

# PRÁCTICA FORENSE Y PRUEBA PERICIAL PSICOLÓGICA EN MATERIA DE DELITOS SEXUALES

## 1. Resumen.

La figura del Perito Judicial experto en Ciencias de la Salud Mental<sup>1</sup> (Psicólogo y/o Psiquiatra) y su intervención práctica en el proceso judicial español es, posiblemente, una de las áreas profesionales de mayor nivel de dificultad existente. Ello es debido a que, en mucha y gran parte de la intervención pericial radica sobre una de las grandes incógnitas del ser humano: su psique y su comportamiento. De este modo, y mientras que para un matemático, un arquitecto, un ingeniero o un economista el realizar una pericial le supone *“encajar una serie de números”*; para el profesional experto en CCSSMM que tiene que analizar la conducta de un sujeto y emitir una opinión pericial experta —por ejemplo, sobre el riesgo de futura peligrosidad— de un delincuente, no es tan fácil como a simple vista pudiera parecer a ojos ajenos a la profesión. En este sentido, ya no se trata tanto de realizar un *“encaje de una serie de piezas numéricas”* (y que si se me permite la expresión, *“¡Ojalá fuera así!”*); sino de saber realizar una interpretación psicológico/psiquiátrica/psicopatológica de la conducta criminológico-delictiva del sujeto y saber encauzarla sobre el grado de afectación de sus capacidades psíquicas superiores (cognitivas y/o volitivas).

---

<sup>1</sup> De ahora en adelante CCSSMM como siglas de Ciencias de la Salud Mental y que engloba profesionales de la Psicología y de la Psiquiatría.

Y, en el presente caso que nos concierne en relación a los delitos sexuales, la dificultad es exponencialmente elevada. Ello es debido a que la conducta sexual del ser humano concierne a la más estricta intimidad de nuestro ser y, cualquier manifestación de la desviación de la normalidad (sexual) se constriñe —de manera única y en exclusiva— en este ámbito. De modo que si el profesional de las CCSSMM quiere explorar la esfera sexual de un sujeto —que voluntaria y libremente quiere o desea exponer su problemática—, el facultativo ha de realizar el esfuerzo de plantear preguntas directas, específicas, concretas y dirigidas; caso contrario sucede cuando el profesional se encuentra ante sí un sujeto con floración sintomatológica de tipo psicótica y manifiesta un contenido de pensamiento alterado por la presencia de delirios y/o alucinaciones.

Retomando el hilo del núcleo esencial del presente estudio relacionado con los delitos sexuales, señalar que ya desde Krafft Ebing, en su famoso estudio sobre *Psicopatías Sexuales*<sup>2</sup>, se producía el primer análisis científico de lo que hoy llamamos “*parafilias*”, conocidas en el pasado como “*conductas sexuales desviadas*” o “*perversiones sexuales*”, las cuales también hoy en día han crecido de manera vertiginosa en amplitud, frecuencia e intensidad (Hernandez y Arango, 2008)<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Richard von Krafft-Ebing (1840-1902) publicó en 1886 la obra “*Psychopathia Sexualis*”, primer libro dedicado enteramente a las llamadas *perversiones sexuales*.

<sup>3</sup> HERNANDEZ SERRANO, R. Y ARANGO DE MONTIS, I. (2008). *Síndromes clínicos relacionados con comportamiento sexual compulsivo*. En “*Sexualidad Humana*”. Editorial El Manual Moderno. México.

Si bien es sabido que mientras que para el profesional facultativo médico, la peritación es meridianamente más evidente, dado que una *herida es una herida*, una *fractura ósea es una fractura ósea* y un *hematoma es un hematoma*, y por tanto, se remite a las evidencias anatómico-patológicas; en CCSSMM, la peritación de un trastorno mental puede ser mucho más heterogéneo como concepto (Tiffon, 2017)<sup>4</sup>. Y si partimos sobre la base de que los delitos de carácter sexual presentan una estricta naturaleza total y plenamente íntima en cuanto a la materialización de dicho ilícito, las dificultades aumentan. Máxime cuando el Perito experto en CCSSMM tan solo dispone de lo que verbaliza y pone de manifiesto ora presunta víctima, ora presunto agresor. Ya que, de ser que existiese algún vestigio orgánico-biológico o médico en la presunta víctima que pudiera evidenciar el alcance de la agresión sexual (sea la existencia de liquido seminal que pudiera determinar el ADN del presunto victimario, resto orgánicos de pelos u otros análogos), al Perito experto en CCSSMM dispone de *un bálsamo* —en su práctica profesional— dado que partiría de la base de un sustento claro u objetivo desde el cual partir en su pericia. La inexistencia de vestigios o indicios objetivos que puedan esclarecer lo que los implicados (víctima y victimario) versan en sus respectivas declaraciones policiales y/o judiciales en relación a la causa, coloca al Perito en una situación profesional desfavorable dado que la emisión de sus conclusiones periciales que emita quedarán sujetos a meras hipótesis de trabajo en relación a los presuntos hechos que son objeto de debate jurídico en la Sala de Justicia.

---

<sup>4</sup> TIFFON, B-N. (2017). La prueba pericial en materia de Psicología. En “Peritaje y Prueba Pericial”. Bosch Editor. Barcelona. pps. 393-405.

Es por ello que uno de los problemas más complejos de resolver — desde el punto de vista del peritaje— de la exploración psicológica/psiquiátrica de las presuntas víctimas de abuso sexual, se suma la complejidad para la detección sintomática de la clínica psicopatológica de no contarse con signos físicos inequívocos del abuso (Romi, 2005)<sup>5</sup>.

En este sentido, y cuando un Perito experto en CCSSMM interviene sobre una de las partes, cada una de ellas presenta sus singularidades de las que sería interesante hacer mención y que se viene a ilustrar en los siguientes párrafos.

## **2. Perito experto en CCSSMM que interviene sobre el victimario.**

Habitualmente, el Perito que intervenga sobre ésta parte, el Letrado le suele solicitar si reúne un perfil de personalidad de agresor sexual. Cabe destacar que como *perfil de personalidad de agresor sexual*, en sí mismo, no existe. La multiplicidad de perfiles de personalidad y la multicausalidad en la expresión del comportamiento y de las conductas del sujeto es infinita. Desde el punto de vista profesional-forense de la Psicología y de la Psiquiatría, se puede realizar alguna aproximación en relación al tipo de personalidad potencialmente desviada en materia sexual, pero nunca se podrá alcanzar la plena certeza absoluta. En ello radica, principalmente por diversos motivos:

---

<sup>5</sup> ROMI, J.C. (2005). Dificultades que se presentan en el peritaje médico legal sobre abuso sexual. VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría. 2005, Vol. XVI: 213-221.

- a. En el ámbito forense, el sujeto no se visita al Perito para que le intervenga sobre una dolencia física o psíquica. El sujeto se visita para que le exploren y se emita un dictamen que ayudará a SS<sup>a</sup> a tomar una decisión judicial (si así lo creo viable y/o oportuno).
- b. De lo anterior se desprende que existe un interés en la causa subsecuente: el beneficio secundario de la evitación de la pena.
- c. Y, por último, pero no por ello menos importante, los perfiles de los presuntos agresores presentan una impulsividad patológica destacada y no pueden controlar su libido y/o motivación sexual. Ante cualquier estímulo de naturaleza sexual que active su libido, el sujeto precipitará primariamente su comportamiento en la satisfacción inmediata y hedonista del placer. Y que, en el caso de que la víctima se resista y el impulso sexual es muy elevado y muy fuerte, el sujeto desarrollará conductas agresivas a efectos de controlar a su víctima a su merced y calmar su ansiedad basal de naturaleza sexual y consumir el acto que tenga como objeto de motivación (sea abusos sexuales, coito, felación, conducta fetichista, etc.).
- d. En este sentido, la aplicación de la agresividad será a la par, en función del nivel de resistencia de la víctima. Cuanta más resistencia, más agresividad ejercerá el agresor para reducirla y poder dominarla y someterla. en cuyo caso, la existencia de magulladuras, arañazos, escoriaciones u otras posibles heridas serán objeto de estudio y de análisis del Médico Forense. En caso contrario de que no exista resistencia por parte de la víctima, y el agresor haya cometido el ilícito en materia sexual (sea abuso o sea agresión), habría que

determinar la existencia de un perfil agresivo en sus rasgos de personalidad de base; o bien, la existencia de una posible denuncia falsa.

- e. Esto último es importante tenerlo en consideración, y ello es debido a que mientras que para el profesional de las CCSSMM un trastorno mental se evidencia y se manifiesta verbalizando la sintomatología oralmente, los trastornos de la inclinación sexual o parafilias, no se verbalizan. Pertenecen al más oscuro secretismo y al marco estricto de la intimidad del sujeto. Por lo que el Perito se encuentra ante una gran dificultad ante esta tipología comportamental-delictual: la ausencia de información veraz u objetiva por la que partir desde la base pericial y solo disponiendo de lo que manifiesta el informado (si se trata de un sujeto que no presenta antecedentes clínicos previos de conducta parafilica o trastorno de la inclinación sexual; en caso de disponer de antecedentes, la pericia suele ser más accesible en cuanto a su facilidad).
- f. Por otro lado, tenemos una polémica servida en relación a la consideración de si el concepto de “*Adicción al Sexo*” o “*Trastorno Hipersexual (THS)*” podría considerarse como una adicción conductual, como lo es el Juego Patológico. Los actuales manuales diagnósticos siempre han sido reticentes en reconocer dichas entidades como nomenclatura clínicas en sentido de diagnostico psicopatológico, ya sea por parte de la clasificación internacional

DSM (American Psychiatric Association<sup>6</sup>) como de la CIE (Organización Mundial de la Salud<sup>7</sup>). De hecho, su clasificación hoy en día aún es ambigua y genera controversia. Asimismo, también abundan las críticas relacionadas con que existe un vacío en la investigación de dichas entidades clínicas nosológicas lo que no deja de ser del todo cierto dado que se tratan de una de las adicciones conductuales que más bibliografía han generado en el último lustro. También se argumenta la posibilidad de psiquiatrizar conductas de infidelidad en un contexto de “normalidad” o de trastorno de personalidad, o de utilizarlo como atenuante en peritajes judiciales, sin ser clara su ubicación en patologías diversas (Ferrer, 2016<sup>8</sup>; Kafka 2014<sup>9</sup>; Chiclana, 2015<sup>10</sup>).

---

<sup>6</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). Diagnostic and Statistics Manual of Mental Disorders – DSM-5. Five edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.

<sup>7</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2003). CIE-10. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Mediator.

<sup>8</sup> FERRER, V.; FARRÉ, J.M. Y FARRÉ, B. (2016). Psicopatología y Personalidad en la Adicción al sexo. Estudio piloto. En *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Revista Iberoamericana de Psicosomática*. Nº 117 – 2016. Madrid. Pág. 47-60.

<sup>9</sup> KAFKA, M. P. (2014). What Happened to Hypersexual Disorder? *Archives of Sexual Behaviour* 43(7): 1259-61.

<sup>10</sup> CHICLANA, C., CONTRERAS, M., CARRILES, S., RAMA, D. (2015). Adicción al sexo: ¿patología independiente o síntoma comórbido? *Revista Iberoamericana de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 115: 19-26.

### **3. Perito experto en CCSSMM que interviene sobre la víctima: el *acto de fe*.**

La exploración de la víctima de delitos sexuales que no presentan indicios biológicos o médicos de la agresión sitúa al perito en una posición de desventaja profesional ya que se ha de basar única y exclusivamente en lo manifestado por la misma. En este sentido, el Perito ha de realizar un *acto de fe*. Y, este *acto de fe*, tiene su singularidad:

- a. El *acto de fe* del Perito que evalúa las consecuencias psicológicas de un delito sexual sobre la víctima, no es el mismo del que ha de realizar un profesional sanitario experto en Salud Mental y por el que ha de intervenir para su cura o paliación psíquica de su sufrimiento emocional. El *acto de fe* del Perito es una creencia o una atribución en base de lo que le manifiesta la misma víctima y ha de establecer la concatenación de su angustia vital presuntamente originada con la agresión sexual. Cabe señalar que la otorgación del *acto de fe* del experto sanitario que interviene terapéuticamente se da como asentada, dado que se presupone que el enfermo/paciente quiere su completa sanación.
- b. En este sentido, y como expertos en CCSSMM que trabajan en el ámbito pericial, se ha de tener suficiente habilidad profesional como para poder apreciar si la sintomatología que refiere, manifiesta y verbaliza la víctima presenta indicios de activación psicofisiológica. Es decir, si existe sintomatología neurovegetativa que nos arroje un halo de luz en la pericia y con la que poder sustentar nuestras hipótesis periciales en base a la activación del Sistema Nervioso Simpático/Parasimpático. De este modo, si la presunta víctima manifiesta angustia, temores y



ansiedad como punto denominador común a dicha sintomatología, la misma suele venir acompañada con dolores musculares, aumento de la frecuencia urinaria y/o de las micciones, dolor torácico en el pecho con sensación de ahogo, temblores, dolores de cabeza y cefaleas que vienen originados por procesos obsesivos de reviviscencias de lo sucedido, alteraciones de la vida sexual íntima y/o de pareja, etc.

El proceso diagnóstico en el ámbito mental se hace aún más complejo cuando la persona examinada “refiere” síntomas que no modifican su exterioridad clínica y conductual, por lo cual carece de signos y/o síntomas. Es decir, que el examinador *oye pero no ve* lo que el paciente experimenta. Si el profesional de la Salud Mental debe resolver, entre otras, las dificultades mencionadas al examinar con finalidad diagnóstica a una persona que concurre a las consultas de aquellos dentro de un contexto asistencial, cabe destacar que las mismas se acrecientan y diferencian significativamente cuando la práctica técnica está motivada y sujeta a las reglas del ejercicio forense de aquellas profesiones (Romi, 2005)<sup>11</sup>.

#### **4. Áreas de preocupación criminológico-forense en materia de delitos sexuales.**

---

<sup>11</sup> ROMI, J.C. (2005). Dificultades que se presentan en el peritaje médico legal sobre abuso sexual. VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría. 2005, Vol. XVI: 213-221. Extraído de Romi JC, Casullo M, García Samartino L, Godoy Roberto LM. *La Evaluación Psicológica en Materia Forense. Confiabilidad de los Resultados*. Derecho de Peritado. Premio “José Ingenieros 2004” de la Academia Nacional de Ciencias. Diciembre 2004.

Desde el punto de vista de los Operadores Jurídicos que se encuentran ante sí una causa que han de enjuiciar relacionada con un presunto agresor sexual, se encuentran con una serie de inquietudes que no dejan de ser triviales (dado el carácter del impacto social y mediático que a menudo suele acompañar a este tipo de delitos) y que acostumbran a plantear ante los Peritos:

- a. Perfil de personalidad del presunto y si existe trastorno mental que le impida conocer el alcance de sus actos.
- b. Riesgo de conducta reincidente y reiterativa a efectos de conocer si perpetrará delito continuado sobre la misma o diferentes víctimas.
- c. Eficacia<sup>12</sup>, eficiencia<sup>13</sup> y efectividad<sup>14</sup> de los tratamientos especializados para agresores sexuales. Éste último aspecto, es de competencia funcional a los profesionales que se dedican a la atención directa del interno en prisión (una vez ya juzgado y condenado) a cargo de la Junta de Tratamiento del Centro Penitenciario donde se halle ingresado.

#### **4.1. Perfil de personalidad del presunto agresor y si existe trastorno mental que le impida conocer el alcance de sus actos.**

---

<sup>12</sup> Eficacia: Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera. Fuente: <http://dle.rae.es/?id=EPQzi07> (extraído el 23.01.2018).

<sup>13</sup> Eficiencia: Capacidad de disponer de alguien o de algo para conseguir un efecto determinado. Fuente: <http://dle.rae.es/?id=EPVwpUD> (extraído el 23.01.2018).

<sup>14</sup> Efectividad: Realidad, validez. Fuente: <http://dle.rae.es/?id=EOjKmrl> (extraído el 23.01.2018).

Mucho se ha hablado sobre la tipología o el perfil psicológico (o “*profiling*”) del agresor sexual. No obstante, de la literatura y doctrina bibliográfica existente no parece haber un acuerdo en considerar la existencia de un único perfil psicológico que defina la personalidad del presunto agresor. Sí se puede considerar —como punto denominador común al conjunto de perfiles criminales de agresores sexuales estudiados—, la existencia de una impulsividad patológica que aboca al mismo en la perpetración y materialización del acto criminal y delictógeno. Es decir, los mecanismos inhibitorios de su conducta impulsivamente ilícita se encuentran mermados y el sujeto no presenta suficiente capacidad de autocontrol emocional de su comportamiento impulsivo. La obsesiva conducta de excitación y búsqueda de estimulantes sexuales activa su aparato cognitivo, provocando un contenido de pensamiento único y exclusivo en la consumación y satisfacción del placer sexual, a costa del sufrimiento de la víctima. Lo anteriormente descrito no se puede llevar a cabo sin unos rasgos de personalidad psicopáticos y/o pertenecientes al psicoticismo<sup>15</sup> (en terminología de Eysenck) y que suelen a

---

<sup>15</sup> Se observó que un estudio realizado sobre la psicopatología y la personalidad relacionada con la adicción al sexo, existieron participantes que presentaban puntuaciones elevadas en compulsividad sexual, conducta hipersexual y adicción al cibersexo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la subescala psicopatológica del Psicoticismo (en Ferrer, V.; Farré, J.M. y Farré, B. (2016). Psicopatología y Personalidad en la Adicción al sexo. Estudio piloto. En *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Revista Iberoamericana de Psicología*. Nº 117 – 2016. Madrid. Pág. 47-60).

caracterizar a los sujetos que no reconocen el sufrimiento de las víctimas, carecen de empatía y habilidades sociales emotivas.

En este sentido, y a modo de ejemplo, los problemas en el control de la actividad sexual *online*, una elevada compulsividad sexual y una elevada conducta hipersexual; utilizando la conducta sexual como forma de afrontamiento ante situaciones estresantes o estados de ánimo egodistónicos, percibiendo escaso control sobre dicha conducta y mostrando dificultades en la toma de conciencia de las consecuencias negativas que de ella pueden derivarse (Ferrer, 2016)<sup>16</sup>.

En este campo de intervención profesional, el experto en CCSSMM que practica la exploración y la evaluación del sujeto ha de tener en consideración el área de la impulsividad y si tiene capacidad de autocontrol emocional sobre sus propios impulsos. A fin de distinguir entre conductas sexuales desviadas, adicción sexual e impulsividad sexual, es fundamental realizar la evaluación clínica de tres conceptos clásicos (Hernandez y Arango, 2008)<sup>17</sup>:

---

<sup>16</sup> FERRER, V.; FARRÉ, J.M. Y FARRÉ, B. (2016). PSICOPATOLOGÍA Y PERSONALIDAD EN LA ADICCIÓN AL SEXO. ESTUDIO PILOTO. EN *CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE. REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA*. Nº 117 – 2016. MADRID. PÁG. 47-60.

<sup>17</sup> HERNANDEZ SERRANO, R. Y ARANGO DE MONTIS, I. (2008). *SÍNDROMES CLÍNICOS RELACIONADOS CON COMPORTAMIENTO SEXUAL COMPULSIVO*. EN “SEXUALIDAD HUMANA”. EDITORIAL EL MANUAL MODERNO. MÉXICO.

- 1) La planificación previa de actividades, que consume muchas horas.
- 2) La determinación de los riesgos en los cuales se involucra la persona y si el individuo cobra conciencia de ellos o no, si los asume como un juego psicológico muy dañino.
- 3) El placer que se obtiene de manera preferente o exclusiva y la participación consensual o no de otras personas, lo que tarde o temprano conduce a problemas jurídico-legales.

Es de señalar que, en este punto referente al perfil de personalidad del presunto agresor y sobre la existencia (o no) de trastorno mental que le impida conocer el alcance de sus actos, se ahondará más en el siguiente punto ya que se solapa con la conducta reiterada del sujeto.

Sí puntualizar que, y en relación al estado mental grave que le impida conocer el alcance de sus actos, supone el que exista una entidad psicopatológica de tal grave magnitud que suponga el que las capacidades cognitivas y/o volitivas estén tan mermadas o anuladas y que difícilmente podrá entender el daño potencial de su conducta sexual sobre su víctima. Conforme a esto último, se tratan de trastornos de la esfera psicótica y por cuyo contenido de pensamiento se halla tan alterado que presenta total pérdida de contacto con la realidad en fase sintomática agudizada de brote psicótico (presencia de delirios y/o alucinaciones)..

#### **4.2. Riesgo de conducta reincidente y reiterativa a efectos de conocer si perpetrará delito continuado sobre la misma o diferentes víctimas.**

En muchas ocasiones, se nos preguntan sobre si el presunto agresor tiene potencial de riesgo delictivo y conducta criminal reiterada. En este caso, los profesionales de las CCSSMM realizamos —en sentido genérico— una aproximación con porcentaje de error y, si bien cabe decirlo también en sentido positivo, con porcentaje de acierto. Pero tanto este porcentaje de error como de acierto es del 50% para ambos; por lo que en conclusión, nuestra opinión pericial experta no determina absolutamente nada. No obstante, disponemos de ciertos elementos que nos hacen inclinar nuestro parecer pericial hacia un lado u otro. Para ello, disponemos de la información que se puede obtener del *íter criminis* y de los antecedentes conductuales delictógenos del agresor:

4.2.1. Conforme existe una conducta curricular de ilícitos relacionados con abusos/agresiones sexuales, más probabilidad de volver a cometer el comportamiento antijurídico.

4.2.2. A su vez, cuánto más joven el agresor, las probabilidades aumenta dado que, y conforme se aumenta en edad, es previsible una disminución de la potencia libidinosa y menos probabilidad de riesgo de conducta delictual reiterativa.

4.2.3. Un elemento a tener en consideración para apreciar la existencia de conducta delictual continuada es si ésta se

materializa sobre el núcleo familiar o no. De esto modo, se puede desprender la idea de que la víctima es más accesible en el ámbito familiar y, por tanto, más probabilidad de repetirse dicho abuso/agresión sexual.

4.2.4. Los sujetos con rasgos de personalidad psicopática a desarrollar este tipo de comportamiento, serán más proclives a buscar sus víctimas de manera más primaria o rapazmente, intentando embaucar a sus víctimas o, incluso, hacer uso de sustancias o dogas que puedan facilitar la manipulación y el dominio sobre sus presas (fenómeno denominado como “*sumisión química*”). Este tipo de perfil, no suele materializarse en el ámbito familiar sino es propio de sujetos que ejercen su conducta criminal en la calle en zonas rurales o zonas urbanitas.

4.2.5. Otro tipo de perfil delictual que reúne características de agresor sexual y que fácilmente puede desarrollar una conducta delictual continuada y/o reiterativa, son los que tienen acceso fácil a sus víctimas, tales como monitores de deportes, instructores, profesores de primaria y/o secundaria, masajistas o análogos. Este tipo de perfil, suelen hacer uso de condición y de su estatus socio-profesional sobre unas víctimas que no reúnen la suficiente capacidad de madurez intelectual como para poder ejercer una plena capacidad de autonomía y responder íntegramente ante un eventual ataque contra su indemnidad sexual.

4.2.6. Los victimarios que presentan algún tipo de trastorno mental grave (sean trastornos esquizofrénicos, trastornos delirantes,

trastorno bipolares, etc.) con antecedentes conductuales de abuso/agresión sexual, son proclives si estos se hallan descompensados en brote agudo de la sintomatología clínica. Cabe señalar en este apartado, que no todo sujeto afecto de trastorno mental grave y con antecedentes delincuenciales de un comportamiento de esta magnitud criminológica no supone, con ciencia cierta, la plena certeza de que se vuelva a reiterar dicha conducta. No obstante, sí se ha de tener en consideración y disponer de alguna prevención a efectos de poder anticipar cualquier imprevisto que pudiera cometerse.

4.2.7. Los rasgos de personalidad anancásticos y que tienen un dañino potencial a derivarse a un Trastorno Obsesivo-Compulsivo en un sujeto que presenta, asimismo una impulsividad sexual exacerbada (hipersexualidad) puede originar en el victimario, conductas que tengan como contenido de pensamiento el consumir la acción sexual en contra de la voluntad de la víctima.

4.2.8. Victimarios que presentan un grado de disminución psíquica de grado Limite, grado Leve o grado Moderado y con conductas previas. Señalar en este apartado, la misma condición que en el anterior conforme a que no existe plena seguridad de que se vuelva a reincidir en la conducta criminológica pero sí se ha de tener en consideración a efectos preventivos. Cabe destacar que los sujetos con disminución psíquica de grado Grave o grado Profunda no presentan capacidad de autonomía suficiente como para perpetrar



de manera independiente una conducta delictiva, siendo en estos casos, sujetos pasivos del delito y, por tanto, víctimas.

4.2.9. Desde el punto de vista de la neuroanatomía, existen evidencias que vinculan a los lóbulos temporales con manifestaciones clínicas relacionadas con la conducta sexual impulsiva desde la perspectiva de la conducta hipersexual, se documenta en el síndrome de Kluver-Bucy. En esta condición, las lesiones en el lóbulo temporal se manifiestan con incremento en las conductas sexuales de búsqueda y desinhibición. De igual manera, existen reportes en los que se establece un vínculo entre las conductas pedófilas con alteraciones en el lóbulo temporal, en el cerebro medio o en las áreas adyacentes al hipotálamo, estructuras en las que una lesión puede desencadenar estados de hipersexualidad que desenmascaren orientaciones sexuales de tipo parafílico (Hernandez y Arango, 2008)<sup>18</sup>.

En cambio, y a modo de ejemplo, existen otros estudios que parecen mostrar que el origen de la pedofilia se puede encontrar, en parte, en alteraciones cerebrales debidas a problemas durante el neurodesarrollo, aunque estas alteraciones no libran a estas personas de ser responsables de sus actos (Becerra, 2009)<sup>19</sup>.

---

<sup>18</sup> HERNANDEZ SERRANO, R. Y ARANGO DE MONTIS, I. (2008). *Síndromes clínicos relacionados con comportamiento sexual compulsivo*. En "Sexualidad Humana". Editorial El Manual Moderno. México.

<sup>19</sup> BECERRA, J.A. (2009). Etiología de la pedofilia desde el neurodesarrollo: marcadores y alteraciones cerebrales. En *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* (Barcelona) 2009; 2(4):190-196.

4.2.10. Según la casuística particular existente dado que en materia de abuso y/o agresión sexual, existen múltiples situaciones criminológicas que se hace difícil poder concretar de manera particular.

### **4.3. Eficacia, eficiencia y efectividad de los tratamientos especializados para agresores sexuales.**

Para poder aplicar un tratamiento, se requiere previamente de un diagnóstico, conforme a que un sujeto se encuentra afecto de alguna psicopatología.

Dicho esto, el tratamiento especializado para agresores sexuales va orientado a 3 objetivos concretos:

1. Aumentar las conductas sociales
2. Reducir o eliminar conductas problemáticas
3. Enseñar nuevos comportamientos

No obstante, lo primero que se ha de considerar son las posibilidades diagnósticas existentes (Ferrer *et al*, 2016<sup>20</sup>; Chiclana *et al*, 2014<sup>21</sup>; Frías y Vázquez; 2012<sup>22</sup>; Farré *et al*, 2015<sup>23</sup>):

---

<sup>20</sup> FERRER, V.; FARRÉ, J.M. Y FARRÉ, B. (2016). Psicopatología y Personalidad en la Adicción al sexo. Estudio piloto. En *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Revista Iberoamericana de Psicología y Psiquiatría*. Nº 117 – 2016. Madrid. Pág. 47-60.

- Trastorno Hipersexual, con co-morbilidad con otro trastorno mental.
- Hipersexualidad Primaria, sin comorbilidad.

Tanto en un caso como en otro, los criterios diagnósticos quedarían reflejados en la Tabla I. De dicha tabla se desprende — como puntos denominadores comunes a dicho trastorno— el concepto de adicción cumpliendo con los ítems de falta de control, excesivo tiempo empleado en conductas sexuales o no tener en cuenta el riesgo. A pesar de ello, conceptos técnicos tales el fenómeno de tolerancia o el síndrome de abstinencia no están presentes en estos criterios. Para ello, se propone una adenda (Tabla II) para considerarlo adicción, que es la que consta en el Manual

---

<sup>21</sup> CHICLANA, C. (2014). Hipersexualidad primaria. Comunicación presentada en: 15 Congreso Virtual de Psiquiatría. com. Interpsiquis 2014.

<sup>22</sup> FRÍAS IBÁÑEZ, A. VÁZQUEZ COSTA, M. (2012). Primary hypersexuality: Nosological status, pathogenesis, and treatment. *Revista Psiquiátrica de Salud Mental* 3: 205-207.

<sup>23</sup> FARRÉ, J. M., FERRER, V., MESTRE G., LASHERAS, M.G. (2015). Los Trastornos del deseo: de la inhibición a la adicción. Ponencia en el I Encuentro Ibérico de la Sexualidad y Salud Mental. Salamanca 2015.

Diagnóstico DMS 5 para las adicciones sin sustancias (Ferrer *et al*, 2016<sup>24</sup>).

Es de señalar que cuando se habla en términos de co-morbilidad en el área sexual, no solo existen otros tipos de trastornos mentales que puedan estar asociados sino también el conjunto de parafilias o los trastornos de la conducta sexual caracterizados por la presencia de fantasías y/o conductas inusuales e incluso bizarras que provocan excitación sexual y orgasmo. Éstas presentan dos características principales: son repetitivas y la supresión de la fantasía inhibe la excitación sexual. Existe una tipología de parafilias, siendo los más habituales los siguientes: exhibicionismo, fetichismo, froterismo, pedofilia, fetichismo travestista, sadismo, masoquismo y voyerismo. Es frecuente la presencia de varios tipos de parafilias en un mismo paciente<sup>25</sup>.

---

<sup>24</sup> FERRER, V.; FARRÉ, J.M. Y FARRÉ, B. (2016). Psicopatología y Personalidad en la Adicción al sexo. Estudio piloto. En *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Revista Iberoamericana de Psicosomática*. Nº 117 – 2016. Madrid. Pág. 47-60.

<sup>25</sup> ÁVILA ESCRIBANO, J.J. Y VILLA DÍEZ, R. (2007). Presentación de diferentes trastornos psicopatológicos en la dependencia de alcohol y cocaína. En *Trastornos Adictivos* vol. 9 (4). Págs. 279-283.

**Tabla I**  
**Trastorno hipersexual**

A. Durante al menos seis meses, fantasías sexuales recurrentes e intensas y deseo sexual apremiante, así como conductas sexuales asociadas a cuatro o más de los siguientes cinco criterios:

(1) Cantidad de tiempo excesiva invertida en fantasías y deseos sexuales, así como en la planificación y realización de conductas sexuales.

(2) Fantasías, deseos y conductas sexuales repetidas en respuesta a estados de ánimo disfóricos (p.ej., ansiedad, depresión, aburrimiento, irritabilidad).

(3) Fantasías, deseos y conductas sexuales repetidas en respuesta a situaciones vitales estresantes.

(4) Intentos persistentes, pero infructuosos, para controlar o reducir significativamente las fantasías, deseos y conductas sexuales.

(5) Implicación repetida en conductas sexuales ignorando el riesgo físico, psíquico o emocional que pueda suponer para sí mismo o para otras personas.

B. La frecuencia o intensidad de las fantasías, deseos y conductas sexuales provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la personas.

C. Las fantasías, deseos y conductas sexuales no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento) ni a episodios maníacos.

D. El sujeto es mayor de 18 años.

**Tabla II**  
**Criterios DSM 5 para adicciones sin sustancias**

A. Conducta patológica o problemática persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta porque el individuo presenta 4 o más de los siguientes criterios, durante un periodo de 12 meses:

1. Aumento de la tolerancia.

2. Está nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar la conducta.

3. Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar la conducta siempre sin éxito.

4. A menudo tiene la mente ocupada con esta conducta.

5. A menudo realiza la conducta cuando siente desasosiego.

6. Abandono de las obligaciones diarias.

7. Mentiras, engaños.

8. Ha puesto en peligro o ha perdido una relación importante, un empleo o una carrera académica /profesional a causa de esta conducta.

9. Cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su situación financiera desesperada provocada por esta conducta.

Se ha creído oportuno introducir lo anterior para poder especificar los términos de eficacia, eficiencia y efectividad de los tratamientos especializados para agresores sexuales. Con la aplicación del tratamiento se espera conseguir el efecto que se desea o se espera partiendo de la base de que el sujeto está dispuesto. Y, para que el sujeto esté dispuesto, se requiere que tome consciencia del alcance de sus actos, que desee resarcirse de las consecuencias del daño provocado sobre la víctima, que aplique motivación al tratamiento y desee recuperarse y poder convivir en sociedad con normalidad y autonomía.

A modo de compendio de este apartado, el tratamiento tiene como objetivos, los siguientes aspectos:

1. Modificar el sistema de actitudes sociales.
2. El tratamiento ha de ser voluntariamente aceptado por el sujeto.
3. Se tendrá en cuenta la participación y colaboración del interno en el diseño de su tratamiento con el fin de determinar la satisfacción de sus intereses personales.
4. La individualización y la singularidad del tratamiento
5. Para cumplir con la finalidad del tratamiento no es suficiente con su aplicación. Se han de modificar los condicionantes personales y sociales que hayan podido motivar la perpetración.

6. Finalmente, el sujeto ha de ser reintegrado plenamente en el ejercicio de sus derechos como ciudadano sin que sus antecedentes le supongan ninguna discriminación social o jurídica.

## **5. Conclusiones.**

De todo lo expuesto y a manera de síntesis, la figura del Perito Judicial experto en CCSSMM (sea Psicólogo y/o sea Psiquiatra) y su intervención práctica en el proceso judicial español es, posiblemente, una de las áreas profesionales de mayor nivel de dificultad existente. En ello se fundamenta en la dificultad existente por la propia fenomenología sintomatológica con que se caracteriza este tipo de entidad clínica y que se ubica en la estricta intimidad del sujeto. No se manifiesta de manera objetiva o evidente como el resto de patologías mentales recogidas en los manuales diagnósticos internacionales (talñes como, por ejemplo, un trastorno depresivo, un trastorno esquizofrénico, un trastorno de ideas delirantes o trastorno bipolar).

A su vez, en el peritaje de este tipo de casos, los diagnósticos clínicos psicopatológicos pueden ubicarse como Trastorno Hipersexual (con comorbilidad con otro trastorno mental) o Hipersexualidad Primaria, sin comorbilidad. Y, para aumentar el grado de dificultad diagnóstica con que se encuentran los profesionales expertos en Salud Mental, es que el peritaje de presuntos victimarios de abuso/agresión sexual, se ha observado: sujetos parafílicos e sujetos sin alteración psíquica (“normales”) —desde el punto de

vista psicosexológico—. Éste último tipo de sujeto explicaría el hecho de que cualquier individuo puede estar en condiciones potenciales de ser un abusador sexual. Asimismo, se ha de señalar que de modo inverso se tiene que considerar que se ha de olvidar que un individuo con tendencias o inclinaciones parafílicas no necesariamente tiene que ser por ello un abusador/agresor sexual. De modo que, en tanto que no cometa un delito sexual, no será un agresor. Aunque las tendencias puedan predisponer, éstas no las determinan de manera fáctica; y ello, es un hecho importante al momento de emitir un dictamen o al testificar en un Juicio Oral (Romi, 2005)<sup>26</sup>.

## **6. Bibliografía.**

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). Diagnostic and Statistics Manual of Mental Disorders – DSM-5. Five edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. ÁVILA ESCRIBANO, J.J. Y VILLA DÍEZ, R. (2007). Presentación de diferentes trastornos psicopatológicos en la dependencia de alcohol y cocaína. En *Trastornos Adictivos* vol. 9 (4). Págs. 279-283.
3. BECERRA, J.A. (2009). Etiología de la pedofilia desde el neurodesarrollo: marcadores y alteraciones cerebrales. En *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* (Barcelona) 2009; 2(4):190-196.

---

<sup>26</sup> ROMI, J.C. (2005). Dificultades que se presentan en el peritaje médico legal sobre abuso sexual. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*. 2005, Vol. XVI: 213-221.



4. CHICLANA, C. (2014). Hipersexualidad primaria. Comunicación presentada en: 15 Congreso Virtual de Psiquiatría. com. Interpsiquis 2014.
5. CHICLANA, C., CONTRERAS, M., CARRILES, S., RAMA, D. (2015). Adicción al sexo: ¿patología independiente o síntoma comórbido? *Revista Iberoamericana de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 115: 19-26.
6. FARRÉ, J. M., FERRER, V., MESTRE G., LASHERAS, M.G. (2015). Los Trastornos del deseo: de la inhibición a la adicción. Ponencia en el I Encuentro Ibérico de la Sexualidad y Salud Mental. Salamanca 2015.
7. FERRER, V.; FARRÉ, J.M. Y FARRÉ, B. (2016). Psicopatología y Personalidad en la Adicción al sexo. Estudio piloto. En *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Revista Iberoamericana de Psicosomática*. Nº 117 – 2016. Madrid. Pág. 47-60.
8. FRÍAS IBÁÑEZ, A. VÁZQUEZ COSTA, M. (2012). Primary hypersexuality: Nosological status, pathogenesis, and treatment. *Revista Psiquiátrica de Salud Mental* 3: 205-207.
9. HERNANDEZ SERRANO, R. Y ARANGO DE MONTIS, I. (2008). *Síndromes clínicos relacionados con comportamiento sexual compulsivo*. En “*Sexualidad Humana*”. Editorial El Manual Moderno. México.
10. KAFKA, M. P. (2014). What Happened to Hypersexual Disorder? *Archives of Sexual Behaviour* 43(7): 1259-61.
11. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2003). CIE-10. *Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Mediator.

12. ROMI, J.C. (2005). Dificultades que se presentan en el peritaje médico legal sobre abuso sexual. VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría. 2005, Vol. XVI: 213-221. Extraído de Romi JC, Casullo M, García Samartino L, Godoy Roberto LM. *La Evaluación Psicológica en Materia Forense. Confiabilidad de los Resultados. Derecho de Peritado. Premio “José Ingenieros 2004” de la Academia Nacional de Ciencias. Diciembre 2004.*
13. ROMI, J.C. (2005). Dificultades que se presentan en el peritaje médico legal sobre abuso sexual. VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría. 2005, Vol. XVI: 213-221.
14. TIFFON, B-N. (2017). La prueba pericial en materia de Psicología. En “Peritaje y Prueba Pericial”. Bosch Editor. Barcelona. pps. 393-405.