

# PRÁCTICA FORENSE Y PRUEBA PERICIAL PSICOLÓGICA EN MATERIA DE DELITOS SEXUALES<sup>1</sup>

Dr. Bernat-Noël Tiffon Nonis

*Psicólogo Perito Forense - Profesor de la Universitat Abat Oliba CEU*

*Miembro de la Associació Catalana de perits Judicials i Forenses*

[tiffon@psicologialegal.com](mailto:tiffon@psicologialegal.com)

## 1. Resumen.

La figura del Perito Judicial experto en Ciencias de la Salud Mental (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. Es por ello que en el presente caso que nos concierne en relación a los delitos sexuales, las dificultades periciales son exponencialmente elevadas dado que la conducta sexual del ser humano concierne a la más estricta intimidad.

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

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:

- a. En el ámbito forense, 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.
- b. De lo anterior se desprende que existe un interés que es el beneficio secundario de la evitación de la pena.
- c. 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. 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.
- d. 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

---

<sup>1</sup> Artículo de Investigación galardonado con el **Premio *exaequo*** de la **IX Edición de los Premios de Investigación convocado por la Asociación Catalana de Peritos Judiciales y Forenses de la Administración de Justicia** y librado por el Ilustre Colegio de Abogados de Barcelona en fecha de 13.02.2018.

Fuente:

[http://www.perits.org/uploads/repositorio\\_imagenes/revista/43/practica\\_forense\\_y\\_prueba\\_pericial\\_psicologica\\_en\\_materia\\_de\\_delitos\\_sexuales.pdf](http://www.perits.org/uploads/repositorio_imagenes/revista/43/practica_forense_y_prueba_pericial_psicologica_en_materia_de_delitos_sexuales.pdf)

manifiesta el informado, dado que se trata de un área que pertenece a la más estricta intimidad del sujeto.

- e. Por otro lado, existe una polémica en relación a la consideración de si el concepto de “Adicción al Sexo” o “Trastorno Hipersexual (THS)” podría considerarse como una adicción conductual. Los actuales manuales diagnósticos siempre han sido reticentes en reconocer dichas entidades como nomenclatura clínicas en sentido de diagnóstico psicopatológico. De hecho, su clasificación hoy en día aún es ambigua y genera controversia. 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>2</sup>; Kafka 2014<sup>3</sup>; Chiclana, 2015<sup>4</sup>).

### **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 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. El *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. El Perito 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 y muestre signos y síntomas de ansiedad.

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

---

<sup>2</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*. Nº 117 – 2016. Madrid. Pág. 47-60.

<sup>3</sup> Kafka, M. P. (2014). What Happened to Hypersexual Disorder? *Archives of Sexual Behaviour* 43(7): 1259-61.

<sup>4</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.

Desde el punto de vista de los Operadores Jurídicos que se encuentran ante sí una causa en esta materia criminológico-delictógena, se encuentran con una serie de inquietudes 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** (o **riesgo de peligrosidad**) a efectos de conocer si perpetrará delito continuado sobre la misma o diferentes víctimas.
- c. **Efectividad de los tratamientos** especializados para agresores sexuales. Éste último aspecto, es de competencia funcional a los profesionales 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.**

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. 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>5</sup> (en terminología de Eysenck) y que suelen a 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

---

<sup>5</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).

consecuencias negativas que de ella pueden derivarse (Ferrer, 2016)<sup>6</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>7</sup>:

- 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.

#### **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, a los Peritos 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. 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

---

<sup>6</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*. nº 117 – 2016. Madrid. Pág. 47-60.

<sup>7</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.

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.

4.2.5. Perfiles de sujetos que tienen fácil acceso 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 (prevalimiento) 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 o de haber sufrido episodios de abuso sexual en su infancia, pueden ser proclives si estos se hallan descompensados en brote agudo de la sintomatología clínica. Es de señalar en este apartado, que no todo sujeto afecto de trastorno mental grave supone condición *sine quanon* de materialización de conducta delictivo-criminológica en este ámbito.

4.2.7. Los rasgos de personalidad anancástico-obsesivos en dicho contenido sexual de pensamiento y que tienen un daño potencial a derivarse a un Trastorno Obsesivo-Compulsivo en un sujeto que presenta, asimismo una impulsividad sexual exacerbada (hipersexualidad).

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, que se ha de tener en consideración a efectos preventivos. Asimismo, 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 autónoma 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. 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>8</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>9</sup>.

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 de los tratamientos especializados para agresores sexuales.**

Para poder aplicar un tratamiento, se requiere previamente de un diagnóstico. 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

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.

No obstante, lo primero que se ha de considerar son las posibilidades diagnósticas existentes (Ferrer *et al*, 2016<sup>10</sup>; Chiclana *et al*, 2014<sup>11</sup>; Frías y Vázquez; 2012<sup>12</sup>; Farré *et al*, 2015<sup>13</sup>):

---

<sup>8</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>9</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.

<sup>10</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>11</sup> Chiclana, C. (2014). Hipersexualidad primaria. Comunicación presentada en: 15 Congreso Virtual de Psiquiatría. com. Interpsiquis 2014.

<sup>12</sup> Frías Ibáñez, A. Vázquez Costa, M. (2012). Primary hypersexuality: Nosological status, pathogenesis, and treatment. *Revista Psiquiátrica de Salud Mental* 3: 205-207.

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

## 5. Conclusiones.

1. 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 (tales como, por ejemplo, un trastorno depresivo, un trastorno esquizofrénico, un trastorno de ideas delirantes o trastorno bipolar u otros).
2. 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>14</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.
3. 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

---

<sup>13</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.

<sup>14</sup> Tiffon, B-N. (2017). La prueba pericial en materia de Psicología. En “Peritaje y Prueba Pericial”. Bosch Editor. Barcelona. pps. 393-405.

relación a los presuntos hechos que son objeto de debate jurídico en la Sala de Justicia.

4. 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 la existencia de sujetos parafílicos y sujetos sin alteración psíquica (“normales”) —desde el punto de vista psicosexual—. 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, un individuo con tendencias o inclinaciones parafílicas no necesariamente tiene que ser por ello —y de manera necesaria—, 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>15</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.
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.

---

<sup>15</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.



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.
13. Tiffon, B-N. (2017). La prueba pericial en materia de Psicología. En "Peritaje y Prueba Pericial". Bosch Editor. Barcelona. pps. 393-405.