2001). Offender and offense characteristics of a nonrandom sample of adolescents mass murderers. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 40 (6), 719-728.
- Millon, T. (2004). *MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II. Manual*. Madrid: Tea.
- Morley, S. (2007). *Single case experiments: why small can be beautiful in behavioural science*. Trabajo presentado en el Workshop on 'Replicated Single Case Methods'. Disponible en: [www.leeds.ac.uk/hsphr/documents/presentations/Single % 20 Case % 20 Designs.ppt](http://www.leeds.ac.uk/hsphr/documents/presentations/Single%20Case%20Designs.ppt)
- Neumann, C. S., Schmitt, D. S., Carter, R., Embley, I., & Hare, R. D. (2012). Psychopathic traits in females and males across the globe. *Behavioral Sciences & the Law*, 30(5), 557-574.
- Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer (2011). *Informe ejecutivo del IV informe anual del observatorio estatal de violencia sobre la mujer 2011*. España: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Centro de Publicaciones.
- Pereira, J.R., Bernabeu, T., Trigueros, E.M., Guirau, M.A., Botella, M.P y Mirete, E. (2012). *DSM v: controversias del próximo manual de clasificación de las enfermedades mentales*. Ponencia presentada en el II Symposium nacional de psicología clínica y de la salud con niños y adolescentes. Aitana Investigación.

- Departamento de Psicología de la salud. Universidad Miguel Hernández. Elche.España.
- Postiglioni, F. (2006). *Delitti in familia*. Master de II Livello in scienze della sicurezza.Tesina conclusiva del Master in Medicina Legale. Università degli Studi di Roma La Sapienza.
- Raine, A. (2013). *The Anatomy of violence: the biological roots of crime*. New York: Pantheon.
- Ressler K, R. y Shachtman, T, (2005). *Asesinos en serie*. Barcelona: Ariel.
- Roussos, A.J (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16, 261-260.
- Romero, F.M., Cánovas, A. y Antolín, M. (2005). *La violencia de los jóvenes en la familia: una aproximación a los menores denunciados por sus padres*. Barcelona: CEFJE Generalitat de Catalunya.
- Sarabia Sánchez, F. J. (1999). *Metodología para la investigación en marketing y dirección de empresas*. Madrid: Pirámide.
- Sack, O. (2009). *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*. Madrid: Anagrama.
- Shaw, R. (1930a, 1966b). *The Jack-Roller: A Delinquent Boy's 'Own Story'*. Chicago: University of Chicago Press.
- Silva, T. (2011). *La medición de la psicopatía en el contexto del sistema de justicia juvenil en España*. Tesis doctoral para optar al título de Doctor en Psicología. Departamento de Psicología Básica. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. España.
- Smith, G. P., & Burger, G. K. (1997). Detection of malingering: Validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Journal of the Academy of Psychiatry and the Law*, 25, 180-183.
- Spitzer, R (2008). *DSM-IV-TR: cas cliniques*. Issy-les-Moulineaux, Francia: Masson.
- Stake, R.E. (1994). Case studies. En N.K. Denzin y Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp 236-247). London: Sage.
- Stoecker, R. (1991). Evaluating and rethinking the case study. *Sociological Review*, 39, 88-112.
- Skodol A.E., Gunderson J.G., Pfohl B., Widiger T.A., Livesley W.J. y Siever L. J. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biologic Psychiatry*. 51(12), 936-50.
- Tengström, A., Grann, M., Långström, N., y Kullgren, G. (2000). Psychopathy (PCL-R) as a predictor of violent recidivism among criminal offenders with schizophrenia. *Law and Human Behavior*, 24(1), 45-58.
- Tsuang, M.T., Stone, W.S. y Faraone, S.V. (2000). Toward reformulating the diagnosis of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1.041-1.050.
- Ulman, A. y Straus, M.A. (2003). Violence by children against mothers in relations to violence between parents and corporal punishment by parents. *Journal of Comparative Family Studies*, 34 (1), 41-60.

- Watson, J.B y Rayner, R (1920). Conditioned emotional reaction. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- Ward, T. (2002). The management of risk and the design of good lives. *Australian psychologist*, 37, 172-179.
- Websdale, N. (2003). Reviewing domestic deaths. *National Institute of Justice Journal*, 250, 26-31.
- Websdale, N. (2010). *Familicidal hearths: the emotional styles of 211 killers*. Oxford: Oxford University Press.
- Wechsler, D. (1999). *WAIS III: Escala de inteligencia Wechsler para Adultos-III*. Madrid: TEA, S.A.
- Widows, M.R. y Smith, G.P. (2009). *Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas SIMS*. Adaptación española realizada por H. González Ordi y P. Santamaría Fernández. Madrid: TEA Ediciones.
- Wilson, C. (1995). *The killers among us: sex, madness and mass murder*. New York: Warner Books.
- Wilson, M., Daly, M. y Daniele, A. (1995). Familicide: the killing of spouse and children. *Aggressive Behaviour*, 21 (4), 175-291.
- Wong S. y Hare R (2009). *Guidelines for a Psychopathy Treatment Program*. Toronto: Multihealth Systems.
- Yin, R. (2009). *Case study research: design and methods*. California, USA: Sage Publications.
- Zimmerman M, Mattia JI. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comportamental Psychiatry*, 40(4), 245-52.