

Folino, María Elisa; Civalero, Jorge Pablo; Folino, Jorge Oscar (2020). Material didáctico: informe pericial psiquiátrico y psicológico sobre inimputabilidad y riesgo de violencia. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata.

Lugar , 14 de Noviembre xx.

**SR. AGENTE FISCAL,  
UNIDAD FUNCIONAL DE INSTRUCCIÓN Y JUICIO ESPECIALIZADA EN  
DELITOS DERIVADOS EN VIOLENCIA DE GÉNERO, FAMILIARES Y  
DELITOS CONTRA LA INTEGRIDAD SEXUAL N° XXXX  
DPTO. JUDICIAL XXXX**

---

XxPsicólogoxx y XxPsiquiatraxxx, en calidad de peritos integrantes de la Institución XXX, dependiente de la Institución XXXXX, tienen el honor de dirigirse a VS. con relación a la causa XXXXXX seguida a FRANCISCO en orden al delito de INCENDIO a fin de dar respuesta al pedido pericial:

*“...determinar: 1) si al momento del hecho el encartado ha podido comprender la criminalidad del acto y/o dirigir sus acciones, 2) si actualmente es peligroso para sí o para terceros, 3) si el mismo presenta algún signo de alteración o insuficiencia de sus facultades mentales y/o cualquier otro dato de interés para el hecho que se investiga.”.*

#### **EVALUACIÓN, DATOS CONSIDERADOS Y FUENTES DE LOS MISMOS**

##### Entrevistas

- Se realizaron dos entrevistas de evaluación en días sucesivos en la Unidad Penitenciaria XXXXXX, lugar donde el Sr. Francisco Francisco se encuentra alojado.

- Se realizó entrevista telefónica con la Sra. Marcela Marcela, esposa del encartado.

#### Relevamiento de otras fuentes de información

- Legajo interno de la Hospital Salud mental y Adicciones
- Historia clínica, de la anamnesis y de aportes de profesionales tratantes, psiquiatra y asistente social.
- Registros judiciales y policiales.
- Informe médico psiquiátrico de Servicio de Emergencia de fecha 7/7/xx.
- Informe médico psiquiátrico de Hospital General de fecha 31/7/xx
- Informe de psiquiatra asistencial de fecha 10/7/xx.
- Informe de Asesoría pericial Dpto. Judicial XX con fecha 31/7/xx.

#### Técnicas auxiliares de evaluación

- Test gestáltico Visomotor de Bender.
- Instrumento de valoración del riesgo de violencia para población forense HCR-20<sup>v3</sup>.
- Guía de evaluación de riesgo de violencia VRAG-R.
- Instrumento de evaluación de personalidad y psicopatía PCL:SV.

### **INFORMACIÓN AL EXAMINADO ACERCA DE LA TAREA PERICIAL**

Al examinado se le comunica que es función del perito arribar a conclusiones sobre su salud mental e informarlas a la autoridad judicial; éste lo comprende y accede a que se realice el procedimiento.

### **ANTECEDENTES DE INTERÉS FORENSE**

#### Datos personales y criminológicos obtenidos del legajo

El Sr. Francisco Francisco es nacionalidad xxx, nacido en lugar xxx el día 6/2/. Documento xxx xxx.

Estado civil: casado con la Sra. Marcela Marcela, con quien tuvo 3 hijos.

Nivel de instrucción: secundario completo con título de Asistente Químico.

Ocupación: chofer. Se ha desempeñado laboralmente en distintos laboratorios.

Ingreso a la Unidad xx: 1/8/xx.

Delito: Incendio. No constan antecedentes penales.

Fecha de comisión del hecho: 6/7/xx.

### Antecedentes clínicos

Refirió presentar crisis migrañosas con desmayos desde etapas tempranas de la vida y que motivaron estudios de neurología y posterior tratamiento psiquiátrico. Su psiquiatra lo ha tratado con un Trastorno Bipolar tipo I grave y rasgos psicopáticos de personalidad.

Negó consumo de sustancias tóxicas de adulto e internaciones previas por su salud mental.

### Relato del hecho

El evaluado refiere: “me entero que incendié un auto por la abogada defensora, no, me entero en el hospital que el oficial me dijo. Me dicen que prendí fuego un auto, no me acuerdo nada, lo último que me acuerdo es que estaba parado frente de mi auto y vinieron pibes y me pegaron y no me acuerdo nada más”. “Me dicen que incendié el auto de XXXXX que es un amigo de mi hijo, que lo conocía desde hace unos 6 años, él venía a la iglesia con mi hijo CCCC. Yo vivo en AAAA, XXXXX en Lomas Blancas. Nunca hubo problemas entre nosotros”. “Yo estaba buscando trabajo, me subió un pasajero, luego otro y terminé cerca de ese lugar, no me acuerdo haber visto el auto de XXXXX”. “No tengo idea cómo quemé el auto, me dicen que fue un bidón. En el auto llevaba un bidón pero vacío o con agua por las dudas. No tengo idea cómo llegó el combustible, no tengo idea. Hasta no se si lo hice, por ahí me encontraron por el camino a mí”. “yo tengo una laguna”. “fui hasta Lomas Blancas a buscar a mis hijos, andaba por capital con el uber, porque mi mujer me llamo por teléfono para ver si podía ir a buscarlos. No me sentía bien, me dolía la cabeza”.

## **ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN PSICOBIOGRÁFICA**

Nacido el día 6/2/xx en lugar xxx, siendo hijo único. Según expreso, no hubo problemas en la gestación ni en el nacimiento. En su patrón de desarrollo presentó ciertas anormalidades dadas por crisis de migraña desde los 9 o 10 años de edad.

Su periodo infantojuvenil transcurre en el seno de una familia estructurada de corte tradicional. Su padre trabajaba todo el día y la madre es la que ejercía el principal papel cuidador y quien sí lo “ajusticiaba” pero sin maltrato físico. Destaca que a sus 11 años tenía problemas en su casa, cambios, referidos a que sus padres estaban por

separarse. Su padre estuvo internado aproximadamente 1 año por padecer problemas psiquiátricos no pudiendo precisar la enfermedad del mismo ya que había temas que no se hablaban en su familia. Refiere peleas entre sus padres pero sin episodios de violencia física de las que se sentía espectador y no víctima directa. Luego la familia se convirtió al evangelismo y sufrió modificaciones en sus valoraciones por las que la pareja parental no se separa.

En el ámbito social, define relaciones sociales de amistad en su infancia. Su grupo de iguales estaba compuesto por sus compañeros de clase y otros niños del barrio, con los que jugaba a la pelota e iba a bailar. Refiere algunos problemas de conducta minimizadas, rebeldías. Sus padres han tenido que buscarlo de una salita, la comisaría o lo encontraban en la calle, ya que de vez en cuando pasaba la noche fuera de su casa sin dar aviso. En el período adolescente, desde los 12 a los 18 años tomaba mucho alcohol, todo el día, hasta que se hizo cristiano. A los 18 años dejó de tomar alcohol y se alejó del grupo de amigos quienes empezaron a cometer algunos delitos.

En relación con el área académica, completa los estudios secundarios en escuela de enseñanza media con título de Asistente Químico. Inicia su trayectoria profesional en diferentes laboratorios.

Refiere antecedentes psicopatológicos familiares de interés, su padre estuvo internado durante un año por problemas psiquiátricos. A nivel personal, refiere antecedentes de consumo problemático de sustancias hasta sus 18 años, por lo cual nunca realizó tratamientos. Refirió presentar migraña y desmayos desde etapas tempranas de la vida que motivaron estudios de neurología y posterior tratamiento psiquiátrico. En Marzo del 2018 comienza el tratamiento. Refiere que empezó con migraña, temblores, estuvo tres días sin dormir, trabajaba todo el día y adelgazó 30 kg en 2 meses. Refiere que de ánimo se sentía bien pero su esposa lo observaba más nervioso, inquieto. Negó períodos de angustia o depresión. Su esposa en cambio sí refiere que había momentos en los que él lloraba mucho sin que lograra explicarle los motivos. Su psiquiatra lo ha tratado con un Trastorno Bipolar tipo I grave y rasgos psicopáticos de personalidad.

En cuanto al ámbito sentimental, la única relación destacable es la que mantuvo con su actual mujer, comenzando cuando ambos contaban con 18 años. Es la madre de sus hijos y su primera novia. Se conocieron en la iglesia. A sus 36 años comenzó como pastor, abrieron con su esposa una Iglesia Evangélica que en la actualidad continúa funcionando por el trabajo de su esposa e hijos. Ellos son pastor y pastor principal de la institución y uno de sus hijos y nuera pastores secundarios. Niega problemas de convivencia en el seno familiar, de celos de pareja u otro tipo de conflictos.

En lo relativo a antecedentes delictivos, no constan otros antecedentes penales ni de menor ni de adulto.

### **ESTADO DE SALUD MENTAL ACTUAL**

El entrevistado ingresa a la entrevista en compañía de personal de seguridad quien lo identifica. Se encuentra con un aceptable nivel de aseo y vestimenta acorde a la situación y época del año.

Adopta frente a la entrevista una actitud psíquica activa, aparentemente colaboradora y cordial con los entrevistadores.

Se encuentra con un buen nivel de atención y con conservación global de la orientación en tiempo, persona y lugar. En la sensopercepción, no se objetiva la presencia de alteraciones psicopatológicas del tipo de las alucinaciones. En la memoria, presenta un defecto focal en relación al hecho que se le inculpa pero puede dar cuenta detallada y minuciosamente de otros eventos relacionados con su historia vital pasada.

Su pensamiento es de curso y ritmo tendiente a la lentificación, iteración, repetición y viscosidad.

En relación al contenido del pensamiento, no se evidencia ideas patológicas como las ideas delirantes, hetero o autolesivas. Su capital ideativo es acorde a su nivel de instrucción.

En la afectividad, impresiona estabilidad, sin variaciones polares displacenteras aunque refiere que en el último año ha padecido de episodios de irritabilidad y ansiedad en forma de que crisis de pánico. Evidencia cierta rigidez en la expresión de las emociones y escasa tolerancia a la frustración.

La volición se encuentra conservada, puede autoconducirse en el cuidado de la vida cotidiana. Se expresa con un lenguaje de tono medio y adecuados recursos lingüísticos pero monocorde y viscoso.

Su capacidad judicativa se encuentra conservada, presenta una leve autocrítica en relación al hecho y refiere cierta comprensión en relación a su enfermedad (crisis migrañosas).

Actualmente se encuentra bajo tratamiento psicofarmacológico con un esquema conformado por Olanzapina (antipsicótico), Divalproato de sodio (antiepiléptico antiimpulsivo) y Diazepam (ansiolítico). También recibe seguimiento por parte del çarea de psicología y trabajo social de la unidad XXX.

## RESULTADO DE LAS PRUEBAS DE EVALUACIÓN

### **-BENDER**

De la aplicación del test gestáltico Visomotor de Bender se observó una secuencia metódica ya que tuvo una colocación adecuada del lado superior izquierdo respetando el margen. Tuvo una buena distribución del papel ya que no tuvo necesidad de usar otra hoja o de dibujar por detrás. La calidad de línea es irregular, lo que indicaría cierta deficiencia de coordinación motora, ello considerando que el evaluado muestra un movimiento de temblor,. Mostró una motricidad fina con leves dificultades. Conclusión: Se observa una habilidad visomotora levemente deficiente.

### **- PCL-R**

La puntuación muestra baja presencia de características o rasgos psicopáticas, con bajas puntuaciones en la parte conductual y moderadas en la parte interpersonal.

### **- HCR-20<sup>V3</sup>**

A partir del análisis cualitativo de la presencia de los factores, se estima un nivel de riesgo global “bajo” de conductas violentas tanto dentro de la institución como en una hipotética reintegración a la comunidad. En las conclusiones finales *de riesgo el riesgo de violencia (física) futura* es bajo, el *riesgo de daño físico grave* es bajo así como también el *riesgo de violencia inminente*. Las escalas de factores *históricos* y factores *clínicos* se aprecia un nivel de riesgo “bajo”, al igual que en la escala de factores de riesgo *medioambientales* que se aprecia un nivel “bajo”. Los factores de riesgo son dinámicos y pasibles de intervención por lo cual el pronóstico es válido por un período máximo de seis meses y puede cambiar según cambio de contexto. La evaluación debe ser adelantada si surgieren eventos que indicaran modificación del riesgo.

## CONSIDERACIONES

Los datos clínicos obtenidos de las diferentes fuentes de información, permiten algunas consideraciones diagnósticas. No hay datos clínicos de desorganización ideativa o conductual que permitan establecer la presencia de clínica psicótica. Hay cierta tendencia manipulativa pero la misma en el ámbito interpersonal no es suficiente para arribar a un diagnóstico de psicopatía. En evaluaciones previas, ha recibido el diagnóstico de Trastorno bipolar tipo I grave, por parte de su psiquiatra tratante. Actualmente, las características patognomónicas que describen dicho trastorno se encuentran ausentes no pudiéndose evidenciar períodos definidos de un estado de ánimo

anormal y elevado ni un aumento anormal y persistente de la actividad o energía de por lo mínimo una semana, según la definición del DSM V (manual internacional para el diagnóstico de los trastornos mentales). Si se evidencia la presencia de rasgos que han sido descritos en la bibliografía psiquiátrica como de la personalidad epileptoide que, sin presentar crisis epilépticas, muestran características de explosividad, intolerancia a la frustración, crisis impulsivas, tendencias a las distimias irritables, bradipsiquia, detallismo y minuciosidad, episodios de obnubilación, lenguaje epileptoide, adhesividad o viscosidad y rigidez o tozudez.

Las peculiaridades mencionadas con anterioridad requieren algunas consideraciones, al no constituir una enfermedad epiléptica, no presenta alteración patológica de su conciencia que comporte una alteración morbosa de sus facultades mentales que le impidan comprender lo lícito de lo ilícito y dirigir sus acciones en consecuencia en la actualidad ni en el momento del hecho. Actuó deliberadamente, sin mermas en su volición, tratando de ocultar evidencias (acreditado) y a partir de un desprecio percibido o rechazo por parte de la víctima y un consecuente sentimiento de impotencia y frustración vivenciada que habrían motivado el hecho delictivo. A su vez, la incurrencia en contradicciones en su relato evidencian la capacidad de manipular la información según lo que considera conveniente. Por otra parte, las lagunas mnémicas que refiere se corresponden a lo anteriormente mencionado.

De la evaluación de riesgo de violencia, se detecta la escasa presencia de factores clínicos de riesgo que indiquen una probabilidad mediana o alta de riesgo de violencia. Para el contexto dentro de la institución la probabilidad es baja y en un contexto comunitario no estructurado la probabilidad de daño físico grave es baja. Se requiere de supervisión continua de su tratamiento psicofarmacológico y que se trabajen aspectos relativos a la adherencia a tratamientos psicoterapéuticos. A su vez, en este caso uno de los factores de riesgo presentes se refiere a la dificultad de afrontamiento del estrés, por lo cual, deberían aplicarse técnicas específicas de afrontamiento orientadas a regulación del afecto.

## CONCLUSIONES

XX

Es todo en cuanto podemos informar a V.S por el momento.

