

## EVALUACIÓN PERICIAL EN PRISIÓN: ESTUDIO DE UN AGRESOR SEXUAL SERIAL CON RASGOS PSICOPÁTICOS

M<sup>a</sup> Isabel Agustino Blázquez<sup>1</sup>

Yazmina del Carmen Cabrera Alonso  
*Psicólogas forenses en el ámbito privado*

Víctor Dujo López

*Universidad Complutense de Madrid*

### Resumen

El presente artículo tiene como objetivo el desarrollo de una evaluación forense en el medio penitenciario para determinar la presencia de psicopatología y riesgo de reincidencia, así como la necesidad de tratamiento terapéutico. El interno se encuentra cumpliendo condena de 20 años por más de diez delitos de agresión sexual (violador serial), robo con intimidación y exhibicionismo. La evaluación forense del agresor es un procedimiento muy técnico y complejo condicionado por variables como el contexto, el momento en el que se realiza y las características del evaluado. Se concluye que el peritado presenta rasgos de personalidad compatibles con el constructo psicopatía, con un riesgo de reincidencia delictiva en la actualidad moderado y riesgo de reincidencia de violencia sexual alto, por lo que se necesita intervención psicológica específica. Precisamente por la necesidad de ajustar el tratamiento a las necesidades criminógenas del interno, en el presente artículo se hace una revisión de los últimos datos empíricos sobre la psicopatía y sus tratamientos.

**PALABRAS CLAVE:** *Psicopatía, tratamiento, evaluación, agresión sexual y riesgo de reincidencia.*

### Abstract

**Forensic assessment in prison: study of a serial sex offender with psychopathic traits.** This article aims to develop a forensic assessment inside penal institutions to identify potential psychopathology and risk of recidivism, including the need for psychotherapeutic treatment. The inmate is serving a 20-year sentence for more than ten crimes of sexual assault (serial rapist), robbery with intimidation, and exhibitionism. The forensic assessment of the offender is highly technical and complex and determined by variables such as the context, when it is carried out, and the nature of the individual under assessment. It was concluded that the examinee has personality traits consistent with the construct of psychopathy, presenting a moderate risk of recidivism and a high risk of sexual violence re-offense, thus indicating that specific psychological intervention is required. Given the need to adapt therapy to the criminogenic needs of the inmate, this article provides a review of the latest empirical findings in the field of psychopathy and associated treatments.

**KEYWORDS:** *Psychopathy, treatment, evaluation, sexual assault and risk of recidivism.*

Una de las grandes preocupaciones sociales recae en la potencial reincidencia de los agresores sexuales. Dicha preocupación nace del impacto de este tipo de delitos por su naturaleza y extrema gravedad, sobre todo cuando las víctimas son menores y vulnerables, además de por el uso, a veces inadecuado y sensacionalista, que se da en los medios cuando se

---

<sup>1</sup> *Correspondencia: M<sup>a</sup> Isabel Agustino Blázquez (Agustino, M<sup>a</sup>.I.)*

*Correo electrónico: mariagus@ucm.es*

*Fecha de recepción: 06-junio-2021*

*Fecha de aceptación: 15-agosto-2021*

trata de violencia sexual. Lo cierto es que la delincuencia sexual es un fenómeno muy complejo, lo que conduce inevitablemente a que los agresores sexuales sean una población altamente heterogénea. El concepto de violador o agresor sexual suele asociarse al perfil de depredador sexual que ataca a víctimas desconocidas con una tendencia compulsiva a la agresión sexual y con un perfil psicopático; sin embargo, la mayoría de los abusos y agresiones se llevan a cabo por personas del entorno de la víctima. Aunque los agresores sexuales psicópatas son los que mayor riesgo de reincidencia tienen, son minoría dentro de la población de agresores (Herrero-Mejías, 2018).

Los factores de riesgo y características de los agresores son muy diversos. La presencia de rasgos antisociales, la experimentación de un deseo sexual estable, la presencia de fantasías y comportamientos sexuales desviados, el consumo de sustancias, el grado de especialización (solo delitos sexuales o delincuencia en general), el estilo afectivo e interpersonal son variables a tener en cuenta en la evaluación.

La literatura recoge cómo, en su desarrollo, los jóvenes que terminan siendo agresores sexuales, presentan diversas problemáticas relacionadas con características individuales (baja autoestima, alta impulsividad) y socialización inapropiada (experiencia de abuso infantil o abandono, fantasías sexuales desviadas, entre otras). Todo ello implica dificultades en el ámbito personal: comportamiento sexual, relaciones sociales, así como dificultades en las emociones y cogniciones implicadas en las conductas sexuales y sociales (Redondo & Genovés, 2013). Suelen ser sujetos que presentan un comportamiento sexual poco adaptado o, por ejemplo, excitación o preferencia por estímulos sexuales desviados. Muestran un cierto deterioro de la capacidad para la actividad sexual recíproca y afectiva libremente consentida y pueden también experimentar algunas disfunciones sexuales, como la impotencia.

Mención aparte tendrían aquellos agresores sexuales con características psicopáticas, habitualmente considerados más violentos y reincidentes (Knight & Guay, 2006). Esta relación es compleja y se asocia frecuentemente a casos de violadores, violadores sádicos y delincuentes homicidas sexuales. Este tipo de sujetos pueden tener un estilo de vida criminal e historiales delictivos más extensos. Entre las variables que pueden participar en la precipitación y gravedad del delito se encontrarían la búsqueda de sensaciones, la instrumentalización del sexo, la falta de empatía con la víctima y la vinculación del placer sexual a la violencia y la dominación. Parece que la agresión sexual en el psicópata se acerca más a experimentar afectos positivos asociados al deseo y el placer sexual violento que a los afectos negativos (De Lasala-Porta, 2013).

Habitualmente se cree que los agresores sexuales son individuos con alta probabilidad de reincidencia, ya que sus motivaciones se mantienen estables y resistentes a cualquier modificación. En el estudio de la reincidencia han tenido un papel clave los análisis metaanalíticos donde se ha tomado como variable dependiente la reincidencia delictiva a través de marcadores como la detención policial o reingreso en prisión a partir de distintos tipos de reincidencia: sexual, violenta no sexual o cualquier tipo de delito (Herrero-Mejías, 2018). Lo cierto es que la mayoría de los agresores sexuales no reinciden o si reinciden sea en delitos de naturaleza no sexual. En este sentido, cuando introducimos en la ecuación las características psicopáticas y un alto grado de especialización, el potencial riesgo de reincidencia aumenta significativamente.

## **Tratamiento del psicópata en la actualidad**

Tal vez uno de los grandes problemas que arrastra el estudio de la psicopatía es la falta de consenso en su definición, los límites del constructo y la mejor manera de evaluar sus características (Lilienfeld et al., 2015). En este sentido, la PCL-R ha contribuido sustancialmente a la investigación de la psicopatía, pero la principal crítica se sustenta en que se trata de una herramienta para evaluar y por tanto no debe ser, como tal, el modelo teórico desde el que trabajar (Skeem & Cooke, 2010). En términos generales la psicopatía es definida por algunos autores como un tipo de trastorno de personalidad o un síndrome clínico, aunque tal vez la aproximación más acertada sea la consideración del constructo como un patrón de comportamiento caracterizado por déficits en las esferas afectiva e interpersonal (ausencia de vinculación y remordimientos, falta de empatía). Este patrón de comportamiento puede entrar en conflicto con la norma moral y legal de una sociedad. Aunque la psicopatía es un factor de riesgo para la violencia, no todos los psicópatas delinquen, es decir, psicopatía no es sinónimo de delincuencia.

Se trata de un constructo de gran interés para la psicología forense y el área de psicopatología y personalidad. Hoy en día existe un caos conceptual que lleva a que profesionales y legos confundan la psicopatía con otras categorías como el Trastorno Antisocial de la Personalidad, lo que implica un solapamiento y un uso erróneo de dos constructos muy diferentes. En el caso de la psicopatía cobran especial relevancia rasgos de naturaleza afectiva e interpersonal que no tienen por qué derivar necesariamente en patrones de conducta antisocial o delictiva. En relación con las repercusiones forenses de la psicopatía, en la jurisprudencia y doctrina jurisprudencial española, la tendencia general es a considerar al psicópata como penalmente responsable, a no ser que exista comorbilidad (consumo de sustancias o psicopatología) que incida con suficiente intensidad sobre el criterio psicológico y resorte normativo del sujeto en el momento de cometer el acto delictivo (Dujo & Horcajo, 2017).

La descripción de la psicopatía, tanto en el contexto clínico como forense, se ha valido de la PCL-R (Psychopathy Checklist-Revised) de Hare (2003) como principal referente, tanto para el corpus teórico, como para su medición. La PCL-R abarca tanto rasgos afectivos e interpersonales como aspectos conductuales, distribuyéndolos en 4 facetas (Interpersonal, estilo de vida, emocional y antisocial; Tabla 1). Aunque la tendencia imperante es a considerar la psicopatía como un continuo (enfoque dimensional) los puntos de corte en los diferentes estudios suelen estar entre 25 y 30 (sobre 40). A pesar de su aceptación, la PCL-R no está exenta de críticas (DeMatteo et al., 2020). Tradicionalmente, los tres argumentos que han apoyado el uso de la PCL-R en el contexto forense ha sido el potencial predictivo de la conducta delictiva, la tratabilidad clínica y la falta de conciencia. Sin embargo, la revisión sistemática de Rosenberg et al. (2020) pone de relieve que estas tres afirmaciones tienen un respaldo empírico limitado. En cuanto a su prevalencia, en población general adulta oscila entre el 1% y el 4,5 % (Sanz-García et al., 2021), mientras que en población forense existe una gran variabilidad dependiendo de los instrumentos y puntos de corte establecidos para definir la psicopatía. En este sentido las cifras oscilan entre un 10 % y un 35 % (Fox & DeLisi, 2019).

**Tabla 1.**

*Componentes de la psicopatía, escala PCL-R*

<b>FACTOR I</b>	<b>FACTOR II</b>
<b>Faceta 1: Interpersonal</b>	<b>Faceta 3: Estilo de vida</b>
Locuacidad/encanto superficial	Necesidad de estimulación/tendencia al aburrimiento
Egocentrismo/sensación grandiosa de autovalía	Estilo de vida parásito
Mentira patológica	Falta de metas realistas a largo plazo
Dirección/manipulación	Impulsividad
	Irresponsabilidad
<b>Faceta 2: Emocional</b>	<b>Faceta 4: Antisocial</b>
Falta de remordimiento y culpabilidad	Falta de control conductual
Escasa profundidad de los afectos	Problemas de conducta precoces
Insensibilidad/falta de empatía	Delincuencia juvenil
Incapacidad para aceptar la responsabilidad de sus acciones	Revocación de la libertad condicional
	Versatilidad criminal
<b>Ítems adicionales (no saturan en ningún factor ni faceta)</b>	
Conducta sexual promiscua	
Varias relaciones maritales breves	

Tradicionalmente, las posturas acerca del tratamiento de la psicopatía han sido pesimistas (Dujo & Horcajo-Gil, 2017; Salekin, 2002). El pesimismo tiene sus raíces en los trabajos de Cleckley y el estudio de Rice et al. (1992) que sentó las bases de la idea de intratabilidad del psicópata. La idea que se extrajo es que no solo no eran tratables, sino que la intervención con psicópatas podría aumentar el riesgo violencia y reincidencia futura. Esta premisa se sustenta en parte de la creencia de que, para que la psicoterapia sea efectiva, el paciente debe ser capaz de establecer vínculos y conexiones emocionales, lo que choca frontalmente con la manipulación y la desconexión emocional del psicópata (Hech et al. 2018)

Puntuaciones elevadas en la PCL-R suele ser uno de los predictores más fuertes del abandono del tratamiento (Olver et al., 2011), especialmente el Factor 1 (en adelante F1) ya que la características afectivas e interpersonales son elementos que potencialmente interfieren en el tratamiento, reducen el progreso y facilitan su abandono (Daly, 2017, Hobson et al., 2000), dificultando igualmente la alianza terapéutica con el terapeuta (DeSorcy et al., 2020). En este sentido el estudio de DeSorcy et al. (2020) señalan que puntuaciones altas en la faceta afectiva se asocian con alianzas más débiles, mientras que la faceta “estilo de vida” se asocia con puntuaciones más bajas en las tareas. En este mismo estudio se señala que la fuerza de la alianza no estaba asociada significativamente con los resultados de reincidencia.

Los delincuentes psicópatas pueden presentar comportamientos disruptivos en sesión, pueden ser intimidatorios, romper las normas y los límites impuestos, monopolizar las discusiones, acosar a compañeros y mostrar una falta de interés y responsabilidad con el tratamiento y el grupo. Pueden ser mentirosos y poco creíbles, ya que la existencia de una clara ganancia secundaria los puede llevar a manipular al personal para obtener beneficios del tratamiento (Olver, 2018).

Uno de los metaanálisis de referencia en al estudio de la tratabilidad de la psicopatía, e inicio de posturas más optimistas, es el de Salekin (2002). El metaanálisis analizó 42 estudios que abarcaban 60 años de investigación clínica. Entre los problemas que se pudieron destacar están la falta de intervenciones específicas y la gran variabilidad de los tratamientos utilizados

(terapia cognitivo conductual, comunidades terapéuticas, psicoanálisis), el múltiple número de indicadores del progreso de los participantes (indicadores emocionales como la culpa, la ansiedad o la depresión, cambios en las relaciones sociales y en actitudes prosociales, reducción del comportamiento antisocial), la heterogeneidad del diseño de los estudios (estudios de caso, sin grupo control) y la ausencia de una operacionalización del constructo psicopatía (Hech et al., 2018). A pesar de todas las limitaciones que se señalan, un 60 % de los sujetos tratados mostraron algún tipo de mejoría.

Precisamente una de las grandes críticas al estudio de la posible eficacia de los tratamientos era la ausencia de ensayos controlados aleatorizados (RCT, randomized controlled trial). En cambio, sí que hay estudios con diseños cuasi experimentales, no existiendo grandes diferencias en el tamaño del efecto. Estos estudios son suficientemente rigurosos para abordar la cuestión de la eficacia de los tratamientos (Polascheck y Daly, 2013).

El cambio de tendencia de la “intratabilidad” al “optimismo” se ha ido construyendo a través de la implantación de programas basados en el modelo Riesgo-Necesidad-Responsividad (R-N-R) de Andrews y Bonta (2010), uno de los más importantes en el contexto de la prevención, evaluación y tratamiento de la delincuencia. El modelo RNR en un metaanálisis de 80 programas institucionales (Andrews et al., 1990) supuso una mayor reducción de la reincidencia en comparación con programas inespecíficos. Los programas inapropiados son aquellos que no son directivos ni estructurados y se basan en un asesoramiento general y baja delimitación de las necesidades criminógenas de los participantes (Andrews & Bonta, 2010).

Dentro del paradigma del modelo de dos componentes, Wong (2015) señala que el principal objetivo del tratamiento de la psicopatía debería ser la reducción del riesgo de violencia, pero se parte de la idea de que los programas deben estar orientados a trabajar con un gran número de factores de riesgo dinámicos, no solo aquellos que muestran una relación directa con la violencia, ya que pueden ser factores que contribuyan, por ejemplo, a un estilo de vida antisocial (Polaschek & Wong, 2020).

La pregunta que surge es si debemos cambiar las características de personalidad y la vivencia emocional de estos sujetos (F1) o, en cambio, debemos centrarnos en las variables relacionadas con el comportamiento antisocial (Factor 2, en adelante F2). Lo que sabemos es que las puntuaciones del F1 permanecen estables en el tiempo mientras que las del F2 se reducen con la edad, concretamente, a partir de los 45 años (curva del desistimiento criminal). Además, aunque otros metaanálisis han encontrado que el F1 predice resultados de violencia y otras formas de reincidencia, su precisión predictiva ha sido inferior a la del F2. Lo que parece claro es que el F1, especialmente la faceta afectiva, está muy asociado con interferencias en el tratamiento y su abandono. De esta manera se considera necesario trabajar en el F1, aunque el objetivo principal del tratamiento es trabajar sobre el F2 debido a su correlación con el comportamiento criminal y el riesgo de reincidencia, además de ser variables potencialmente más modificables (necesidades criminógenas; Wong et al, 2012).

Las características del F2 tales como irresponsabilidad, estilo de vida antisocial, búsqueda de sensaciones y ausencia de objetivos e irresponsabilidad se asocian directamente con el comportamiento antisocial del sujeto y su estilo de vida, por lo que son el objetivo de los tratamientos para reducir el riesgo de violencia y criminalidad en base a la reducción de las

necesidades criminógenas del sujeto (Andrews & Bonta, 2010; Lipsey, 2009). McGuire (2008) señaló en su metaanálisis que había suficiente evidencia para afirmar que las características asociadas al F2 podían reducirse en base a intervenciones orientadas al entrenamiento de habilidades psicológicas.

El trabajo con el F1 implica el entrenamiento del personal para que entiendan el constructo psicopatía. Tener un amplio conocimiento de cómo pueden ser los psicópatas en sesión (tendencia a la manipulación, ruptura de límites). Supone ajustar las expectativas y las características del personal entrenado. Es muy importante la comunicación, el manejo de la contratransferencia y el mantenimiento de los límites. En el tratamiento con psicópatas uno de los eslabones más débiles es la motivación, lo que implica trabajar desde la empatía (aunque esta no sea recíproca), apoyar la autoeficacia, evitar la confrontación y manejar la alianza terapéutica mediante objetivos comunes, así como negociar las tareas terapéuticas a realizar. Mediante las interacciones se puede modelar en los delincuentes actitudes y alternativas más prosociales, hacer uso de los recursos de la comunidad, resolver de problemas y distintas formas de relacionarse con los demás (Dowden & Andrews, 2004).

En relación con el trabajo sobre F2, el primer punto implica delimitar las necesidades criminógenas que van a ser objeto de intervención. Se sabe que los delincuentes con características psicopáticas poseen un gran número de necesidades criminógenas tales como déficits en la educación y el empleo, familias desestructuradas, problema de consumo de sustancias, relaciones sociales delincuenciales, ocio no protector, y amplios historiales criminales. Además, en el caso de existir delitos de naturaleza sexual, el programa debe ajustarse a dichas necesidades.

**Tabla 2.**

*Factores de riesgo dinámicos en el tratamiento con delincuentes violentos de alto riesgo*

<b>Factor de riesgo dinámico</b>	<b>Intervención</b>
Déficits en la regulación emocional	Entrenamiento en tolerancia al malestar, atención plena, entrenamiento de relajación
Creencias delictivas	Reestructuración cognitiva, diarios de pensamientos
Familia/ grupo social antisocial	Estrategias para gestionar los riesgos asociados al contacto con grupos antisociales. Habilidades para desarrollar y mejorar los apoyos prosociales
Bajo autocontrol	Análisis de coste-beneficio, tolerancia al malestar, resolución de problemas.
Consumo de sustancias	Tratamiento específico dirigido a la moderación o la abstinencia, estrategias de gestión emocional, atención plena, entrenamiento en autocontrol, prevención de recaídas.
Estilo comunicativo agresivo	Habilidades de comunicación, entrenamiento de asertividad, resolución de conflictos.
Patrón relacional íntimo antisocial	Habilidades sociales y de comunicación, resolución de problemas, resolución no violenta de conflictos

Inestabilidad laboral, bajo compromiso, falta de habilidades laborales	Identificación de preferencias laborales, trabajo en habilidades vocacionales específicas, establecimiento de metas y autorregulación, control de impulsos, resolución de problemas y habilidades de comunicación.
Ocio no estructurado	establecimiento de metas, empleo, identificación de actividades valiosas y estrategias de planificación.
Apoyo comunitario prosocial escaso	Aprender a crear relaciones con la comunidad. Trabajo con las relaciones familiares disfuncionales. Reconstrucción de relaciones con prosociales.
Ausencia de estrategias para el manejo de situaciones de alto riesgo	Aumento de la comprensión del delito y las vías para delinquir. Identificación y desarrollo de recursos y planes para el manejo del riesgo
Cumplimiento deficiente de los requisitos de la sentencia	Habilidades de autocontrol, análisis de coste-beneficio, habilidades de construcción de relaciones prosociales, resolución de problemas, compromiso con un estilo de vida prosocial.

Adaptada de Polaschek y Wong (2020)

Se han de evaluar los factores de riesgo dinámicos para poder conocer la dosis e intensidad necesaria para el tratamiento. Las herramientas más habituales son el HCR-20, el VRS (Violence Risk Scale; Wong, 1999; Wong 2003) y su versión para delincuentes sexuales (VRS-SO, Wong et al. 2003-2017) y el LSI-R (Level of Service Inventory, Andrews & Bonta, 1995). Otros instrumentos que también son utilizados habitualmente son el SAPROF (Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk, de Vogel et al., 2012) y el LS-CMI (Level of Supervision/Case Management Inventory, Andrews et al., 2004).

Estos instrumentos aportan información sobre el nivel de riesgo, priorizando las áreas que requieren más atención e identificado los objetivos y las necesidades de cambios, monitorizando los avances y facilitan la operacionalización y la comprensión de las variables que configuran el riesgo de cada sujeto para vertebrar el tratamiento.

La aplicación de estas herramientas aporta una línea base sobre la que planificar la intervención. Además, en la aplicación del tratamiento se deben tener en cuenta variables propias de entornos institucionalizados como actitudes criminales, patrones de agresión interpersonal, agrupaciones antisociales o impulsividad. Por ejemplo, en entornos con una supervisión estricta y existencia de apoyos en los que se mantienen conductas de agresión o intimidación, dichas conductas pueden suponer un indicador de actitudes pro-violencia sobre las que trabajar. En cambio, un indicador positivo puede ser la adquisición de conductas prosociales en la resolución de problemas, la evitación de los compañeros más problemáticos y la adquisición de responsabilidades o trabajos institucionales. Todos estos indicadores aportan información acerca de la potencial modificación del Factor 2 durante el tratamiento (Olver, 2018).

Entre programas referentes aplicados a delincuentes con rasgos psicopáticos se encuentran el *Clearwater* y el VRP (Violence Reduction Program, Wong y Gordon, 2013). El VRP deriva del programa para el control de la agresión (ABC) y el VPU (Violence Prevention Unit, Polashek et al., 2005). Ambos programas parten de un modelo RNR y un abordaje cognitivo conductual y basado en la teoría del aprendizaje social. Ambos incluyen trabajo grupal con el objetivo de crear un contexto social facilitador de cambios significativos.

En el propio contexto neozelandés destaca el programa HRPP (High-Risk Personality Programme). Se trata de un programa dirigido a la gestión del riesgo en adultos con rasgos psicopáticos en el contexto penitenciario (peligrosidad media-alta). Su principal objetivo es reducir los delitos violentos mediante el abordaje de las conductas más asociadas con la violencia. El programa se centra en adquirir capacidades de regulación y estabilidad para favorecer la adaptación posterior a la comunidad. El programa ha resultado ser eficaz en la reducción de la violencia y de los factores de riesgo dinámicos en general. Los datos en reincidencia no fueron concluyentes (Wilson & Tamatea, 2013)

También destaca el The Chromis Programme. Se trata de un programa diseñado específicamente para reducir el riesgo de violencia en sujetos agresores con puntuaciones elevadas en características psicopáticas. El enfoque está orientado a reducir el riesgo individual de violencia y criminalidad (Tew & Atkinson, 2013) y se basa en distintas propuestas como el RNR (Andrews & Bonta, 2010) o el Good Lives Approach (Ward & Brown, 2004).

¿Pero todo lo expuesto funciona? El metaanálisis de Yang et al. (2010) con población forense pone de relieve una relación moderadamente fuerte entre violencia y el F2 (AUC .65-.67), pero no ocurre lo mismo entre los rasgos principales de la psicopatía y la violencia (AUC .56, ns). El estudio fue replicado por Olver et al. (2012) con idénticos resultados. Los estudios en general vienen a indicar que el trabajo orientado a cambiar los rasgos nucleares de la psicopatía (F1) no son efectivos, mientras que los tratamientos enfocados al comportamiento antisocial arrojan resultados más alentadores. El estudio de Wong et al. (2012) señala que la reducción de la conducta antisocial no se da en forma de escalón si no que es gradual, estando condicionada por la efectividad y duración del tratamiento y el apoyo de la comunidad. Igualmente, consideran que la sustitución de comportamientos delincuenciales por alternativas prosociales es la clave en el desistimiento de la conducta criminal.

En caso del VRP, como es nuevo pero muy similar al ABC suelen emplearse los resultados de eficacia de este por analogía (Polashek & Wong, 2020). En un estudio con una muestra de 150 hombres delincuentes de alto riesgo con características psicopáticas y tratados durante ocho meses, los resultados pusieron de relieve una reducción del riesgo de reincidencia (Lewis et al, 2013; Olver et al. 2013).

En general, el efecto de los tratamientos se puede apreciar en un descenso de los niveles de reincidencia mediados por cambios en los factores de riesgo dinámicos (Polashek & Daly, 2013). Sin embargo, esta afirmación no puede tomarse como axiomática o general, ya que los resultados de los estudios son heterogéneos al respecto. Por ejemplo, Olver et al. (2013), también en un estudio con participantes del programa ABC observaron que los participantes con puntuaciones muy altas en la PCL-R obtuvieron menos cambios en la VRS y presentaron mayor probabilidad de ser condenados de nuevo por violencia.



Observaron que la faceta afectiva predecía menos cambios en la VRS y, por lo tanto, se asociaba a violencia y nuevas condenas tras finalizar el tratamiento. Especialmente el F1, que corresponde al componente 1 del modelo de Wong (2012), se asociaría a problemas en el tratamiento (factor responsividad en el modelo RNR). Por eso es importante trabajar con el F1 durante el tratamiento a modo de contención, para permitir un trabajo directo con el F2 que abarca los factores de riesgo dinámicos (el verdadero objetivo debido a su relación con la reducción de riesgo).

El estudio de Olver y colaboradores (2013) señala una disminución del riesgo de violencia y reincidencia tras el programa y la puesta en libertad en individuos con rasgos psicopáticos significativos. Además, los individuos con una escala PCL-R elevada que presentaron pocos cambios en el riesgo, medido a través de un test PCL-R, presentaron índices significativamente más elevados de reincidencia violenta posterior, en comparación con los individuos que obtuvieron un PCL-R elevado y a los que les había funcionado el tratamiento. En este estudio la faceta 1 (afectiva) resultó ser mejor predictora de la violencia que F2.

En el estudio de Wong et al. (2012) se aplicó el programa ABC (diseño cuasi-experimental) a 32 hombres categorizados como psicópatas (PCL-R: 28,6) y se compararon con 32 hombres de similares características, pero sin tratamiento (PCL-R: 28). No se obtuvieron grandes diferencias en materia de violencia, pero los sujetos tratados presentaron menos sentencias relacionadas con los nuevos delitos. Las sentencias habitualmente se toman como “termómetro” de la gravedad del delito en el paradigma de la valoración de la eficacia de los tratamientos. Esto puede indicar que a pesar de que el tratamiento no erradica la reincidencia sí supone una “reducción de daños” al disminuir la gravedad de la reincidencia.

Olver y Riemer (2021) llevaron a cabo un novedoso estudio aplicando un tratamiento a delincuentes sexuales con rasgos psicopáticos (N: 461) para valorar la asociación ente reincidencia y los factores de protección, encontrando que el papel de estos puede ser significativo en el descenso de la reincidencia en sujetos con puntuaciones altas en psicopatía.

En el caso de los estudios relacionados con delincuentes sexuales y características psicopáticas, uno de los más importantes fue el de Olver y Wong (2009) con una muestra de 156 delincuentes sexuales a los que se les había aplicado el programa de alta intensidad Clearwater. Este programa tiene un enfoque cognitivo conductual y parte de un paradigma similar al programa ABC. A los participantes se les calificó utilizando el VRS-SO y la PCL-R (pre y postratamiento). Un 73,3 % de los sujetos con mayores puntuaciones en psicopatía terminaron el tratamiento. De los que terminaron el tratamiento, un 60,6 % presentaron menos cargos violentos en comparación con los que no terminaron el tratamiento (91,7 %). También se obtuvieron reducciones en el riesgo de violencia sexual. En esta misma línea Sewall y Olver (2017) obtuvieron un 70,1 % de sujetos que terminaron el tratamiento. La faceta afectiva se asoció con la culminación del tratamiento y una disminución del cambio terapéutico. Sin embargo, a diferencia del estudio anterior de Olver y Wong no se apreciaron diferencias significativas en reincidencia sexual y violenta entre tratados y no tratados, lo que llevó a los autores a señalar que completar el programa no implica hacerlo adecuadamente.

En el marco del Warkworth Sexual Behavior Clinic (WSBC) un programa para delincuentes sexuales en prisión, Langton et al. (2006) en una muestra con 418 delincuentes

tras 5 años de su puesta en libertad, encontraron que los sujetos con puntuaciones altas en psicopatía (PCL-R: 25) y que tenían un comportamiento disruptivo en el tratamiento, presentaban mayores índices de reincidencia sexual que aquellos sujetos con características psicopáticas que habían tenido buen comportamiento. Esta evidencia se extiende a la violencia general, aunque la correlación no fue significativa.

Por lo tanto, a modo de conclusión y ante la pregunta ¿puede tratarse la psicopatía? La respuesta es que sí, pero depende de la aplicabilidad de programas estructurados, integrados, de alta intensidad, ajustados a las características específicas de los participantes y dirigidos a reducir el riesgo de violencia o violencia sexual. Es decir, mediante enfoques orientados a trabajar con los factores dinámicos (F2) de la psicopatía. Aunque los tratamientos se orienten a las necesidades criminógenas no se ha de ignorar el F1. La motivación al cambio y una postura receptiva a la modificación de la propia conducta o actitudes es un elemento esencial en un proceso terapéutico que suele estar ausente en la personalidad criminal. La participación voluntaria y el deseo de cambio correlaciona positivamente con el resultado, y aunque no podemos esperar esto de manera desinteresada y genuina en un individuo con características psicopáticas, al menos debe existir una mínima aceptación del programa. Tanto la estructuración como individualización del tratamiento a largo plazo son aspectos clave de cara a reducir el riesgo de reincidencia. Para ello, como consideraciones preliminares se debe partir de unos límites claros y consistentes, estableciendo un ambiente cálido, positivo y comprensivo para intentar reducir el riesgo de interferencia (Livesley, 2007).

Aunque la evidencia empírica aún es escasa, existen muchas limitaciones metodológicas y además faltan programas especialmente diseñados para tratar la psicopatía desde un marco teórico más sólido del constructo (Hecht et al., 2018), los resultados han sido los efectivos y alentadores (desde un optimismo cauteloso; Lewis et al., 2012; Olver y Wong, 2009; Polashchek, 2011; Polaschek y Kilgour, 2013; Tew y Atkinson, 2013).

Pero para poder mantener este optimismo es necesario que exista una infraestructura y unos recursos (personal entrenado, apoyo institucional, coordinación de servicios, etc.) que permitan el diseño y la implantación de este tipo de programas que dentro de sus limitaciones puedan ser modelos de intervención específicos para este tipo de delincuentes. Por lo tanto, se puede concluir que los programas más prometedores para tratar a delincuentes con características psicopáticas parten de un modelo RNR y cognitivo conductual, se entran en las necesidades criminógenas, presentan un nivel de intensidad ajustado a los agresores violentos o sexuales en función del riesgo moderado o elevado y cuentan con un amplio nivel de implicación personal (atención y supervisión de los participantes; Olver, 2018).

## **Objeto pericial**

A petición de la Junta de Tratamiento del Centro Penitenciario, se emite informe pericial psicológico de D. A.M.F., procediendo a evaluar la posible presencia de psicopatología y riesgo de reincidencia, así como la necesidad de tratamiento terapéutico.

## Método

Para la emisión del presente informe pericial psicológico se han realizado las siguientes entrevistas, observaciones y pruebas clínicas complementarias:

### A. Entrevistas y observaciones:

- Entrevistas clínicas semiestructuradas y de valoración del riesgo: seis sesiones de evaluación, realizadas de septiembre a octubre de 20XX con una duración aproximada de 12 horas. Dichas entrevistas estuvieron basadas en el modelo de entrevista recomendada para la obtención de datos del HCR-20, SVR-20 y SARA. Adaptada y ampliada “*PCL Interview*” por Odette Terol Levy.
- Observación clínica durante todo el proceso de exploración y evaluación.
- Entrevistas con los técnicos del interno en el Centro Penitenciario (educador y psicóloga).

### B. Pruebas complementarias

Administración de las siguientes pruebas psicodiagnósticas:

- PAI. Inventario de Evaluación de la Personalidad (Ortiz-Tallo et al., 2011). TEA Ed.
- MCMI-IV. Inventario Clínico Multiaxial de Millon – IV. Pearson Ed., 2018
- SVR-20. Manual de valoración del riesgo de violencia sexual. Traducida y adaptada para población penitenciaria española por Martínez, Hilterman y Pueyo (2005), del Grupo de Estudios Avanzados en Violencia (GEAV) de la Universidad de Barcelona.
- SAQ. Cuestionario de Autovaloración de Loza (2005). Adaptación a población española de Ballesteros, Graña y Andreu (2005).
- PCL-R. Escala de Evaluación de psicopatía de Hare revisada. TEA Ed., 2010.

### C. Otras fuentes de información

- Expediente penitenciario y sentencia judicial (consultada en prisión).

## Breve descripción de los hechos

Los hechos denunciados corresponden a delitos de agresión sexual, acompañados de robo con violencia, coacción, así como exhibicionismo a menores, durante el período de tres años, tiempo comprendido entre los años 20XX y 20XX. A lo largo de ellos, el peritado ha desarrollado una forma de acercamiento a sus víctimas, culminando en la gran mayoría de los casos con la agresión sexual. Según recoge la documentación judicial, los hechos probados hacen referencia a víctimas mujeres con edades comprendidas entre los 11 años y los 25 años, a las que el peritado se acercaba siguiendo un mismo patrón. Aprovechando la entrada en el portal de la víctima, el peritado se introducía en el mismo y esperaba el ascensor con ella. Cuando este llegaba, ambos entraban y al llegar al destino, el peritado le impedía la salida, sacando normalmente una navaja; presionaba entonces el botón de un piso superior, generalmente el último y le obligaba a salir, con amenazas y coacciones. Le pedía que le diera

todo lo que llevaba encima, obligándola después a desnudarse. En algunos casos le pedía que se diera la vuelta e introducía algún dedo por el ano, se masturbaba y le introducía el pene en la boca, llegando en ocasiones a conseguir una felación.

En otras ocasiones, exigía que se tumbase en el suelo para intentar penetración vaginal, no consiguiendo eyacular por falta de erección. También se recogen situaciones en las que, tras sacarse el pene y obligar a la víctima a cogerlo, exigía que le masturbase, al mismo tiempo que el peritado le tocaba pechos y genitales.

Tras estos hechos, sin causar daño físico a las víctimas, les exigía que permanecieran en el mismo lugar sin gritar, esperando a que él se fuera. El día de la detención, (día) de (mes) de 20XX, el peritado se encontraba en el inmueble de la víctima. Como era habitual en su forma de actuar, esperó a que la víctima entrara en el ascensor, siguiéndola, y una vez dentro, le amenazó con un cuchillo y pidió que le diera todo lo que llevaba, sin éxito, ya que no tenía nada de valor. Cuando el ascensor se paró, el peritado se percató de que había gente esperando en el rellano, saliendo del mismo precipitadamente y dándose a la huida. Según refiere el peritado, salió del inmueble sin dificultad y pudo haber escapado, llegando incluso a introducirse en su coche. Pero decidió regresar al lugar para comprobar qué repercusiones habían tenido sus hechos, siendo entonces detenido por la policía.

El peritado reconoció los hechos cometidos, aunque según refiere en el momento actual, no recuerda ciertas agresiones, como introducir ningún dedo por el ano. También admite tener la creencia de que la mayoría de las agresiones se producían por la noche, cuando volvía de estar con sus amigos. Sin embargo, según consta en la documental, muchas de estos ataques se llevaban a cabo entre las 11h y las 17h del día. Por otro lado, el peritado manifiesta que su intención nunca fue agredir a niñas, si bien confiesa que sabía que eran menores, mostrando su preferencia por los cuerpos jóvenes y bien formados. Incluso refiere que las adultas agredidas aparentaban ser más jóvenes. Actualmente, el peritado se encuentra cumpliendo una condena de 2X años, quedando X años para su puesta en libertad.

## **Datos extraídos de las entrevistas**

### *Antecedentes familiares*

Varón de 5X años de edad, con familia de origen estructurada, de nacionalidad española. Se cría en la casa de su abuela paterna, ubicada en zona señorial, con padres, tres hermanos, tres tías abuelas, una hija (prima del padre) y nieta de una de ellas, hasta la preadolescencia. Es el menor de los hermanos, dos varones y una mujer. Refiere sentirse muy cómodo en esta época. Su cuidadora era principalmente su hermana mayor y la prima de su padre, ejerciendo las tías abuelas de figuras permisivas y protectoras. Manifiesta que la relación con su madre era fría, ocupada en las tareas del hogar; presenta al padre como figura que aporta la parte económica, sin implicarse en la educación de los hijos. Cuando posteriormente el matrimonio se traslada con su prole a una casa propia en un barrio más humilde, más pequeña, el padre fallece (en plena adolescencia del peritado), dejando múltiples deudas debido según refiere al juego. Las relaciones con los hermanos nunca fueron especialmente afectivas. Con la hermana hubo más

contacto hasta el ingreso en prisión, declarando el peritado haberle dejado dinero durante algún tiempo.

### *Área social*

Nivel socioeconómico medio alto según refiere, cuando se encontraba toda la familia viviendo en el barrio exclusivo. Con el cambio de casa y fallecimiento del padre empeora la situación económica. El peritado regresa a su antiguo barrio en fines de semana y continua la relación con los amigos de la infancia. Refiere mantener hasta hace poco contacto con tres amistades de entonces, que incluso le han visitado en alguna ocasión en prisión. Manifiesta no tener vida social fuera de su círculo de amistades, con los que salía los fines de semana, dedicándose al trabajo el resto del tiempo. Cuando salía con ellos, hacían excursiones a la sierra, caminatas por la montaña y quedadas en casa de amigos. En estos encuentros podían entretenerse charlando, bebiendo, llegando a realizar actos no apropiados sin consecuencias legales, como colarse en un chalet por la noche y bañarse en la piscina, o incendiar una moto tras encontrarla abandonada.

No manifiesta interés ocio-cultural, como teatro o cine; aunque refiere haber pertenecido a un grupo *scout* desde los 7 años, llegando a ser monitor cerca de la treintena de edad. Declara no tener actualmente apoyo social por parte de sus hermanos, siendo la madre la figura mediadora con ellos. Manifiesta tener 2 o 3 amistades en prisión. Refiere que su estado ha ido mejorando desde que entró, ya que sentía que le apartaban por el tipo de delito. Sin embargo, pasa gran tiempo sólo, según relata, por tener que permanecer aislado al estar conectado a una máquina durante el sueño. No contempla planes de futuro a su salida de prisión.

### *Trayectoria académica/laboral*

El peritado se define como mal estudiante, vago y con temporadas de absentismo de hasta 4 meses. Dejó sus estudios de bachillerato y comenzó a trabajar en una empresa de instalación durante 2 años. Fue pasando por distintos puestos de cualificación baja. En algunos de estos trabajos, las relaciones con los superiores generaron conflictos que le llevaron a abandonarlos. Los dos últimos trabajos se mantuvieron durante cuatro años hasta la entrada en prisión. Uno de ellos, operario en el aeropuerto en turno de mañana, le proporcionaba estabilidad. Poco después, por mediación de una conocida del barrio, empezó a dar clases como profesor de autoescuela por la tarde.

En prisión ha tenido una trayectoria inestable, siendo disruptivo su paso por los distintos puestos. Refiere haber acabado en prisión los estudios de bachillerato. Ha tenido bajas laborales, y actualmente se encuentra en esta situación, llegando incluso a pretender una incapacitación.

### *Historial médico/ psicológico*

Como antecedentes médicos señala problemas de corazón, que le llevan a una intervención tras un infarto en prisión. También padece diabetes. Refiere un incidente por el

que se le operó de un brazo y está actualmente de baja. En la historia clínica consta una anotación de otra institución penitenciaria, reflejando carácter manipulativo, tras presunta ingesta masiva de pastillas para la hipertensión. El peritado refiere haber sufrido de fimosis, hasta su operación con más de 50 años de edad, estando internado en prisión. Actualmente, el peritado tiene pautado para sus dolencias para controlar su colesterol, hipertensión, arritmias, diabetes, prevención de infartos, así como para ayudarlo en el sueño.

No consta ningún antecedente o diagnóstico psicopatológico. Hábitos tóxicos: inicio de consumo esporádico de alcohol a los 13 años de edad, en contexto social. Informa que hasta entrar en prisión tomaba todos los días 2 o 3 cervezas. Junto con el alcohol, comienza el consumo esporádico de tabaco y desde los 20 años ha tenido un consumo esporádico de cannabis; durante 3 o 4 años, consumió cocaína todos los fines de semana. Nunca ha recibido tratamiento por ninguno de estos consumos.

### *Área sexual y de pareja*

Según informa, el peritado ha tenido contactos con chicas sin llegar a establecer relación formal. Relata tocamientos mutuos de genitales a modo de juegos cuando era adolescente, en los que participaban amigas de la pandilla. La relación que más le ha impactado ocurrió cuando contaba con apenas 20 años. Ella tenía 18, y refiere mantener sexo consentido basado en masturbación y felaciones a lo largo de dos años, sin ningún tipo de compromiso, especialmente por parte de ella. En muchas ocasiones, cuando el peritado era rechazado, se enfadaba con ella. También relata relaciones sexuales plenas con otra chica, pero sin compromiso por parte de él. Ambas chicas se conocían de la pandilla, y en algún momento el peritado tuvo relaciones en la misma época con ambas a la vez.

Describe las relaciones afectivas con las mujeres como inexistentes, sin tenerlas y sin buscarlas. Refiere que fuera de la pandilla no conseguía ningún acercamiento, habiéndose sentido frustrado las pocas veces que lo ha intentado. Presenta la agresión sexual como forma inadecuada de buscar placer y satisfacción sexual, afirmando que le era suficiente.

### *Antecedentes delictivos*

Niega antecedentes penales previos a los hechos probados. Admite conductas vandálicas, especialmente estando con sus amigos de adolescente, sin llegar a suponer contacto con la ley. Estando en prisión ha tenido alguna incidencia relacionada con la intervención de materiales prohibidos, relativos a la pornografía.

### **Exploración psicopatológica**

Apariencia y vestimenta adecuada, informal la mayoría de las veces. Está presente sin intención de involucrarse más allá de lo que él quiere (se producen muchos silencios a lo largo de toda la entrevista y da respuestas vagas, reticente a responder en ocasiones, así como presentar mala memoria durante toda la evaluación); llama la atención a las evaluadoras, con

tono irritado cuando se le pregunta otra vez por algo; contacto ocular, tono de voz y postura adecuados (excepto cuando se le presiona en ciertas partes de la entrevista con los delitos y lo relativo a las víctimas, donde sube el tono y se tensa, llegando a dar algún golpe seco con la mano en la mesa); manifiesta un buen ajuste con la realidad, adecuada percepción y control de la misma, se muestra consciente, orientado en tiempo, lugar y persona. Actitud pasiva, manipuladora, apática y contradictoria con falta de coherencia; dificultando la colaboración con las examinadoras.

Capacidad de atención y concentración adecuados a lo largo del proceso de evaluación. No se observan alteraciones sensorceptivas ni amnésicas. No presenta alteraciones en el curso y contenido del pensamiento. Inteligencia normal tras apreciación clínica. Empleo de lenguaje parco en palabras, con muchas muletillas. Estado de ánimo irascible, con indiferencia afectiva y ausencia de resonancia emocional cuando se menciona a la víctima (no expresa arrepentimiento). Presenta alteraciones de las funciones fisiológicas: problemas para conciliar el sueño (apnea del sueño), así como haber sido operado en 20XX de fimosis estando en prisión, a sus 50 años de edad.

Se constata interferencia en su área social (escasas relaciones interpersonales admitiendo haberlo pasado muy mal los primeros años dentro de prisión). Con interferencias en el área laboral (ha intentado varias veces dentro de prisión obtener una baja o una incapacitación; además en el momento de la evaluación estaba de baja laboral por una operación del brazo) y familiar (su madre estaba ingresada en cuidados paliativos y en el proceso de evaluación se le concedió un permiso extraordinario para que pudiera ir a despedirse de ella).

En cuanto a su forma de ser, se detecta la presencia de rasgos de personalidad rígidos, es manipulador, vago, egoísta y sin empatía por sus víctimas. No se aprecia alta motivación por tener buen comportamiento en prisión. Se aprecia “adaptación” al centro penitenciario a pesar de haber tenido problemas con compañeros y funcionarios desde un principio, aunque en la actualidad perduran por su carácter y la naturaleza del delito cometido.

El peritado no refiere sintomatología propia de sujetos drogodependientes. No se objetivan signos de dependencia ni de síndrome de abstinencia asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Niega planteamiento de ideación autolítica en el momento actual. Sí relata dos intentos de suicidio en su evolución psicobiográfica: una de adolescente (saltar por una ventana por desamor), y otro intento al ingresar en prisión, pero del que no conta información alguna.

Se aprecian indicadores que sugieren simulación, sobresimulación y disimulación de síntomas. Exagera para conseguir baja laboral o incapacitación, así como inventarse el intento de suicidio que no consta. Está intentando dar buena imagen de sí mismo y de sus inicios en la vida en un barrio de bien con amistades de siempre (estables y nivel socioeconómico medio-alto); aunque dice saber lo mal que lo tiene que estar pasando sus víctimas, insiste en que se importa él y lamenta los años que ha perdido en prisión. El peritado se contradice a lo largo de las entrevistas.

### Resultados de las pruebas psicodiagnósticas

*PAI* completo:

El perfil queda invalidado, al puntuar el peritado en inconsistencia (INC) con una  $T=76$  por lo que se concluye que los resultados del test no son válidos. Por ello se procede a pasar la versión abreviada del test como recomienda el autor.

*PAI* abreviado:

El perfil es válido según indican las escalas de validez, puntuaciones promedio excepto en inconsistencia INC  $T=64$ . Por lo que se debe proceder con precaución en la elaboración de hipótesis interpretativas, basadas en los resultados del resto de escalas PAI.

En resumen, un hombre tranquilo, con capacidad para afrontar el estrés (*Ansiedad -ANS-*,  $T=40$ ), pesimista (*Depresión -DEP-*,  $T=62$ ), algo preocupado por su salud (*Quejas somáticas -SOM-*,  $T=63$ ), pero poco entusiasta de las relaciones sociales, a las que se adapta sin dificultad (*Dominancia -DOM-*,  $T=46$ ); es independiente y está satisfecho consigo mismo (*Rechazo al tratamiento -RTR-*,  $T=53$ ). Los demás lo pueden considerar no empático, rígido, pero él se percibe como práctico; no le interesa mantener relaciones cercanas, ni duraderas y no le importa lo que opinen de él (*Afabilidad -AFA-*,  $T=39$ ), por lo que su perfil también recoge la posibilidad de que disponga de pocas amistades o que no esté satisfecho con estas (*Falta de apoyo social -FAS-*,  $T=61$ ).

El perfil señala tres ítems críticos [ítems: 34 Sigo reviviendo algo horrible que me ocurrió (BV); 75 Concilio fácilmente el sueño (F); 142 Nunca consumo drogas ilegales (F)], que no han podido comentarse con el peritado aunque se sabe por las entrevista que consumir drogas si ha consumido, tanto fuera como dentro de prisión en algún punto de su condena se daba “homenajes”, también ha hablado de su problema para conciliar el sueño, duerme con una máquina para la apnea del sueño además de achacárselo a la edad (que duerme menos); pero se desconoce porque no se ha podido volver hablar con él, qué evento horrible revive.

*MCMII-IV*

La validez de los resultados informa de la probabilidad de respuestas aleatorias y contradictorias, aunque las puntuaciones en las escalas de sinceridad (TB = 49), deseabilidad social (TB = 51) y devaluación (TB = 49) no invalidan la prueba.

En cuanto al estudio psicopatológico destacan el código de puntuaciones máximas de las escalas antisocial (TB = 75), sádico (TB = 70) e histriónico (TB = 68), así como la puntuación más alta, de 85, en la faceta de Grossman de antisocial interpersonal irresponsable. El perfil resultante sugiere una persona desleal, en la que no se puede confiar, que incumple o elude deliberadamente sus obligaciones personales. No es respetuoso con los demás y viola sus derechos. Evita las actividades que supondrían relaciones personales estrechas. Busca la aceptación, sin implicarse en las relaciones a menos que tenga la certeza de que será del agrado de los demás. Tiende a la tristeza, y el error puede sumirle en un estado más grave de desánimo.



Le atraen las aventuras fugaces y el hedonismo con poca visión de futuro. Presenta dificultad para percibir los sentimientos y emociones de otros, a quienes podría utilizar para satisfacer sus propios deseos y destacar. Igualmente, resultan prominentes los síndromes clínicos de espectro bipolar (TB = 85) y consumo de alcohol (TB = 85), así como consumo de drogas (TB = 75).

El peritado tiende a experimentar periodos de euforia superficial, autoestima exagerada, hiperactividad y falta de atención, impulsividad e irritabilidad, intercalados con periodos de gran tristeza y estado de ánimo bajo. Tiene una historia de alcoholismo recurrente, con presencia también de consumo de sustancias; probablemente le cuesta mucho reprimir sus impulsos para mantenerlos dentro de unos límites sociales convencionales, siendo incapaz de manejar las consecuencias personales de su conducta.

#### SVR-20

Se aprecia un nivel de riesgo global “alto”, por lo que urge intervención para su adecuado manejo cara a su próxima salida. Dentro de la escala “Funcionamiento psicosocial”, se aprecia presencia del factor en los siguientes ítems: 1 (*Desviación Sexual*), 5 (Uso de sustancias), 7 (*Problemas de relación interpersonal*), 8 (*Problemas laborales*), 9 (*Antecedentes de violencia no-sexual*); y presencia moderada en: 3 (*Psicopatía*), 6 (*Ideas suicidas u homicidas*). Dentro de la escala “Agresiones sexuales”, se aprecia presencia en: 12 (*Ofensas sexuales de alta densidad o frecuencia*), 13 (*Múltiples tipos de ofensas sexuales*), 15 (*Uso de armas o amenazas en la comisión de las ofensas sexuales*), 16 (*Escalada de frecuencia o gravedad de ofensas sexuales*), 17 (*Minimización o negación extrema de ofensas sexuales*). Dentro de la escala “Planes de futuro”, se aprecia presencia en: 19 (*Ausencia de planes realistas*) y 20 (*Actitudes negativas hacia el tratamiento*). Otras consideraciones para destacar, no cuenta con apoyo social solo mantiene contacto con la madre que está ingresada en cuidados paliativos al final de la evaluación del peritado; desde prisión se le concede la posibilidad de visitarla y acude.

Sumario de las puntuaciones de riesgo:

• Riesgo de violencia sexual	Bajo	Moderado	Alto
	( )	( )	( X )

-SAQ

El peritado obtiene en el cuestionario las siguientes puntuaciones:

Puntuación Total de ítems: 20

Número de ítems de validez contestados con sinceridad: 3

Número de ítems de validez falseados: 5

Se han obtenido 20 puntos tras la corrección de las respuestas del sujeto, lo que quiere decir, que en el momento de la presente evaluación el peritado presenta un nivel de peligrosidad medio y, por tanto, su riesgo de reincidencia es moderado (el intervalo de puntuaciones de dicho grado se encuentra entre 19 y 37 puntos).

Se debe destacar que a pesar de que el número de ítems falseados es 5, no se puede considerar falseamiento porque responde a la experiencia real del sujeto.

PCL-R

**Tabla 3.** Medida de las puntuaciones individuales en la PCL-R

ÍTEMS	MEDIDA DE LAS PUNTUACIONES INDIVIDUALES	*FACTOR 1	**FACTOR 2
1. Locuacidad / Encanto superficial	2	*	
2. Egocentrismo / Grandiosidad	1	*	
3. Necesidad estimulación / aburrimiento	0		**
4. Mentira patológica	2	*	
5. Dirección / Manipulación	2	*	
6. Falta remordimiento y culpabilidad	2	*	
7. Escasa profundidad de los afectos	2	*	
8. Insensibilidad / Falta de empatía	2	*	
9. Estilo de vida parásito	2		**
10. Falta de control conductual	2		**
11. Conducta sexual promiscua	1		
12. Problemas de conducta precoces	1		**
13. Falta de metas realistas a largo plazo	2		**
14. Impulsividad	2		**
15. Irresponsabilidad	2		**
16. Incapacidad para aceptar consecuencias	2	*	
17. Varias relaciones maritales breves	0		
18. Delincuencia juvenil	1		**
19. Revocación libertad condicional	0		**
20. Versatilidad criminal	0		
<b>SUMA: GLOBAL Y SUBTOTALES</b>	<b>28/40</b>		

Puntuación total: **28**

La puntuación global es la suma de las puntuaciones medias establecidas por los dos evaluadores para cada ítem. En este caso la puntuación total es de 28 puntos (véase tabla 3).

**Tabla 4.** Puntuación Directa en la PCL-R

PD	MUY BAJA	BAJA	MODERADA	ALTA	MUY ALTA
<b>28</b>				<b>X</b>	
	0	8	16	24	32
					40

Con esta puntuación, según los autores de la prueba no se puede señalar que estamos ante un sujeto con personalidad psicopática propiamente dicha (véase tabla 4), ya que no alcanza la puntuación de corte establecida al respecto (PD=30). El análisis por facetas con sus respectivas puntuaciones destaca por igual en las facetas afectiva y estilo de vida, seguida de la faceta interpersonal con una diferencia de un punto (véase tabla 5).

**Tabla 5.***Desglose por facetas de la PCL-R*

FACETAS:	ÍTEMS DE CADA FACETA	RESULTADOS PCL-R
Interpersonal	1/2/4/5	7 puntos
Afectiva	6/7/8/16	8 puntos
Estilo de vida	3/9/13/14/15	8 puntos
Antisocial	10/12/18/19/20	4 punto
Ítems no incluidos ni en factor ni en faceta	11/17	1 punto

La puntuación en el factor de desapego emocional es de 15 puntos, mientras que el factor conducta antisocial es de 12 puntos, indicando rasgos psicopáticos sobre rasgos antisociales (véase tabla 6). El peritado puntúa alto (PD=28) lo que indica la presencia de rasgos psicopáticos, aunque no se pueda determinar psicopatía, dado que no alcanza el punto de corte (PD=30) por dos puntos de diferencia.

**Tabla 6.***Desglose por factores de la PCL-R*

FACTORES	ÍTEMS	TOTAL
F1 Desapego emocional	1/2/4/5/6/7/8/16	<b>15 puntos</b>
F2 Conducta antisocial	3/9/10/12/13/14/15/18/19	<b>12 puntos</b>

### Integración de datos

La apreciación clínica de las evaluadoras, así como las escalas de validez tanto en PAI, MCMI-IV como a lo largo de las entrevistas, sugieren: inconsistencia y falta de sinceridad. Indicadores que revelan simulación, sobresimulación y disimulación de síntomas. Exagera para conseguir baja laboral o incapacidad, inventa intento de suicidio dentro de prisión; así mismo el MCMI-IV recoge que es un sujeto desleal, que elude sus responsabilidades, motivo por el que era despedido de los trabajos. Llega a verbalizar en la última entrevista que sincero 100% no ha sido “...si quieres que sea sincero del todo tengo que decírtelo. Sinceridad 100% no ha habido, es decir, no te voy a mentir... (se ríe) valga la redundancia” percibido a lo largo de las entrevistas, se contradice, no se ciñe a lo que se le pregunta, intentando manipular y hacerse con el dominio de la situación.

Estas formas responden a sus rasgos de personalidad evaluados a través de PAI, MCMI-IV y las entrevistas; primando los rasgos psicopáticos relacionados con el desapego emocional *Factor 1* (F1) según PCL-R y las entrevistas, donde se pone de manifiesto su locuacidad, manipulación, falta de resonancia emocional, sin profundizar ni observarse esta cuando habla de las víctimas o de su *modus operandi*, siendo lo único a resaltar que se enfada y muestra comportamientos agresivos (subir tono de voz y dar golpe), locus de control externo y falta de empatía (respeto por los derechos y sentimientos de los otros).

PCL-R, MCMI-IV, PAI son convergentes al detectar rasgos de desapego emocional, disfrute con la humillando al otro y ausencia de empatía; utiliza a los demás en su beneficio,

manipulando y maximizando la atención para conseguir lo que quiere siendo dramático (caprichoso).

MCMI-IV detecta la poca visión de futuro, lo que converge con la información extraída de las entrevistas, al ser preguntado por sus planes de futuro, careciendo éste de respuesta en la que haga un despliegue de un plan realista y elaborado. Incapaz de planificar.

En lo relativo al consumo de sustancias, los datos convergen al relatar consumo recurrente de alcohol y drogas (en entrevista “*me daba homenajes*” y en MCMI-IV); difiriendo la información en este punto con otra prueba afirmando que nunca consume drogas ilegales (PAI, ítem crítico 142 mencionado anteriormente).

En entrevista se emplearon ítems provenientes de instrumentos que evalúan el interés sexual hacia menores, con el objetivo de formular preguntas y estructurar la entrevista para explorar el interés del peritado. Dichos instrumentos son: Escala de Sexo con Niños (Sex With Children Scale SWCH) de Mann et al. (2007), que mide creencias que justifica el sexo con niños; Cuestionario de actitudes y comportamientos relacionados con internet (Internet Behaviours and Attitudes Questionnaire, IBAQ) de O’Brien y Webster (2007), que evalúa actitudes y comportamientos relacionados con la pornografía infantil en Internet; así como el Inventario de actividades relacionadas con niños y sexo (Children and sexual Activities Inventory, C&SA) de Howitt y Sheldon (2007), que mide distorsiones cognitivas en consumidores de pornografía infantil. Lo más significativo, extraído del empleo en preguntas de los constructos que evalúan estos tres instrumentos es el reconocimiento de lo que es adecuado como de lo que no lo es.

El peritado, no presenta justificaciones que apoyen el sexo con menores de edad; afirma que no hay programas efectivos para agresores sexuales; esto se le aplica a su caso personal dado que él ha pasado en dos ocasiones por SAC, sin apreciarse en el proceso de evaluación por parte de las evaluadoras que emiten este informe, un locus de control interno de los delitos cometidos, así como de su responsabilidad en ellos por parte del peritado. Es consciente de que los menores quedan afectados y son los que más tienen que perder tras haber sido agredidos (sin resonancia emocional), aunque afirme a posteriori importarse él, los años que ha perdido y no ha vivido por estar en prisión sin que nadie vaya a él, ni se preocupe por rehabilitarlo. Esta información extraída de las entrevistas encaja con la PCL-R donde el desapego emocional (F1) tiene mayor peso, relacionándose claramente con los rasgos de personalidad encontrados en PAI y MCMI- IV. La situación considerada estimulante tiene relación con la atracción por las aventuras fugaces, humillar, no mostrar respeto por los demás y carecer de empatía.

Esto a su vez se relaciona con la excitación de los minutos previos a la agresión sexual, la liturgia de salir, elegir, perseguir, abordar a la víctima en el portal, hasta agredirla.

La ilicitud de la pornografía que consumía le excitaba; asimismo admite gustarle los minutos previos a la agresión sexual, respondiendo a la selección de la víctima, persecución de ella, sí podrá ser pillado o no; respondiendo la excitación a la ilegalidad del hecho en sí (oportunismo). No sabiendo decir si el consumo de pornografía en Internet le ayuda a canalizar sus fantasías sexuales, o si el consumo de estas lo llevan a actuar como no haría normalmente.

En cuanto al riesgo de violencia sexual puntúa alto y presenta un riesgo de reincidencia moderado con nivel de peligrosidad medio según SVR-20 y SAQ respectivamente.

## **Impresión diagnóstica**

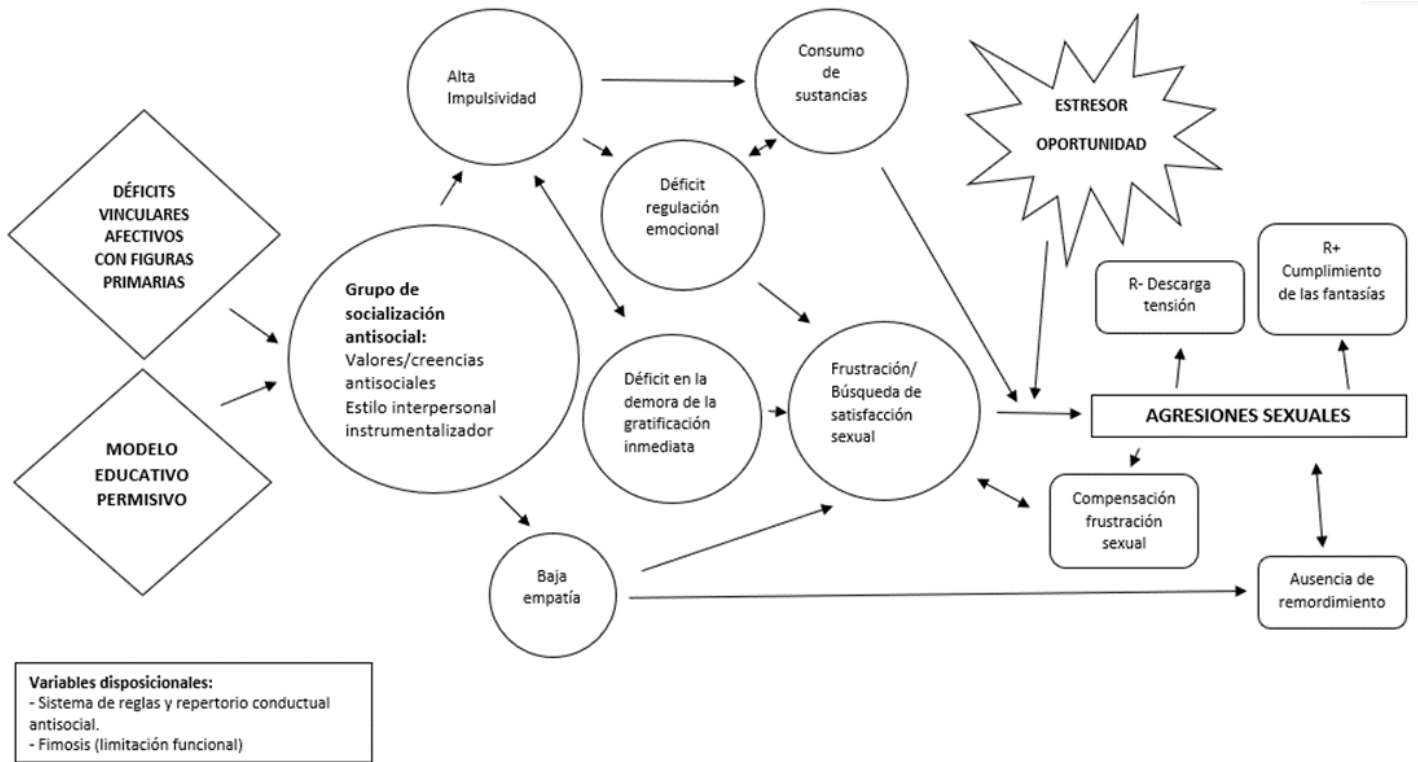
Según DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014), el interno presenta rasgos antisociales y psicopáticos que conforman un F60.2 Trastorno de la Personalidad Antisocial [301.7] con características psicopáticas. Desde el marco teórico de la PCL-R, el peritado, entendiendo el constructo psicopatía como un continuo, despunta en rasgos afectivos e interpersonales (FACTOR 1). En el presente caso una aproximación explicativa y funcional puede aportar más información que la categorial.

## **Formulación forense**

El peritado nace y se desarrolla en un entorno psicosocial normalizado, con varias figuras de autoridad femenina, detectándose ciertos factores de riesgo (falta de apego con las figuras paternas, y permisividad de las figuras que habían adquirido el rol de soporte familiar). Posteriormente, en la etapa de la adolescencia se suceden importantes cambios que requerirán readaptaciones y afectarán en el estado emocional del peritado, sin tener consecuencias psicopatológicas graves. Así, el cambio de domicilio en busca de independencia familiar, no obtiene el resultado esperado, por el fallecimiento al poco tiempo del padre del peritado. Ello obliga a la madre a sostener económicamente a la familia, dedicando gran parte de su tiempo a trabajar fuera de casa, imposibilitándose tanto el establecimiento del vínculo de apego con la figura materna, como la vinculación con el nuevo entorno, ya que el peritado regresaba siempre que podía al antiguo barrio en busca de sus amistades de siempre y favores de la familia que allí quedaba.

De esta manera, sobre la base de un apego inseguro, el peritado va enfrentándose a su socialización con habilidades sociales ineficaces, baja empatía, escasa tolerancia a la frustración, baja autoestima e impulsividad; abusando del alcohol y drogas como posibles herramientas de regulación para disminuir su malestar y como ocio. Todo ello, unido a un conocimiento inadecuado de sí mismo, donde la educación sexual se limita al conocimiento de iguales, y el padecimiento de fimosis no es objeto de atención hasta 2016 (operación), hacen que su relación con el sexo opuesto se restrinja a juegos sexuales con las amigas del grupo de referencia, sin que se haya establecido una relación afectiva y/o sexual sana, tanto dentro como fuera del mismo. Esta situación también se complica por el consumo continuado de pornografía, llevando al peritado a disponer en casa de material pornográfico de menores en posturas sexuales explícitas para su uso personal. De esta forma, los rasgos de personalidad antisocial, junto con la soledad que percibe el peritado y el deseo sexual, hacen que busque satisfacción de forma inadecuada, pasando de fantasías sexuales en imaginación a posteriormente llevar a la práctica todo un ritual que culmina con agresiones sexuales a jóvenes y menores (relaciones asimétricas: búsqueda de control y poder asociado a la satisfacción sexual). Por todo lo expuesto, el peritado se encuentra cumpliendo condena de 20 años desde 200X, llegando a romper relaciones con los hermanos, manteniendo contacto con la madre mediante teléfono y visitas programadas en prisión, y con tres amigos de la pandilla en una visita puntual.

## Modelo psicopatológico



## Contraste de hipótesis

### *Hipótesis 1: existencia de psicopatología/trastorno de personalidad*

En relación a la *Hipótesis 1*, el estudio realizado concluye que en el peritado están presentes rasgos de personalidad compatibles con el constructo psicopatía, concretamente en relación a las facetas afectiva e interpersonal. Estos rasgos constituyen en el peritado una manera específica, rígida, estable y consistente de relacionarse con el mundo y consigo mismo, poseyendo un potencial valor desadaptativo en entornos prosociales.

### *Hipótesis 2: factores de riesgos asociados a la agresión sexual.*

En relación a la *Hipótesis 2*, se han encontrado numerosos factores de riesgo asociados al abuso/agresión sexual: Factores relacionales [déficits vinculares tempranos, grupo de socialización antisocial]; Factores individuales [sexo impersonal, activación sexual ante estímulos desviados, motivación por el sexo]; Factores psicosociales [estilo de vida impulsivo, dificultades en la resolución de problemas, consumo de sustancias, autorregulación emocional deficiente]; Cogniciones sexuales [fantasías sexuales y posible preocupación asociada a inseguridad y frustración sexual]; Factores interpersonales [cogniciones asociadas a la violencia] y Cogniciones de género [baja empatía y adherencia a roles tradicionales de género].

### *Hipótesis 3: riesgo de reincidencia violenta “general” y “sexual”*

Tras el análisis de los factores de riesgo, se confirman ambas hipótesis: se aprecia un nivel “moderado” de riesgo de violencia no sexual y un nivel “alto” de violencia sexual.

## **Discusión forense**

### **Psicopatología y personalidad del peritado**

El peritado presenta rasgos de personalidad desadaptativos compatibles con el constructo psicopatía. Si nos ceñimos a la clasificación diagnóstica DSM, se cumplen los criterios establecidos para constituir un F60.2 Trastorno de la Personalidad Antisocial [301,7] con características psicopáticas. El peritado muestra fracaso para adaptarse a las normas sociales, deslealtad y tendencia a la mentira, falta de respeto hacia los demás, caprichoso y dificultad para percibir los sentimientos y emociones de otros, todo ello con escasos niveles de ansiedad, distanciamiento emocional y altos niveles de búsqueda de atención. Se aprecia también consumo de alcohol y drogas (cannabis y cocaína), con periodos de euforia superficial, autoestima exagerada, hiperactividad y falta de atención, impulsividad e irritabilidad; probablemente le cuesta mucho reprimir sus impulsos para mantenerlos dentro de unos límites sociales convencionales.

La presencia de rasgos psicopáticos asociados a las facetas afectiva e interpersonal implican una anestesia afectiva y una ausencia total de empatía y remordimientos. Sin embargo, estos sujetos sí pueden sentir cólera, ira o tristeza, cuando las cosas no son como ellos quisieran. Poseen capacidad de juicio conservada, es decir, diferencian entre lo que está bien o mal, pero no les importa (amoralidad) (Dujo & Horcajo-Gil, 2017). La baja tolerancia a la frustración lleva al peritado a experimentar cambios marcados o extremos en el estado de ánimo, traduciéndose en emociones radicalmente opuestas. La irritabilidad y la agresividad forman parte de su repertorio conductual (escasos recursos y estrategias alternativas). El peritado presenta altos niveles de impulsividad, baja latencia de la respuesta operante ante el estímulo discriminativo) y déficits en la regulación emocional. En el caso del peritado, el consumo de alcohol ha formado parte de su adolescencia, juventud y madurez, compaginado durante una época de su vida con el consumo de cocaína. También estos sujetos suelen ser irresponsables, y tener pocos remordimientos por las consecuencias de sus actos, justificando sus ofensas. El peritado llega a comentar su desconocimiento de la felación como forma de violación, aspecto íntimamente ligado a los factores de riesgo de la conducta sexual (Herrero-Mejías, 2018).

Respecto al origen de este tipo de rasgos, han podido desarrollarse como evolución de un aprendizaje cultural basado en el establecimiento de un apego inseguro, con las figuras encargadas del cuidado del peritado. Por un lado, la figura de la madre es presentada carente de emoción, con cierta frialdad, ocupada en las tareas del hogar, delegando la educación del peritado en las figuras mayores de autoridad; por su parte, el padre no parece haber establecido vinculación, no solo por su escasa presencia en el hogar, sino por no involucrarse en los problemas del mismo. En cuanto a las figuras adultas de referencia no paternas, se convierten

en cuidadores hasta los 12 años del peritado, combinando permisividad y control, colaborando en la creación de una personalidad déspota.

Por otro lado, es importante señalar los efectos de la duración de su condena en la psicología del peritado. En este sentido, el término de prisionización hace referencia al proceso por el que una persona, por consecuencia directa de su estancia en la cárcel, asume, sin que sea consciente de ello, toda la subcultura carcelaria, con su código de conducta y valores. Se puede diferenciar una prisionización superficial, como proceso de adaptación normalizado, no patológico. Por otro lado, hablaríamos de prisionización como institucionalización, expresando unos valores subculturales, unos comportamientos concretos, adjudicando la responsabilidad de éstos al ambiente, al entorno al que se pertenece (Goffman, 2007). En el caso del peritado, es muy probable que por el tiempo que lleva de condena en la cárcel, 17 años, haya adquirido unos comportamientos que superen su individualidad, identificándose con el entorno que le rodea.

Por último, según los datos obtenidos a lo largo de toda la exploración, no se puede establecer con certeza que el peritado usara ninguna sustancia psicoactiva en los días de los distintos hechos probados; a pesar de ello, tanto el alcohol, como cannabis y cocaína estuvieron presentes en la vida del peritado, convirtiéndose en factor de predisposición o vulnerabilidad, tanto de carácter social como individual.

Existen múltiples investigaciones que muestran que el abuso de sustancias puede incrementar el riesgo de violencia (Redondo & Genovés, 2013), por medio de diferentes mecanismos. De forma directa, a través de los efectos químicos de la droga, lo que provocaría desajustes en la capacidad de controlar emociones e impulsividad. Y de una forma indirecta, potenciando los síntomas característicos de trastornos como el trastorno antisocial de la personalidad o el trastorno límite de la personalidad (Redondo & Genovés, 2013).

Otras investigaciones inciden en la posibilidad de la comisión de delitos por usuarios de drogas (heroína y cocaína), de tres a cuatro veces más que por los no usuarios de drogas (Bennett et al., 2008). También se ha demostrado que existe una interacción muy peligrosa entre la cocaína y el alcohol; cuando se usan conjuntamente, el organismo los convierte en etileno de cocaína (cocaetileno). Su efecto es más duradero en el cerebro y más tóxico que por separado (Pastor et al., 2003), logrando un efecto desinhibidor sobre la conducta, que se traduce en impulsividad, explosividad y capacidad de juicio disminuida.

Molecularmente el etanol y la cocaína tienen muy poco que ver; sin embargo, ambas drogas funcionan como sustancias oportunistas que usurpan los sistemas cerebrales de control motivacional y emocional, originando un aumento de las sensaciones positivas asociadas al consumo, y podría justificar el mayor riesgo de consumo compulsivo y aparición de conductas caracterizadas por un control de impulsos deficitario (Farré et al., 2002).

Como se ha comentado anteriormente, en el caso del peritado, aunque no ha sido posible establecer el consumo de alcohol y cocaína los días en los que tuvieron lugar los diversos hechos denunciados, es posible que la combinación de alcohol y cocaína que refiere haber consumido, produjera un efecto muy tóxico, desinhibiendo la conducta sexual y aumentando su explosividad.



## Factores de riesgo analizados y riesgo de reincidencia

Según consta en la sentencia, D. A.M.F. es condenado por tres delitos, agresión sexual, robo con intimidación y exhibicionismo. En todas y cada una de las agresiones (la mayoría de las víctimas menores), D. A.M.F. lleva a cabo el mismo patrón de acercamiento, siendo el delito de robo con violencia un medio, una medida de acercamiento, una especie de preámbulo que forma parte de su ritual para acceder a la víctima. Una vez que esta quedaba asustada por el abordaje a punta de navaja D. A.M.F. les exigía que se desnudaran para cometer después la agresión sexual; concluyendo, por tanto, que el principal delito, del que los otros dos forman parte convirtiéndose en instrumentos, se refiere a la agresión sexual, en las distintas formas anteriormente mencionadas: felación, masturbación, tocamientos de genitales y pechos, penetración vaginal y anal con los dedos e intento de penetración vaginal con el pene.

Son evidentes las coincidencias en el modo de actuar en todos los ataques, como si se tratara de una “técnica aprendida” una especie de entrenamiento personal y solitario, que vendría a completar el reconocimiento al que aspira el peritado. De hecho, en uno de las agresiones en la que la víctima se niega a acceder a sus deseos, el peritado le responde “*me das pena*”, marchándose de la escena sin insistir. Esta respuesta parece un intento de quedar por encima de la víctima, interpretando con tono condescendiente la superioridad del agresor. El único ataque frustrado fue el último, por el que es detenido.

La taxonomía de Prentky et al. (1985) incluye ocho tipos de violadores en función de tres categorías: el significado de la agresión, el significado de la sexualidad y el grado de impulsividad. En el caso de D. A.M.F., la agresión sería instrumental, buscando la sumisión de la víctima. Su sexualidad es compensatoria, traduciendo alguna fantasía previa y, finalmente, es impulsivo, en consonancia con su necesidad de satisfacción inmediata y patología caracterial. Cabe destacar la excitación que provocan en el peritado todos los preliminares de la agresión sexual, llegando a disfrutar tanto o más, incluyendo la selección de la víctima, el seguimiento, así como la tensión de ser descubierto por ella.

También Ronald Holmes, en 1989, expone otra clasificación, destacando cuatro tipos de violador: violador por venganza, violador depredador, violador sádico y violador por afirmación de poder. Este último correspondería con el violador compensatorio del equipo de Cohen (1971). Constituye la tipología menos violenta, coincidiendo con el caso de D. A.M.F.: tendría un nivel académico bajo, viviría con los padres más tiempo de lo esperado, sería soltero, sin pareja sexual, ni muchas amistades, persona pasiva, asidua a pornografía. La motivación para violar tendría básicamente un cariz sexual, para elevar su autoestima. Y podría seguir violando periódicamente hasta ser detenido. Marshall y Barbaree, en 1990, proponen una teoría para explicar la etiología de la agresión sexual, consistente en la mediación de tres fuentes ambientales: las experiencias infantiles, el contexto sociocultural y los factores situacionales transitorios.

Con respecto a las experiencias infantiles, los autores proponen que algunas experiencias de los futuros agresores sexuales dificultan un afrontamiento exitoso de todos los cambios biológicos asociados a la época de la pubertad, que predisponen a la agresividad y al sexo. Un joven expuesto a situaciones negativas podría desarrollar una visión hostil del mundo

social, sentimientos de resentimiento y hostilidad. En el caso del peritado, aunque no se expuso a una educación agresiva con violencia explícita, vivió escasas demostraciones de afecto de las figuras paternas, exigiendo probablemente el cumplimiento de las normas sin recibir ningún tipo de reforzamiento por ello. Todo ello, junto a la permisividad de las otras figuras adultas de la casa, podría haber convertido al peritado en un adulto con poca empatía y centrado en sus propias necesidades. En este sentido, Soria y Sáiz (2012) comentan que el delincuente sexual suele pertenecer a un hogar carente de afecto, supervisión y cuidados, con determinadas condiciones poco favorables; y estas condiciones experimentadas durante la infancia harán sentir al sujeto confundido en el área sexual. El hogar del peritado carecía de normas establecidas por la figura materna, especialmente tras el fallecimiento del padre, recibiendo escasa supervisión por parte de las tías abuelas.

Ante determinados estímulos discriminativos, como la soledad o la pornografía, el peritado recurriría a la agresión sexual para satisfacer sus deseos. Formando estas agresiones sexuales parte de su ocio. Todo lo anterior estaría muy unido a la influencia de los factores culturales, como señalan los mismos autores, que se identificarían en la aceptación de la violencia interpersonal, la dominancia masculina y las actitudes negativas hacia las mujeres, fomentando la violencia sexual. En el caso del peritado, la ausencia de educación sexual le ha llevado a vivir las primeras experiencias en este terreno guiado por la pornografía, consumida en la pubertad por él y su entorno de iguales (con los que pasaba mucho tiempo en la calle y con los que viajaba, su grupo de Scouts).

La presencia de un modelo familiar no afectivo, con emociones controladas frente a un padre poco implicado en el hogar y una madre con escasa repercusión emocional y distante, especialmente cuando el padre fallece, hacen que el peritado no tenga referencia de modelos válidos y facilita la evasión con sus iguales. El contexto de ocio en su juventud, le permitía interactuar con la chica que le gustaba (por la que sintió algo muy fuerte, pero que ella lo rechazaba) y con las amigas de la pandilla (con algunas también tuvo según refiere “juegos” responde a tocamientos), y ya cuando fue monitor de *scouts* interactuar con chicas más jóvenes. Su ocio incluye alcohol, drogas, viajes (en grupo y en soledad), chicas-amigas más jóvenes; cuando la pandilla está emparejada (él está soltero) siguen reuniéndose a veces para cenar y salir.

Marshall y Barbaree, también señalan factores situacionales transitorios que podrían desinhibir puntualmente a un hombre y facilitar de este modo un comportamiento sexual agresivo. El peritado ha creado alguno de estos factores, como, por ejemplo, la intoxicación de alcohol. Pero, como mencionan los autores, los factores situacionales pueden interaccionar con vulnerabilidades individuales (modelo vulnerabilidad-estrés), creando una conducta final. De esta manera, el peritado sería especialmente vulnerable a factores que pueden desinhibir su conducta, debido a su historia personal que le ha dotado de habilidades de afrontamiento deficientes. Aunque no se constata el uso de drogas o alcohol los días de los hechos, esta situación sería compatible con la rutina de D. A.M.F. El consumo de alcohol se ha convertido en una pauta normalizada antes de entrar a prisión, a la que habría que añadir tanto el consumo semanal de cannabis desde los 13 años, como el uso de cocaína como parte del ocio a lo largo de fines de semana.

Antes de entrar en prisión su ocio consistía en salir de cena con los amigos de la pandilla de toda la vida (con los que consumía alcohol y drogas (cannabis y cocaína); todos casados o con hijos, parejas estables, siendo él soltero sin compromiso y sintiéndose bastante solo. Refiere que las agresiones sexuales están relacionadas con su soledad, no haberse interesado en buscar una pareja y no haber sido “putero”, y también por el consumo de pornografía, encontrando satisfacción sexual agrediendo a las menores. Salía a la caza (actuando oportunista e impulsivamente) porque “me daba lo que me daba”, “estaba caliente” y buscaba alivio sexual; cogía el coche y se ponía a buscar, veía una que le llamaba la atención (identificada como vulnerable) y procedía a perseguirla para adentrarse con ella en el portal y agredirla sexualmente. Además, consumía pornografía infantil que le fue requisada por la policía en un registro domiciliario. Cuando es preguntado si no intentó tener novia, él dice que nunca se le dio bien ligar, que cada vez que lo intentó le resultó frustrante, que carecía de habilidades.

Su situación actual vital es descrita como el peor momento de su vida, al llevar interno en prisión 17 años, además sin tener ningún permiso de salida y quedándole todavía 3 años de condena por delante para cumplirla íntegramente. Manifestando haberse “jodido” la vida y no haber podido disfrutar de ella. Aunque los primeros años temió por su vida dentro de prisión, en estos últimos años de su condena no lo siente así y cuenta con dos amistades dentro de la prisión. Estaba de baja laboral cuando se le evaluó por operación en un brazo por una caída.

### Conclusiones

Los técnicos firmantes del presente informe han redactado su contenido con imparcialidad, con arreglo a su leal saber y entender, según los principios de la Psicología, y emiten las siguientes conclusiones referentes al peritado D. A.M.F.:

PRIMERA. El peritado presenta rasgos de personalidad psicopáticos (con especial peso del Factor 1). Si nos ajustamos a la clasificación diagnóstica DSM se cumplen criterios para un F60.2 Trastorno de la Personalidad Antisocial [301.7] con características psicopáticas, afectando negativamente al funcionamiento psicosocial del sujeto.

SEGUNDA. El riesgo de reincidencia delictiva en la actualidad es moderado y el riesgo de reincidencia de violencia sexual es alto. Todo ello, junto al desapego emocional y falta de remordimiento por los delitos cometidos, convierten al peritado en un individuo con alto nivel de peligrosidad.

TERCERA. Se considera imprescindible una intervención psicológica individual específica sobre los rasgos psicopáticos señalados y los factores de riesgo de violencia encontrados, para su oportuno manejo y reducción.

### Referencias

- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5®), 5ª Ed. Editorial Médica Panamericana,
- Andrews, D. A. y Bonta, J. (1995). *Level of service inventory-revised (LSI-R): An offender assessment system. User's guide*. Multi-Health Systems.

- Andrews, D. A. y Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct*. Routledge.
- Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J., Gendreau, P. y Cullen, F. T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically-relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28(3), 369–404. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1990.tb01330.x>
- Andrews, D. y Bonta, J. (2003). *The Level of Service Inventory- Revised*. Toronto: Multi-Health System. Traducido y adaptado por Graña, Andreu y cols. *Inventario Factores de Riesgo e Intervención en Prisiones*.
- Andrews, D.A., Bonta, J. y Wormith, J.S. (2004). *The Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI)*. Multi-Health Systems.
- Bennett, T., Holloway, K. y Farrington, D. (2008). The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 13(2), 107-118.
- Cohen, M.A., Garofalo, R., Boucher, R. y Seghorn, T. (1971). The psychology of rapists. *Seminars in Psychiatry*, 3, 307-327.
- Daly, T. E. (2017). *Why are psychopaths difficult to treat? Testing the two-component model for the treatment of PCL psychopaths* (Unpublished doctoral dissertation). Victoria University of Wellington, Wellington, New Zealand.
- De Lasala Porta, F. (2013). *El tratamiento penitenciario de los delincuentes psicópatas*. Ministerio del Interior.
- De Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y. y de Vries Robbé, M. (2012). *SAPROF: Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk*, 2e. Van der Hoeven Kliniek
- DeMatteo, D., Hodges, H. y Fairfax-Columbo, J. (2016). An examination of whether Psychopathy Checklist–Revised (PCL-R) evidence satisfies the relevance/prejudice admissibility standard. In B. Bornstein & M. Miller (Eds.), *Advances in psychology and law* (pp. 205–239). Springer. [http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-43083-6\\_7](http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-43083-6_7)
- DeSorcy, D. R., Olver, M. E., & Wormith, J. S. (2020). Working alliance and psychopathy: Linkages to treatment outcome in a sample of treated sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(7-8), 1739-1760.
- Dowden, C. y Andrews, D. A. (2004). The importance of staff practice in delivering effective correctional treatment: A meta-analytic review of core correctional practice. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 48(2), 203–214. <https://doi.org/10.1177/0306624X03257765>
- Dujo, V. y Horcajo-Gil, P. J. (2017). La psicopatía en la actualidad: Abordaje clínico-legal y repercusiones forenses en el ámbito penal. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 17(1), 69-88.
- Farré, M., Roset, P.N., de la Torre, R y Camín, J. (2002). Interacciones farmacológicas cocaína y alcohol. *Adicciones*, 14, 27-28.

- Fox, B. y DeLisi, M. (2019). Psychopathic killers: a meta-analytic review of the psychopathy-homicide nexus. *Aggression and Violent Behavior*, 44, 67–79. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.11.005>
- Goffman, E. (2007). *Internados*. Amorrortu
- Hare, R. D. (2003). *Hare Psychopathy Checklist-Revised* (2nd ed.). Multi Health System.
- Hecht, L.K, Latzman, R.D. y Lilienfeld, S.O. (2018). The psychological treatment of Psychopathy: Theory and Research. En D. David, S.J. Lynn y G.H. Montgomery (eds). *Evidence-Based Psychotherapy: The State of the Science and Practice* (pp.271-298). John Wiley & Sons.
- Herrero-Mejías, O. (2018). *Agresores sexuales. Teoría, evaluación y tratamiento*. Editorial Síntesis.
- Hilterman, E. y Pueyo, A. A. (2005). *SVR-20-Manual de valoración del riesgo de violencia sexual*. Edicions Universitat Barcelona.
- Hobson, J., Shine, J. y Roberts, R. (2000). How do psychopaths behave in a prison therapeutic community? *Psychology, Crime and Law*, 6(2), 139–154. <https://doi.org/10.1080/10683160008410838>
- Howitt, D. y Sheldon, K. (2007). The role of cognitive distortions in paedophilic offending: Internet and contact offenders compared. *Psychology, Crime & Law*, 13, 469–486.
- Knight, R. A. y Guay, J. P. (2006). The role of psychopathy in sexual coercion against Women, in Patrick, C.J. (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 512–532). Guilford Press.
- Langton, C. M., Barbaree, H. E., Harkins, L. y Peacock, E. J. (2006). Sex offenders' response to treatment and its association with recidivism as a function of psychopathy. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 18(1), 99–120. <https://doi.org/10.1007/s11194-006-9004-5>
- Lewis, K., Olver, M. E. y Wong, S. C. P. (2012). The Violence Risk Scale: Predictive validity and linking treatment changes with recidivism in a sample of high risk and personality disordered offenders. *Assessment* 20(2), 150-164. <https://doi.org/10.1177/1073191112441242>
- Lewis, K., Olver, M.E., and Wong, S.C.P. (2013). The violence risk scale: predictive validity and linking treatment changes with recidivism in a sample of high risk and personality disordered offenders. *Assessment* 20: 150–164.
- Lilienfeld, S. O., Watts, A. L., Smith, S. F., Berg, J. M. y Latzman, R. D. (2015). Psychopathy deconstructed and reconstructed: Identifying and assembling the personality building blocks of Cleckley's chimera. *Journal of Personality*, 83, 593–610. doi:10.1111/jopy.12118
- Lipsey, M. W. (2009). The primary factors that characterize effective interventions with juvenile offenders: a meta-analytic overview. *Victims and Offenders*, 4, 124–147.

- Livesley, J. (2007). The relevance of an integrated approach to the treatment of personality disordered offenders. *Psychology, Crime & Law*, 13(1), 27–46.
- Loza, W. (2005). *The Self-Appraisal Questionnaire (SAQ): A tool for assessing violent and non-violent recidivism*. Mental Health Systems.
- Mann, R., Webster, S., Wakeling, H. y Marshall, W. (2007). The measurement and influence of child sexual abuse supportive beliefs. *Psychology, Crime & Law*, 13, 443–458.
- Marshall, W. L. y Barbaree, H. E. (1990). An integrated theory of the etiology of sexual offending. En W. L. Marshall, D. R. Laws y H. E. Barbaree, *Handbook of sexual assault* (pp. 257-275). Springer.
- McGuire, J. (2008). Review. A review of effective interventions for reducing aggression and violence. *Philosophical Transactions of the Royal Society, Biological Sciences*, 363, 1503, 2577–2597. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0035>
- Millon, T., Davis, R., Millon, C. y Grossman, S. (2018). *Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-IV)*. PsychCorp. Pearson.
- O'Brien, M. D. y Webster, S. D. (2007). The Construction and Preliminary Validation of the Internet Behaviours and Attitudes Questionnaire (IBAQ). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 19, 237–256.
- Olver, M. E. y Riemer, E. K. (2021). High-psychopathy men with a history of sexual offending have protective factors too: But are these risk relevant and can they change in treatment? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(5), 406-420. <https://doi.org/10.1037/ccp0000638>
- Olver, M. E. y Wong, S. C. P. (2009). Therapeutic responses of psychopathic sexual offenders: Treatment attrition, therapeutic change, and long-term recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 328–336. <https://doi.org/10.1037/a0015001>
- Olver, M. E. y Wong, S. C. P. (2011). Predictors of sex offender treatment dropout: Psychopathy, sex offender risk, and responsivity implications. *Psychology, Crime, and Law*, 17(5), 457–471. <https://doi.org/10.1080/10683160903318876>
- Olver, M. E., Lewis, K. y Wong, S. C. P. (2013). Risk reduction treatment of high risk psychopathic offenders: The relationship of psychopathy and treatment change to violent recidivism. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(2), 160–167. <https://doi.org/10.1037/a0029769>
- Olver, M. E., Neumann, C. S., Wong, S. C. P. y Hare, R. D. (2012). The structural and predictive properties of the PCL-R in Canadian Aboriginal and non-Aboriginal offenders. *Psychological Assessment*, 25(1), 167–179.
- Olver, M.E. (2018). Can psychopathy be Treated? What the research tell us. En E.L. Jeglic, C Calkins (eds.). *New Frontiers in Offender Treatment* (pp 287-306). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-01030-0\\_15](https://doi.org/10.1007/978-3-030-01030-0_15)

- Ortiz-Tallo Alarcón, M., Santamaría Fernández, P., Cardenal Hernández, V. y Sánchez López, M<sup>a</sup> P. (2011). *Adaptación española del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)*. TEA Ediciones.
- Pastor, R., Llopis, J. J. y Baquero, A. (2003). Interacciones y consecuencias del consumo combinado de alcohol y cocaína: una actualización sobre el cocaetileno. *Adicciones*, 15(2), 159-164.
- Polaschek, D. L. L. (2011). High-intensity rehabilitation for violent offenders in New Zealand: Recidivism outcomes for high- and medium-risk prisoners. *Journal of Interpersonal Violence*, 26, 664-682. <https://doi.org/10.1177/0886260510365854>
- Polaschek, D. L. y Kilgour, T. G. (2013). New Zealand's special treatment units: The development and implementation of intensive treatment for high-risk male prisoners. *Psychology, Crime & Law*, 19(5-6), 511-526.
- Polaschek, D.L.L. y Daly, T. (2013). Treatment and psychopathy in forensic settings. *Aggression & Violent Behavior* 18: 592–603.
- Polaschek, D.L.L. y Wong, S.C.P. (2020). Risk-Reducing Treatment in High-Risk Psychopathic and Violent Offenders. En J. Stephen, L.A. Craig y T.E. Hogue (eds). *The Wiley handbook of what works in violence risk management: Theory, research and practice*, (pp.367-384). John Wiley & Sons.
- Polaschek, D.L.L., Wilson, N.J., Townsend, M. y Daly, L. (2005). Cognitive-behavioral rehabilitation for high-risk violent offenders: an outcome evaluation of the violence prevention unit. *Journal of Interpersonal Violence* 20: 1611–1627.
- Prentky, R., Cohen, M. y Seghorn, T. (1985). Development of a rational taxonomy for the classification of rapists: The Massachusetts Treatment Center system. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 13(1), 39-70.
- Redondo, S. y Genovés, V. G. (2013). *Principios de criminología*. Tirant lo Blanch.
- Rice, M. E., Harris, G. T. y Cormier, C. A. (1992). An evaluation of a maximum security therapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders. *Law and Human Behavior*, 16(4), 499–412. <https://doi.org/10.1007/BF02352266>
- Rosenberg, R., Jalava, J. y Griffiths, S. (2020). Are Psychopathy Checklist (PCL) psychopaths dangerous, untreatable, and without conscience? A systematic review of the empirical evidence. *Psychology, Public Policy, and Law*, 26(3), 297.
- Salekin, R. T. (2002). Psychopathy and therapeutic pessimism: Clinical lore or clinical reality. *Clinical Psychology Review*, 22(1), 79–112. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00083-6](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00083-6)
- Sanz-García, A., Gesteira, C., Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2021). Prevalence of psychopathy in the general adult population: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 3278.

- Sewall, L. A. y Olver, M. E. (2017). Psychopathy and sexual violence risk: Linkages to therapeutic change, treatment attrition, and recidivism. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(1), 59–69. <https://doi.org/10.1037/per0000297>
- Skeem, J. L. y Cooke, D. J. (2010). Is criminal behavior a central component of psychopathy? Conceptual directions for resolving the debate. *Psychological Assessment*, 22, 433–445.
- Soria, J. A. y Sáiz, D. (2012). *Psicología criminal*. Pearson Educación, S.A.
- Tew, J. y Atkinson, R. (2013). The Chromis programme: from conception to evaluation. *Psychology, crime & law*, 19(5-6), 415-431.
- Ward, T. y Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 243-257.
- Wilson, N. J. y Tamatea, A. (2013). Challenging the ‘urban myth’ of psychopathy untreatability: the High-Risk Personality Programme. *Psychology, Crime & Law*, 19(5-6), 493-510.
- Wong, S. C. P. (2015). Treatment of violence prone individuals with psychopathic personality traits. In W. J. Livesley, G. Dimaggio y J. F. Clarkin (Eds.), *Integrated treatment of personality disorder: A modular approach* (pp. 345–376). The Guildford Press.
- Wong, S. C. P. y Gordon, A. (2013). The violence reduction programme: A treatment programme for violence-prone forensic clients. *Psychology, Crime & Law*, 19(5–6), 461–475. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2013.758981>
- Wong, S. C. P., & Gordon, A. (1999–2003). *The violence risk scale*. Saskatoon, SK: Regional Psychiatric Centre and University of Saskatchewan. [http://www.psynergy.ca/VRS\\_VRS-SO.html](http://www.psynergy.ca/VRS_VRS-SO.html)
- Wong, S. C. P., Gordon, A., Gu, D., Lewis, K. y Olver, M. E. (2012). The effectiveness of violence reduction treatment for psychopathic offenders: Empirical evidence and a treatment model. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11(4), 336–349.
- Wong, S. C. P., Olver, M. E., Nicholaichuk, T. P. y Gordon, A. (2003–2017). *The violence risk scale: Sexual offense version (VRS-SO)*. Saskatoon, SK: Regional Psychiatric Centre and University of Saskatchewan. Rescatado de: [http://www.psynergy.ca/VRS\\_VRS-SO.html](http://www.psynergy.ca/VRS_VRS-SO.html)
- Yang, M., Wong, S. C. P. y Coid, J. (2010). The efficacy of violence prediction: A meta-analytic comparison of nine risk assessment instruments. *Psychological Bulletin*, 136(5), 740–767.