

Manual de psicología forense

Blanca Vázquez Mezquita



Manual de psicología forense

Consulte nuestra página web: www.sintesis.com
En ella encontrará el catálogo completo y comentado



Manual de psicología forense

Blanca Vázquez Mezquita



EDITORIAL
SÍNTESIS

Primera reimpresión: septiembre 2007

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

© Blanca Vázquez Mezquita

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 978-84-975695-2-1

Impreso en España- Printed in Spain

Índice

Presentación

1. Los psicólogos que trabajan para los Tribunales de justicia en España

1.1. Introducción

1.2. Psicólogos de Familia

1.3. Psicólogos de las Clínicas Médico Forenses

1.4. Psicólogos de Menores

1.5. Psicólogos de Vigilancia Penitenciaria

1.6. Psicólogos en Asistencia a Víctimas

Preguntas de autoevaluación

2. Evaluación: el informe pericial psicológico

2.1. Introducción

2.2. Proceso de evaluación dentro de un informe pericial

2.2.1. Formulación del problema,

2.2.2. Evaluación del problema,

2.2.3. Formulación de hipótesis,

2.2.4. Validación de hipótesis,

2.2.5. Valoración de resultados,

2.2.6 Comunicación de resultados: informe y ratificación,

2.3. ¿Por qué se realizan periciales psicológicas? Fundamentación jurídica

2.4. Características del informe pericial

2.5. Aspectos diferenciales entre un proceso psicodiagnóstico y una pericial

2.6. Apartados de los que debe constar un informe pericial

2.7. Asuntos importantes a considerar en los informes periciales

2.8. Algunas consideraciones éticas

2.9. Seguimiento del informe

2.10. La ratificación del informe en vista pública o a puerta cerrada

2.11. El informe pericial ante el Jurado Popular

Preguntas de autoevaluación

3. Temas específicos en psicología forense

3.1. Personalidad violenta y psicopatía

3.1.1. Introducción,

3.1.2. Bases sociales y biológicas de la violencia,

3.1.3. La personalidad violenta. Teoría de Millon y clasificaciones diagnósticas,

3.1.4. la psicopatía. Teoría de Raine y Hare,

3.1.5. Los agresores en serie,

3.1.6 Caso práctico,

3.2. Agresión sexual

3.2.1. Introducción,

3.2.2. Tipos de agresores en psicología forense (agresión sexual entre adultos),

3.2.3. Agresión sexual en niños,

3.2.4. Etiología de la delincuencia sexual (Teoría de Marshall),

3.2.5. Caso práctico,

3.3. Malos tratos: el maltrato en la pareja como forma de maltrato global

3.3.1. Introducción,

3.3.2. A qué llamamos maltrato en psicología forense,

3.3.3. El hombre maltratador,

3.3.4. La víctima,

3.3.5. Dinámica de la relación abusiva,

3.3.6 Conclusiones,

3.3.7 Casos prácticos,

3.4. Credibilidad del testimonio

3.4.1. Introducción,

3.4.2. El sistema de análisis de la validez de las declaraciones (SVA),

3.4.3. La entrevista al menor,

3.4.4. El análisis del contenido basado en criterios: CBCA,

3.4.5. Definición de los diversos criterios CBCA,

3.4.6 Aplicación,

3.4.7 Investigaciones sobre el CBCA,

3.4.8. Lista de criterios de validez,

3.4.9. Valoración final,

3.4.10. Escala para evaluar la credibilidad de las partes en litigio. Escala SAL (Sexual Abuse Legitimacy),

3.4.11. La credibilidad del testimonio en el caso de adultos,

34.12. Caso práctico,

3.5. Adicciones y su repercusión legal

3.5.1. Introducción,

3.5.2. Algunas consideraciones sobre el tratamiento penal de las toxicomanías,

3.5.3. Los trastornos del comportamiento y la conducta inducidos por sustancias,

35.4. El perfil psicológico del consumidor de sustancias,

3.5.5. La evaluación del toxicómano desde el punto de vista de la pericial,

35.6 Caso práctico,

3.6. Accidentes, deterioro e incapacidades

3.6.1. Introducción,

3.6.2. Ámbito civil,

3.63. Entrevista con el presunto incapaz por déficit cognitivo,

3.64. Valoraciones periciales por cau-

sas sobrevenidas del exterior: agresiones, accidentes de tráfico y laborales (TCE),

3.65. Valoración psiconeurológica del traumatizado craneal. Metodología básica de intervención,

3.6.6. Evolución de los TCE a nivel forense en términos generales a lo largo del tiempo,

3.6.7. Casos prácticos,

Preguntas de autoevaluación

4. Técnicas específicas de evaluación dentro de la psicología forense

4.1. Introducción

4.2. La entrevista en psicología forense

4.3. La evaluación en guarda y custodia disputada

4.4. La evaluación de la personalidad normal y patológica

4.5. Evaluación de la conducta violenta

4.5.1. Entrevistas,

4.5.2. Escalas,

4.5.3. Autoinformes,

4.6. Valoración de los agresores sexuales

[4.7. Valoración de la inteligencia y el deterioro mental](#)

[4.8. Evaluación de las víctimas de agresión](#)

[4.9. Evaluación de las toxicomanías](#)

[5. Trastornos mentales y responsabilidad](#)

[5.1. Introducción](#)

[5.2. Concepto de imputabilidad](#)

[5.3. Relaciones entre síndromes clínicos y responsabilidad](#)

[5.3.1. Delirium,](#)

[5.3.2. Demencias,](#)

[5.3.3. Trastornos amnésicos,](#)

[5.3.4. Trastornos psicóticos,](#)

[5.3.5. Trastornos del estado de ánimo,](#)

[5.3.6 Trastornos de ansiedad,](#)

[5.3.7. Trastornos somatomorfos,](#)

[5.3.8. Trastornos facticios,](#)

[5.3.9 Trastorno de identidad disociativo,](#)

[5.3.10. Trastornos de la personalidad,](#)

[5.3.11. Trastornos del control de impulsos,](#)

[Clave de respuestas](#)

[Lecturas recomendadas y bibliografía](#)

[Manuales de introducción y artículos generales](#)

[Drogodependencias](#)

[Violencia y agresores](#)

[Agresión sexual](#)

[Testimonio](#)

[Neuropsicología](#)

[Bibliografía](#)

Presentación

Este libro ha sido escrito durante el verano y el otoño de 2004. En este período tan corto han sido tres las novedades jurídicas que se han anunciado como materia que puede influir en la aplicación del texto que a continuación se expone.

En primer lugar hacemos referencia al Real Decreto Legislativo 7/2004 de 29 de octubre de 2004, "Texto Refundido del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros", publicado en el BOE con fecha de 5 de noviembre de 2004.

Este texto viene a definir mejor las secuelas psicológicas que son indemnizables según su respectiva gravedad y así modifica el baremo anterior, de forma que los traumatismos craneoencefálicos de ahora en adelante van a ser valorados en función de su gravedad leve, moderada o grave. Nuestra forma de intervención no variará a partir de aquí, según se expone en el capítulo correspondiente a deterioro cognitivo y accidentes de tráfico, pero sí lo hará el juez a la hora del cálculo de las indemnizaciones.

En segundo lugar, el 29 de diciembre de 2004 ha sido publicada la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

Esta Ley tiene una gran importancia social; a nivel pericial es reseñable que aún las competencias civiles y penales en aquellos casos en los que se realice un divorcio donde se encuentre una situación de violencia doméstica concomitante.

Esto supone de forma indirecta que un mismo perito tendrá que entender de todo el proceso, y no como ahora ocurre intervendrán diversos profesionales en forma paralela en diversos procesos legales, ya sean civiles en los Juzgados de Familia o Penales (malos tratos) en las Clínicas Médico Forenses y otros organismos de orden penal.

La propia Ley prevee en su entrada en vigor para el mes de julio de 2005 la creación de las llamadas "Unidades de Valoración Forense integral de la violencia", junto a la creación de 21 juzgados especializados.

Por último hay que señalar la futura modificación a la Ley de Separación y Divorcio actual. Se espera su aprobación y publicación para el primer semestre del año 2005. Según ésta, aparecería la posibilidad de matrimonio homosexual, lo cual abre el camino a la adopción y al resto de derechos y deberes que amparan civilmente a las parejas heterosexuales. Desde esta nueva Ley se pretende también eliminar la situación de "separación" a plazo fijo anterior a la situación de divorcio, evitando una duplicidad en el proceso judicial.

Todos estos cambios en buena medida van a venir a afectar al funcionamiento del psicólogo de familia, que en el futuro se habrá de enfrentar con nuevos retos.

El presente texto ha pretendido acercar al psicólogo el mundo de la psicología forense. Es un mundo abierto a todos los profesionales que tengan un conocimiento clínico y jurídico suficiente para asumir las delicadas funciones que se les encomiendan.

Difícilmente se puede encontrar en psicología una especialidad que exija una preparación más amplia que ésta. El psicólogo forense, como se puede apreciar a través de estas páginas, tiene que ser un especialista en muchas y variadas materias.

El modo de acceso del psicólogo a lo forense se diferencia en el caso de que nos atengamos al derecho civil o al penal. En cuanto a derecho civil los Juzgados Civiles reciben todos los años una lista de peritos elaborada por los colegios profesionales y de ella los jueces van designando a los peritos que van necesitando, siendo éstos considerados como peritos de oficio, lo mismo que lo son aquellos otros que se encuentran contratados por la Administración de Justicia. Es la Administración quien sufraga por tanto estas intervenciones.

En Derecho Penal, no existe un modo de designación tan preciso, de

manera que cualquier perito que es llamado y designado por un Juez pasa a ser un perito de oficio, a no ser que pueda alegar causa que lo justifique. La administración paga las dietas correspondientes si estos peritos no fuesen pagados por otros organismos oficiales.

Pero evidentemente esta designación directa en derecho penal no ocurre casi nunca porque los jueces recurren a los peritos próximos, a aquellos que efectivamente pertenecen a la propia Administración de justicia.

El campo principal del perito privado se encuentra situado en la pericial "de parte", aquella que es realizada de forma privada por cualquiera de las partes en litigio, y las partes en litigio, en civil o penal pueden presentar aquellas periciales que consideren necesarias, sobre todo en derecho penal en cuanto a su derecho de defensa. Es un tipo de pericias en alza y no tiene por qué ser una pericial de mejor o peor calidad que la realizada en un Juzgado. Todo dependerá de la preparación y la metodología de aquella persona que las realiza.

Decíamos que este texto pretende acercar la psicología forense al psicólogo, al criminólogo, al estudiante de ciencias sociales o de la salud. Si se ha conseguido que este acercamiento sea ameno, relevante y práctico las metas de este trabajo se encontrarán plenamente cumplidas.

1

Los psicólogos que trabajan para los Tribunales de Justicia en España

i.i. Introducción

Una de las áreas más dinámicas dentro de la psicología aplicada española por número de profesionales que se encuentran dedicados al trabajo dentro de los tribunales, investigación, secciones existentes en los colegios profesionales, cursos de especialización y masters universitarios es el área de Psicología Forense.

Como acabamos de exponer en el capítulo de presentación España es por la implicación y la importancia de la Psicología dentro de los Tribunales pionera y un caso aislado dentro del panorama europeo.

En el presente capítulo se desarrollan las diferentes áreas de intervención en los tribunales donde hoy día podemos encontrar a los psicólogos actuando como peritos.

1.2. Psicólogos de Familia

Los Juzgados de familia constituyen los Juzgados de más antigua adscripción oficial de Equipos Técnicos, psicólogo-trabajador social, en un principio contratados de forma eventual, después, a partir de las primeras oposiciones convocadas en 1987, como personal laboral fijo adscrito al Ministerio de justicia.

Los Equipos Técnicos en los Juzgados de Familia, nacen como consecuencia de la aplicación de la Ley del Divorcio que entra en vigor en España en 1981. Los primeros contratos eventuales se remontan al año 1983. En la actualidad, todo el procedimiento de familia viene especificado en la Ley de Enjuiciamiento Civil de 2001, aprobada en Consejo de Ministros el año 2000.

En este caso es la Ley de Enjuiciamiento Civil, artículos 769 a 778 a la que deben remitirse, pues todos los procedimientos de los que se solventan en los Juzgados de Familia son del orden civil.

Cuando en el proceso de una separación o un divorcio se da un presunto hecho delictivo, por ejemplo una acusación de agresión sexual contra uno de los progenitores, ésta pasa a un juzgado de instrucción, de manera que muchas veces se instruyen sobre la familia procedimientos paralelos pero que se influyen y entorpecen mutuamente. La Ley de Protección a las Víctimas de Violencia Doméstica que se encuentra en fase parlamentaria actualmente (agosto de 2004) intenta impedir que esto ocurra en el caso de que se dieran malos tratos a la mujer de forma concomitante al proceso de separación. En este caso un solo Juzgado y no varios, como en la actualidad, entendería sobre todos los aspectos del procedimiento: malos tratos, decisiones de guarda y custodia, medidas provisionales o cautelares, etc.

Dado lo anterior, la intervención de los psicólogos en los juzgados de Familia ha sido definitiva para la posterior implantación de psicólogos en otros ámbitos judiciales como ocurre en las Clínicas Médico Forenses, año 1986, Menores, 1988, Vigilancia Penitenciaria, 1995, Asistencia a Víctimas, año 1998 El psicólogo de familia, si bien se encuentra adscrito a un determinado juzgado de Familia, el cual a su vez entiende o se ocupa de una determinada adscripción territorial limitada, no actúa en todos los procedimientos de familia que se instruyen en su juzgado sino sólo en el caso que así sea requerido por el juez.

Como observamos, es por tanto una persona sin conocimientos

psicológicos, el juez, quien determina desde el inicio si la intervención del psicólogo, del trabajador social o la de ambos es necesaria o no para poder conocer adecuadamente la situación personal y familiar de los litigantes, lo cual terminará siempre con una determinada sentencia de orden civil. Como en cualquier otro procedimiento de peritos, aunque la orden directa dimana del juez, esta solicitud le puede ser cursada por cualquiera de las partes en litigio. Al tratarse de un procedimiento civil, ambas partes, los excónyuges, se encontrarán personados en el procedimiento, por un procurador, que es quien "representa y actúa en nombre de" para todos los trámites judiciales, y el abogado, persona encargada de la argumentación de la demanda, la realización de los escritos pertinentes al juzgado, la preparación de la vista oral, y en general la asunción de los intereses propios del cliente al que sirve en el procedimiento.

Básicamente existían dos formas de separación y divorcio en España: la llamada "contenciosa", recogida en la "disposición adicional quinta" de la Ley de Divorcio, y la "amistosa", o más técnicamente llamada "de mutuo acuerdo" recogida en la disposición adicional sexta de la ley de 1981. A partir de la entrada en vigor del nuevo reglamento de enjuiciamiento civil de 2001, estas disposiciones han quedado sin efecto, manteniéndose sin embargo las dos posibilidades tradicionales en cuanto a la posición de los excónyuges ante el procedimiento.

Cuando los excónyuges llegan a un acuerdo de separación se realiza un "convenio regulador" que firman ambas partes ante sus abogados. Este convenio debe ser ratificado por el juez. En el caso de la existencia de menores el convenio pasará siempre a examen del fiscal.

La demanda amistosa es obviamente la más beneficiosa para los matrimonios que se separan, pues no es necesaria argumentación alguna sobre las causas de esta separación, con lo cual los costes emocionales de la separación son mucho menores, lo mismo que los económicos, ya que la tramitación se agiliza. Igualmente disminuye el tiempo que tarda el juzgado en dictar sentencia, al ser menos numerosas las pruebas necesarias para resolver el pleito.

Aunque con la reforma del procedimiento el mero desafecto conyugal es suficiente causa de separación, en caso de desacuerdo la parte demandante tiene que alegar alguna causa: alcoholismo, infidelidad, etc.

En este contexto no es raro encontrar casos en que algunas personas pueden utilizar las causas como forma de situarse mejor ante una eventual batalla por la guarda y custodia de los menores.

Hasta ahora en el procedimiento español siempre hay que pasar por una situación de proceso de "separación" anterior al divorcio. Esto conlleva una duplicidad de actuaciones judiciales ya que las personas que desean divorciarse primero deben obtener su sentencia judicial de separación conyugal.

En los casos de familia que llegan al Equipo Psicosocial, normalmente conformado por psicólogo y trabajador social, los casos en los que se va a requerir la intervención del psicólogo serán por este orden: guarda y custodia de niños, en procesos de separación y divorcio o modificaciones de medidas anteriores (cambio de custodia), en segundo lugar intervención en el diseño del régimen de visitas y por último procesos de protección de menores emprendidos por las Comunidades Autónomas.

La actuación del psicólogo en estos casos es particularmente importante porque si bien su dictamen no es vinculante (no obliga al juez), es lógico que si el juez solicita su asistencia después va a resolver en función de los datos observados por el perito.

El psicólogo que recibe el encargo de actuar en un caso de familia recibe un "oficio" o encargo por escrito del juez donde se especifica la naturaleza de su actuación. En la mayoría de los casos ésta se refiere a la mejor opción de custodia cuando esta custodia se encuentra disputada por los dos excónyuges que se separan.

Lo primero que realiza el psicólogo es un "vaciado" del expediente. Por vaciado se entiende análisis de la documentación disponible y dentro de ésta aquella que pueda ser de interés para el perito. En esta fase el perito puede encontrarse con que el procedimiento se halla en sus inicios: medidas

provisionales o provisionalísimas, o para mejor proveer en fase de instrucción de la separación. También puede darse el caso de que se trate de una "solicitud de modificación de medidas", es decir, en un procedimiento que ya quedó sentenciado, donde después una de las partes entiende que las circunstancias han cambiado y solicita un cambio en la custodia de los menores.

En todo caso un perito debe entender desde el principio que en derecho civil español se dirimen los pleitos de una forma escrita. Esto implica que todas y cada una de las actuaciones que el perito emprenda deba ser anotada por escrito.

En derecho de familia un psicólogo se puede plantear si éticamente es asumible que se le solicite que indique "a quien se debe atribuir la guarda y custodia", y si realizando este encargo no está de forma indirecta asumiendo las competencias del juez.

La forma de resolver esta cuestión se encuentra en realizar un informe descriptivo. A partir de toda la información recabada será el juez quien adopte las decisiones oportunas.

Se tiende a realizar informes que cumplan los requisitos que se explicitan en el capítulo siguiente (el informe pericial), adaptándolos a las peculiaridades de estos casos que podemos resumir en los siguientes puntos:

Máximo respeto a la intimidad de las personas y máxima prudencia. No se pueden asumir los juicios de valor o las opiniones de los cónyuges y trasladarlos al informe como si de hechos probados se tratara. Tampoco el perito puede entrar a realizar valoraciones de tipo subjetivo que se aparten de las propias de la psicología clínica. Se obviarán calificativos peyorativos o positivos que simplemente no aclaran el conflicto, ejemplo: "se trata de un buen padre", "es una mala madre", "le fue infiel dos semanas antes", "el informado es homosexual", etc. Si fuera necesario hacer mención de aspectos de valoración subjetiva porque sí afectan a la mejor comprensión del conflicto, entonces éstos se destacan entre comillas y siempre especificando de dónde procede la

información.

Principio de equidad. Se practicarán las mismas pruebas a los dos excónyuges, dentro de la medida de lo posible y razonable. Por ejemplo si se practica una entrevista conjunta entre la madre y el hijo se mantendrá de la misma forma una entrevista entre el padre y el hijo. De la misma forma se tiende a pasar las mismas pruebas psicológicas.

Siempre que se pueda se prescindirá de etiquetas de tipo clínico, las cuales en la mayoría de los casos de separación no aportan ningún beneficio sino que agravan la situación. Evidentemente esto no es siempre posible. Cuando la psicopatología está influyendo y es presumible que va a influir en la situación de pos-separación en la relación con los hijos, es necesario especificarla. Si esto es así cuidamos que los términos queden bien explicados ya que van dirigidos a un público que no es experto.

Aunque vamos a analizar toda la información disponible ya antes de realizar las entrevistas y las pruebas que consideremos pertinentes, los informes clínicos realizados con anterioridad, en otro contexto y con intencionalidad diferente a la actual serán tomados con gran prudencia. El perito no puede asumir como propios dictámenes ajenos que orienten la custodia en un sentido u otro en ocasiones sin haber observado más que a una de las partes en conflicto.

En un informe de familia es básica la observación de la interacción entre los miembros del núcleo familiar, en este sentido las entrevistas conjuntas son de uso frecuente.

El perito nunca pierde de vista que toda la intervención pericial se encuentra inserta dentro de un contexto, "el mejor interés del menor".

En este sentido las actitudes, motivaciones y capacidades educadoras de los padres constituyen el núcleo de nuestro interés. Es muy importante detectar creencias irracionales, procesos de parentización (el menor asume el punto de vista de uno de los cónyuges siendo utilizado dentro del conflicto como si la separación de los padres fuera un conflicto propio); el llamado "proceso de alienación parental", concepto del que

no conviene abusar (se asume que el menor está siendo manipulado por uno de los cónyuges en contra del otro, siendo que de esta manipulación surge una actitud de rechazo en el niño que es incompatible con cualquier tipo de objetividad hacia el cónyuge que es alienado y malinterpretado de forma sistemática).

Una vez que el perito realiza las operaciones y obtiene los resultados pasa a elaborar unas conclusiones y en función de éstas elabora un informe razonado que es trasladado a las partes por el juez.

El siguiente paso lo constituye la ratificación. A puerta cerrada, delante del juez y el secretario judicial el perito es interrogado por los abogados de las dos partes sobre el contenido de su informe. Las preguntas que le son realizadas deben ser consideradas pertinentes por el juez. Las respuestas del perito son recogidas por escrito y al término de la ratificación el perito debe firmar su ratificación ante el juez.

Desde la modificación del procedimiento las ratificaciones en Juzgados de Familia se pueden grabar en vídeo de manera que queda testimonio expreso del perito y la firma no es imprescindible.

Muchas familias se han beneficiado de los llamados "mediadores" psicólogos que en los casos de separación por mutuo acuerdo han conseguido llegar a encontrar soluciones extrajudiciales a sus conflictos.

La actual Ley de separación y divorcio y su procedimiento se encuentran actualmente (agosto de 2004) en fase de proyecto de reforma. La reforma consistiría en eliminar la separación como fase previa al divorcio, agilizar los trámites y eliminar la necesidad de argumentar causas para la separación.

Hay que señalar que allá donde no existan Juzgados de Familia (juzgados civiles especializados), las funciones de psicólogo en casos de separación o divorcio se tramitarán allí donde corresponda: Juzgados de distrito o de 1.ª Instancia e Instrucción.

1.3. Psicólogos de las Clínicas Médico Forenses

Aunque menos numerosos, los psicólogos de las Clínicas Médico Forenses son también los más versátiles. Las Clínicas Médico Forenses son instituciones a extinguir, ya que en un futuro próximo se incluirán dentro de los "Institutos de medicina Legal", los cuales ya han sido creados por Ley en muchas Comunidades Autónomas, entre ellas Madrid.

En los futuros Institutos de Medicina Legal se van a agrupar las funciones y el personal que en estos momentos se encuentran dispersos entre los Institutos Anatómico-Forenses, el Instituto de Toxicología y las Clínicas Médico-Forenses.

Las Clínicas Médico Forenses, tal cual existen hoy, dependen orgánicamente del Tribunal Superior de justicia de cada Comunidad Autónoma. Por tanto, su adscripción territorial teórica viene enmarcada por la Comunidad Autónoma a la que pertenece. Sin embargo, en las Clínicas se atienden, por orden judicial y por tradición, aquellas solicitudes de intervención que se reciben desde cualquier parte del territorio nacional donde así se requiera por un juez.

Las Clínicas Médico-Forenses fueron creadas como Clínicas de especialidades médicas y son muy anteriores a la creación de los cuerpos de psicólogos al servicio de la Administración de justicia.

La filosofía de estos organismos venía orientada por la necesidad de peritos especializados para aquellos casos que por su especial dificultad no podían ser atendidos por los forenses ordinarios, aquellos médicos que por Ley existen en cada uno de los Juzgados de Instrucción, o de 1.ª Instancia o Instrucción de los diversos partidos judiciales.

Hasta el año 1986 las Clínicas Médico-Forenses no contaban más que con especialidades médicas. En 1986 se contrató un psicólogo en la Clínica Médico Forense de Barcelona y en 1987 en Madrid.

En enero de 1988, tras las primeras oposiciones a la Administración de Justicia para psicólogos, en Madrid y Barcelona se establecieron los primeros psicólogos en Clínicas Médico Forenses con carácter laboral fijo. Desde entonces los psicólogos y los trabajadores sociales se han ido extendiendo

dentro de este ámbito por las diferentes Comunidades Autónomas.

La aportación de los psicólogos en esta área ha sido principalmente la intervención en Derecho Penal. El procedimiento que nos rige es la Ley de Enjuiciamiento Criminal, en concreto la Ley de Peritos artículos 456 a 485.

Este tipo de intervención, y el hecho de que por primera vez los peritos psicólogos no se encuentran adscritos a un determinado Juzgado, sino a todos en general, ha obligado a definir pautas de intervención, y a diversificar los procedimientos para adaptarse a una demanda, civil y penal, cada vez más exigente y en clara expansión.

Los psicólogos de las Clínicas Médico Forenses han realizado hasta el año 2000 los informes relativos a menores delincuentes, entre 16 y 18 años, y por supuesto a cualquier otro tipo de delincuente mayor de edad, como hasta ahora ocurre.

También la Clínica Médico Forense ha sido el lugar de realización de periciales a cualquier tipo de víctima, solicitándose muchos informes en los primeros años 90 sobre agresión sexual a adultos, desde mediados de los 90 peticiones de intervención en el ámbito de la agresión sexual contra menores y desde el año 2000 se encuentran en ascenso las solicitudes sobre violencia doméstica.

De hecho, las Clínicas han sido, hasta la aparición de los Servicios de Asistencia a Víctimas dentro de los juzgados en el año 2000, el único lugar donde el psicólogo tenía contacto tanto con víctimas como con inculpadados.

Es a partir de la experiencia en la Clínica Médico Forense de Madrid que se realiza el primer proyecto de creación de un Servicio de Asistencia a Víctimas dentro de los juzgados por quien suscribe estas líneas. Este proyecto, de abril de 1996, premiado por la Asociación de Juristas Progresistas, fue la base de la negociación de un sindicato con la Administración de justicia para la creación de los Servicios de Atención a Víctimas que actualmente existen dentro de los juzgados.

Pero no sólo se atienden casos de agresión sexual o violencia doméstica en

su doble vertiente agresor y víctima. A las Clínicas les corresponden los accidentes de tráfico, el rnoobing, los accidentes laborales, las incapacidades, los casos civiles allá donde no existen psicólogos adscritos (familia principalmente), las toxicomanías, el cambio de sexo, la credibilidad del testimonio, el trastorno mental, la responsabilidad criminal, el maltrato a menores, y en fin, una temática muy variada.

Para poder optar a realizar un trabajo con un mínimo de garantía, el perito de la Clínica Médico Forense debe poseer sólidos conocimientos en una serie de materias como son:

Psicopatología y causas de exención criminal.

Psicopatía aplicada a la responsabilidad criminal y comportamiento violento en general.

Toxicomanías y causas de exención criminal.

Agresión sexual.

Credibilidad del testimonio.

-Malos tratos.

-Deterioro mental e incapacidad.

Mención aparte merece la ratificación en estos casos. Al contrario que en Derecho de Familia o Menores, donde las ratificaciones son a puerta cerrada, en el caso de los psicólogos de las Clínicas las ratificaciones, penales normalmente, son en audiencia pública, como garantía de imparcialidad y publicidad de las actuaciones judiciales.

El psicólogo en estos casos se puede ratificar ante un Juzgado de Instrucción (a puerta cerrada), o en Vista Oral pública en Juzgados de Instrucción (juicios de faltas), Juzgados de Lo Penal (un solo juez y penas solicitadas por el fiscal de hasta tres años), la Audiencia Provincial (tres jueces y penas solicitadas de más de tres años).

En casos minoritarios se actúa para el Tribunal Supremo o la Audiencia Nacional.

Casos asimilables a los psicólogos destinados en las Clínicas Médico Forenses son aquellos casos en los que la cantidad de asuntos y el que no siempre existan Juzgados de Familia o Clínicas aconseja que el psicólogo se destine al Decanato, El Tribunal Superior de Justicia o la Audiencia Provincial.

En el Decanato (Juzgado Decano de Instrucción y Penal) el psicólogo recibirá cualesquiera peticiones desde el orden civil y penal. Si el psicólogo está adscrito a la Audiencia Provincial en principio sólo realizará las solicitudes de las Salas Penales y Civiles de la Audiencia, salvo que no existiera otro perito forense y entonces pasa a realizar funciones en otros Juzgados de Instrucción, Civil y de Lo Penal.

Cuando los psicólogos están adscritos al Tribunal Superior de Justicia, normalmente esta adscripción implica que este Tribunal les destina con exclusividad a un Juzgado o Juzgados de la Comunidad Autónoma fuera de la Capital, por ejemplo, psicólogos de Juzgados de Móstoles o Mahadahonda de Madrid.

A la hora de realizar una pericial desde este ámbito nos remitimos a la metodología que se expone en el capítulo siguiente teniendo en cuenta las siguientes peculiaridades:

Tener en cuenta la posible publicidad que se pueda hacer del peritaje en cuanto a los términos, la fiabilidad y la validez de lo que se expresa por escrito.

Una norma sagrada es no expresar en el informe aquello que no podamos demostrar en el momento de la Vista Oral. Hay que pensar que el Derecho es un mundo que se basa en la prueba, aquello que no se prueba no existe.

Considerar la posible dilación entre la realización de la pericial y el

momento del juicio oral. El hecho de que pueden transcurrir años nos hace tomar precauciones en cuanto a almacenamiento de los datos, grabación de entrevistas en su caso, y custodia del expediente.

Siempre que vamos a una ratificación en Penal vamos con todo el expediente, tanto el judicial como el propio: sumario o diligencias, entrevistas, tests, resultados obtenidos, otros informes. Durante la vista nos pueden solicitar que ampliemos, justifiquemos o expliquemos lo escrito, para lo cual necesitamos tener a mano todo el material.

Lo expresado en la Vista Oral pública forma parte de la pericial, de manera que al principio de la ratificación estamos a tiempo de hacer alguna corrección o matización sobre nuestro informe. De hecho en Derecho Penal es obligado repetir las pruebas ante el Tribunal que juzga la causa y que es diferente del que lo instruyó (éste apreció indicios de delito y emprendió acciones judiciales contra una persona física o jurídica pero no emitirá la sentencia salvo en casos no considerados delitos sino faltas).

Un psicólogo que vaya a ratificarse en una sala de justicia debe conocer el lenguaje y el ritual que se utiliza. De la misma manera es importante la forma de expresión, el tono de voz, los signos de nerviosismo y en general la apariencia. Se debe conocer el impacto persuasivo o disuasivo de las respuestas abiertas o cerradas, y en general ser capaz de mantener una actitud neutral ante el conflicto pero firme en cuanto a las afirmaciones que se realizan.

Un psicólogo no opina desde su propia subjetividad. El perito emite un dictamen sobre una cuestión técnica psicológica, no juzga, no entra en los hechos, salvo que estemos ante un caso de credibilidad y no se pronuncia nunca sobre la imputabilidad, que es un concepto jurídico.

Sea cual sea la solicitud obvia del juez, el perito de Clínica Médico Forense normalmente está dictaminando sobre responsabilidad criminal en los imputados de delitos, secuelas en las víctimas y credibilidad del testimonio en los testigos.

1.4. Psicólogos de Menores

Si hablamos de psicólogos de menores en España tendremos que encuadrar nuestro estudio siempre dentro del marco legislativo que nos pertenece, y en este sentido, habrá que hacer mención de la Ley 5/2000, largamente debatida y consensuada por dos gobiernos sucesivos y que finalmente se publicó el 13 de enero de 2001 en el BOE.

Dentro de esta Ley, cuyo déficit estructural es el no haber contemplado en ella a las víctimas infantiles, habrá que repasar el cometido del llamado Equipo Técnico, grupo de trabajadores al servicio de la Administración de Justicia compuesto por psicólogo, trabajador social y educador, y por extensión el cometido de otros técnicos que al margen de los Equipos Técnicos se encuentran facultados por la Ley para la realización de informes: trabajadores del ámbito socioeducativo de las Comunidades Autónomas.

Cada vez que la Ley 5/2000 habla de funciones del Equipo Técnico lo hace extensivo a otras instituciones públicas o privadas, de manera que la realización del informe, por Ley, no queda en manos exclusivas del personal al servicio de la Administración de justicia sino que de hecho este informe se puede realizar por otros profesionales. Son aquellos que conocen del menor ya sea en el ámbito de Reforma o dentro de la propia Medida educativa adoptada por el juez de Menores.

Dentro de las labores del Equipo Técnico, señala la Ley: "valoración de la personalidad y sus condicionantes". Por tanto es de esencial importancia el estudio cuidadoso de la personalidad del menor.

En el joven infractor, pues, confluyen distintas miradas que responden a un informe por lo general conjunto.

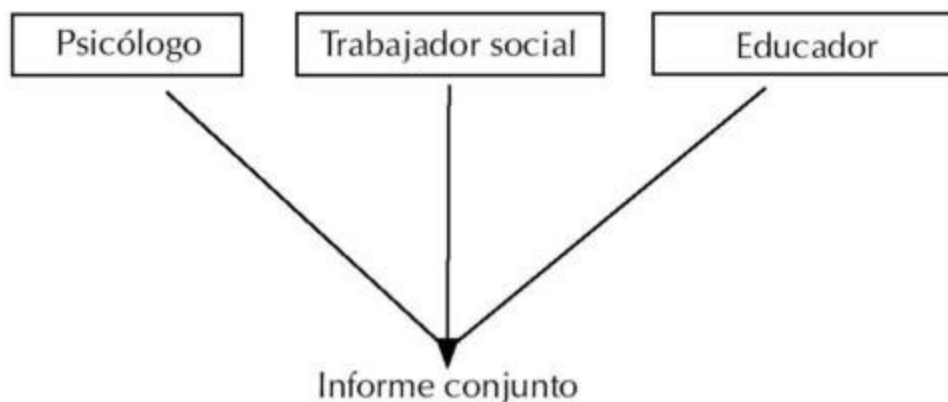


Figura 1.1. Informe Global.

Este informe conjunto se va a centrar en el menor objeto de la denuncia, de manera que según la naturaleza del hecho enjuiciado y el propio menor se hará más hincapié en un aspecto u otro.

Desde el punto de vista del psicólogo son aquellos menores que pueden sufrir alguna anomalía o trastorno en su personalidad o conducta los que serán campo de nuestro mayor interés.

Desde el mismo punto de vista, y siempre entendiendo que ésta es una Ley que exime de responsabilidad penal al menor, al equipo también le son funciones naturales las diversas proposiciones de medida (nunca pena). Estas medidas son por su orden de frecuencia, de mayor a menor:

- 1.Libertad vigilada.
- 2.Prestaciones en beneficio de la Comunidad.
- 3.Internamiento en régimen semiabierto.
- 4.Amonestación.
- 5.Internamiento en régimen cerrado.
- 6.Permanencias de fines de semana.

7. Internamiento terapéutico.

Particularidades del Sistema de justicia juvenil en España:

Lo que resulta radicalmente novedoso de la Ley Penal Juvenil actual es que la función de asesoría al juez y Tribunales que hasta ahora se realizaba siempre a instancia voluntaria de jueces y tribunales se vuelve obligatoria en el caso de los menores infractores.

Según la Ley 5/2000 el Equipo Técnico actúa "por Ley", desde que un joven infractor es detenido o se procede a una denuncia ante la Fiscalía de Menores, siendo el fiscal quien "instruye", al contrario que en derecho penal ordinario donde esta labor la realiza el juez de Instrucción. Las funciones del juez quedan restringidas a dictar una medida de tratamiento concreta.

El Equipo Técnico aparece "actuando", "proponiendo medidas" o pidiendo la "suspensión" del propio procedimiento o medida, más allá de la celebración de la vista oral y posterior resolución judicial, también durante la fase de "ejecución" de la medida.

Es decir, la valoración técnica de un menor acompaña a éste desde el principio hasta el final del procedimiento.

Esto implica que los menores que se encuentran en contacto con el sistema de justicia juvenil van a quedar ligados a las sucesivas valoraciones técnicas a lo largo del proceso cuya finalidad es la inserción.

Bien es verdad que una vez propuesta la medida por los Equipos Técnicos de menores adscritos a los Tribunales, los informes de seguimiento se realizan por el personal de la Comunidad Autónoma donde se está cumpliendo la medida de tratamiento.

Al contrario de la tradicional actuación pericial, donde se interviene en el proceso puntualmente, durante la fase de Instrucción y durante la Vista Oral o juicio público, en el caso de Menores la intervención pericial siempre es posible y obligada.

En definitiva es la primera vez que por Ley es preceptiva la valoración pericial de las personas dentro del procedimiento judicial español.

Un aspecto consustancial al tema de Menores es que hay que comprender que en "la personalidad y sus condicionantes", tal y como la Ley exige que sean estudiados los menores, estos condicionantes son más importantes que en el caso de los mayores de edad, siempre que consideremos al menor como una persona en fase de modelado de su personalidad.

La propia Ley parece entender esto así desde el punto y hora que considera que debe ser un equipo multiprofesional el que valore al menor. Es decir, a diferencia de las periciales de adultos, donde a menudo nos atenemos a un aspecto puntual de la persona, el informe de un menor tiende mucho más a enfocar sobre la globalidad del niño.

Sin embargo, la Ley no señala cuál es la función específica de cada uno de los miembros del Equipo Técnico (psicólogo, educador, trabajador social).

Por otro lado el juez no puede adoptar medida alguna antes que el Equipo Técnico emita su informe, dado lo cual las Comunidades Autónomas han debido habilitar las guardias ordinarias que antes no existían dentro del ámbito de Menores.

En el tema de la valoración de la personalidad, y fundamentalmente en función de la valoración de menores reincidentes, versátiles y que realizan conductas de una alta gravedad delictiva, la Ley 5/2000 parece estar recibiendo tal contestación social que incluso aquellos que la promovieron se muestran ahora partidarios de su reforma lo cual se encuentra en fase de proyecto de reforma. Se preveen medidas de internamiento cerrado más duras para los delitos más brutales. Con la Ley actual el tiempo máximo de internamiento en centro cerrado es de cinco años, más otros cinco de libertad vigilada.

Pero estamos ante una Ley que pretende reformar, educar, y con ello cumplir un precepto constitucional. En este sentido nunca perderemos de vista una serie de principios al enfrentarnos con un caso de menores:

Todas las personas que se relacionan con el joven infractor, desde el policía del Grupo de Menores, hasta el abogado, y mucho más los técnicos encargados de informar sobre ese menor deben tomar conciencia de estar actuando como variables moduladoras entre el joven y el propio Tribunal de Menores.

Si en el menor se presuponen tan importantes los factores exteriores y socioeducativos, el propio equipo no puede olvidar que su intervención está actuando como una forma de resocialización, educativa o de marginalizadora del joven.

¿Qué es lo que la Ley Penal Juvenil puede ofrecer al joven delincuente desde el punto de vista de la valoración psicológica?

A continuación se exponen todos los artículos de la Ley, donde de forma directa se da entrada a la valoración psicológica del menor.

En primer lugar, según el art.27.1 de la Ley 5/2000, "durante la instrucción del expediente, el Ministerio Fiscal requerirá del Equipo Técnico... la elaboración de un informe o actualización de los anteriormente emitidos, que deberá serle entregado en el plazo máximo de diez días... sobre la situación psicológica, educativa y familiar del menor, poniendo de manifiesto en tal caso aquellos aspectos del mismo que considere relevantes en orden a dicha intervención..."

Art. 27.2. "El equipo técnico podrá proponer, asimismo, una intervención socioeducativa sobre el menor, poniendo de manifiesto en tal caso aquellos aspectos del mismo que considera relevantes en orden a dicha intervención."

Art. 27.3. "El equipo técnico informará, si lo considera conveniente y en interés del menor, sobre la posibilidad de que éste efectúe una actividad reparadora o de conciliación con la víctima, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 19 de la Ley, con indicación expresa del contenido y la finalidad de la mencionada actividad. En este caso, no será preciso elaborar un informe con las características y contenidos del apartado 1 de este artículo."

Art. 27.4. "Asimismo podrá el equipo técnico proponer en su informe la

conveniencia de no continuar la tramitación del expediente en interés del menor, por haber sido expresado suficientemente el reproche al mismo a través de los trámites ya practicados, o por considerarse inadecuada para el interés del menor cualquier intervención, dado el tiempo transcurrido desde la comisión de los hechos.

En estos casos, si se reunieran los requisitos previstos en el artículo 19.1 de esta Ley, el Ministerio Fiscal podrá remitir el expediente al juez, con propuesta de sobreseimiento, remitiendo además, en su caso, testimonio de lo actuado a la entidad pública de protección de menores que corresponda, a efectos de que actúe en protección del menor."

Art. 27.6. "El informe a que se refiere el presente artículo 27 podrá ser elaborado o complementado por aquellas entidades públicas o privadas que trabajen en el ámbito de la educación de menores y conozcan la situación del menor expedientado."

Art. 19.1. Este artículo explica el procedimiento por el que a propuesta del equipo técnico se desistirá del expediente cuando exista conciliación, reparación o bien el menor se haya comprometido a cumplir una medida propuesta por el equipo técnico en su informe.

También encarga este artículo al equipo de la función de mediación entre la víctima o perjudicado "e informará al fiscal de los compromisos adquiridos y su grado de cumplimiento".

Art. 22. "Desde el mismo momento de la incoación del expediente el menor tendrá derecho a la asistencia de los servicios del equipo técnico adscrito al Juzgado de menores."

Tanto en los artículos reseñados, cuanto en el desarrollo del resto de la precitada Ley el Equipo Técnico participará en el procedimiento.

La Ley 5/2000 es eminentemente garantista de los derechos del joven y protectora, ya que a lo largo de ella se establecen escrupulosamente todas las garantías legales para el menor.

En la Ley igualmente se habla de "centros especializados", según las necesidades del menor, de "programas de tratamiento individualizado" y de intentos de que el menor se reintegre a la sociedad, de la que sigue formando parte.

Dado que las funciones de protección y reforma pertenecen a las Comunidades Autónomas, y por tanto la ejecución de las medidas que se impongan al menor, lo que centra la actuación de los técnicos, forenses u otras entidades, que valoran al menor en un primer momento, es propiamente el aspecto de la evaluación psicológica, social y educativa.

En cuanto a la elaboración ¿el informe pericial se seguirán los preceptos comunes que se señalan en el próximo capítulo, adaptándolo a las necesidades propias de este procedimiento.

El joven acude al Tribunal con sus representantes legales padres o tutores y abogado. Las medidas que se tomen son susceptibles de ser recurridas ante la Audiencia Provincial, como si de Derecho Penal ordinario se tratase.

En ocasiones los límites entre las necesidades de reforma y protección de un menor son muy tenues, como recuerda la Ley 5/2000 a lo largo de su exposición de motivos.

El 30 de julio de 2004 ha sido aprobado el Reglamento de la Ley Orgánica Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores. Este reglamento, cuando entre en vigor seis meses después de su publicación en el Boletín Oficial del Estado, establecerá las normas disciplinarias de los Centros que acogen a Menores. El Reglamento establece las obligaciones y derechos de los jóvenes internos así como resalta la función del Equipo adscrito al Tribunal en la mediación entre la víctima y el menor infractor.

La Ley de Menores actual constituye una mezcla heterogénea entre Derecho Penal y Protección de Menores.

r.5. Psicólogos de Vigilancia Penitenciaria

Vamos a realizar una mención muy somera a este tipo de especialización que

también es de Tribunales.

En la actualidad existen sólo tres equipos de psicólogo-trabajador social en los tres juzgados de Vigilancia Penitenciaria de la Capital.

La primera plaza de psicólogo dentro de un Juzgado de Vigilancia Penitenciaria se creó en 1995 en Madrid. Como en Menores y Familia, en este caso un psicólogo está adscrito a un determinado Juzgado y en estrecha dependencia y comunicación con el juez. No existe la ratificación oral pública en esta jurisdicción.

Igual que en la Clínica Médico Forense, los psicólogos de Vigilancia se rigen por la Ley de Enjuiciamiento Criminal en los términos previstos en la Ley de peritos, artículos 456 a 485. Sin embargo, las personas sobre las que se informa se encuentran condenadas y no como en la Clínica, donde se solicita el informe de cara al juicio sobre personas en libertad provisional o prisión preventiva.

El Juez de Vigilancia Penitencia actúa como garante de los derechos de los internos cuando éstos no están conformes con una decisión de Instituciones Penitenciarias en cuanto a regresión de grado penitenciario (clasificación en primero, segundo o tercer grado, la cual afecta a determinados beneficios penitenciarios y permisos), libertad condicional o permisos de salida.

El Juez de Vigilancia realiza seguimientos de liberados condicionales con reglas de conducta determinadas (por ejemplo asistir a terapia o presentarse ante el juzgado cada semana).

También tiene otras potestades atribuidas por Ley, como la visita a los Centros Penitenciarios, aprobar aislamientos en celdas superiores a 14 días, acordar lo que proceda sobre peticiones o quejas de los internos, etc.

Según Gómez Hermoso (1998), las áreas sobre las que se solicitan informes psicológicos en estos Juzgados son las siguientes:

Progresiones o regresiones de grado penitenciario de los internos cuando éstos no están de acuerdo con la decisión de Instituciones Penitenciarias.

Libertad condicional, en los mismos casos y cuando los internos han cometido crímenes especialmente violentos contra personas: violaciones, homicidios, asesinatos principalmente.

Permisos de salida. Igualmente en casos comprometidos o cuando existe desacuerdo entre Instituciones Penitenciarias y la Dirección General de Instituciones Penitenciarias (los dos organismos que deben aprobar una decisión dentro de la prisión).

Seguimientos de liberados condicionales con reglas de conducta relacionadas con su situación psíquica.

En general se cuenta con la actuación del psicólogo cuando las decisiones judiciales se refieren a internos de larga duración, por el peligro de fuga, reincidentes, por el peligro de alarma social, y por la gravedad del delito cometido.

1.6. Psicólogos en Asistencia a Víctimas

En los Tribunales de justicia sólo existe un caso de adscripción de un psicólogo a estos Servicios S.A.V. (Servicios de atención a víctimas) dentro de los Tribunales, en Madrid capital, junto con un trabajador social. El resto de las oficinas abiertas por el Ministerio de justicia a partir de 1998, transferidas después en su mayoría a las Comunidades Autónomas, están compuestas por un Oficial de Justicia que de forma unipersonal informa y orienta a las víctimas como un mero organismo consultivo de tipo eminentemente jurídico. En Madrid existen otras tres oficinas de tipo unipersonal fuera de la capital.

La mayoría de los Servicios de Atención a la Víctima que existen en España se encuentran gestionados por asociaciones no gubernamentales y por tanto pertenecen al ámbito privado fuera de los Tribunales. El primer Servicio de atención a la Víctima se abrió en 1990 en la Comunidad Valenciana con una orientación meramente jurídica. Los servicios actuales tienden a ser multidisciplinarios: psicólogos, trabajadores sociales y juristas.

Según De Luis Cabarga (2004) las funciones que se han venido

desarrollando en la Oficina de los Tribunales de Madrid que sí cuenta con psicólogo y trabajador social son las siguientes:

Información y asesoramiento.

Acompañamiento a juicios.

Atención individualizada.

Información sobre el procedimiento judicial.

Información sobre el resultado del proceso y sentencia dictada.

Tratamiento psicológico individual.

Tratamiento psicológico grupal.

Trabajo social de red con: servicios sociales (generales y específicos), colegios, servicios de salud mental, etc.

Información sobre las ayudas económicas previstas en la Ley para víctimas de delitos violentos y agresión sexual.

Cuadro 1.1. Resumen

Psicólogos de familia	1983	• Derecho Civil • Custodia de niños • Relación directa con el juez • Ratificación • Principio equidad
Psicólogos de las clínicas médico-forenses	1986	• Derecho Penal • Delincuentes y víctimas • No relación directa con el juez • Vista oral • Responsabilidad criminal
Menores delincuentes en conflictos legales	1988	• Entre Derecho Penal (procedimiento) y Protección (medidas) • Delincuentes menores • Ley propia 5/2000 • Relación directa fiscal y juez • Ratificación • Jurisdicción penal • Informe a penados • Relación directa con el juez • Sin ratificación
Vigilancia penitenciaria	1995	• Jurisdicción penal • Informe de penados • Relación directa con el juez • No ratificación
Asistencia a víctimas	1998	• Jurisdicción penal • Orientación y asistencial • Minoritario

Preguntas de autoevaluación

1. Los menores de edad en España pueden ser internados en un centro de régimen cerrado, como máximo:

a) Durante tres años. ☐

- b) Durante veinte años. ☐
- c) En ningún caso. ☐
- d) Durante cinco años. ☐
- e) Durante siete años. ☐

2.Los divorcios en España exigen la actuación del psicólogo en el procedimiento:

- a) No, nunca actúa en la separación. ☐
- b) Si hay hijos solamente. ☐
- c) Siempre que un juez lo solicita, por propia iniciativa o a instancia de las partes en litigio. ☐
- d) Si los cónyuges así lo acuerdan. ☐
- e) El divorcio no existe. ☐

3.El psicólogo de Vigilancia Penitenciaria siempre ratifica su informe:

- a) Verdadero. ☐
- b) Falso. ☐
- c) Si lo solicita el juez. ☐
- d) Si lo solicita el interno. ☐
- e) Si lo solicita el propio perito. ☐

4.Las víctimas de agresión sexual adultas normalmente reciben atención psicológica y orientación jurídica por parte de:

- a) El psicólogo de la Clínica Médico Forense. ☐

- b) El psicólogo del Servicio de Asistencia a Víctimas. ☐
- c) El psicólogo de Vigilancia Penitenciaria. ☐
- d) El psicólogo de menores. ☐
- e) El juez de Instrucción. ☐

2

Evaluación: el informe pericial psicológico

2.1. Introducción

El informe pericial psicológico, sea cual sea el Tribunal para el que es encargado y el objetivo que se busca, sigue una serie de pasos comunes y que podemos resumir como se expone a continuación.

2.2. Proceso de evaluación dentro de un informe pericial

2.2.1. Formulación del problema

Según la demanda del juez o Tribunal. Es aquí donde el perito valora qué es lo que le está solicitando el juez y cuáles son los medios materiales con los que cuenta, el tiempo que posee para emitir el informe, la disponibilidad de la persona o personas implicadas en el peritaje y las técnicas disponibles.

2.2.2. Evaluación del problema

En esta fase el psicólogo estudia toda la documentación a su alcance o solicita aquella que puede ser de interés para el problema. Se incluyen aquí posibles entrevistas con otros profesionales.

Tras este acercamiento documental sobre la situación del conflicto se emprenden las primeras exploraciones con personas implicadas en el peritaje, entrevistas, individuales o grupales. Siempre es preferible observar antes a la víctima que al acusado. En casos de familias preferiremos el orden padres-hijos, excepto cuando estamos investigando un delito de los padres hacia los hijos, como malos tratos.

El orden de las entrevistas es una variable importante que no dejamos al azar.

Dentro de esta fase debemos estar familiarizados con la idea de que las personas tienen derecho a colaborar o no con el peritaje. Lo normal es que lo hagan, pues en principio nadie pierde nada por realizarse un informe pericial. Si acaso se puede ganar, en el sentido de ver su responsabilidad atenuada o las secuelas del delito o credibilidad del testimonio respaldadas por un informe técnico e imparcial.

Al inicio de la exploración es muy importante que el perito explique a la persona implicada cuál es el objetivo del peritaje, en qué va a consistir y solicitar la autorización del interesado para realizarlo.

Mediante este pequeño trámite durante el que también nos presentamos como peritos y explicamos nuestra función, logramos dos objetivos: una alianza básica sin la cual es imposible realizar nuestro trabajo y devolver a la persona el control sobre los acontecimientos que le están ocurriendo.

2.2.3. Formulacion de hipótesis

Según el estudio de la documentación judicial y las primeras entrevistas con la persona objeto de la pericial o terceras personas relevantes, ya conocemos el asunto, al menos en parte. La siguiente fase consiste en plantear una hipótesis en función de los datos obtenidos.

Por ejemplo tenemos que valorar un traumatismo craneoencefálico debido a un accidente y en función de los documentos, la entrevista con familiares y la entrevista individual planteamos la hipótesis de que el accidentado padece un deterioro mental sobrevenido a partir del accidente.

2.2.4. Validación de hipótesis

Enfocamos nuestra atención dentro del conjunto de la información recabada a aquella que tenemos disponible, es verificable y tiene relación directa con la demanda que nos ha solicitado el juez.

Para validar nuestra hipótesis podemos utilizar dos tipos de datos: los propios de la observación clínica y los que se obtienen a partir de la aplicación de diversas técnicas psicodiagnósticas.

En el ejemplo propuesto a continuación escogemos según la naturaleza del deterioro observado, la edad y el nivel intelectual previo estimado de la persona, la técnica neuropsicológica más adecuada para nuestro caso.

2.2.5. Valoración de resultados

La pregunta a estas alturas es la siguiente: ¿Con la información disponible se puede contestar a la pregunta del juez o Tribunal? Si la contestación a esta pregunta es positiva, entonces pasamos a la siguiente fase, si es negativa, debemos volver sobre nuestra actuación y replantearnos nuestras hipótesis. Es el momento de pedir consejo a otros profesionales, estudiar bibliografía sobre casos similares en la literatura, volver a entrevistar, replantearnos si hemos utilizado las técnicas adecuadas, etc.

2.2.6. Comunicación de resultados: informe y ratificación

El informe pericial constituye la conclusión del encargo del juez. La comunicación de los resultados se hace normalmente por escrito. Aunque una pericial, en caso necesario se puede presentar oralmente. Casos infrecuentes en que se nos hace un encargo muy urgente y no hay tiempo para el informe por escrito.

Las ampliaciones y aclaraciones que de forma oral se realizan tanto en civil como en penal se llaman ratificación y tienen diversas características según la jurisdicción de que se trate. Esta diferenciación ya se trató en el capítulo anterior.

Cuadro 2.1. Proceso de evaluación dentro del informe pericial

-
- Formulación del problema
 - Evaluación del problema
 - Formulación de hipótesis
 - Validación de hipótesis
 - Valoración de resultados
 - Comunicación de resultados: informe y ratificación
-

2.3. ¿Por qué se realizan periciales psicológicas? Fundamentación jurídica

Recordemos que excepto en el informe de menores, el psicólogo sólo acude al proceso en función de una petición o solicitud, no de forma voluntaria o automática.

El razonamiento de la existencia de las periciales en Derecho se encuentra en las Leyes respectivas de enjuiciamiento Civil o Criminal. Se basa en la asunción de que el juez solicita un auxilio para mejor decidir en cuanto a unos hechos de los que desconoce su naturaleza en la fase de Instrucción y como medio de prueba durante la fase de vista oral.

Por ello un peritaje que no se reproduce durante el juicio oral carece de validez, es como si no se hubiera realizado.

Si un joven de 19 años mata a su hermano de 20 el juez quiere saber si el joven agresor padece algún trastorno mental que pueda modificar su responsabilidad penal de manera que solicita un informe pericial sobre su personalidad y rasgos psicopatológicos. En esta fase de Instrucción el perito examina al informado, hace las intervenciones que se requieran: examen de los documentos, informes anteriores si los hay, entrevista con familiares, pasación de pruebas y emite un informe descriptivo.

En la fase de Juicio Oral (en este caso dado la naturaleza del delito sería un juicio con jurado), el perito acude al juicio para "reproducir" su informe, es decir, debe explicarlo y aclarar todas las dudas ante la parte que lo solicitó en primer lugar, después ante el jurado (preguntas que se formulan por escrito al juez y que éste transmite al perito si las

considera pertinentes o adecuadas).

2.4. Características del informe pericial

En el informe pericial aparecerán no sólo los resultados finales, sino una serie de descripciones, orientaciones y valoraciones que explican la labor realizada por el perito paso a paso.

La ratificación de un informe pericial es parte del informe pericial.

La importancia del informe pericial deriva de varios puntos que son de obligado cumplimiento y que cuando no se cumplen lo invalidan por su propia naturaleza.

En primer lugar el informe debe adecuarse a las leyes, según la materia del informe sea Penal o Civil o en Materia de Menores. El psicólogo debe manejar los artículos correspondientes de la Ley de Peritos.

Además, al tratarse de un proceso psicodiagnóstico, donde se implican personas de cara a la toma de una serie de decisiones fundamentales como puede ser la guarda y custodia de niños o la privación de libertad, se ha de proceder de una forma técnica, y con ello de la forma más objetiva posible.

En los principales manuales teóricos sobre psicología Jurídica o Forense se ha insistido hasta la saciedad en que el informe debe de ser replicable. Ello implica que todas las operaciones que hayamos realizado deben constar en el capítulo dedicado a la metodología del informe. La anterior idea es válida, necesaria y da sentido al informe, ya que dentro de éste vamos a basar nuestras conclusiones siempre en los resultados obtenidos a partir de las operaciones mencionadas en la metodología.

Sin embargo, no se puede obviar el hecho de que un informe pericial no es un experimento científico y por lo tanto no puede ser del todo replicable.

No es posible porque en él están implicadas muchas variables incontroladas y que van cambiando a lo largo del proceso judicial. En el informe pericial sólo se puede hablar del momento concreto en que se realiza la pericial y

habrá que ser cautos a la hora de generalizar. Es importante incluso hacer constar este extremo en las conclusiones. Las conclusiones no son extrapolables a otras situaciones en que las variables presentes cambien o para otros fines que los establecidos por el juez en la propia pericial.

Cuadro 2.2. Características del informe pericial

-
- Adecuado a las Leyes de Enjuiciamiento
 - Proceso psicodiagnóstico
 - Replicable
 - Conclusiones no extrapolables
-

2.5. Aspectos diferenciales entre un proceso psicodiagnóstico y una pericial

En primer lugar hay que considerar que la persona que acude como sujeto a la pericial no ha solicitado estar ahí. De hecho las personas pueden prestar la colaboración que deseen y es labor del perito ser capaz de comprender cuál es la situación de la persona ante la prueba pericial.

Algunas víctimas de delitos informan que el mero hecho de ser llamados para realizarse una pericial les hace sentir como si hubieran cometido algún delito, por simple asociación entre Juzgados o sede judicial y delincuencia.

En este sentido, ser capaz de crear un clima de adecuada serenidad, de manera que la persona no perciba al perito como una amenaza, depende de las características del perito y de su habilidad social. De hecho un perito puede actuar como amortiguador de la victimización secundaria debida al procedimiento o bien al contrario aumentando los costes emocionales debidos al proceso judicial.

En segundo lugar el perito se encuentra actuando para el proceso no en función de las necesidades de una persona concreta sino en función de las necesidades del procedimiento. Aunque evidentemente las necesidades de la persona y las del procedimiento no son incompatibles; muy al contrario, el hecho de escuchar y aplicar una intervención individualizada a cualquier

implicado en un proceso judicial puede tener en sí mismo un efecto terapéutico porque disminuye la sensación de desamparo y alienación en la persona y le devuelve la sensación de control, todos ellos factores amortiguadores de estrés.

En tercer lugar el informe debe ser considerado como un documento legal, ya que sirve de base para las decisiones jurídicas y ha sido realizado a instancias de una autoridad judicial.

La distinción esencial entre un informe pericial en derecho penal o civil es que en derecho penal la pericial es un documento público, ya que el procedimiento penal es público, mientras que en derecho civil el documento es privado.

Una vez que un perito de oficio entrega al Juzgado un peritaje en derecho penal, éste pasa al fiscal, y la acusación al abogado de la defensa y al juez. El abogado lo puede hacer examinar por otro perito, de cara a la ratificación oral o en fase de instrucción. Con toda probabilidad esta pericial va a ser conocida por las personas implicadas: acusado/s y víctima/s. En la fase de Vista Oral, y si se trata un caso con cierta relevancia social, nada impide que parte de los peritajes sean reproducidos en los medios de comunicación social, como a menudo ocurre.

En derecho civil los documentos no pueden trascender el ámbito judicial, lo cual se consideraría un atentado contra la intimidad de las personas.

En cuarto lugar hay que distinguir entre el concepto de perito (aquel que es llamado por el juez al proceso para aportar un dictamen) y el de testigo-perito (aquel profesional que no habiendo recibido encargo alguno es llamado a la Vista Oral como "perito" en función de su relación profesional con la víctima, el testigo o el acusado).

Técnicamente no se trata de periciales en estos casos, sino de testificales. Hay que tener en cuenta que "nadie se puede negar a participar como testigo o perito ante la llamada de un juez", según la ley. Son estos casos, cuando

existe un tratamiento psicoterapéutico por medio, casos resbaladizos donde el psicólogo puede remitirse a contestar a las preguntas que no atenten contra el legítimo derecho al secreto profesional.

Muchas veces estos informes no implican a personas que han aplicado un tratamiento sino que son aquellos informes técnicos que profesionales ajenos al procedimiento emiten y que el abogado o en su caso el fiscal aportan al procedimiento como pruebas.

Es el caso de los informes que emiten los pediatras en urgencias ante casos supuestos de malos tratos o agresión sexual a menores y de los que tienen obligación de dar cuenta al juzgado de guardia, por ejemplo.

Cuadro 2.3. Aspectos diferenciales entre un proceso psicodiagnóstico y una pericial

<i>P. Diagnóstico</i>	<i>Pericial</i>
• Voluntario	• Involuntario
• Necesidades de la persona	• Necesidades del proceso judicial
• Informe clínico privado	• Informe público/privado
• Informes sin intención pericial	• Informes que son presentados al proceso

2.6. Apartados de los que debe constar un informe pericial

Un informe, para poder ser considerado un peritaje psicológico debe constar al menos de los siguientes apartados:

Autor del informe y organismo judicial al que va dirigido, n.º de procedimiento, persona o personas evaluadas.

Identificación de la demanda, pregunta del juez, señalada entre comillas, tal y como nos ha sido trasladada en el oficio correspondiente. A este apartado lo llamamos "Objetivo de la pericial".

Metodología-Técnicas que se han aplicado: entrevistas, otros informes, examen del expediente, tests, cuestionarios, observaciones realizadas, consulta con otros profesionales, visitas domiciliarias, etc. En este apartado es necesario además señalar fecha en la que se recibió el encargo y fechas de la evaluación, por su orden cronológico.

Resultados de todas las operaciones efectuadas. Este apartado se suele dividir en dos subapartados: datos derivados de las entrevistas mantenidas y datos derivados de las técnicas psicodiagnósticas.

Conclusiones.

Todos estos requisitos son los que se encuentran contemplados en la Ley de Peritos correspondiente, tanto civil como penal.



Figura 2.1. Apartados de un informe pericial tipo.

2.7. Asuntos importantes a considerar en los informes periciales

La evaluación es un proceso individual que nunca se repite del todo. Por tanto, tampoco se puede disponer de un modelo de informe válido en cualquier caso. Las particularidades de los casos, de los instrumentos adecuados a cada situación, obligan a que cada informe sea distinto del anterior. De ahí la importancia de que en el informe aparezcan en lugar destacado los objetivos globales de la evaluación, que son los que guiarán el resto de intervenciones. En el informe tipo propuesto este aspecto se engloba en el apartado "objetivos" del peritaje.

Las descripciones, diagnósticos, predicciones, etc. que se hagan sobre una persona deberán ser siempre limitadas a la situación en que los datos han sido obtenidos, como ya se ha explicado antes.

El informe ha de ser leído por una persona por lo general ajena a la metodología y a los contenidos de la psicología científica. Debe tenerse siempre presente a quién va dirigido (en este caso a un juez, pero también a las partes implicadas, el fiscal y a los abogados de las mismas, y en última instancia puede trascender al público en general).

Por tanto, en la redacción del informe vamos a evitar en lo posible las citas bibliográficas, la exposición de teorías psicológicas y en general todo aquello que pueda oscurecer el objetivo del informe. Esto no obsta que en el momento de la ratificación o ante otros peritos que pueden disentir de nuestras conclusiones no expongamos nuestro razonamiento y los fundamentos científicos en que nos basamos. Así los conceptos de validez, fiabilidad, consistencia, etc. pueden ser en ese momento expuestos oralmente. Todos estos conceptos también pueden ser tratados en el informe escrito siempre que no resten fluidez y claridad a la exposición.

El informe pericial va a ser interpretado desde las diferentes perspectivas que participan en el proceso legal y es muy útil ponerse en la situación de las personas que lo van a recibir. Este ejercicio es esencial a la hora de calibrar las posibles preguntas de cara a la ratificación, también en cuanto a comprender las posibles dudas que el informe puede suscitar.

Las principales variables a controlar en la redacción del informe, son: claridad en la expresión con frases cortas y concisas, la extensión, que no debe de ser excesiva pero sí suficiente según los objetivos, y el contenido, que debe atenerse a lo que nos solicita el juez.

Se debe procurar compatibilizar el rigor científico con la fácil comprensión de los términos utilizados y la amenidad suficiente.

Es importante recordar que el informe puede servir para una posible revisión posterior, por lo que la metodología debe estar bien

especificada.

Existen casos en que un informe que se redactó para un procedimiento legal es después utilizado en otro procedimiento en casos de delincuentes reincidentes años después.

En este caso el perito debe siempre aclarar en la Vista Oral el momento en que se realizó el examen y hasta qué punto pueden generalizarse las conclusiones.

Se debe evitar presentar un registro de patología ausente o presente. Frases del estilo "no tiene una psicosis maniaco depresiva, tampoco un trastorno del estado de ánimo", no tienen ningún interés. Al juez no le interesan las alteraciones que la persona no presenta. No hay que buscar o descartar en el informe ningún tipo de trastorno.

La finalidad de la pericial es presentar al juez un panorama lo más completo posible acerca de las variables que conforman la realidad psicológica de la persona o personas evaluadas en cuanto a su relación con el hecho legal concreto, lo que se llama técnicamente "análisis etipológico del delito".

En este mismo sentido notar que el perito no entra en los hechos del delito lo cual es un error muy corriente en peritos debutantes y que contraviene la Ley de peritos. En cuanto peritos no somos "testigos". Pero si incurrimos en el error de relatar los hechos, según nos los comunica el imputado, pasamos a ser "testigos" y perdemos nuestra cualidad pericial.

Para evitar este sesgo, lo que comunmente se realiza es no solicitar este relato por parte de los imputados. La excepción es cuando estamos ante un caso de credibilidad o cuando en ciertos casos de niños el juez nos encarga "investigar" el delito concreto. En estos casos utilizamos siempre vídeo con lo cual queda acreditado exactamente lo que nos ha sido transmitido.

Esto no significa que los hechos del delito no nos interesen. De los hechos nos interesa específicamente la "vivencia subjetiva" que de

ellos presenta la persona. Esta vivencia subjetiva es lo que realmente podemos poner en relación con los hechos a nivel psicológico.

Si una persona desea relatarnos los hechos del delito debe saber que en este punto no estamos obligados a guardar secreto profesional, como así se lo haremos saber si es necesario.

En el caso de un hombre que asesina a su mujer nos interesa saber si se siente culpable por lo sucedido y la motivación que lo ha llevado a realizar los hechos supuestos. La motivación puede ser patológica o no. Consideramos patológica aquella motivación que se aparte de la realidad. Ejemplo: un marido asesina a su mujer en la convicción de que ésta ha sido poseída por unos extraterrestres que la obligan a prostituirse.

2.8. Algunas consideraciones éticas

La ética del informe forense puede en parte relacionarse con el artículo 6.0 del Código Deontológico del Psicólogo (COP, 1987), en el que se lee lo siguiente:

La profesión de psicólogo/a se rige por principios comunes a toda deontología profesional: respecto a la persona, protección de los derechos humanos, sentido de responsabilidad, honestidad, sinceridad para con los clientes, prudencia en la aplicación de instrumentos y técnicas, competencia profesional, solidez de la fundamentación objetiva y científica de sus intervenciones profesionales.

En definitiva se trata de seguir los principios que ya apuntábamos en otro lugar Vázquez Mezquita B. y Hernández Sánchez J.A. (1993): "máxima observación, media descripción y mínima inferencia'.

El "Committee on Psychological Tests and Assessment" de la APA (1996) ha manifestado que las recomendaciones hechas a partir de los resultados de los tests deben utilizar un lenguaje claro, que se pueda entender. De la misma manera, cuando se revelan las puntuaciones, los psicólogos deben proporcionar información sobre la naturaleza, el

propósito y los resultados de los tests y cómo serán utilizadas estas puntuaciones.

Dentro de nuestro Código Deontológico tenemos también otras orientaciones, además de las ya apuntadas:

Art. 12: Especialmente en sus informes escritos, el psicólogo será sumamente cauto, prudente y crítico, frente a nociones que fácilmente degeneran en etiquetas devaluadoras y discriminatorias del género de normal/anormal, adaptado/inadaptado o inteligente/deficiente.

Art. 48: Los informes psicológicos habrán de ser claros, precisos, rigurosos e inteligibles para su destinatario. Deberán precisar su alcance y limitaciones, el grado de certidumbre que acerca de sus varios contenidos posea el informante, su carácter actual o temporal, las técnicas utilizadas para su elaboración, haciendo constar en todo caso los datos del profesional que lo emite.

2.9. Seguimiento del informe

En varios de los marcos en los que se nos va a solicitar nuestra intervención pericial, va a ser necesario el seguimiento del caso. Sobre todo en tres de los campos jurisdiccionales en los que se pide nuestra intervención:

Familia: tenemos que evaluar futuras situaciones familiares para adecuar nuestras orientaciones a los intereses cambiables del menor. Las situaciones familiares no son estáticas sino variables, y en ese sentido, habrá que hacer constar que las conclusiones o recomendaciones que se vierten en un informe se derivan de la situación concreta que se ha evaluado en un momento determinado, y que las circunstancias pueden modificarse debiéndose evaluar de nuevo la situación.

En los casos en los que el régimen de visitas es conflictivo, se recomienda la implantación de visitas graduales entre los menores y el progenitor que no tiene la custodia. Habrá que hacer el oportuno seguimiento sobre el desarrollo de las visitas y volver a intervenir en caso de complicaciones o problemas adicionales.

Menores: en este ámbito el psicólogo, junto con el resto del Equipo Técnico, deberá hacer el oportuno seguimiento de las resoluciones judiciales, para comprobar si las medidas educativas impuestas están siendo llevadas a cabo, y si los efectos sobre el menor están siendo los adecuados, para en caso contrario informar sobre la necesidad de modificar algún aspecto concreto.

En los expedientes de Vigilancia Penitenciaria cuando se impongan medidas concretas tras otorgar un Régimen de Libertad Condicional, sobre todo en los casos más graves de delitos contra la vida y contra la libertad sexual.

2.ro. La ratificación del informe en vista pública o a puerta cerrada

Es bueno seguir una serie de indicaciones de cara a las ratificaciones:

1. Antes de iniciar la ratificación se realiza el juramento o promesa de desempeñar bien y fielmente el cargo de perito que nos ha sido encomendado.
2. Tras este ritual el juez nos pregunta si nos ratificamos en el informe. Es el momento de aclarar o rectificar si hemos detectado algún error en nuestro informe.
3. Contestamos después a las preguntas de la parte que nos ha propuesto, fiscal, acusación o abogado de la defensa, y después a las de la otra parte. Finalmente el juez puede pedirnos también alguna aclaración.
4. Normas de conducta a observar durante la ratificación (normas congruentes con alta credibilidad de nuestro peritaje):

Estar tranquilo o aparentarlo. Es útil la relajación y la desensibilización sistemática, así como el rol-playing de cara a controlar el miedo escénico, sobre todo si somos debutantes.

Tener a mano más información de la que se encuentra disponible en el informe y congruente con ella.

Por ejemplo, si hemos afirmado que una mujer con rasgos de personalidad dependiente es posible que soporte una situación de malos tratos y a la vez esta mujer también presenta rasgos esquizoides prepararemos nuestra argumentación sobre cómo los rasgos de esquizoidismo favorecen además el aislamiento social en el que se ha visto envuelta a partir del maltrato.

Estudio del informe y del expediente. Es bueno memorizar los datos del informe ya que activamos la creencia de que si tenemos buena memoria para el informe también sabremos mucho en otros campos. Además si tenemos memorizado el informe no perdemos tiempo consultando lo escrito y podemos ganarlo en las respuestas.

No titubear, si bien es necesario señalar cuándo no podemos contestar de una forma taxativa a una cuestión.

Hablar ni muy alto ni muy bajo. La vocalización debe ser muy buena y la velocidad baja.

Tener siempre en cuenta que en la Sala quien más suele saber de la persona de la que se habla es el perito, al menos en lo que concierne a lo psicológico nosotros somos quienes más hemos conocido del o los interesados.

A veces, en lugar de preguntarnos sobre el peritaje nos preguntan de forma genérica sobre una parte del mismo.

En un peritaje donde se había determinado que un imputado padecía una esquizofrenia, la pregunta del fiscal fue: "Explique usted al Tribunal qué es la esquizofrenia."

Aunque a veces alguna de las partes va a intentar desacreditar nuestro peritaje o a nosotros como peritos, si no puede hacerlo con nuestro informe, procurar guardar siempre la serenidad y no tomar las alusiones como asuntos personales. Un juicio es casi como una representación donde cada uno juega su papel y así lo hemos de tomar. No entrar nunca en descalificaciones personales aunque nos estén descalificando,

simplemente defender nuestros puntos de vista respetando los de los demás.

-Un atuendo formal favorece nuestra credibilidad ante el Tribunal.

Procurar no salir del ámbito de lo expresado en la pericial, no pasar a opinar sobre lo que no hemos visto o desconocemos. A veces los abogados intentan que realicemos juicios sobre la marcha en los que en general es más indicado no entrar.

2.11. El informe pericial ante el jurado Popular

Las características de una vista oral ante un jurado serán las mismas que ante cualquier otro tribunal, aunque la dinámica del jurado exige ciertas recomendaciones adicionales. Siguiendo las indicaciones de De Pául (1995), ante el Tribunal del jurado consideraremos los factores que favorecen que un testimonio sea persuasivo:

1. Declarar con confianza y seguridad. Puede ser de gran utilidad ensayar las declaraciones.
2. El testimonio debe ser claro y preciso. Debemos procurar ofrecer muchos detalles.
3. Tener en cuenta la influencia de la comunicación no verbal en la credibilidad. Gestos ilustradores para reforzar lo que se expresa y mirar al jurado aumenta nuestra credibilidad. Existen claves en la comunicación no verbal que son indicadores de nerviosismo y se interpretan también como baja credibilidad del hablante: no mirar al jurado, mantener poco contacto ocular, pausas, tono de voz excesivamente alto.
4. Pero la declaración no debe de darla sensación de estar excesivamente preparada. Aquí nos referimos a que no es conveniente un estilo hipercorrecto gramaticalmente o más formal del habitual.
5. Las respuestas narrativas son más persuasivas que las respuestas

cerradas. Esto lo conocen bien los abogados que intentan realizar preguntas abiertas a sus testigos y cerradas a los testigos de la parte contraria.

6. Disminuye la credibilidad cuando se revela una alta victimización tras transcurrir bastante tiempo desde la comisión del delito. Esto se debe al llamado efecto de "atribución defensiva". Creer a la víctima hace al público sentirse más vulnerable y sentir menos control en el ambiente, puesto que si a la víctima le ha sucedido eso a los demás también les podría ocurrir. Para incrementar la sensación de control se tiende a dudar de la declaración.

El procedimiento de la ratificación ante el jurado se encuentra especificado en la Ley orgánica 5/95 de 22 de mayo.

En un juicio ordinario el Tribunal tiene acceso a todos los documentos, entre ellos nuestra pericial, mientras declaramos. En el caso del jurado no ocurre así. El jurado no tiene nuestra pericial delante, y eso hace que tengamos que ser más explícitos en nuestras respuestas. Las preguntas nos son realizadas por las partes en litigio y después por el jurado que pasa sus preguntas al juez. Éste las admite, no las admite, las reformula o pide que se reformulen. Es él quien las transmite al perito oralmente.

Cuadro 2.4. *Resumen*

Proceso Evaluación	Fundament. jurídica	Caracterist. informe	Aspectos diferenciales	Apartados	Aspectos importantes	Considerac. éticas	Seguimiento	Vista oral	Jurado Ratificación
Formulación problema	Ley Peritos	Ratificación es parte	No voluntario	Autor y Peritado	Irrepetible	Código Deontológico COP 87	Familia	Parecer tranquilo	Confianza Precisión
Evaluación problema	Civil	Cumplir ley	Para proceso jud.	Demanda Juez	Limitado	Fundamentación objetiva	Menores	Más información	Comportamiento no verbal
Formulación hipótesis	Penal	Proceso psicodiag.	Documentac. legal	Metodología	Para no profesionales	Máxima observación	Vigilancia	Memorización informe	No muy preparado
Validación hipótesis validación resultados	Menores	Replicable	Perito Perit-testigo	Resultados	Diversa interpretación	Media descripción		Aspecto formal	Respuesta narrativa
Informe y Ratificación	Jurado		Conclusiones		Evitar patología	Mínima inferencia		Tono de voz, vocal.	Atribución defensiva

Preguntas de autoevaluación

1.En el informe pericia) es conveniente:

a) Pasar los tests a ciegas. ☐

- b) Pasar los tests antes de la entrevista. ☐
- c) Estudiar las diligencias antes de planificar la intervención. ☐
- d) No identificarnos hasta el final de la exploración. ☐
- e) Comenzar por las conclusiones. ☐

2.El seguimiento se realiza en el siguiente caso:

- a) Cuando lo ordena el juez de Instrucción. ☐
- b) Cuando lo solicita la persona interesada. ☐
- c) En vigilancia penitenciaria cuando lo solicita el juez ante libertades condicionales. ☐
- d) En las Clínicas Médico Forenses se realiza siempre. ☐
- e) En Menores cuando ha terminado la aplicación de la medida educativa. ☐

3.La validación de hipótesis en los informes periciales:

- a) Es un hecho que no se da nunca. ☐
- b) Es una fase del proceso de la intervención. ☐
- c) Es la última fase del peritaje. ☐
- d) Es la primera fase del peritaje. ☐
- f) Se realiza durante la ratificación. ☐

4.Si una víctima muestra mucha victimización cuando ha transcurrido mucho tiempo:

- a) Se tiende a dudar de su testimonio. ☐

- b) Se le indemniza más. ☐
- c) Se suele suspender el juicio. ☐
- d) Es indiferente para la apreciación de la credibilidad. ☐
- e) Se tiende a creer más el testimonio. ☐

3

Temas específicos en psicología forense

3.1. Personalidad violenta y psicopatía

3-1.1. Introducción

No existe definición alguna sobre "personalidad violenta", como entidad aislada en ningún manual de clasificación de enfermedades mentales, si bien la conducta violenta y sobre todo la predicción de esta conducta está en la base de muchas de las periciales que se nos solicitan, sobre todo en caso de delitos contra las personas, y últimamente en temas de maltrato familiar.

A veces se nos pregunta a los psicólogos cuál es el "perfil psicológico" de un determinado tipo de agresor, sexual, doméstico, homicida, por poner ejemplos corrientes dentro del ámbito forense, y pocas veces podremos contestar de una forma definitiva, pues la violencia en sí es un fenómeno multidimensional.

Muchos jueces y abogados se empeñan en preguntar si una persona tiene el "perfil" de determinado tipo de agresor. Ante esta pregunta tendremos la obligación de contestar que no existen tales perfiles, aunque puedan existir ciertas variables de personalidad o incluso trastornos de personalidad que favorecen la aparición de una conducta agresiva. Esta es una respuesta frustrante para la ley, ya que en el mundo jurídico los hechos existen o no. El mundo del Derecho se mueve dentro de variables discretas, la psicología fundamentalmente dentro de variables continuas. Sin embargo, tendremos que explicar que incluso la existencia de un determinado trastorno no garantiza la

existencia de una determinada conducta. Un psicodiagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad no garantiza a la fuerza que una persona determinada cometa un delito. De hecho, la mayoría de las personas antisociales se encuentran adaptadas socialmente y sólo una minoría pasan a delinquir.

En el ámbito anglosajón, la Ley M.Naghten obliga en determinados estados de los Estados Unidos a una contestación Sí o No ante preguntas cerradas del estilo ¿conoce el acusado el bien y el mal?, sin que el perito pueda matizar su contestación.

Lo anterior está magistralmente descrito en la novela real de no ficción *A sangre fría* (1965) de Truman Capote (1924-1984), sobre un hecho real. Ésta es una de las lecturas recomendadas que aparecen en el capítulo correspondiente de este libro.

Como señalamos en otra parte, Vázquez Mezquita, B. (2000), lo primero es reconocer que carecemos de una definición universal de 'personalidad violenta', y tampoco podemos argumentar la existencia de 'personalidad no violenta'.

Nos conformaremos con hablar de "conductas violentas", y personalidades más o menos predispuestas a la violencia.

Por otro lado, lo que cada cultura define como "violencia" es variable, por tanto también el concepto de lo que consideramos "personalidad violenta" variará.

Así, por ejemplo, en cuanto a nuestro concepto de agresión sexual citado por Redondo, S. (1994: 96), "Sanday efectuó un análisis transcultural de la violación en 156 sociedades distintas, encontrando que en casi la mitad de ellas la violación estaba permitida, no era delito".

También dentro de una misma cultura, el concepto individual de lo que es conducta violenta puede variar de persona a persona o de grupo a grupo, en función de determinados modelos aprendidos.

Mientras que la violencia doméstica se estudia y denuncia de forma progresiva, estudios sobre parejas maltratadoras en EEUU, según Gortner Eric, T., Gollan Jackie, K, y Jacobson, Neil, S. (1997), muestran que en un 50 a un 60% de casos donde aparece maltrato físico no se informa de insatisfacción conyugal. Hay parejas que a pesar de cumplir criterios de violencia doméstica dentro de su propia cultura se encuentran "adaptadas" a esa situación. Esta adaptación se debe a factores idiosincráticos, personales y sociales.

En general, tendremos que tener en cuenta que la definición de lo que se considera agresivo en una cultura, vendrá determinado según nos explica Feldman, M. P. (1989) por los siguientes factores:

1. Los actos agresivos dañan a las víctimas y tienen consecuencias, tanto positivas como negativas, para los ejecutantes.

Entre las consecuencias positivas se destacan dos:

Adquisición de posición social más elevada.

-Mantenimiento de la posición social ya existente.

2. Los juicios sociales de lo que es agresivo son muy importantes.

Este juicio descansará a su vez sobre los siguientes factores:

Intensidad de las respuestas del ejecutante.

Nivel de daño o dolor por parte del receptor.

Intencionalidad atribuida al ejecutante.

-Características del ejecutante.

-Características del observador.

Como se observa dentro de lo que consideramos violencia en el ámbito de la conducta humana, la motivación de poder y el juicio social de lo que es

violencia serán dos conceptos básicos para entender por qué se desencadenan las conductas destructivas.

Luego veremos cómo las motivaciones que mueven a los asesinos más peligrosos, los llamados asesinos en serie, no difieren especialmente de las motivaciones de las personas llamadas "normales", si bien las distorsiones cognitivas, las creencias irracionales y las justificaciones para la conducta desviada se encuentran exageradas hasta el extremo en el grupo de los asesinos en serie.

Igualmente, dentro de algunas familias particularmente violentas enviadas a evaluación psicológica por los tribunales españoles, se observa un estilo generalizado de comunicación agresiva entre unos miembros y otros sin que los miembros del sistema perciban esta conducta como "anómala" ni sean capaces de asignar a su estilo de relación la etiqueta de "violenta".

Evidentemente son estas familias las que van a desarrollar con mayor frecuencia una patología social, pues al generalizar su estilo de relación con el medio, es muy posible que entren en conflicto con él.

La observación del estilo de relación que se entabla entre los miembros de la familia o de las personas con el perito, dentro de la evaluación, es una muestra de conducta válida en la predicción de posible conducta violenta. Esta observación es de mayor interés que ninguna escala de ningún test de personalidad o que ningún otro índice de agresividad en técnicas proyectivas.

3.1.2. Bases sociales y biológicas de la violencia

La violencia es una conducta que en la especie humana se manifiesta en dos formas: violencia afectiva y violencia predadora.

Mackaf, P. K. (1983) señaló cinco teorías sobre el origen de la agresión humana: la teoría clásica del dolor, hipótesis de frustración-agresión, sociología de la agresión, la agresión como catarsis y la etología de la agresión, a la par que proponía una teoría "bioquímica" de la agresión.

Sea cual sea la orientación desde que entendamos la agresividad humana, la afectiva será aquella que surge de la alarma física subsecuente a un peligro percibido, anticipado o evocado y que provoca una excitación nerviosa de tipo defensivo. Esta excitación da lugar en contextos normales a una descarga inmediata en forma de ataque hacia el estímulo provocador, de huida, o parálisis defensiva. En circunstancias adversas, cuando la alarma se generaliza crónicamente sin una descarga subsecuente, da lugar a las patologías asociadas al estrés, fundamentalmente trastornos de ansiedad. En circunstancias patológicas, cuando la alarma se produce en relación a peligros irreales se produce la agresión psicótica, inapropiada pero siempre motivada dentro de una lógica delirante.

Por último hablaremos, dentro de agresión afectiva, de la autoagresión. Es la agresividad humana vuelta contra el propio organismo. Aquí podemos encontrar motivaciones psiconeuróticas, psicóticas o normales (enfermo terminal que en pleno uso de sus facultades decide poner fin a su vida); igual que la heteroagresión, admite gradaciones diversas, desde las heridas leves al suicidio consumado.

Como vemos es en la motivación donde establecemos la división agresión "afectiva" o "predadora".

La agresividad predadora es aquella cuya motivación no obedece a parámetros defensivos del organismo sino que es ejercida por ciertos individuos y grupos con el objetivo de saciar otro tipo de necesidades como son las económicas, de poder o territoriales.

En lo social se da la agresividad predadora extrema en el caso del genocidio, cuyas causas últimas casi siempre obedecen a motivaciones económicas aunque se utilicen justificaciones de todo tipo: políticas, religiosas, etc.

Dentro de la violencia individual, es la agresividad predadora la que más daño provoca en las sociedades que llamamos modernas.

Es por ejemplo la violencia aparentemente inmotivada del agresor sexual en serie o de algunos agresores domésticos. La motivación que lleva a esta

agresión es la motivación de "poder o dominio".

Esta motivación de poder es lo patognomónico, lo genuino de la agresión no afectiva, por tanto agresión fría, premeditada, que causa excitación y euforia. Y esto vale sea cual sea el trasfondo, el desarrollo de la personalidad, las circunstancias vitales por las que esa persona ha llegado a crearse esa necesidad de dominio sobre la vida de los otros.

En la vida cotidiana, y sin necesidad de ejemplificar con delincuentes encarcelados, encontramos violencia predadora en la escuela, por ejemplo en un maestro que la ejerce dentro de sus funciones sobre sus alumnos humillándolos, la de un jefe, la de un líder religioso, que dejan a su paso, si no cadáveres físicos, sí víctimas psicológicas, a veces dañadas para siempre. Esta violencia casi siempre oculta, se ejerce sobre las personas más débiles por su posición social o sus características de vulnerabilidad psíquica. En la vida cotidiana nos encontramos con muchas personas violentas que sin embargo se encuentran adaptadas socialmente. Lo que caracteriza la violencia de estas personas en contraste con la violencia que cualquiera puede ejercer en un momento dado es su aparente falta de motivo, su brutalidad y que el que la ejerce no experimenta remordimientos, es decir, no se trata de estallidos de cólera más o menos circunscritos en el tiempo.

De hecho es interesante considerar que incluso algunos de los criminales más violentos no son detectados y diagnosticados como antisociales hasta que cometen un crimen determinado. Sin embargo, la personalidad ya estaba ahí desde antes y con esta personalidad, ese estilo característico de falta de vinculación con las personas bajo una máscara superficial de aparente normalidad.

El extremo de estas conductas antisociales lo constituye la violencia de las personas que cumplen criterios de 'psicopatía', y que en un momento determinado traspasan el límite de lo socialmente aceptado para llegar a los delitos contra las personas.

Es todavía un misterio por qué una persona que hasta un momento determinado se encuentra dentro de los límites de lo permitido, los

traspasa para cometer un crimen violento como un asesinato a sangre fría. Salvo que tengamos una información muy exhaustiva de tipo autobiográfico no entenderemos este extremo. Hace falta un detonante que hace que la ira hasta ese momento contenida se desborde en el acto agresivo. La frustración de una autoestima herida, en sentido general, es una de las hipótesis que tendremos que barajar.

Existen dentro de los psicópatas personas "adictas a la violencia". Estas personas, en general varones, se encuentran siempre en busca de víctimas para obtener excitación, evitar el aburrimiento y obtener otros beneficios secundarios como la propia sensación de poder sobre los demás, beneficios económicos sociales o laborales, etc.

De hecho una vez que una persona afectada de psicopatía desarrolla una conducta violenta grave, como un asesinato con éxito (sin daño para el ejecutante), la posibilidad de que repita esa conducta tras un período de enfriamiento es muy alta. A este proceso lo llamamos adicción a la violencia.

En la violencia predadora, al contrario que en la afectiva, la víctima no juega casi ningún papel en la agresión, pues no se encuentra en la base de la motivación del agresor. Se la escoge en función de su indefensión física o social, su disponibilidad, sus características exteriores, en algunos casos por su falta de relación con el agresor, otras por poseer características de las que el agresor quiere apropiarse, y casi siempre porque simboliza "algún aspecto particularmente significativo" para el agresor. Esta significación es personal en cada agresor y tiene que ver con él mismo y sus fantasías destructivas y de omnipotencia.

Los agresores llamados "organizados" suelen escoger sus víctimas entre grupos marginales de los que es poco probable encontrar una contestación importante (prostitutas, mendigos, enajenados mentales, niños).

Muchas veces la víctima es elegida por poseer más de una de las características de las señaladas. La falta de vinculación personal con el agresor es una de las características típicas de la agresión predadora. El razonamiento en el psicópata no se encuentra perturbado, y en efecto, la falta

de vinculación con la víctima garantiza la impunidad, al menos de forma teórica.

Cuando la agresividad es afectiva, la víctima sí juega un papel en la agresión. De forma realista, o meramente fantástica, pero dentro de una lógica, la agresión afectiva pretende defenderse atacando al otro, a quien por un motivo u otro se le vivencia como un enemigo y una amenaza. De alguna manera, la motivación afectiva es más adaptativa, restringida, menos premeditada y responde a parámetros de supervivencia más ligados a lo biológico que a lo social. Bien entendido que el ser humano es social y un aspecto y otro se encuentran unidos de forma indisoluble.

Podemos concluir esta distinción entre violencia afectiva y predatora asimilando la primera a la conducta agresiva animal. Ésta existe a lo largo de toda la escala filogenética y es adaptativa. Excepto por motivos de reproducción la agresión biológica se suele orientar hacia otras especies.

La violencia fría, predatora constituye un sistema mediado por lo social y es característicamente humana. Se han encontrado conductas similares en primates.

A nivel de la pericial es esencial distinguir si la violencia ejercida en un supuesto delito - hablamos de supuesto hasta que no hay sentencia firme - es predatora o afectiva. Para ello analizamos los hechos del delito que se encuentran en el sumario y averiguamos básicamente si hay signos de premeditación o, violencia "a sangre fría", investigamos tipo de delito, observamos si la cantidad de violencia ejercida es proporcionada o desproporcionada para los fines buscados, antecedentes delictivos, versatilidad criminal del acusado, etc. La relación de la víctima con el agresor es básica. En la entrevista observamos la vivencia subjetiva del suceso que ofrece el acusado, las justificaciones o explicaciones que aporta (racionalizaciones) sentimientos de culpa o responsabilidad que presenta, reacción ante la detención y encarcelamiento, negación de los hechos, etc. Aquí lo básico es "saber escuchar", tener paciencia y no anticiparse a las respuestas, mantener una situación de objetividad y la cabeza fría.

Muchas veces una entrevista con una persona antisocial que ha cometido uno o varios delitos graves es un pulso donde el supuesto agresor intentará medir las fuerzas del entrevistador y tomar las riendas de la entrevista para facilitar sólo aquella información que le interesa.

En función de todo lo anterior no sólo llegaremos a establecer un diagnóstico u otro. Es que además de cara al tratamiento la capacidad de asumir responsabilidad por los propios actos es la cualidad sine qua non para orientar hacia una determinada medida alternativa o paralela al internamiento en prisión.

Las bases sociales de la conducta violenta se encuentran en la propia sociedad. Cualquier tipo de maltrato a un menor, el abandono, la negligencia, las deficiencias alimenticias, un entorno social inseguro favorecen la aparición de conductas violentas en la edad adulta porque son factores facilitadores por dos vías paralelas:

Bien porque pueden actuar a nivel biológico: síndrome del zarandeo (un menor que es zarandeado en el curso de un maltrato siendo niño puede sufrir lesiones cerebrales que favorezcan la conducta violenta en la edad adulta), falta de nutrientes que favorezcan el desarrollo armónico del sistema nervioso en el niño.

Bien porque el maltrato favorece diversos tipos de trastornos en el desarrollo de la personalidad, el antisocial entre ellos, más otros tipos de patología: desarrollos paranoides, personalidad disociada, personalidad límite, consumo de drogas, etc.

La paradoja consiste en que vivimos en una sociedad pro-violencia, donde el abandono, el maltrato y la discriminación con los más débiles está a la orden del día. Aunque en sentido estricto el psicópata no puede ser sólo una creación social porque necesita ciertas bases fisiológicas, lo cierto es que la sociedad actual favorece, en cierta medida el comportamiento violento, mientras éste no traspase unos ciertos límites.

Cuadro 3.1. Bases sociales de la violencia

• Violencia predatora	• Violencia afectiva
• Sin motivación biológica	• Motivación defensiva
• Violencia fría	• Violencia no premeditada
• Crimen organizado	• Crimen desorganizado
• Falta de relación con la víctima	• Relación con la víctima
• La motivación es poder	• La motivación tiene lógica

En cuanto al substrato biológico que sostiene al comportamiento violento, este implica en primer lugar al sistema nervioso, según Martín Ramírez (2001).

Existen dos enfoques diferentes en cuanto se puede considerar el valor funcional de diversos núcleos cerebrales en la modulación de la agresión, o bien considerar que los circuitos cerebrales implicados en la agresión son varios y están interconectados.

De hecho la primera posición localizacionista, desarrollada hacia los años veinte del siglo pasado está desacreditada.

El SNC adulto se desarrolla a partir de tres vesículas embrionarias.

El romboencéfalo o encéfalo posterior da lugar al cerebelo-bulbo raquídeo encargado de las actividades involuntarias y la coordinación motora. En la parte media encontramos el mesencéfalo o encéfalo medio. El prosencéfalo o encéfalo anterior da lugar al diencéfalo y el telencéfalo. En el mesencéfalo y el diencéfalo se originan los procesos inconscientes incluyendo las emociones y entre ellas la agresión.

En el telencéfalo se localizan los procesos que tienen que ver con las sensaciones, solución de problemas y comportamiento voluntario, gracias a sus sistemas sensomotores para expresar dicha actividad.

La agresión es una actividad integrada donde en dependencia recíproca unos sistemas con otros participan todos en la conducta agresiva, desde el tronco del encéfalo hasta la corteza cerebral.

Existen unas regiones moduladoras que potencian o inhiben la agresión. Estas regiones están centradas en el sistema límbico: amígdala y estría terminal, hipotálamo, septum, hipocampo, cíngulo y corteza prefrontal (corteza cerebral situada por encima de los arcos superciliares).

Existen unas regiones llamadas efectoras desencadenantes de la expresión agresiva: hipotálamo y sustancia gris central.

El hipotálamo es el centro motor que controla y coordina muy variadas reacciones emocionales y la propagación de la estimulación experimentada cuando sentimos una emoción.

Es un sistema de apetencia y recompensa. Organiza y controla la conducta para satisfacer las necesidades biológicas básicas y defender la integridad física.

Sin embargo, el hipotálamo no es la estructura más importante en la agresión. La integridad hipotalámica no es esencial para la integración ni para la elaboración final de la agresión.

Desde el punto de vista de la conducta agresiva el hipotálamo más que organizar motóricamente la conducta agresiva lo que hace es intensificar dicha respuesta según el contexto, unas veces amistoso, otras amenazante, interactuando con otras estructuras cerebrales.

La estimulación de la sustancia gris central periacuedal (SGC) y del tegmentum lateral adyacente, en la región central del mesencéfalo, sí muestran una expresión coordinada de reacciones agresivas (su lesión impide reacciones agresivas).

Los pensamientos y demás funciones superiores también han de afectar a las emociones conscientes. Es de esperar que en la regulación de los procesos emocionales, como el agresivo, junto con el hipotálamo y la SGC participen

también estructuras telencefálicas: sistema límbico y neocorteza (allá donde se localiza el pensamiento y las funciones intelectuales superiores).

Otra estructura directamente relacionada con la agresión es la amígdala, integrada en el llamado sistema límbico.

La amígdala es el centro que recibe e integra múltiples informaciones canalizándolas hacia centros específicos para su procesamiento ulterior. Actúa como "guarda agujas" con relación a emociones como venganza, enfado premeditado e irritación contenida.

Además de las áreas cerebrales comentadas hasta ahora, pueden identificarse al menos cuatro posibles relaciones entre neuropsicopatología y violencia:

- a) Aumento de la activación del SNC relacionado con la capacidad de pensar. En algunos casos y como consecuencia de accidentes donde se ve afectada la corteza prefrontal aparecen conductas agresivas o bien se exacerban las ya preexistentes.
- b) Disminución de la capacidad inhibitoria relacionada con la activación. Se ha postulado también una desconexión entre la corteza prefrontal y otras áreas del cerebro, de manera que una vez iniciada la conducta agresiva ésta no se inhibiría ante estímulos normales como son la demostración de daño o dolor por parte de la víctima.
- c) Deterioro de la atención, de la concentración, de la memoria y subsiguientemente de los procesos mentales superiores. Aunque se ha postulado que muchos psicópatas y criminales violentos tienen una buena capacidad intelectual también es cierto que presentan ciertas deficiencias a la hora de emplear estas capacidades de forma eficaz.
- d) Malinterpretación de los estímulos y acontecimientos externos. Una alta propensión hacia la agresividad tiene mucho que ver con una vivencia de hostilidad exterior. El mundo es un lugar amenazante.

[...] descubrieron que por lo menos compartían una firme opinión: el

mundo era un lugar odioso y todos sus habitantes estarían mejor muertos. Es un mundo podrido - decía Latham-. No se le puede responder más que con maldad. Es la única cosa que todo el mundo entiende: la maldad. Quémale la casa a un hombre, entonces comprenderá. Envenénale al perro. Asésínale (A sangre fría, Truman Capote, 1965).

Cuadro 3.2. Neuropsicopatología y violencia

-
- Disminución de la activación del SNC.
 - Disminución de la capacidad de inhibición.
 - Deterioro de la memoria, atención y concentración.
 - Malinterpretación de acontecimientos externos.
-

Las anteriores alteraciones suelen ocurrir en el telencéfalo, ya sea por daño generalizado debido a un extenso deterioro cerebral, ya por lesiones más localizadas en el lóbulo frontal o temporal.

El lóbulo frontal es el responsable de funciones ejecutivas en cualquier actividad compleja, presentándose como sede de la abstracción, el juicio, la planificación, la motivación sostenida y la autorregulación.

En cuanto al SNA (sistema nervioso autónomo), a pesar de su nombre también puede ser objeto de aprendizaje, participando en excitaciones fisiológicas que pueden acarrear un ataque o preparar para la lucha defensiva o la huida.

Un descenso consistente del ritmo cardiaco en reposo predispone a la agresividad, su aumento predispone al miedo.

La conducta agresiva es más fácil con déficits en la conductancia y en condicionamiento clásico observados en sujetos antisociales y violentos.

El aumento de la actividad autonómica podría servir como factor protector contra la violencia. Por otro lado un aumento de esta actividad está asociada con ansiedad. Por eso ansiedad y conducta psicopática se asocian de forma

inversa.

En cuanto a neurotransmisores no se puede relacionar un solo neurotransmisor con una conducta concreta, por eso hasta ahora no se ha encontrado ningún fármaco capaz de controlar la agresividad.

Resumiendo, desde un punto de vista biológico podemos dividir la agresividad en:

-Ofensiva-afectiva.

-Defensiva-miedo-afectiva.

Depredadora, un animal caza y da muerte a otro, normalmente de otra especie para comérselo, a sangre fría.

Cuadro 3.3. SNA y agresividad

-
- Descenso del ritmo cardiaco en reposo.
 - Déficits de conductancia y condicionamiento clásico.
 - Aumento de la actividad autonómica.
 - Asociación inversa entre ansiedad y conducta psicopática.
-

3.1.3. La personalidad violenta. Teoría de Millon y clasificaciones diagnósticas

Pinel en el siglo xix acuñó el término "locura sin delirio", para referirse a lo que hemos llamado en el anterior apartado personalidades antisociales o psicopáticas.

No todas aquellas personas clasificables según los criterios diagnósticos de los manuales internacionales (DSM-IV-R) como antisociales, o disociales (CIE-10), son asimilables al término "psicópata" y viceversa.

La definición de "psicópata" y sobre todo la comprensión de lo que este término significa es de interés especial para nuestro entendimiento del problema de lo que llamábamos más arriba agresividad predatoria. Lo

anterior tiene una aplicación práctica a nivel de la realización de las periciales que se nos proponen.

La distinción entre psicópata y psicótico fue de interés esencial para el famoso caso del juego del rol, juzgado en Madrid en 1997. Tras diez horas de discusión entre peritos que sostenían una y otra posición, el Tribunal, dando razón a las psicólogas, en contra del criterio de los psiquiatras, declaró a uno de los acusados psicópata y por tanto responsable de sus actos.

En el concepto de psicópata hay que contar parámetros biológicos (baja activación y otros) con expresión característica a dos niveles: falta de empatía con las personas (déficit afectivo) y conducta antisocial.

Se han realizado estudios factoriales que intentan aislar por medio de escalas, las variables más directamente relacionadas con la agresividad. Según informa Russell G. Geen (1998: 13) "las tres escalas más consistentemente relacionadas a la disposición agresiva han sido irritabilidad, susceptibilidad emocional y disipación-rumiación. La primera de estas escalas se define como preparación a explotar a la más ligera provocación, incluyendo rápida cólera, mal humor, exasperación y rudeza y la segunda como la tendencia a experimentar sentimientos de discomfort, indefensión, inadecuación y vulnerabilidad"(Caprara, Cinanni, D'Imperio, Passerini, Renzi, y Travaglia, 1985: 667). La disipación-rumiación se refiere a la tendencia a retener o aumentar los sentimientos de ansiedad a través del tiempo que sigue a la provocación, como opuesto a disipar tales sentimientos y llegar a estar menos enfadado (Caprara, 1986).

De estas tres variables es al parecer la irritabilidad la que mejor predice la aparición de conducta agresiva.

La protección o la restauración de la autoestima es otro motivo muy importante para la aparición de la agresión.

Teniendo en cuenta las cuatro variables anteriormente expuestas, desde el punto de vista de la personalidad, será en aquellos casos donde con más probabilidad se den irritabilidad, suspicacia, rumiación o alta resonancia emocional, y una baja autoestima, donde con más facilidad aparecerán

conductas agresivas.

Cuadro 3.4. Variables psicológicas y tendencia agresiva

-
- Irritabilidad
 - Susplicacia
 - Alta resonancia emocional
 - Restauración de la autoestima
 - Psicópatas- autoestima grandiosa
 - Paranoides-autoestima intocable
-

En cuanto a la autoestima, también se ha postulado que algunas personas con una autoestima "alta" en apariencia, presentan a la vez una muy baja tolerancia a la crítica de su autoimagen. Esto los hace tan potencialmente agresivos o más que aquellos otros que expresan claramente una autoestima devaluada (caso de las personalidades psicopáticas, teóricamente dotadas de un sentido grandioso de autoestima, o de las personalidades paranoides con una autoimagen "intocable").

Si encuadramos estas cuatro variables en la teoría de la personalidad más moderna (Millon, 1998), encontramos que los estilos de personalidad más potencialmente agresivos son los siguientes:

Antisocial. En este patrón de personalidad se observa un comportamiento externo impulsivo, el comportamiento interpersonal es irresponsable, la autoimagen es autónoma (no depende de los demás), el mecanismo de defensa es la impulsividad - actuación-, y el estado de ánimo se muestra insensible (falta de ansiedad).

Sádico. El comportamiento observable es precipitado, la relación con los demás es áspera, la autoimagen es combativa y el mecanismo de defensa es el aislamiento. El estado de ánimo permanece hostil.

Negativista. El comportamiento según se observa aparece como resentido, en el comportamiento social se muestra no cooperador. Se muestra descontento con su autoimagen y su mecanismo de defensa básico es el

desplazamiento. Su estado de ánimo es irritable.

Límite. El comportamiento observable es irregular, comportamiento interpersonal paradójico, autoimagen insegura, mecanismo de defensa regresión y estado de ánimo lábil.

Paranoide. Comportamiento observable defensivo, comportamiento interpersonal provocativo, autoimagen inviolable, mecanismo de defensa proyección, estado de ánimo irascible.

La división anterior, adaptada de un cuadro - resumen de Millon, titulado "Expresiones de los trastornos de la personalidad en los diferentes ámbitos de la ciencia clínica"-, no es más que una generalización que obedece a efectos didácticos.

Lo importante aquí no son las etiquetas concretas sino las características que de forma orientativa deben guiar nuestra intervención. Qué es lo fundamental, cuáles las claves a las que prestamos atención dentro de la entrevista. Las diversas nomenclaturas pueden desaparecer o cambiar, de hecho la personalidad "oposicionista" desaparece en el DSM-IV, mientras que la clasificación que nos realiza Millon se refiere al DSM-III. Sin embargo, debemos prestar atención a aquellas personas que se muestran renuentes a colaborar a nivel social, o que muestran un carácter obstructor ante las demandas del exterior, en particular a la autoridad. Es evidente que las clasificaciones no son más que formas artificiales de organizar la realidad. No existen dos personas iguales. El clínico con experiencia sabe que las clasificaciones sólo son capaces de ayudarlo de forma orientativa y flexible.

Si tenemos en cuenta la posible agresividad de estos "tipos" de personalidad tendremos que tener en cuenta que Millon admite variables positivas, esto es, personalidades con un potencial adaptativo para todas ellas excepto para las personalidades límite y paranoide, que serían formas de organización patológica estructuralmente.

Millon explica que la personalidad existe en un continuo. No es posible una

división estricta entre la normalidad y la patología. De la misma forma hay que entender que las puntuaciones particulares que puedan obtenerse dentro del cuestionario de Millon o de cualquier otro no son interpretables de forma aislada, fuera de un contexto clínico determinado.

Dentro de las diversas tendencias de personalidad sólo cuando una determinada organización de la personalidad comienza a manifestarse inadaptada y a entrar en conflicto con ella misma: síntomas clínicos que provocan sufrimiento personal, o sufrimiento en el entorno, y esta inadaptación ocurre de forma crónica desde el principio de la edad adulta, podemos hablar de "trastorno de la personalidad".

Es por eso que una elevación significativa pero aislada, en una determinada escala de personalidad en ausencia de sintomatología clínica expresiva, carece de valor diagnóstico. Sin embargo, en perfiles de baja elevación en casi todas las escalas consideraremos los apuntamientos leves, si es que ello se encuentra justificado por la clínica.

Vamos a describir de forma más profunda las personalidades antisocial, sádica, límite y paranoide que consideramos como las más potencialmente violentas, y las que con más frecuencia transgreden las normas sociales y entran en conflicto con el sistema legal.

El llamado "patrón fanfarrón", por Millon, antisocial, con problemas interpersonales, posee las siguientes características en su comportamiento observable:

[...] muestran una baja tolerancia a la frustración,... no pueden retrasar o posponer la obtención inmediata de placer... La planificación es mínima, al igual que la consideración de otras alternativas... parecen aburrirse e inquietarse con gran facilidad... ni de persistir en las responsabilidades de un trabajo o un matrimonio. [...] se caracteriza por la marcada propensión a buscar desafíos y riesgos. Cuando las cosas van saliendo como ellos quieren, pueden comportarse de forma agradable, ingeniosa o inteligente, aunque es más característico el comportamiento arrogante, resentido y hosco... Muchos individuos

que son intrínsecamente antisociales presentan una apariencia, unas maneras y unos estilos de comportamiento bastante convencionales... Así un médico de estas características se comportará como tal y no como un miembro de una banda de mafiosos. El punto central es abandonar la idea errónea de que los sujetos antisociales manifiestan siempre sus inclinaciones a través de comportamientos superficiales, es decir, que se les puede identificar fácilmente a través de la simple observación superficial (Millon, 1998: 463).

El así denominado "patrón de abuso", sádico, caracterizado por problemas intrapsíquicos se caracteriza por lo siguiente:

Muchas personas se distancian de estas personas, ya que se sienten intimidadas por sus formas bruscas y beligerantes. Las perciben como personas frías e insensibles a los sentimientos de los demás, que obtienen un gran placer compitiendo y humillando a los otros. Estas personalidades de orientación agresiva tienden a ser muy discutidoras... Suelen verse a sí mismos como personas sin defectos, son dogmáticas en sus opiniones y rara vez hacen concesiones aunque las evidencias nieguen la validez de sus argumentos... Evitan las expresiones de intimidad y calidez, y son suspicaces ante la amabilidad, la compasión o la bondad de los otros, dudando siempre de la autenticidad de estos sentimientos.

Poseen una baja tolerancia a la frustración y son especialmente sensibles a los comentarios de desprecio o en tono de reproche. Cuando tienen un problema con alguien o se sienten menospreciados, que respondan de una manera furiosa y vengativa... reaccionan súbita y bruscamente, mostrando explosiones emocionales de una naturaleza inesperada e injustificada, como si fuesen insensibles al dolor y no les afectase el peligro o el castigo (Millon, 1998: 503).

El llamado "patrón inestable", límite, caracterizado por déficits estructurales, tiene las siguientes características:

Aunque estas personas necesitan atención y afecto, actúan de un

modo imprevisiblemente contrario, manipulativo y lábil en sus relaciones personales. Estos comportamientos paradójicos suscitan con frecuencia el rechazo en vez del apoyo que buscan desesperadamente. En una reacción frenética e imprevisible a su temor al abandono y a la soledad, se comportan de forma iracunda y explosiva poniendo en peligro su seguridad en vez de suscitar el cuidado que buscan (Millon, 1998: 688).

El llamado "patrón suspicaz", paranoide, caracterizado también por déficits estructurales se caracterizaría resumidamente:

Los paranoides no sólo guardan rencor y no se olvidan de aquellos con los que se han relacionado en el pasado, sino que también presentan una actitud pendenciera, reacia y problemática hacia los recién conocidos..., bajo la patente desconfianza y vigilancia defensiva del paranoide se agita una corriente de profundo resentimiento hacia los que la han provocado. Para los paranoides la mayor parte de la gente ha logrado su status y estima de manera injusta (Millon, 1998: 730).

Hasta aquí un retrato muy somero de las personalidades más agresivas.

En cuanto al ámbito legal especificar que el tipo límite se encontrará a menudo implicado en problemas de maltrato doméstico, al respecto ver Dutton D. G. (1998), y capítulo correspondiente de este libro sobre violencia doméstica. El antisocial, delincuente o individuo socializado, puede verse implicado en todo tipo de delitos, aunque el socializado tenderá a los llamados "delitos de cuello blanco". Su extremo más dramático son los asesinos en serie "organizados", dentro de esta subclase de personas aparentemente adaptadas.

Los paranoides tienden a ser litigantes en procesos de separación y divorcio o bien pueden explotar en delitos violentos contra personas conocidas, a diferencia del antisocial que actúa con preferencia contra desconocidos.

Finalmente, los sádicos (todo sádico es psicópata pero no todo psicópata es sádico según estudios factoriales) realizan crímenes caracterizados por una

espectacular crueldad donde la necesidad de poder y dominio sobre el otro es la motivación máxima.

3.1.4. La psicopatía. Teoría de Raine y Hare

Adrian Raine y Robert Hare son los investigadores que más han estudiado el concepto y repercusiones de la psicopatía en los últimos años. Parte de su teoría ya se ha expuesto dentro de este capítulo. Algunas de sus obras se encuentran como lecturas recomendadas en este libro.

De una forma esquemática se puede decir que ambos autores coinciden en considerar que la psicopatía es un trastorno de personalidad que tiene unas bases biológicas. Es decir, en ningún caso se admite que el ambiente sea suficiente causa para provocar este trastorno de personalidad. Sin embargo, tampoco se admite que la fisiología, ella sola, sea capaz de crear el trastorno. Además de unas ciertas condiciones biológicas hace falta un ambiente determinado que haga cristalizar una personalidad anómala. Por ello encontraremos factores facilitadores y otros inhibidores dentro del ambiente. Parafraseando a Raine, él mismo advierte en declaraciones públicas que su cerebro es de psicópata (si se observa por métodos de neuroimagen en sus propios experimentos), pero que sus condiciones de crianza y una familia amorosa y segura lo han convertido en un científico.

Hare se ha ocupado de los factores psicológicos que se encuentran en el origen de la psicopatía, mientras que Raine se ha especializado en el estudio de los factores biológicos y en concreto del estudio del funcionamiento cerebral de psicópatas en comparación con personas "normales". Raine ha demostrado bajos niveles de activación cortical, sobre todo en la parte orbitofrontal. En tareas de decisión léxica los psicópatas no consumen más glucosa en el área cortical frontal si los términos están cargados emocionalmente, como sí ocurre con personas normales. Parece existir una desconexión entre diversas áreas cerebrales, como ya se ha comentado más arriba. A nivel de vivencias subjetivas, Hare explica que alguno de los psicópatas a los que se ha estudiado en profundidad ha explicado abiertamente que no puede experimentar "algunas emociones", generalmente las emociones positivas que implican empatía con las personas. El psicópata

entiende las emociones racionalmente y puede "imaginarlas" o fingir "como si" sintiera, pues no se encuentra privado de juicio.

Una de las maneras más fáciles de detectar a un psicópata es hacer que explique en qué consisten emociones determinadas como la alegría, la tristeza, los problemas emocionales, la ansiedad, el amor, la compasión, el arrepentimiento, etc.

Centrándonos en la teoría psicológica subyacente, Hare parte de los conceptos de Cleckley en su libro 'La máscara de la cordura', The mask of sanity, 1941, 1976.

Este autor acuña por primera vez el término psicópata para referirse a los individuos particularmente violentos y donde parece existir un "defecto afectivo" capaz de explicar esta conducta. Los conceptos que Cleckley formuló de forma intuitiva han subsistido de forma casi inalterable hasta nuestros días.

Para este autor, en un primer acercamiento, las características psicológicas de los llamados "psicópatas normales" eran las siguientes:

1. Ausencia de nerviosismo o manifestaciones neuróticas.
2. Ausencia de manifestaciones psicóticas.
3. Encanto superficial
4. Habilidad para racionalizar su pensamiento.

A partir de sus observaciones, en 1955 adscribe el término "psicópata" a un síndrome o desorden de personalidad específico. (En la psiquiatría clásica se llamaba psicópata, y en ocasiones se sigue confundiendo la nomenclatura con cualquier trastorno de la personalidad.) En 1964 cataloga y describe los principales síntomas y características de los psicópatas.

Cleckley señala que la principal característica del psicópata consiste en la deficiente respuesta afectiva que manifiesta hacia otras personas, lo cual

explicaría la conducta antisocial.

Los 16 criterios que señala son:

- 1.Encanto externo y notable inteligencia.
- 2.Inexistencia de alucinaciones u otras manifestaciones de pensamiento irracional.
- 3.Ausencia de nerviosismo o de manifestaciones neuróticas.
- 4.Indigno de confianza.
- 5.Mentiras e insinceridad.
- 6.Falta de sentimiento de culpabilidad y vergüenza.
- 7.Conducta antisocial sin aparente remordimiento.
- 8.Razonamiento insuficiente -y falta de capacidad para aprender de la experiencia vivida.
- 9.Egocentrismo patológico e incapacidad de amar.
- 10.Gran pobreza de reacciones afectivas primordiales.
- 11.Pérdida específica de intuición.
- 12.Irresponsabilidad en las relaciones interpersonales corrientes.
- 13.Comportamiento fantástico y poco recomendable por lo que respecta a la bebida, incluso enajenado en ocasiones.
- 14.Amenazas de suicidio raramente cumplidas.
- 15.Vida sexual impersonal, trivial y poco integrada.
- 16.Impulsividad.

Sobre la base de estos criterios, Hare ha elaborado una escala de valoración de la psicopatía: PCL-R, con dos versiones derivadas, la primera para utilización forense y entre psicópatas no criminales: PCL: SV (screening version) y la PCL-YV (youth version), utilizada con jóvenes.

La importancia de la escala Hare es que predice la reincidencia. Aquellos que alcanzan el diagnóstico de psicopatía han reincidido al cabo de cinco años en un 80% de los casos tras su excarcelamiento (sobre datos de reclusos estadounidenses y canadienses).

Otro motivo de interés de la escala es que Hare intenta evaluar el conjunto del trastorno y no únicamente sus características observables de comportamiento antisocial. Hay muchos delincuentes que mostrando estas característica de conducta antisocial no muestran el trastorno psicopático porque no participan del defecto afectivo. En ese caso se trata de una delincuencia más dependiente del ambiente, de mejor pronóstico y cuyas raíces socioculturales están más claras. En el cuadro 3.5. se pueden observar todos los ítems de la escala PCL-R y su adscripción a un factor u otro, según los entiende el autor.

Como se puede apreciar se trata de una escala de comprobación. Los ítems se encuentran perfectamente definidos uno por uno, con extensas descripciones y ejemplos que facilitan la valoración del evaluador en las categorías 0, 1 y 2. Aunque al final del cuestionario se presenta una guía con todas las áreas que debe comprender la entrevista para poder valorar los ítems, Hare advierte contra la utilización de la escala sólo en base a la entrevista. La forma adecuada implica entrevistarse con personas que hayan conocido a la persona y que nos pueden aportar un acercamiento al posible psicópata y una validación de la información que éste nos aporta. No podemos nunca olvidar que una parte del trastorno lo constituye el encanto superficial y que el psicópata puede mentir o inventar historias fantásticas que habrá que comprobar.

Cuadro 3.5. Ítems de la escala Hare (Psychopatly Checklist-Revised/ PCL-R)

Factor 1: Interpersonal / afectivo	Factor 2: Desviación social
1. Locuacidad/encanto superficial 2. Sensación grandiosa de autovalía 5. Mentiras patológicas 6. Ausencia de remordimientos y culpabilidad 7. Escasa profundidad en los afectos 8. Insensibilidad/falta de empatía 16. No acepta la responsabilidad de sus acciones	3. Necesidad estimulación/ propensión al aburrimiento 9. Estilo de vida parásito 10. Escaso control del comportamiento 12. Problemas conducta tempranos 13. Falta de metas realistas a largo plazo 14. Impulsividad 15. Irresponsabilidad 18. Delincuencia juvenil 19. Revocación de la libertad condicional
Ítems adicionales (ítems que no cargan en ningún factor)	
11. Conducta sexual promiscua 17. Muchas relaciones matrimoniales 20. Versatilidad criminal	

Nota de Hare (1991): el evaluador utiliza criterios específicos e información de entrevistas y expedientes para puntuar cada ítem en una escala de 3 puntos (0, 1 y 2).
Fuente: Robert Hare (2000).

Una vez que el perito tiene toda la información ya puede valorar los ítems. Una puntuación de 30 o más puntos implica el psicodiagnóstico de psicopatía. Lo ideal es que la entrevista se realice en presencia de dos psicólogos, el primero actuando como entrevistador, el segundo como observador.

La psicopatía según la enunciación teórica de Cleckley es desconocida para un gran número de profesionales, fundamentalmente psiquiatras del ámbito clínico y aún forense, que siguen sin diferenciar entre el concepto de trastorno antisocial de la personalidad, trastorno disocial y psicopatía denominando psicopatía a cualquier trastorno de personalidad.

Pero no todo psicópata cumple criterios de trastorno de la personalidad y viceversa. En todo caso sabemos que esta escala presenta una alta validez transcultural en estudios americanos y europeos. Aunque ha sido realizada con muestra de varones también es válida para población femenina, haciendo la salvedad de que en este caso la escala no es capaz de predecir reincidencia.

La evaluación psicológica de la psicopatía ilustra de un modo claro la necesidad del desarrollo de instrumentos de evaluación forense, pues es evidente, el psicópata no va al psiquiatra ni al psicólogo, carece de conciencia de enfermedad y es improbable que aparezca tal concepto en los manuales de diagnóstico.

Los métodos actuales de detección con que contamos son la entrevista individual, con familiares, otros profesionales, el estudio de informes anteriores, el expediente judicial y penitenciario, cuestionarios psicodiagnósticos, principalmente aquellos que sean capaces de detectar de forma objetiva el narcisismo patológico del psicópata unido a su falta de ansiedad. En la actualidad, aparte de la PCL-R se utiliza la observación combinada de los rasgos que se han comentado más arriba por medio de cuestionarios convencionales.

Aunque los psicópatas son hábiles mentirosos que pueden dar puntuaciones normales en las escalas de sinceridad y antisociales de los cuestionarios, estamos particularmente atentos a otras escalas que reflejan una baja ansiedad y una alta hipomanía en ausencia de signos psicóticos.

En los tests gráficos pueden manifestarse símbolos agresivos diversos.

Para el psicólogo forense el diagnóstico de la psicopatía es de crucial importancia por las repercusiones que éste tiene, tanto en la valoración jurídica de la imputabilidad, cuanto por las decisiones diferenciales que de ello se puedan derivar para los casos de libertad provisional ante juicio, suspensión de penas, sustitución de penas, concesión de permisos penitenciarios y/o tercer grado, situaciones éstas, en resumen, donde el perito psicólogo puede emitir un dictamen pericial para los tribunales.

3.1.5. Los agresores en serie

Se trata de delincuentes muy peligrosos porque son reincidentes. Más arriba hemos señalado que algunos psicópatas desarrollan lo que se llama adicción a la violencia.

La motivación básica es la necesidad de omnipotencia. Mediante el delito

el delincuente obtiene una satisfacción parcial de esta necesidad lo cual provoca la rápida adicción, pero la satisfacción que obtiene sólo es parcial y nunca llena del todo su necesidad de poder. La expresión máxima de esta omnipotencia es el poder sobre la vida y la muerte de otra persona.

La mayoría de los agresores en serie no psicóticos actúan tras años de fantasías de tipo sádico y sexual que suelen iniciarse en la adolescencia. La fantasía es llevada a la realidad y el hecho concreto suele justificarse o racionalizarse.

A una persona clasificada como psicópata se le preguntó qué opinaba del asesinato del que se le acusaba y él negaba. Contestó con una pregunta: un homínido mató a otro hace 100.000 años, ¿a usted le importa?. Pues es lo mismo. Lo mismo da uno que se suicida como treinta que se mueren. Todo el mundo sufre y el dolor no tiene importancia.

Muchos asesinos en serie son agresores sexuales previamente detenidos y condenados. El salto al asesinato tiene la motivación de eliminar al testigo. El agresor ha aprendido que dejar con vida a la víctima le puede traer consecuencias.

El delito es importante para conocer al delincuente, ya que mediante la escenificación del crimen el delincuente está narrando "una historia".

A través de esta representación escénica podemos saber si el asesino en serie es organizado o desorganizado.

Cuando es organizado el crimen suele ser obra de un criminal psicópata, cuando el crimen es desorganizado suele ser obra de un agresor psicótico. Para ampliación de este punto nos remitimos a Garrido V. (2000) en la bibliografía.

3.1.6. Caso práctico

A) Diligencias judiciales y policiales

Se trata de un joven de 21 años, sin antecedentes penales, que es acusado de dos violaciones en las personas de dos jóvenes. Se encuentra en la cárcel hace varios meses. Ambas jóvenes guardaban alguna relación personal con el supuesto agresor. En el primero de los casos se trataba de la hermana de un amigo del agresor. La supuesta violación había ocurrido más de un año antes de la denuncia. La denuncia vino propiciada por las secuelas depresivas que padece la joven y que dan lugar a una discusión familiar en el curso de la cual ésta revela los hechos a su madre, reprochando al hermano no haber puesto fin a su amistad con el agresor. El hermano declara ante la policía que era conocedor de los supuestos hechos. Describe al supuesto violador como "fanfarrón, violento, va con un spray de defensa, es amigo de peleas".

La segunda víctima surge como consecuencia de la investigación policial. Se trata de una conocida que debía algo de dinero al acusado y que no había denunciado espontáneamente por temor a represalias pues ha sido amenaza de muerte. El acusado niega los hechos. Según él las relaciones sexuales fueron consentidas en ambos casos.

B) Datos derivados de la exploración

- Test desiderativo

Si no fueras una persona qué te gustaría ser, qué no te gustaría ser. Y quitando lo anterior, qué te gustaría ser, qué te gustaría no ser (dos veces).

<i>Antes un tigre Ahora un pájaro</i> (¿Un tigre?) Es inteligente y perspicaz, le gusta ser cauteloso y saber lo que hace y además es precioso. (¿Un pájaro?) Para poder volar, ir a donde quisiera. Ya decíamos X (su compañero de celda, acusado de la muerte de su hija de 2 meses) y yo que los tigres tarde o temprano terminan enjaulados.	<i>Un ordenador</i> De momento es el futuro, siempre está en todos lados. Pertenecer a ese mundo interesante. Albergar infinita sabiduría.	<i>No sé, se me limitan más las cosas... algo importante para la gente, algo que necesiten, ropa. Bueno no que se pasa de moda, algo que no se cansen</i> No me gusta ser superficial, me gusta ser estable. Dar si hace falta cuando necesite la otra persona.
<i>Basura</i> Es algo malo. Lo queremos y lo desechamos.	<i>No sé, algo odiado, algo que a la gente no le guste. Un cuadro feo por ejemplo</i> Me gustaría ser un cuadro bonito, de un artista.	<i>Un lápiz</i> Se acaba.

• Entrevista (Resumen de los datos más significativos)

Bruno nace el 13 diciembre 1982. Actualmente tiene 21 años.

Sobre la acusación que pesa contra él dice que: "es injusta, no hablo nunca del tema. No entiendo por qué me están haciendo esto. Me están haciendo mucho daño".

Su abogado es de oficio.

La chica de la segunda denuncia, (a la que amenazaba según las diligencias), le debía unos ciento y pico euros.

Ha vivido en XX (barrio periférico), después 13 años en XX (barrio obrero) y a los 16 de nuevo va a vivir a XX.

Echaba en cara y reprendía a los chicos de su grupo el tratar mal a la chica (la de la denuncia segunda): "a la chica la trataban mal, era una chica fácil,

les decía, dejarla tranquila, mira cómo se va de triste con lo que le decís..."

José XX, amigo de su hermano (amigo al que llama hermano) le juntó con otros dos jóvenes. Se separan del grupo anterior (primera chica agredida) y le proponen separarse a él también. "Cambié encantado de grupo. Allí conocí a Andrés XX (hermano de la primera denunciante). Paramos con otro tipo de gente. Hice amistad con Andrés y con su familia. La madre de Andrés siempre me ha tratado muy bien".

En la cárcel tiene visitas de:"mi madre, el novio de mi madre, XX (hermano) y todas mis amigas". Se ha hecho amigo de un costarricense que no tiene a nadie que le visite y así consigue tener más visitas y vis a vis.

En la cárcel no le han visto ni el psicólogo ni el psiquiatra. Está en la cárcel de XX. Le han cambiado de módulo por trabajo. Ha tenido destinos en cocina y en inglés. Ha sido el encargado de peluquería. Al estar en talleres le dan vis a vis extras, "te dan puntos para vis a vis, me hacen mucha falta. Es lo único que tengo". Cuenta que la mayoría de sus vistas son sus amigas,"sí, la mayoría son chicas porque trato muy bien a las mujeres".

Sobre su estado de ánimo en prisión "depende... me dan bajones... cuando estás en el trabajo bien pero luego cuando llegas a la celda... En el trabajo consigo distraerme. Estoy en la celda con un compañero, al chaval le acusan del asesinato de su hija de dos meses. Lleva nueve meses en prisión. Pero ahora el forense dice que la niña tenía la enfermedad de los huesos de cristal (la niña tenía dos fracturas craneales). También las enfermeras han declarado a su favor, han dicho que la niña no tenía hematomas".

Sobre su familia:

-Su madre nació en 1961, tiene 43 años. "Lleva 10 años de camarera. No ha tenido ninguna enfermedad. Se separó de mi padre porque él bebía, yo tenía cuatro años. Es tímida pero extrovertida, tranquila, sosegada pero siempre riéndose. Es muy cariñosa, siempre está pendiente de miiº".

Su padre vive con una mujer y su hermana pequeña (hermana de padre) que tiene 14 años. Es solador "y le veo menos de lo que quisiera. Somos

amigos más que padre e hijo. Es un niño en un cuerpo de 43 años. Le gusta verme contento. Es muy trabajador".

-Su padrastro, con quien viven la madre y él mismo ¡Uffl Es muy serio, hasta límites insospechados, y muy listo. Tergiversa las palabras para hacer bromas. Es muy serio y muy chistoso. Creo que tiene dos hijas mayores que yo".

-"En la casa no ha habido problemas. Como en casa con mi madre en ningún lado".

Su infancia:

-No ha tenido ninguna enfermedad. Tuvo dos accidentes, uno de moto a causa del que le tuvieron que operar un tobillo y otro de coche cuando tenía 19 años, conducía un amigo.

- Sus padres se separaron cuando él tenía cuatro años pero no recuerda apenas. Sí tiene un recuerdo de la infancia: "Meé a mi padre en la cara. Pensaba que era un sueño pero mi madre me dice que es verdad".

-Fue a la guardería y al colegio XXX. "Me cuidaba mi tía para que mi madre pudiera trabajar".

-A los 5 o 6 años pasó al colegio XXX y estuvo hasta 2.º de EGB. "Me fue muy bien. La directora nos tenía mucho cariño a mí a mi hermano. Su madre es abogada y viene a verme".

-"Hasta aquí he sido un niño normal. Mi madre me tuvo que cambiar de colegio y sin darse cuenta me metió en un colegio muy conflictivo. Estábamos con gente muy muy conflictiva. El colegio se llama XXX y estuve de 2.º a 4.º, de 7 a 9 años. Hacía peyas con bastante asiduidad. A educación física no faltaba nunca, con ese profesor nos llevábamos muy bien. Me expulsaron varias veces, por defenderme. Había mucha rivalidad, rivalidad de voy a por el más fuerte para ser yo el más fuerte. Te buscaban las cosquillas. Me expulsaron dos veces. Ése colegio me hizo mucho mal."

Se confunde. Primero fue a un colegio de monjas interno desde los 7 a los 9 años y después al XXX de los 9 a los 12 o 13 años.

- "Después me metieron interno en un colegio de monjas de XXX en la calle XXX. Estaba en el colegio de lunes a viernes. Estuve hasta 6.º. Me metieron porque al morir mi abuela mi madre tenía que trabajar muchas horas. En ése colegio lo pasé muy bien. Siempre he considerado que he llevado una buena vida, que he sido feliz. El estar interno me daba igual. Las monjas nos compraban golosinas."

- A los nueve años van a vivir a XXX, pasa al colegio XXX. "Yo no quería ir a ése colegio".

- Se trasladan a XXX y estudia en el XXX hasta 8.º de EGB que tenía 15 años. Sólo aprobó hasta 6.º. "Ya por la rebeldía que traía me costó mucho adaptarme. En 7.º me quedaron cuatro y ya en 8.a..."

Deja los estudios:

- A los 15 años deja de estudiar. Hace un curso de FP1 de peluquería durante año y medio. "En la peluquería era como el niño de todas las peluqueras. Con el tiempo me di cuenta de que los libros eran favorables para mí y ahora me como los libros. Estoy leyendo ahora La dama y la rosa (quiere decir El nombre de la rosa). Lo que más me gusta es la ciencia ficción, he leído El señor de los anillos, Romeo y Julieta. Me gustan los relatos de miedo. Lo realista no me gusta".

Trabajo:

- Al acabar los estudios se puso a trabajar.

- Fue a la mili con el último reemplazo y "me metía soldado profesional, ganaba 90.000 pesetas. Esto fue a los 18 o 19 años". Me eché novia en XXXX".

- Le gusta gastar dinero y especialmente en ropa. "Si hacía falta ayudaba económicamente en casa pero mi madre me dijo que mi sueldo era para

mili°'.

- "Después trabajé en una tienda de deportes. En la que ya antes de la mili había trabajado. Ganaba 120.000 pesetas. Trabajaba como dependiente. Se me daban muy bien las ventas. En esta tienda trabajé año y medio antes de la mili y luego seis meses."
- "Luego empecé a trabajar como portero en el club (de alterne) xxx, conocía un chico que trabajaba en una empresa de seguridad y fue por medio de él."
- "Cambié de trabajo porque ya estaba un poco aburrido. No suelo terminar las cosas. Quizá lo que me gustan son los retos. El verme capaz de hacer cosas nuevas. En el club estuve año y pico pero sin el título, hacía falta tener graduado escolar. Trabajaba durante 12 horas. Allí tuve 4 o 5 denuncias pero nosotros no íbamos a los juicios, iban los abogados. Además nosotros no hacíamos nada malo los mismos guardias civiles que había enfrente lo decían. Ganaba 1 .800 euros. El dinero era lo que me interesaba."
- "De allí pase a vender carnets de fútbol. Si quiere le vendo uno eh... Ganaba entre 1.600 y 1.800 euros. Allí estuve hasta que me detuvieron."

Relación con las mujeres:

- "La primera novia fue cuando fui a vivir a XXX. Yo tenía 16 o 17 años. Estuvimos 8 meses. Terminó porque se fue con otro. Ahora es una de mis mejores amigas:'
- "La segunda fue la chica de la mili, la de XXX. Ella era soldado también. Al irme de soldado perdimos el contacto"
- "La tercera duró un año. Nos cansamos de la relación. Pasábamos mucho tiempo juntos y ya discutíamos por todo. Su hermano pequeño también me tiene mucho aprecio, todavía me llama cuñado."
- "La cuarta fue una del club, una extranjera. Estuve con ella hasta que

conseguí que lo dejase, que dejase la prostitución. Al no vernos ya se acabó... volvió a su país. Esto terminó hace unos siete meses y... Llevo cuatro meses en prisión. A mi grupo de amigas les digo a tres de ellas que son mis hijas y a la otra que es mi mujer. Les digo 'cuidado con los novios'... Y a mis amigos 'a éstas no les hagáis daño'."

En la prision:

-"Ahora tengo depresión antes no he tenido nunca depresión. Siempre he aprendido mucho de la libertad. No tengo problemas de sueño. No tomo ninguna medicación. No he bebido nunca en exceso."

De sí mismo dice:

-"Tengo muy buena memoria. Soy muy sincero. Soy simpático y extravertido, muy amigo de los amigos. No me gusta preocuparme por las cosas, lo que tenga que venir vendrá."

-"He aprendido Taichi. También sabe de YingYang."

-"No soy extremista religioso. Me he leído tres veces la Biblia y también el Corán, para contrastar. Juan y los Salmos es lo que más me gusta."

-"Me gusta mucho leer e ir al cine. Veo todas las películas."

El futuro:

-"De momento esperar a que acabe todo esto. Después encontrar un trabajo, echarme novia, casarme y tener muchos niños, me gustan mucho los niños."

Puntuaciones del Millon:

-alto en hipomanía, 76

-bajo en depresión, 15

-bajo en ansiedad, 38

C) Informe pericia)

XXX, psicóloga, adscrita a la Clínica Médico-Forense de Madrid, emite informe psicológico sobre don Bruno XX, a solicitud de Sr./Sra. juez de la Instrucción nº XX, en el procedimiento XX.

1. Metodología:

Para la realización del presente informe se efectuó exploración con fecha 5 de mayo de 2004 en las dependencias de los calabozos de la Plaza de Castilla, a donde había sido trasladado desde la prisión de XX.

Las pruebas psicodiagnósticas practicadas fueron las siguientes:

- Entrevista clínica individual con el informado. Estructura familiar y antecedentes, desarrollo evolutivo y conducta, conducta durante la entrevista, observación, síntomas psicopatológicos, conducta durante la entrevista. Vivencia en relación a los hechos que se le imputan.
- Millon-II, Tea, 1998. Inventario Clínico de Personalidad.
- Desiderativo y test de Machover.
- Escala de calificación de Hare para la psicopatía.

Además se tuvo acceso a las declaraciones obrantes en las diligencias y adjuntas a su oficio.

2. Resultados:

2.I. Datos derivados de la entrevista mantenida

- Estructura familiar y antecedentes

El informado, nacido en Madrid el 13 de diciembre de 1982, de 21 años en la actualidad, es el hijo mayor entre dos, siendo la otra una niña de 14 años, hermana de padre, con quien no convive. La profesión del padre es solador.

El nivel socio cultural es bajo.

El joven convive con madre de 43 años, camarera y padrastro de 61 años, serigrafista. El joven no reconoce antecedentes familiares de interés para el presente conflicto.

Presenta una familia disfuncional, bajo una fachada de normalidad. Los padres se separan cuando el informado tenía cuatro años, según él porque el padre bebía.

Niega sistemáticamente toda conflictividad familiar y describe como un "amigo" al padre al que „advierte" que "debe portarse bien con la hermana".

La figura de la madre resulta idealizada y el padrastro es una figura de referencia con un vínculo de relación ambivalente.

La familia ha sufrido diversos cambios de domicilio, al menos en tres ocasiones, lo cual propicia que el joven haya pasado por cinco colegios.

Ha estado interno entre los 7 y 9 años, en un colegio de monjas. Describe esta etapa de forma idílica y poco realista, justificando a la madre por este episodio y sin que podamos establecer de forma clara los problemas sociales que probablemente están detrás de este internamiento.

A la cárcel le va a visitar la madre, el novio de la madre y "bastantes amigas", según él.

- Desarrollo evolutivo y conducta

Bruno no menciona trastornos en su desarrollo psicomotor. No se especifican enfermedades especiales.

Comienza escolaridad en guardería y a los 5 años pasa a un colegio, donde estuvo hasta 2.º de EGB. A los 7 años la madre le interna en el colegio de monjas XXX donde el joven expresa "que lo pasó muy bien", y que el estar interno le daba igual".

De ahí, "por error de la madre" pasa al colegio XXX, ya externo. Describe este colegio como "muy conflictivo". Aquí permanece entre los 9 y los doce o trece años.

De este colegio le expulsan varias veces pero el informado explica que "por defenderse". Describe el ambiente como con mucha rivalidad y donde "triunfaba el más fuerte".

La familia se traslada de nuevo y se cambia a otro colegio donde estudia hasta los 14 años. En este colegio, según argumenta le cuesta adaptarse por la rebeldía que traía del anterior.

El rendimiento escolar es muy bajo, con fracaso escolar, problemas con profesores, a los que contesta, y alumnos, en 7.º le quedaron 4 asignaturas y en 8.º todas, por lo que nunca obtuvo el graduado escolar.

Tras esto estudia peluquería, donde según explica "era el niño de todas las peluqueras".

A los 16 años comienza a trabajar en una tienda de deportes, trabajo que deja por el Servicio Militar. En el ejército se alista como soldado profesional.

Comienza a ganar 90.000 al mes y cuando acaba vuelve a la tienda de deportes a ganar 120.000. Cambia a un club de alterne como portero, ganando 300.000 pesetas al mes (1.800 euros).

Este trabajo tuvo que abandonarlo al no tener el graduado escolar y por tanto no poderle hacer un contrato como conserje.

Finalmente pasa a vender carnets de fútbol, ganando un salario parecido. Se denomina "promotor de ventas" de los carnets hasta que es detenido.

Ha tenido cuatro novias entre los 17 y los 21 años. Todas las relaciones han durado entre meses y un año.

En cuanto a vida de relación social tiene un amigo íntimo de la infancia llamado XXX y un grupo de amigos donde se integra a través del hermano de

una de las denunciantes.

La adaptación carcelaria es buena, con destinos muy apropiados para conseguir beneficios penitenciarios. No tiene problemas de sueño, no toma medicación y tiene amistad con su compañero de celda, acusado de asesinato de su hija de dos meses, al cual conocía antes de su ingreso en prisión y al que justifica como un error judicial.

La adaptación parece expansiva en el ambiente carcelario en cuanto también explica que ha obtenido más vis a vis de los estipulados en base a haberse hecho amigo de alguien que no los utiliza.

- Conducta durante la entrevista. Observación. Síntomas psicopatológicos

El informado se presentó a entrevista correctamente vestido y aseado, lúcido, coherente y colaborador.

- No se observa deterioro mental. Nivel intelectual normal. No se observan alteraciones en el juicio de realidad ni alteraciones en la sensopercepción.
- El estado de ánimo era en ése momento normal, sin signos neuróticos aparentes.
- La actitud de entrevista es histriónico-manipuladora y narcisista, intentando dar en todo momento una imagen sobreadaptada de sí mismo, lo cual se encuentra en contradicción absoluta con los propios hechos biográficos que narra.

Como actitudes patológicas destacan:

- Rechazo a aceptar la responsabilidad por sus propias acciones. Siempre que narra algo negativo sobre sí mismo lo justifica por hechos exteriores a él.
- Intentos reiterados de mostrar una relación muy satisfactoria con las mujeres a las que trata o son sus amigas, a las que define como

"hermanas", y a las que presta supuestamente un apoyo y "protección". Todas las mujeres con las que se ha relacionado le quieren.

- A la vez aporta mensaje contradictorio sobre una de las denunciantes: "...a la chica la trataban mal, era una chica fácil, yo les decía, dejadla tranquila, mira cómo se va".
- Sentido grandioso de la autoestima. Considera que es inteligente pese al fracaso escolar y explica que se ha leído El Qu~ote, la Biblia, varias veces, el Corán, novelas diversas, relatos de miedo, el realismo no le gusta... Considera que es sincero, simpático y extrovertido.
- Rechazo a aceptar dificultades infantiles al haber estado interno: "...a mí no me importaba, las monjas nos compraban golosinas, mi madre me dejó allí porque nos cambiamos de piso y no podía aparcar..." Rechazo a admitir cualquier tipo de dificultad familiar, pese a las evidencias en contra.
- Falta de vinculación con las parejas que ha tenido, de manera que describe relaciones cortas, superficiales y circunstanciales, con tendencia a cambiar de pareja (cuatro novias entre los 17 y los 21 años).
- Falta de escrúpulos. Cuando va describiendo sus sucesivos puestos de trabajo lo hace en base a lo que gana sin plantearse el tipo de trabajo, cuando se le pregunta por qué cambia tanto explica que para superarse.
- Afirmaciones poco realistas, parciales o inciertas. Afirma que ha tenido cuatro juicios por sucesos relativos al club del alterne, pero que "sólo iban los abogados y yo no tenía culpa, hasta la Guardia Civil que estaba enfrente lo decía". Expresa que la madre de una de las denunciantes lo trataba muy bien cuando consta en las declaraciones que le había prohibido subir a su domicilio.
- Tendencia al aburrimiento: "siempre he sido muy dependiente de mi libertad", con incapacidad para planificar el futuro: "no me gusta preocuparme por las cosas, lo que tenga que venir vendrá".

Aunque afirma que "ahora tengo depresión, antes no he tenido nunca depresión", lo cierto es que no expresa signo alguno depresivo.

En cuanto a los supuestos hechos por los que se encuentra procesado el informado se presenta a sí mismo como una víctima, sin plantearse en ningún momento responsabilidad alguna.

Sobre la acusación expresa: "Es injusta, no hablo nunca del tema. No entiendo por qué me están haciendo esto. Me están haciendo mucho daño."

2.2. Datos derivados de las técnicas psicodiagnósticas aplicadas

- Test de la persona de Machover y Desiderativo

La figura más poderosa es la masculina, con la que el informado se encuentra identificado. A su vez esta figura presenta características narcisistas y agresivas. El mecanismo básico de defensa es la racionalización. También aparece tendencia a la evasión de la realidad.

La figura femenina es la proyección de la figura materna.

En esta figura se busca la admiración hacia el propio yo, aunque es una vivencia con características de desorden sexual y dificultades o coartación de las relaciones sociales (falta de manos).

En el Desiderativo se proyecta agresividad importante, cautela en la actividad, capacidad de planificación, necesidad de poder y control sobre los demás, necesidad de ser tenido en cuenta y permanecer. Necesidad de sentirse omnipotente en lo físico y en lo intelectual.

- Inventario Clínico Multiaxial de Millon

Lo más destacable es que presenta un perfil compatible con personalidad antisocial.

Los rasgos de personalidad son obsesivos, narcisistas e histriónicos.

Destaca baja depresión y ansiedad, alta hipomanía, en concordancia con el

patrón antisocial.

- Escala Hare

Aunque faltaban fuentes de información se obtuvo información suficiente para calificar 15 de los 20 ítems obteniéndose una puntuación de corte equivalente a la necesaria para la clasificación en la categoría de psicopatía.

3. Conclusiones:

- a)El informado Bruno presenta síntomas de trastorno antisocial de la personalidad con rasgos psicopáticos.
- b)Lo anterior implica un trastorno de índole afectiva, de manera que la capacidad para sentir culpa se encuentra muy reducida y la posibilidad de aprender en función de las consecuencias de sus acciones es muy baja también.
- c)En todo caso no se trata de una persona con un trastorno psicológico que le incapacite para observar la realidad tal y como es y actuar según sus propias decisiones.
- d)En situaciones adversas esta persona puede presentar una alta peligrosidad.
- e)La personalidad se encuentra descrita a lo largo del informe.

Es todo lo que tiene el honor de informar.

Fecha y firma

3.2. Agresión sexual

3.2.1. Introducción

Cuando se habla de agresión sexual lo primero que hay que afirmar es que desconocemos el número real de agresiones sexuales.

La naturaleza de estos delitos, el que la sexualidad sea tema tabú y el que muchas agresiones sexuales se den entre conocidos y familiares hace que se haya calculado que sólo se denuncia una de cada cinco agresiones sexuales. Lo que sabemos sobre agresión sexual lo conocemos a partir de las agresiones denunciadas, es decir, en mucho, nuestro conocimiento del tema viene directamente del ámbito forense.

La segunda afirmación esencial dentro de este tópico es que no existen perfiles de personalidad típicos de agresores sexuales.

Existen agresores sexuales emocionalmente estables e inestables, introvertidos y extrovertidos, emocionalmente blandos y duros, dependientes e independientes, homosexuales y heterosexuales y de todas las edades. De lo poco que sabemos de ellos es que no suelen solicitar ayuda terapéutica y que sí presentan unos ciertos patrones de tipo cognitivo-conductual y biográficos que es lo que fundamentalmente buscaremos a la hora de su exploración. Existen diversas teorías que intentan explicar las agresiones sexuales pero ninguna de ellas es capaz de dar cuenta de todas las agresiones.

Por eso, dentro de este capítulo vamos a distinguir en primer lugar agresores sexuales según las necesidades del contexto forense. Como éste es el objetivo de este libro, dejaremos al margen las múltiples divisiones y clasificaciones teórico-clínicas, y nos atendremos a una clasificación propia que encaja de una forma más ajustada en nuestras necesidades como peritos: agresores sexuales de adultos y de niños detectados y sus implicaciones legales.

Al explicar el abuso sexual infantil nos basamos en Catalán M. J. (2004). Finalizamos exponiendo la teoría de Marshall para tener un marco teórico desde donde entender la etiología de este tipo de delincuencia.

3.2.2. Tipos de agresores en psicología forense (agresión sexual entre adultos)

De forma genérica los delincuentes sexuales comienzan a actuar muy pronto. La mayoritaria orientación heterosexual de la población hace que elijan víctimas del otro sexo. Los agresores sexuales suelen ser reincidentes según

algunos autores, aunque no en mayor proporción que en otro tipo de delitos, según otras estadísticas. Actúan más en las ciudades que en las zonas rurales.

Aparentemente son personas normales (no psicóticos) pero pueden presentar problemas de neuroticismo, introversión, inmadurez, socialización y serias carencias en valores sociales. La mayoría no busca tratamiento ya que no presentan ningún sentimiento de culpa. En psicología forense los podemos definir con las siguientes características clínicas:

A) Psicópatas (Criterios de Cleckley)

Todo lo que se explica en el capítulo anterior sobre psicópatas es aplicable a la personalidad básica de este delincuente, al que llamaremos "agresor", en sentido general y en los peritajes que realicemos siempre nos referiremos a él como "supuesto agresor".

No todo psicópata es un delincuente y tampoco todo psicópata que delinque es un agresor sexual. Ningún psicópata solicita psicoterapia si no es con un fin instrumental, y ninguno manifiesta ansiedad, por lo que es improbable que tengan antecedentes de tratamiento psicológico o psiquiátrico, lo cual hemos de tener en cuenta cuando alguien que es acusado de un delito sexual viene a solicitarnos un "informe clínico" para probar su supuesta inocencia ante un Tribunal.

Además, nunca debe olvidar un clínico dispuesto a realizar un informe a petición de esa persona o una pericial a solicitud del juez, que el delincuente psicópata se caracteriza precisamente por una gran versatilidad en sus crímenes y conducta, es decir, que puede pasar de un tipo de delito a otro o de una conducta prosocial a otra antisocial con facilidad.

El delincuente no psicópata suele estar más restringido en su conducta antisocial y sólo de forma accidental atacará a las personas, normalmente en un movimiento de defensa. Su conducta manifiesta puede ser más claramente antisocial. Por eso es tan importante la detección del psicópata. Aunque hasta una fecha determinada no haya cometido un crimen, una personalidad psicopática no nos garantiza que en otro momento determinado no pase al acto agresivo contra las personas. De hecho, un factor muy importante a

controlar, son las consecuencias sociales de los crímenes en este tipo de personalidades. Si un agresor sexual psicópata es detenido y condenado a prisión puede convertirse, una vez en libertad, en un asesino. El motivo es claro, pues simplemente se trata de eliminar al testigo que lo puede llevar a la cárcel. Pero una vez realizado el primer asesinato el psicópata puede entrar rápidamente en lo que llamábamos en el capítulo anterior "adicción a la violencia". Esto le puede llevar en poco tiempo a convertirse en un asesino en serie.

De hecho esto es lo que ocurrió en el caso de un famoso asesino en serie español que tras ser condenado en 1990 por una agresión sexual cometida en 1989, permanece en la cárcel seis años. Tras salir de la cárcel siguió su carrera delictiva. Se confesó autor de cinco homicidios entre 1995 y 1996. En la actualidad sigue en prisión. Cuando no delinquía violando y asesinando a sus víctimas, este delincuente tenía una vida "superficialmente" normal.

Dentro del ámbito forense el agresor sexual psicópata puede atacar tanto a adultos como a niños, con preferencia por las mujeres y las niñas. Normalmente la víctima será desconocida, aunque el psicópata también puede atacar a víctimas próximas o familiares. En general procurará tomar todas las precauciones para no ser descubierto. El crimen es cuidadosamente planificado. Se lleva a efecto de una forma fría y premeditada. La motivación sólo secundariamente es sexual. Normalmente el afán de dominio y poder es lo que mueve a este tipo de delincuente. Es un agresor muy peligroso, reincidente. Si es detenido tiende a negar los hechos de una forma tranquila. Cuando se siente acorralado por las pruebas en su contra entonces puede hacer gala de su virtuosismo declarándose culpable de las agresiones que se le imputan y de otras más.

Un famoso agresor sexual madrileño se declaró culpable de ciento y pico agresiones sexuales con robo con intimidación a mujeres. Sin embargo, la policía sólo le imputaba un número mucho menor. Este delincuente despidió a su abogado durante la vista y asumió su propia defensa durante el juicio.

Por el momento no se conocen tratamientos eficaces para este tipo de agresores. Son personas que carecen de empatía con los demás y los tratamientos actuales han renunciado a implantar esta empatía (los psicópatas aprendían en las terapias cognitivo-conductuales qué debían decir y hacer para que pareciese como si ya estuvieran rehabilitados). En su lugar los tratamientos psicológicos actuales intentan implantar conductas prosociales mediante programas de refuerzo y no de castigo.

El agresor sexual psicópata puede mantener su carrera delincuencial al margen de su vida social oficial, la cual es superficialmente "normal".

Los agresores sexuales psicópatas no suelen padecer dificultades sexuales, al contrario, su vida sexual es más activa que la media, muchas veces promiscua. El problema es que el psicópata no obtiene gratificación en las relaciones sexuales consentidas puesto que éstas se viven de una forma impersonal, con desvinculación afectiva y apatía. El agresor sexual psicópata comienza a actuar entonces dentro de una dinámica de búsqueda de sensaciones que le provoca una excitación mayor que las relaciones sexuales "normales". La agresión sexual presenta una gradación, desde el simple tocamiento por encima de la ropa hasta la penetración. En el caso del psicópata la agresión sexual tiende a ser severa y viene precedida por un largo período de años de fantasías masturbatorias de tipo agresivo. Este período a veces se inicia durante la adolescencia.

Decíamos en el capítulo anterior que todas las personalidades sádicas se encuentran dentro del grupo de las personalidades psicopáticas, aunque no todas las personalidades psicopáticas son sádicas. En el caso de que se unan estas dos circunstancias el delincuente es particularmente peligroso. Por otro lado, siempre hay que valorar la reincidencia del psicópata. Según Hare (1999), en psicópatas encarcelados aparece una reincidencia del 80% al cabo de cinco años desde su liberación.

B) Sociales (oportunistas)

Los que llamaremos sociales-oportunistas son aquellas personas que sin padecer un trastorno de personalidad o alteración relacionada con una

particular predisposición agresiva llegan a una situación de violación o abuso cuya base se encuentra en unas creencias distorsionadas sobre la mujer y la sexualidad. Aparece en estas personas una mentalidad muy centrada en el dominio del varón sobre la mujer.

Se da en estos hombres la ideología social dominante, sólo que llevada hasta extremos caricaturescos. Este agresor suele actuar en unas circunstancias de desinhibición de la conducta. Normalmente, o en muchas ocasiones, se da un uso de drogas concomitante, sobre todo el alcohol. El delito no es premeditado. Suele ocurrir sobre víctimas conocidas. La motivación es la hostilidad latente hacia la figura femenina y la necesidad de imponer su poder por la fuerza cuando la mujer se niega a mantener relaciones sexuales. Muchos de estos agresores realizan un análisis equivocado de la información y los estímulos presentes en la situación. Por ejemplo, suponen que una chica desea sexo si se comporta de una determinada manera o va vestida de forma considerada 'provocativa'. El agresor codifica determinados signos como "provocativos". Estos signos justifican después la agresión en el caso de que la víctima no se preste a mantener relaciones sexuales.

El agresor social va a emplear la fuerza mínima necesaria para conseguir sus propósitos. No se trata de un agresor reincidente, pues en principio sólo actuará si las condiciones vuelven a darse. En el caso de ser detenido y condenado es capaz de realizar un análisis de su conducta y si es capaz de sentir culpa, puede llegar a asumir su equivocación y en el futuro corregir su conducta. Sin embargo, muchas veces estos agresores tienen muy arraigadas sus creencias y no aceptarán cambiarlas, lo cual implicaría asumir la responsabilidad por los hechos del delito.

En las primeras entrevistas se puede realizar un primer acercamiento a la motivación del supuesto agresor y encontraremos toda una serie de ideas irracionales y despectivas respecto a la mujer.

El agresor social no suele negar que ha mantenido relaciones sexuales. Lo que varía es la versión en cuanto a que éstas han sido "deseadas" y "propiciadas" por la víctima. Algunos de estos agresores tienen creencias

fuertemente disfuncionales del estilo "aunque la mujer diga que no significa que sí".

El agresor sexual suele ser respaldado por su propia familia, la cual justifica al agresor y culpa a la víctima. De hecho, es en el seno familiar donde el agresor social ha aprendido los conceptos que le han llevado a la agresión.

El caso paradigmático dentro de esta tipología es el de agresión sexual entre dos conocidos o amigos sin que medie fuerza aparente, pues no hay señales ni heridas y es sólo la palabra de uno contra la del otro. Normalmente la víctima se deja agredir ante la eventualidad de poder ser agredida físicamente.

C) Psiconeuróticos (patológicos)

Estos agresores suelen actuar generalmente utilizando la agresión como un mecanismo de compensación. Detrás de ello se encuentra una gran dificultad para entablar relaciones satisfactorias interpersonales y sexuales. Se suelen generar situaciones de gran estrés y hostilidad que son "desplazadas" hacia la víctima de la agresión.

Un agresor de este tipo realizó el delito de agresión sobre una joven desconocida a la que intimidó con una navaja y después tocó el pecho. Esto ocurrió minutos después de mantener una fuerte discusión con su novia mientras la acompañaba a su domicilio. Tras realizar el delito pide perdón a la víctima. A la perito le explica que realizaba estos actos (no era la primera vez pero sí la primera detención) cuando alcanzaba un fuerte nivel de estrés. Durante la discusión con la novia el agresor no se había mostrado violento sino sumiso. En otras ocasiones había actuado de la misma forma explosiva tras problemas en el trabajo, con compañeros o jefes.

La agresión, como se ve, puede no ser severa. Puede realizarse con víctima conocida o desconocida. Dentro de esta categoría de agresor pueden ocurrir los actos exhibicionistas (no penados actualmente excepto si se realizan ante menores o incapaces), abusos deshonestos y otro tipo de agresiones de tipo

"menor", aunque evidentemente también pueden llegar a la violación.

La agresión de este tipo no es premeditada sino que aparece de una forma explosiva. Suelen darse sentimientos de culpa y vergüenza y en ocasiones comportamientos bizarros. Algunos de estos agresores intentan "reconvertir" la agresión reconciliándose con la víctima, dándole su teléfono o acompañándola hasta su domicilio.

Si son capaces de asumir culpa entonces podemos hablar de posibilidad de tratamiento. Detrás de estas agresiones aparecerá un conflicto intrapsíquico.

D) Asociales (subculturales)

Estos son los también llamados subculturales. Personas criadas en ambientes muy marginales, con un estilo generalizado de relación violenta dentro de su ambiente social. Los asociales agredirán sexualmente en el curso de otro tipo de delito, por ejemplo, en el curso de un robo con fuerza dentro de un domicilio.

Durante los años 70, los teóricos del aprendizaje social negaron que los violadores presentasen característica diferencial alguna sobre el resto de los delincuentes. La teoría del aprendizaje social si bien se ha demostrado válida para explicar "una parte de las agresiones sexuales", se muestra incapaz de explicar aquellas agresiones propias de personas socialmente bien adaptadas y sin déficits culturales o económicos.

Estos agresores, si no padecen el déficit afectivo propio de la psicopatía, es decir, si sólo presentan comportamiento antisocial, son reeducables, ya que el hecho de delinquir es resultado de la carencia de un repertorio de conducta más amplio. Son personas que no carecen de empatía y que mantienen unos vínculos con su grupo social, entre ellos unos vínculos de lealtad de los que el psicópata carece.

Evidentemente la anterior división es sólo una forma artificial de dividir la realidad para hacerla más comprensible.

En la realidad clínica ninguna persona encajará exactamente con ninguna

de las clasificaciones, éstas sólo se utilizan a modo de guía-criterios sobre los que orientar la exploración para poder contestar las preguntas del juez.

Se presenta una tabla resumen con la clasificación propuesta (cuadro 3.6).

Podemos aplicar esta división a agresores de adultos y niños, si bien el caso de los agresores de niños es especial y se aborda de forma característica en el siguiente apartado de este capítulo.

Cuadro 3.6. Tabla de agresiones sexuales

	<i>Psicópatas</i>	<i>Oportunistas</i>	<i>Patológicos</i>	<i>Subculturales</i>
<i>Patología</i>	• Arousal físico • Trastorno de personalidad • Necesidad • Estímulos	• Arousal físico • Hostilidad/poder + desinhibición	• Arousal físico • Conflicto intrafísico • Psiconeuróticos	• Arousal físico • Aprendizaje social
<i>Uso violencia</i>	• Sí • Sí sádico muy peligroso	• No/Sí • No gratuita • Fuerza física	• No • La mínima • Sin intención real de dañar	• Según la situación. Lo que es aprendido es tomar por la fuerza lo ajeno
<i>Reincidencia</i>	• Sí	• No/Según situación	• Sí, si el acto es compulsivo ante estrés	• Según la situación. En la misma medida que otros delitos
<i>Tratamiento</i>	• No	• No/Sí. Ideología social. Creencias erróneas	• Sí	• Sí en la medida en que el perfil de personalidad no sea psicopático
<i>Tipo de agresión</i>	• Violación, con lesiones u homicidio • Desconocida/conocida	• Víctima conocida • Violación	• Violación con conocida o desconocida. (Actos exh. o abusos deshonestos)	• Desconocida • Violación • Conocida. (Dentro del ámbito de pareja)

Las víctimas adultas de agresión sexual son mayoritariamente mujeres. No existe un perfil de personalidad que predisponga más o menos a sufrir un abuso sexual. Sí es cierto que el hecho de ser una mujer joven, de clase social baja o medio baja o bien pertenecer a capas marginales de la sociedad como

prostitutas o inmigrantes facilita la posibilidad de convertirse en víctimas de agresión sexual. Esto se debe principalmente al factor criminológico de "vulnerabilidad percibida" por parte del agresor. Lo que esto significa es que las condiciones que acabamos de exponer hacen que una víctima se encuentre más disponible y más vulnerable de cara a sufrir agresión sexual. Por ejemplo, el hecho de volver de noche sola a casa caminando, salir hasta altas horas de la madrugada, desplazarse en transporte público en lugar de en transporte particular, la mayor tasa de contactos sociales fuera del domicilio, todos estos son factores facilitadores de agresión sexual.

La víctima adulta de una agresión sexual pasa por distintas fases de reacción, que si se resuelven de una forma normal implica que los síntomas clínicos asociados que aparezcan irán disminuyendo con el paso del tiempo.

Si los síntomas clínicos que se presentan en lugar de ir disminuyendo con el paso del tiempo van aumentando, las hipótesis más plausibles son o que bien esa mujer ya había sido victimizada previamente durante la infancia, o bien que esa mujer antes de sufrir la agresión sexual ya presentaba problemas mentales importantes como psicosis o una predisposición psicótica.

Un ejemplo del primer caso lo constituye una funcionaria que un día deja de asistir a su puesto de trabajo sin avisar, justificar motivo ni presentar baja laboral. Como era una persona con una reputación de probada responsabilidad fue llamada en sucesivas ocasiones por su jefe para que compareciera a explicar los motivos de su ausencia. A su jefe le confesó después de mucho insistir que había sido recientemente violada pero éste se dio cuenta que algo no era "normal" pues no había acudido al médico ni presentado denuncia. Estaba recluida en su domicilio y no quería dar explicaciones a nadie. Se le realizó una pericial y se determinó que había sufrido abuso crónico en la infancia. No había presentado síntomas aparentes durante años. Tras ser agredida en esta ocasión desarrolla una fobia a salir de casa que le hace recluirse allí, lo cual a su vez le impide solicitar ayuda alguna pues no quería explicar lo que le había ocurrido - que vivía con culpa - ni sus consecuencias fóbicas. Presentaba además una fuerte apatía, ansiedad generalizada, anhedonia y un aparente desinterés hacia el

entorno y las consecuencias de su conducta.

Ejemplo del segundo caso lo constituye una joven que tras sufrir trastornos de conducta durante la adolescencia y ser tratada psiquiátricamente con el diagnóstico de personalidad esquizotípica sufre agresión sexual a los 19 años. Después del episodio se negaba a asistir al juicio por temor. Además su situación había empeorado de forma muy notable. Se realizó pericial donde se constataba el perjuicio que le supondría asistir al juicio. Además debido a su enfermedad y al progresivo deterioro que había sufrido, más la medicación se comprobó que la joven ya no tenía un recuerdo claro y suficiente para testificar.

Dentro de las reacciones llamadas "normales" existen tres tipos:

- a) Ansiedad y miedo en los momentos inmediatamente posteriores a la agresión. Esta ansiedad y miedo se estabilizan: miedo al agresor, a testificar, a la soledad, a tener relaciones sexuales en el futuro. Miedo a salir a la calle, a estar sola en casa, a la noche, a los estímulos asociados directa o simbólicamente con la agresión (traumatofobias). Las pesadillas y el insomnio también son frecuentes.
- b) Tanto la depresión como la ideación suicida son manifestaciones que destacan por su frecuencia entre las víctimas de violación. Son consecuencia de las manifestaciones clínicas contempladas en el punto a).
- c) Uno de los problemas que más tiempo perdura son las disfunciones sexuales y la predisposición psicósomática como expresión de rechazo al cuerpo.

En general, tras un período de confusión en que la mujer se muestra muy dependiente del entorno, las reacciones se van organizando.

Las secuelas de la agresión sexual pueden durar años. Cuando vamos a valorar a estas víctimas es necesario observar si cumplen criterios de estrés postraumático principalmente.

Cuando la agresión ha sido severa y con utilización de violencia las secuelas suelen ser más severas.

Se han observado síntomas psicossomáticos muchos años después de la agresión sexual.

La reacción ante la agresión sexual, igual que en el caso de los menores es muy diversa y depende de múltiples factores entre los que destacan la personalidad previa de la víctima y el apoyo social. Es muy importante evitar la "culpa" para que no se cronifiquen los síntomas de estrés. Hay que explicar a la víctima que ella no ha hecho nada negativo. La víctima debe entender que tiene derecho a ir por la vida sin tomar precauciones especiales y que sufrir un asalto sexual es "un accidente" producto del azar.

El tema de la culpa se encuentra desarrollado con más detenimiento en el apartado de abuso infantil y es asimilable al caso de mujeres.

Aparte de las escalas de estrés postraumático se han desarrollado escalas para medir las traumatofobias asociadas a agresión sexual. Existen escalas clínicas de depresión, ansiedad etc. que también son de aplicación según los casos. Estas escalas se encuentran descritas y referenciadas en el apartado correspondiente de este libro.

3.2.3. Agresión sexual en niños

Vamos a analizar a los agresores sexuales pedófilos y sus víctimas y después caracterizaremos las agresiones incestuosas.

A) Pedófilos y víctimas de pedofilia

La pedofilia es definida en las distintas clasificaciones de enfermedades mentales como una "parafilia" en la cual un adulto siente interés sexual por un menor prepúber. Desde el punto de vista de la ley nos encontramos con un delito. Pero como peritos nuestra labor es más compleja y consiste en determinar si la persona acusada es o no responsable de sus actos. Para poder llegar a responder a esta pregunta debemos realizar un análisis clínico de la conducta donde la pregunta esencial es si esta persona concreta puede o no

puede elegir entre realizar o no un determinado acto.

A nivel forense, y en base al diagnóstico, la peligrosidad y la reincidencia, distinguimos dos tipos de pedófilos, el llamado "primario" y el "secundario". Ambos tienen características comunes, como si clínicamente correspondieran a un solo grupo psicopatológico que se expresa de dos formas diferentes. Los dos grupos se caracterizan por un gran temor a las relaciones sexuales con adultos y dificultades de relación con iguales, asociadas, normalmente, a una baja autoestima y a una ira profunda hacia el mundo adulto. En los casos de los agresores secundarios, aún cuando se muestren capaces de mantener relaciones sexuales con adultos, éstas se acompañan de fantasías pedofílicas.

De forma paradójica pero dinámicamente comprensible, muchos de los agresores sexuales, lo mismo que muchos agresores domésticos y otros tipos de agresores contra personas, tienden a expresar características clínicas comunes con sus víctimas. Entre éstas la más llamativa es la baja autoestima que se puede rastrear hasta en el delincuente teóricamente dotado de la autoestima más grandiosa como es el psicópata. Porque en realidad, ¿cuál es el motivo subyacente de estas personas para presentar una estima externa tan enfrentada con la realidad?, ¿por qué esa necesidad de aparecer todopoderosos? Las personas realmente seguras no necesitan aparecer representadas ante los demás de forma grandiosa.

Los agresores sexuales de niños, como los de adultos, son mayoritariamente varones, y sólo de forma anecdótica aparecen mujeres como agresoras sexuales.

Cuando aparecen mujeres implicadas en estos delitos lo hacen casi siempre como cómplices de sus compañeros, lo cual expresa en sí mismo el grado de alienación y sumisión que se puede alcanzar en una relación de poder disimétrica y hasta qué punto las mujeres ocupan posiciones inferiores de poder social. En los casos más extremos, estas mujeres se alían con los hombres que las violentan y acaban violentando o ayudando a violentar a otros.

Los anteriores factores que son de índole social genérica, no implican que

necesariamente la responsabilidad de estas mujeres se encuentre anulada o disminuida, ya que habría que estudiar caso a caso.

La pedofilia, tanto primaria como secundaria se manifiesta muy pronto y se extiende por todas las edades, con un punto álgido entre los 30 y los 50 años, aunque cada vez son más numerosos los adolescentes agresores de otros niños.

El agresor sexual de niños se las ingenia para realizar toda una serie de distorsiones cognitivas tendentes a justificar sus actos. Si se es capaz de escuchar atenta y objetivamente el discurso de un pedófilo, uno de los fenómenos clínicos más interesantes es su incapacidad para ponerse en el lugar del menor y la proyección en el niño agredido de ciertas características del propio agresor como pueden ser timidez, dificultades interpersonales, dificultades con iguales, inferioridad física, incapacidad para defenderse, dificultades mentales o emocionales, malas relaciones con los padres, etc.

Todo este tipo de proyecciones y razonamientos son los que se utilizan ante el menor para implicarle en la relación abusiva. De alguna manera el agresor convence al niño o niña de que tiene una serie de déficits que sólo él, el agresor, sabe comprender y "curar". De esta manera los menores se ven implicados en relaciones manipuladas y destructivas que ni siquiera exigen de la fuerza física para llevar a cabo la agresión sexual, único objetivo real del agresor.

Cuando un psicólogo clínico tiene delante un caso de agresión a un menor debe poner en un segundo plano la naturaleza concreta de la agresión sexual y estudiar de forma primaria la "relación interpersonal" que se ha establecido entre agresor y víctima.

Si en el caso de adulto contra adulto la agresión es, normalmente, más severa y brusca, puede ocurrir entre desconocidos y se encuentra más limitada en el tiempo (incluso en casos de violencia doméstica), en el caso de agresiones a niños la agresión es insidiosa, progresiva, acompañada de algún grado de relación, normalmente no violenta física mente y realizada casi siempre por alguien del entorno próximo del menor. Sólo en casos muy

reducidos la agresión proviene de desconocido y aparece de forma súbita, por ejemplo, mediante secuestro. Cuando esto sucede así, o cuando la agresión sexual viene acompañada por actos de violencia física estamos hablando de un caso de peligrosidad extrema para la víctima.

Un caso tristemente famoso es el de Dutroux en Bélgica. En este caso, además de la voluntad destructiva del agresor se unen la incompetencia pericial para detectar la peligrosidad en un delincuente que ya había cumplido condena por hechos similares y la complicidad de la mujer de Dutroux que dejó morir de hambre a dos de las niñas y no avisó de su paradero a la policía.

Los pedófilos primarios se caracterizan porque siempre y de forma exclusiva han mantenido relaciones sexuales con niños o niñas. Los pedófilos secundarios pueden mantener relaciones sexuales con adultos, con la restricción ya señalada. Mientras los primarios permanecen mayoritariamente solteros los secundarios suelen estar casados. La agresión sobre menores en el caso de los secundarios puede venir propiciada por una situación de estrés, abandono matrimonial, o bien realizarse a la par que discurre una vida sexual teóricamente normal con adultos. El consumo excesivo de alcohol u otras drogas puede actuar de desinhibidor de estas conductas. Las conductas habituales de estos sujetos son relaciones sexuales con adultos, normalmente heterosexuales, aunque suelen aparecer alteraciones en el curso de éstas, como impotencia ocasional, falta de deseo y algún tipo de tensión o conflicto con sus parejas.

A nivel cognitivo, los agresores secundarios con más frecuencia que los primarios suelen percibir este tipo de conductas como anómalas y las ejecutan de forma episódica e impulsiva más que de un modo premeditado y persistente. Por ello pueden aparecer posteriormente intensos sentimientos de culpa y vergüenza.

Los agresores primarios tienen una orientación homosexual mayoritariamente, los secundarios heterosexual. Los primarios tienen una orientación sexual dirigida desde siempre y con exclusividad a niños, sin apenas interés por los adultos, y con conductas compulsivas no mediatizadas

por situaciones de estrés. Generalmente poseen un campo limitado de intereses y actividades, lo cual les lleva a menudo a una existencia solitaria.

Consideran sus conductas sexuales apropiadas aunque estén prohibidas socialmente y las planifican con antelación. Poseen frecuentes distorsiones cognitivas y no presentan sentimientos reales de culpa o vergüenza por estas actividades sexuales.

Se calcula que sólo en un 10% de los casos de abuso sexual infantil se usa la violencia. Normalmente se recurre al engaño, ganar la confianza de las víctimas o aprovecharse de la confianza familiar. A los niños se les amenaza o les dan premios o privilegios de diferente tipo. Los agresores de menores tienden a la seducción y se valen de su posición de superioridad sobre una víctima conocida.

Dentro de la exploración clínica ponemos mucha atención al capítulo de actividades laborales, sociales, recreativas y relaciones interpersonales del supuesto agresor. Ya que en la mayoría de los casos los pedófilos se caracterizan por una constante en su biografía: un esfuerzo titánico para mantenerse dentro de actividades, profesiones o áreas relacionadas con niños. Incluso si el agresor puede acceder a otros puestos de trabajo u ocio mejor remunerados, más interesantes o con adultos, se quedará anclado en aquel lugar que le pueda propiciar su relación con menores.

Las distorsiones cognitivas son los elementos desinhibidores más importantes en las agresiones sexuales a niños. Las distorsiones cognitivas más frecuentes son:

Las caricias sexuales no son realmente sexo y por ello no se hace ningún mal.

Los niños no lo cuentan debido a que les gusta el sexo.

El sexo mejora la relación con un niño.

Cuando los niños preguntan sobre el sexo significa que desean experimentarlo.

El sexo práctico es una buena manera de instruir a los niños sobre el sexo.

La falta de resistencia física significa que el niño desea el contacto sexual.

El menor disfruta con la relación sexual.

-Los contactos sexuales son una muestra de cariño.

-Si no hay violencia el menor no va a desarrollar trastornos.

Cuando realizamos la entrevista con un supuesto agresor de menores estamos atentos a estas distorsiones cognitivas o a otras que el propio agresor nos puede ofrecer. Nunca realizamos preguntas directas al respecto, puesto que en ese caso ninguna de las respuestas a preguntas directas o cerradas que puedan estar relacionadas con elementos psicológicos posiblemente implicados en el supuesto crimen tiene ningún valor. (Por ejemplo, no tendría valor alguno presentar las creencias distorsionadas que se han expuesto en este apartado y preguntar si la persona que estamos explorando comparte alguna de esas ideas.)

Aunque sabemos que no existen perfiles de personalidad fijos entre pedófilos, en estos casos nunca dejamos de realizar una adecuada exploración psicopatológica utilizando una combinación entre cuestionarios de personalidad de tipo general 16-PF similares y otros de índole clínica como el Millon, Derogatis, MMPI, etc.

En todo caso estamos ante la situación de adaptar las técnicas a la persona concreta dentro del grado de colaboración que presente.

En cuanto a víctimas de abuso sexual, se han llenado manuales sobre este tema. Aquí nos vamos a centrar en los datos esenciales que necesitamos fijar durante la exploración de cara a la pericial.

En el año 1998, se celebró en Valencia el seminario europeo "Rompiendo silencios" para la prevención de los abusos sexuales a menores y, en sus conclusiones finales, se recordó que un 23% de las niñas y un 15% de los niños de España sufren abusos sexuales antes de los 17 años (19% de la

población), (datos ya apuntados por Félix López en 1994) y de ellos un 60% no recibe ayuda de nadie (datos aportados por Save the Children). En el 46% de los casos, se repiten más de una vez sobre la misma víctima.

El período de mayor vulnerabilidad se da entre los 7 y los 13 años de edad (Finkelhor, 1994), aunque un 25-35% de todos los niños víctimas de abuso sexual tiene menos de 7 años. Las víctimas son en mayor medida niñas, con una proporción aproximativa de 1 a 3. Estos son básicamente los rangos de edad en que se dan las denuncias, ver Vázquez, B. (2004).

Cuando estamos ante un niño que denuncia abusos sexuales tenemos que saber que estos niños y adolescentes suelen tener propensión a los sentimientos crónicos de ansiedad y miedo, depresión, ideación y comportamientos suicidas, e irritabilidad o sentimientos de ira. El patrón general es ira, miedo, hostilidad. Todo lo anterior en una proporción mayor a la esperable al azar sobre población general.

La ansiedad y la depresión también aparecen con una frecuencia significativa en mujeres adultas que sufrieron abuso durante su infancia. En el ámbito interpersonal en los niños abusados cuando son adultos, predominan la desconfianza, el miedo, el temor a la intimidad y la escasez de relaciones íntimas. Esto es importante porque a veces nos vamos a encontrar con una serie de víctimas adultas que ya fueron víctimas de niños, lo cual incrementa el riesgo de secuela grave como reacción.

Los adultos y adolescentes que sufrieron abuso en la niñez también pueden presentar episodios frecuentes de promiscuidad o falta de interés por el sexo. En general hay rechazo o problemática expresada a través de lo corporal, mucha veces en forma de trastornos psicosomáticos y actitudes hipocondríacas.

Pero no todo abuso infantil es idéntico. El abuso sexual infantil es traumático en función de una serie de factores que Finkelhor establece en cuatro áreas ('Teoría traumatogénica'):

Sexualización traumática: Da lugar a comportamiento sexual agresivo o exagerado, disfunciones sexuales y confusión sobre la propia identidad.

La sexualización traumática hace referencia a la interferencia que la experiencia abusiva tiene en el adecuado proceso madurativo/sexual del menor, que va a condicionar la presencia de sintomatología sexual tanto a corto como a largo plazo. Este niño aprende a usar determinadas conductas sexuales como estrategia para obtener beneficios o manipular a los demás y adquiere aprendizajes deformados de la importancia y significado de determinadas conductas sexuales, así como concepciones erróneas sobre la sexualidad y la moral sexual. Asimismo, tiene dificultades para establecer relaciones de intimidad y para integrar las dimensiones afectivas y eróticas, puesto que se encuentran primitivamente asociadas a relaciones de desigualdad.

Sensación de traición: El niño pierde la confianza que antes tenía en el adulto con las consecuencias que ello conlleva. Los sentimientos de traición que desencadena el abuso hacia el agresor, y la generalización que se hace para todos los adultos, puede interferir en el adecuado desarrollo de las relaciones interpersonales por los sentimientos de desconfianza que se generalizan.

Estigmatización: Si la revelación de lo sucedido hace que el entorno del niño reaccione con incredulidad, repugnancia o rechazo, el niño se sentirá diferente del resto. Los sentimientos de estigmatización derivan de la culpabilización y vergüenza vinculadas a la experiencia abusiva y éstos pueden tener una gran influencia en la autoimagen del menor y en su autoestima, variables fundamentales para un adecuado desarrollo de su personalidad. El mantenimiento en secreto del abuso sexual puede reforzar la idea de ser diferente y, con ello, aumentar el sentimiento de estigmatización (Cortés y Cantón, 1997).

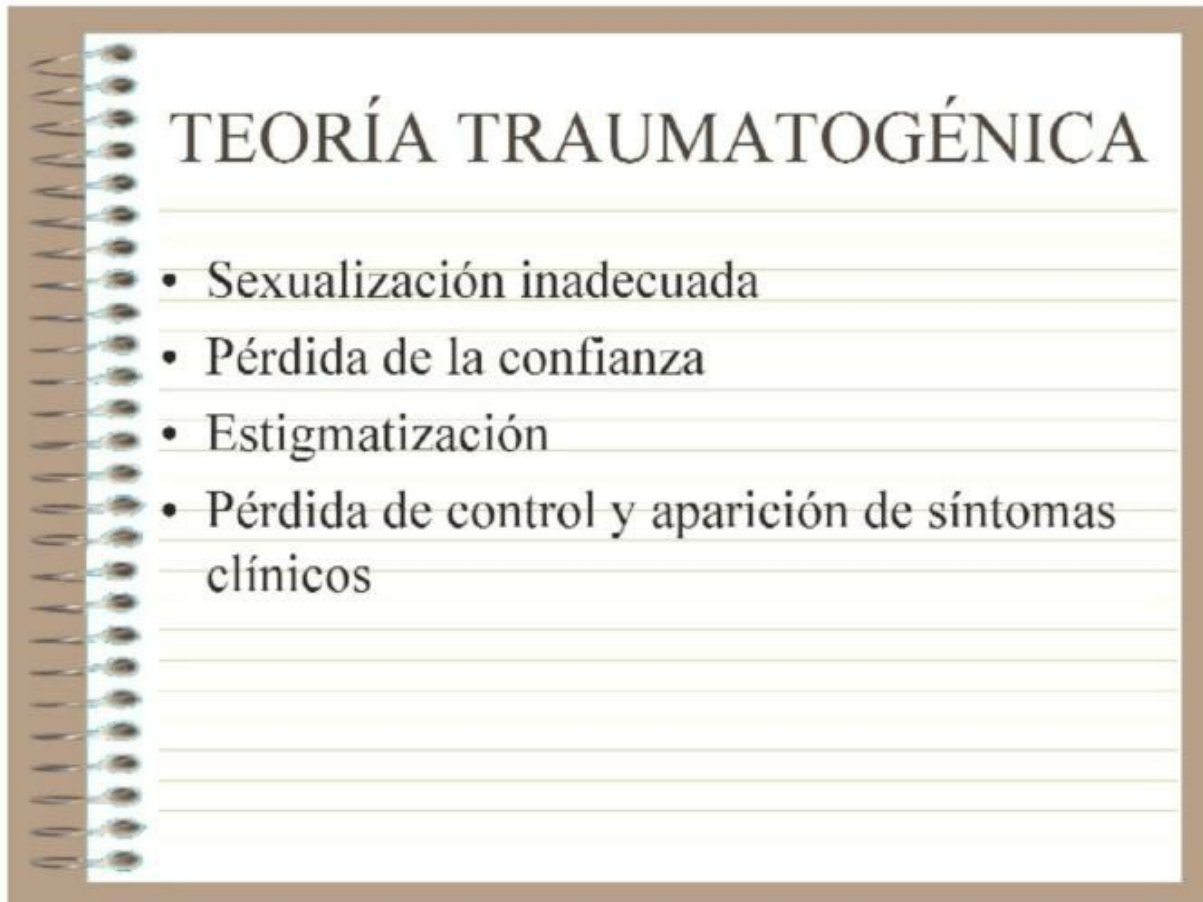


Figura 3.1. Teoría traumatógena.

Pérdida de control y sus consecuencias clínicas: Es posible que la víctima se sienta incapaz de poner fin al abuso y crea que ha perdido el control sobre su vida. Estos sentimientos de impotencia pueden causarle ansiedad, miedo, depresión, agresividad, comportamientos sexuales abusivos o identificación del niño con el agresor. Los sentimientos de indefensión provocan en el menor la pérdida de control e imposibilidad de frenar el abuso generando una actitud de retraimiento y pasividad, incrementando con ello su vulnerabilidad a las experiencias abusivas. Además se traduce en la creencia en el niño de no saber cómo reaccionar ante las diversas situaciones planteadas en la vida real y de tener poco control sobre sí mismo y sobre cuanto le sucede. Todo ello crea en la víctima una sensación de desamparo y un temor de lo que le pueda suceder en el futuro, provocando actitudes pasivas, poco asertivas y de

retraimiento.

Aunque los síntomas desarrollados por los niños objeto de abuso sexual son muy parecidos a otros problemas clínicos, la diferencia estriba en que los niños abusados presentan una mayor frecuencia de estrés postraumático y comportamientos sexualizados.

Aunque no existen síntomas patognomónicos de abuso sexual, como peritos siempre actuaremos siguiendo una evaluación por pasos del niño, según el esquema de página siguiente.

Sobre todo tener en cuenta que no todo menor que ha sufrido abuso sexual presenta secuelas emocionales, ya que éstas dependen tanto de factores individuales como de variables ambientales y las propias variantes relativas al abuso.

De forma general, según la edad, los niños que han sufrido abuso sexual tienden a presentar los siguientes síntomas:

Edad preescolar: pesadillas, trastorno de estrés, lesiones físicas y comportamientos sexuales inapropiados: en general síntomas mal organizados y caracterizados por la desinhibición.

Edad escolar: miedo al entorno, problemas de comportamiento, agresiones a terceros, pesadillas, problemas escolares, hiperactividad y regresión.

Adolescentes: a menudo muestran síntomas relacionados con la depresión, el retraimiento, el comportamiento suicida o las autolesiones, las actividades ilegales, las fugas de casa y el abuso de sustancias tóxicas, así como problemas escolares y de aprendizaje.

En general se ha encontrado que los varones tienen más dificultades para reconocer que han sido agredidos sexualmente. A ello contribuyen principalmente las dudas y miedos que les surgen en torno a su identidad sexual en el caso de que el agresor sea también varón y la creencia socialmente aceptada de que sólo las niñas son víctimas de abuso sexual.

Pero tenemos que tener claro que no hay síntomas vinculados exclusivamente a los abusos, aunque sí ciertos síntomas asociados a ellos y que deberemos valorar de una manera global y conjunta, ya que no se puede establecer una relación directa entre un solo síntoma y el abuso.

Algunos autores como Gentile y Wolfe (1989) consideran las consecuencias del abuso sexual como una forma de estrés postraumático. El abuso sexual en la infancia cumple los requisitos de trauma exigidos por el DSM-IV-TR para el diagnóstico de este cuadro clínico y genera, al menos en una mayoría de las víctimas, los síntomas característicos de dicho trastorno: pensamientos intrusivos, evitación de estímulos relacionados con la agresión, alteraciones del sueño, irritabilidad, dificultades de concentración, etc. Puede acompañarse también de un comportamiento desestructurado o agitado y presentarse con síntomas físicos (dolores de estómago, jaquecas, etc.), o en forma de sueños terroríficos.

Entre las ventajas de ese modelo hay que señalar que se facilita una descripción operativa de los síntomas derivados del abuso y permite un diagnóstico conocido por todos los profesionales.

Para otros estudiosos del tema Vázquez y Calle (1997), este modelo presenta algunas limitaciones en el ámbito del abuso sexual infantil, ya que sólo puede ser aplicado a algunas víctimas, no recoge las diferentes etapas del desarrollo evolutivo y no incluye algunos de los síntomas, como por ejemplo el miedo, la depresión o la culpa, los problemas sexuales derivados, la autoimplicación en el abuso y la relación ambivalente con el agresor.

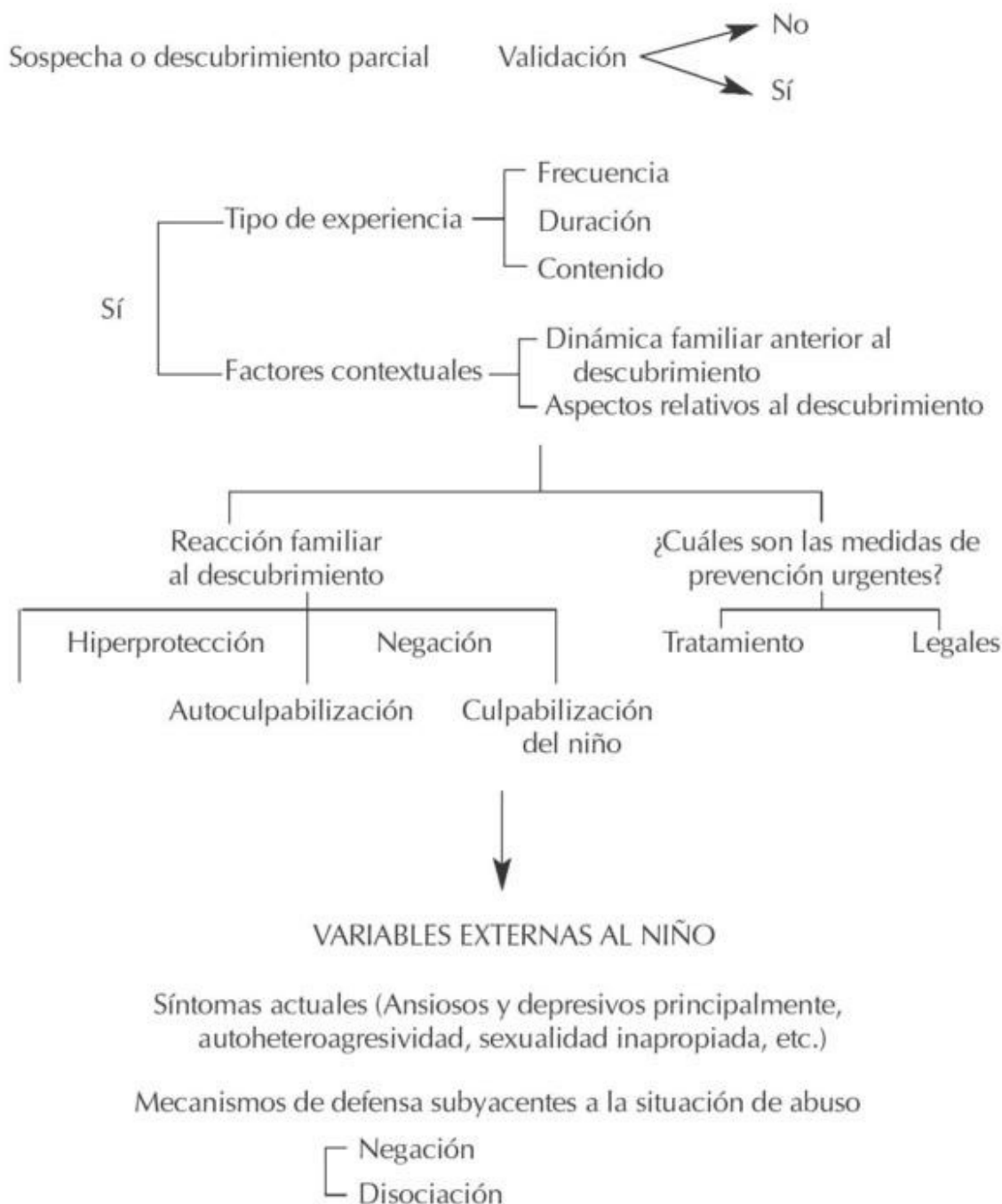


Figura 3.2. Esquema de evaluación por pasos ante la sospecha de abuso sexual infantil.

Todos los autores coinciden en apuntar que las mayores consecuencias se vinculan a un mayor nivel de contacto físico, mayor frecuencia y duración del abuso, a que el abuso sexual sea cometido por algún familiar o persona

afectivamente próxima al menor y al empleo de la fuerza o violencia. El peor pronóstico de recuperación es aquel en el que nos encontramos con un menor apoyo y mayor conflicto intrafamiliar junto a cronicidad del abuso, alta severidad y utilización concomitante de violencia.

Cuando evaluamos a un agresor pedófilo lo esencial es ser capaces de valorar si cumple ciertos criterios de conducta típicos y si supone un peligro por su potencial de hostilidad y riesgo de reincidencia, es decir, nos centramos en las motivaciones y cogniciones como predictores relativos de la conducta.

Cuando evaluamos a la víctima de un pedófilo lo básico es centrar nuestra atención como peritos en la vivencia subjetiva. Este foco de atención en lo vivencial-subjetivo es de hecho el núcleo que va a guiar la exploración de cualquier tipo de víctima.

Lo que necesita un menor víctima es en primer lugar ser reconocido como tal.

Como la víctima siempre presenta, tras el descubrimiento, una tendencia a culpabilizarse, esta "culpa", será lo primero que tengamos que analizar.

Merece la pena detenernos en esta "culpa" porque las siguientes líneas son de aplicación también a víctimas mayores de agresión sexual o víctimas de cualquier otro tipo de delito o accidente.

La culpa tiene la función psicológica protectora de devolver el control a la persona que ha realizado un acto o que lo ha sufrido. Si alguien o algo es el "culpable" o responsable de un suceso, asumimos que modificando el comportamiento o las circunstancias de ese alguien o algo el hecho no va a volver a suceder.

Ante el hecho de una agresión sexual, y una vez denunciada, roto el secreto que suele envolver el hecho si ha sido crónico, etc., la víctima tiende a realizar un análisis de realidad equivocado en cuanto supuestamente "si hubiera actuado de otra manera, hubiera explicado lo que pasaba antes, se hubiera defendido, etc.", los hechos no hubiesen sucedido. La sociedad en su

conjunto tiende a buscar "causas" que expliquen el delito y contribuye con la propia víctima a su propia culpabilización. Es típico de los padres que acaban de saber que su hijo ha sido abusado el preguntar "¿por qué no lo has dicho antes?".

Lo cierto es que una víctima no tiene ninguna oportunidad de elegir entre serlo o no. De hecho, los agresores eligen a sus víctimas en función de factores de vulnerabilidad intrínsecos: niños abandonados, poco estructurados emocionalmente, con alguna deficiencia cognitiva, poco favorecidos socialmente, maltratados o con circunstancias de vulnerabilidad situacionales: víctima que no puede solicitar ayuda en ese momento, víctima con unas características físicas determinadas, etc.

El agresor elige "al azar" dentro de un grupo de personas o niños que en un momento determinado presenten cierta vulnerabilidad. Las víctimas no son elegidas porque hagan una cosa u otra, o la dejen de hacer o carezcan de determinadas virtudes.

Éste es el primer hecho a explorar. En un abuso crónico una cierta cantidad de culpa es adaptativa, porque devuelve al menor la ilusión de "control" que de otra forma se perdería del todo. En ese momento el menor caería plenamente en la fase de la indefensión aprendida. Pero una vez que el abuso es descubierto, entonces esa "culpa" pierde su objetivo adaptativo y se vuelve un elemento con un potencial destructivo importante. Si ese condicionamiento hacia la culpa no es modificado la posibilidad de revictimización es importante. Ante la siguiente situación abusiva la víctima no "reconoce" los indicios del abuso más que en fases muy avanzadas de éste, ya que está asumiendo que si alguien está empleando una conducta de abuso es porque ella está haciendo algo que provoca esta conducta. Por tanto, hay que cualificar la culpa y "reeducar" en el sentido de que en la conducta de abuso sexual la víctima no es responsable de la conducta del agresor. La víctima no hace "nada" para merecer esta conducta. Por ejemplo, una niña de 13 años puede coquetear con su profesor sin esperar que esto justifique que él abuse sexualmente de ella. Un niño puede irse a ver un partido de fútbol con un conocido de sus padres sin esperar ser violado por ello. Una niña puede ir con minifalda sin que eso justifique su violación, o puede ir sola a comprar

chucherías sin que ello justifique que el tendero abuse de ella, etc.

Después de la culpa, es importante observar si el menor está realizando procesos de disociación que son típicos de abuso sexual crónico y severo. El proceso disociativo protege a la víctima durante el suceso, apartando su experiencia cognitiva de la experiencia física de ser abusado. Como estrategia de afrontamiento es buena para amortiguar el trauma, pero si se cronifica provoca síntomas de estrés aparentemente desvinculados del suceso inicial en forma de reexperimentación, evitación y alarma crónica.

Para valorar el impacto de un hecho abusivo en un menor, además de seguir la evaluación por pasos según se ha expuesto utilizaremos la entrevista con familiares, los informes psicopedagógicos, la observación, las técnicas de autoinforme o proyectivas siempre en un intento de trazar la línea básica de adaptación antes del suceso abusivo y después del suceso abusivo detectado.

B) Agresores y víctimas incestuosas

Nos referimos a incesto cuando se producen relaciones sexuales entre miembros de la familia. Estas relaciones están prohibidas de forma expresa por las costumbres sociales, el tabú y las leyes. La familia incestuosa es una estructura social que tiene dos historias, una oficial, en cuanto "no se habla del incesto dentro de la familia" y otra real y que la estructura como familia "se encuentra en transgresión del tabú social".

Cuando hablamos de agresor incestuoso es obligado hablar de la familia incestuosa, donde actúa y donde se han desarrollado las dinámicas malsanas que han dado lugar al incesto.

Como en el caso de los pedófilos, en el caso de la entrevista con un agresor incestuoso colocaremos en un segundo plano la agresión sexual concretamente realizada y nos centraremos en la relación que esta persona mantiene y ha mantenido a lo largo del tiempo con la hija o hijo agredido.

Existen familias polincestuosas donde el padre comete incesto con las hijas y a su vez los hermanos y hermanas entre ellos. La madre no suele actuar como agresora aunque es una pieza esencial dentro del entramado. Cuando

nos enfrentamos con un caso de incesto lo primero es averiguar qué tipo de relación interpersonal mantienen unos miembros con otros y después pasar a determinar si el incesto es "el problema" de la familia o es sólo una forma más de abuso dentro de una familia maltratadora donde se dan muchos más problemas.

Existen familias que se encuentra adaptadas social y laboralmente. No ofrecen particular peligrosidad excepto en lo tocante al propio desarrollo de la personalidad de sus miembros. En estos casos se pueden plantear medidas de tratamiento alternativo al internamiento en prisión con mucha más posibilidad de éxito que en familias multidisfuncionales donde el abuso es sólo un problema más, existe inadaptación social y laboral, abuso de sustancias, negligencia o abandono de los hijos, etc.

El agresor incestuoso es indistinguible de la familia incestuosa, con quien se comporta como un "bloque" a nivel emocional.

El término "familia cohesionada patológicamente" es el que mejor ilustra el complicado y paradójico funcionamiento de la familia incestuosa. Este tipo de familia se encuentra cohesionada en torno a las necesidades no satisfechas de sus miembros, y en especial a las necesidades emocionales de los padres, los cuales no pueden satisfacerse el uno al otro.

Un padre que fue detenido por la policía mientras abusaba sexualmente de su hijo en su coche comentó que lo que más lamentaba de estar en prisión es que una de sus hijas estaba a punto de tener su primera menstruación y él no iba a estar en su casa para vivir el acontecimiento. Cuando se le solicita que dibuje una familia dibuja a todos sus miembros unidos por los brazos de manera que los límites entre los unos y los otros aparecen difusos.

Esta familia es incapaz de emancipar a los hijos porque si lo hiciera correría el riesgo de desaparecer. El padre y la madre procuran boicotear las relaciones de sus hijos fuera de la familia. La familia es como una "secta" que necesita permanecer aislada para no tener que enfrentarse con puntos de vista externos y para que no trascienda el hecho del incesto.

De hecho es corriente que el incesto trascienda precisamente porque alguno de sus miembros o el miembro/s directamente afectado/s por la agresión alcanza un nivel de independencia que le permite denunciar la situación. El miembro que denuncia la situación puede ser rechazado de forma masiva por el resto de la familia, pero en otras ocasiones la denuncia de una hermana propicia la denuncia sucesiva de las demás. Estas denuncias suelen darse durante la adolescencia tardía o a partir de la primera adultez. Muchas veces son denuncias mediatizadas por las parejas sexuales de las hijas adultas o semi adultas enfrentadas por serios problemas de relación sexual y personal con sus parejas y que optan por explicar el incesto al compañero. Si una persona exterior a la familia comienza a intervenir, o alguien de la familia decide interponer una denuncia judicial, entonces la familia incestuosa es incapaz de mantener a sus miembros adheridos al tabú de "no hablar" del incesto y su estructura empieza a desmoronarse.

Se cree que esta cohesión es una necesidad para la pervivencia del incesto sobre el que a su vez se fundamenta la familia.

En este tipo de familia la negación del incesto es muy fuerte y afecta a todos sus miembros.

Existen una serie de dificultades muy acentuadas en las relaciones de los miembros de la familia incestuosa entre sí si las comparamos con familias con otro tipo de problemática o familias funcionales que podemos observar durante las entrevistas conjuntas que realicemos y que son las siguientes:

- 1.Existencia de roles difusos e invasivos entre unos miembros y otros, posibilitando la imposición de lo que los otros deben decir o pensar.
- 2.Las habilidades para la negociación aparecen muy disminuidas. Los miembros son poco claros en la comunicación y se encuentran poco dispuestos a aceptar la responsabilidad por sus acciones, pensamientos y sentimientos.
- 3.Son poco permeables a las demandas e influencias del exterior.
- 4.Enmascaran y constriñen sus sentimientos, evitando su expresión cuando

de ello se derive algún grado de sufrimiento.

- 5.El tono vital de sus miembros tiende a ser "cínico y desesperado", evitando y oscureciendo el conflicto.
- 6.Aparece una coalición destructiva entre los padres que revierte en un doble mensaje: rechazo-sobre implicación con los hijos.
- 7.Atención sexual inapropiada padres-hijos.
- 8.La mitología de la familia es plenamente incongruente con la realidad que se observa desde el exterior. Por mitología entendemos las ideas de la familia sobre su propio funcionamiento.

El incesto sería imposible sin la actuación pasiva de la madre. De hecho es en la relación destructiva entre los padres donde debemos buscar la fundamentación del incesto. Aunque la madre no participe activamente, lo cierto es que las relaciones entre los cónyuges son gravemente anómalas tanto a nivel sexual como emocional. A los padres les une un objetivo: mantenerse juntos a cualquier precio. En algunos algunos casos existe un antecedente de incesto previo en la generación anterior que actúa como facilitador, bien como víctima directa o más a menudo como testigo.

En muchas familias incestuosas es la figura del padre quien realiza a la vez las funciones de apoyo y maternaje que no realiza la madre. Si eliminamos al padre del sistema familiar, éste se hunde automáticamente. Los hijos permanecen en una situación de dependencia extrema hacia el padre. La madre resta periférica al sistema. En ocasiones se encuentra enferma físicamente, otras simplemente alejada emocionalmente de la prole y del marido, de quien a la vez se muestra muy dependiente.

En su inmensa mayoría, los padres incestuosos niegan o minimizan los hechos cuando son descubiertos, en orden a la protección de su autoestima y como mecanismo de defensa ante sentimientos de vergüenza, culpa y humillación. Esta negación es aún mayor cuando interviene el sistema legal. A nivel clínico se debe respetar esta negación inicial, que normalmente no responde a patrones de falta de conocimiento de la realidad sino a una

necesidad de protección de la autoestima. Como peritos tenemos que tener claro que el agresor incestuoso se "autoexplica" el incesto de alguna manera, y aunque sabe que no está aprobado socialmente, durante mucho tiempo se las ha ingeniado para pensar que su conducta es correcta. Saber esto nos ayuda a no equivocarnos el diagnóstico. El agresor incestuoso no es un "loco" aunque pueda tener dificultades emocionales.

Es habitual que la madre conozca el incesto aunque prefiera "ignorarlo", hacer "como si" no existiera, mantener una sospecha y una duda a la vez, para conseguir así mantener "la ilusión" de la familia unida y continuar creyendo que sus necesidades de dependencia respecto a su marido se encuentran cubiertas.

Con la hija víctima, la madre mantiene una conducta ambivalente, pues al mismo tiempo que está aliada con ella en la unión de la familia, también la considera competidora por el amor del padre. Madre e hija no hablan jamás del incesto y en el momento del descubrimiento la madre se puede mostrar incrédula y/o punitiva con la hija.

La posibilidad de recuperación de una hija después del descubrimiento de un incesto depende en muy buena medida del apoyo materno. Si éste se da, el pronóstico es positivo, si no se da, el pronóstico es negativo. El motivo de lo anterior es que la víctima del incesto que ya no tenía a una de sus figuras de referencia, se queda, a partir del descubrimiento, sin las dos. En ese momento pueden empezar a aflorar los síntomas clínicos in creyendo. Son normalmente síntomas de ansiedad y depresión y otras alteraciones relacionadas: abuso de alcohol, de sedantes, intentos de suicidio, trastorno de estrés postraumático. Todo ello acompañado por el sentimiento de "ser diferente" y de un fuerte aislamiento social entre iguales. En general pueden darse secuelas dentro de todo el ámbito relativo a los trastornos de ansiedad.

Cuando comienza a producirse el incesto, la niña suele tener entre 8 y 12 años y reacciona con confusión. Esta reacción primitiva va transformándose a lo largo del tiempo en un sentimiento de miedo, angustia y culpa según la niña es mayor y alcanza a comprender la verdadera naturaleza de los hechos. Las consecuencias emocionales suelen ser graves ya que no se produce un

franco rechazo hacia el padre, sino que este rechazo creciente se mezcla con sentimientos de afecto.

El hecho del incesto y su secreto van comprometiendo las relaciones exteriores de la menor, dañando seriamente sus posibilidades de desarrollo psicoevolutivo en el grupo de iguales y afectando gravemente sus relaciones con el otro sexo.

La víctima es forzada a adoptar el sistema de creencias distorsionado de la familia que dará origen a defensas individuales no adaptativas como: disociación, negación, disonancia cognoscitiva, distorsión de la realidad y del yo, etc. La familia emplea una gran cantidad de energía psíquica en mantener el secreto del incesto, posibilitándose la aparición de síntomas clínicos de forma residual.

En un caso de incesto donde el padre había abusado de tres de las cuatro hijas, cada una de ellas había desarrollado unas secuelas diferentes a largo plazo que dependían tanto del grado de severidad y cronicidad del abuso como de la vulnerabilidad personal al estrés de cada una de ellas, más otros factores facilitadores o protectores: relación con la madre, apoyos de relaciones externas a la familia, relación con iguales, etc. La hija más severa y crónicamente abusada desarrolló una psicosis, la segunda afectada un trastorno de personalidad esquizoide y la última problemas sexuales y de relación con el sexo masculino, al que rechazaba mostrando un cierto patrón de promiscuidad e insatisfacción sexual. Las tres estaban en tratamiento tres años después de la denuncia y al menos cinco años después de cesado el abuso.

3.2.4. Etiología de la delincuencia sexual (Teoría de Marshall)

Marshall W. L. (2001) ha expuesto una teoría, la llamada "teoría del afrontamiento", que postula la existencia de unos patrones de relación destructivos entre padres e hijos y cómo esto provoca en los niños implicados un posterior afrontamiento distorsionado ante el estrés en presencia de unos determinados factores facilitadores.

Marshall también propone unas influencias biológicas. Idénticas vías neuronales se utilizan en la agresión y en el comportamiento sexual. Existe evidencia de que los esteroides sexuales se encuentran aumentados en los agresores sexuales de niños y en algunos agresores, pero no en todos.

A lo largo del proceso de socialización los varones no agresores aprenden a inhibir la conducta agresiva para conseguir sexo. Sin embargo, algunos fracasan en este aprendizaje como consecuencia de los siguientes factores:

- 1.Experiencias en la infancia. Una relación paterno filial pobre puede derivar en un comportamiento sexual delictivo. Los delincuentes sexuales han tenido problemas con sus padres cuando eran niños. Los chicos que se convierten en violadores viven en un contexto de abuso, donde son frecuente y severamente castigados de forma aleatoria, por motivos que rara vez están relacionados con su mal comportamiento. Los violadores no se identifican con sus padres (con ninguno de los dos). Estos padres anómalos son agresivos, alcohólicos y tienen problemas con la ley y, como consecuencia, sus hijos acaban reproduciendo estos mismos comportamientos.
- 2.Diversos autores han descubierto que los problemas de apego que se producen entre madre e hijo predicen una conducta antisocial mientras que los problemas de apego que se producen entre padre e hijo producen agresión sexual en la edad adulta.
- 3.Vínculos paterno-filiales. A través de sus padres los niños aprenden no sólo qué pueden esperar de los demás sino también las actitudes y conductas que facilitan o impiden el establecimiento de lazos afectivos.

Existen tres formas diferentes o estilos de apego del niño como reflejo de la sensibilidad del cuidador hacia el niño:

- a)Seguro.
- b)Evitativo.
- c)Ansioso ambivalente.

Los niños que muestran unos vínculos evitativos, en la edad adulta no se enamoran, ni muestran fuertes vínculos amorosos con nadie.

Los chicos con un historial ansioso ambivalente suelen tener relaciones cortas y superficiales.

Los que muestran un estilo de apego evitativo o ansioso ambivalente durante la infancia, de adultos dieron una puntuación alta en la "Escala de evitación de la intimidad" (Avoidance of Intimacy Scale, Feeney y Noller, 1990).

La capacidad para establecer relaciones íntimas y maduras depende, según los teóricos que estudian dichos vínculos afectivos de la calidad de las relaciones entre el cuidador y el niño durante los primeros años de la infancia.

Marshall señala que los delincuentes sexuales carecen de relaciones estrechas en sus vidas y, como consecuencia, se sienten solos. Cabe señalar que la soledad emocional es un fuerte predictor de la ira y la hostilidad general, de la hostilidad específica hacia las mujeres y finalmente de la agresión no sexual.

Los violadores, los agresores sexuales de niños, los delincuentes que cometen incesto y, finalmente, los exhibicionistas muestran déficit significativos en sus relaciones interpersonales y están extremadamente solos.

Bartholomew (1996) define los siguientes estilos de apego:

Estilo seguro. Confían más en su capacidad de dar y recibir amor, se relacionan adecuadamente con los demás y finalmente piensan que los otros también son capaces de amar.

Estilo inseguro. Uno de estos estilos:

- a) Estilo preocupado. Define a alguien que no se ve digno de inspirar amor, aunque sí reconoce en los demás esta cualidad. Estas personas llamadas ansioso ambivalentes, desean firmemente establecer vínculos emocionales estrechos, pero acaban retrayéndose por miedo al rechazo,

cuando alguien se acerca demasiado a ellos.

- b) Estilo temeroso o evitativo. Define a una persona que cree que no merece ser amada y, a su vez, duda de la capacidad que tienen los demás para amar y, por consiguiente, busca relaciones superficiales.
- c) Estilo despreciativo-evitativo que se caracterizan por tener un gran concepto de sí mismos pero infravaloran a los demás y, por consiguiente, son explotadores en sus relaciones.

Los delincuentes sexuales tienen más probabilidades de desarrollar uno de estos tres estilos de apego inseguro.

En resumen, un vínculo inseguro entre padre e hijo vuelve vulnerable a este último, convirtiéndole en un sujeto falto de autoestima y de habilidades de afrontamiento y resolución de problemas, egocéntrico y con escasas y pobres relaciones sociales, debido a falta de empatía. Todo ello hace que sea incapaz de satisfacer sus necesidades sexuales y afectivas de forma adecuada.

Un número muy alto de delincuentes sexuales manifiestan haber sufrido abusos sexuales durante la infancia. Además de las nefastas consecuencias, el abuso sexual infantil puede crear en niños vulnerables y emocionalmente necesitados ciertos sentimientos de placer y bienestar. Aunque estos niños no son los únicos que padecen abuso sexual, es a ellos a los que los agresores buscan, para reducir la probabilidad de que éste los denuncie.

El modelo niño-adulto más el placer derivado de los aspectos físicos del abuso pueden explicar por qué las relaciones abusivas durante la infancia pueden llevar a una víctima vulnerable a convertirse en agresor sexual.

Otra forma en la que el sexo puede convertirse en estrategia de afrontamiento es durante la adolescencia. Cuando el sexo (en este caso la masturbación) es utilizado como modo de escapar de la miseria y las frustraciones del entorno, de inmediato se convierte en una forma de afrontar todos los problemas (en el muchacho). Esto sucede porque en términos de condicionamiento, el sexo es reforzado tanto negativamente (forma de escapar de los problemas) como positivamente (placer sexual).

De esta forma el sexo según Marshall acaba convirtiéndose en un modo habitual de afrontar todo tipo de dificultades, incluido el malestar emocional.

Marshall explica que su grupo de investigación ha demostrado que los agresores sexuales utilizan el sexo como principal mecanismo de afrontamiento ante cualquier dificultad.

Una vez la disposición a agredir se ha consolidado, cualquier reserva que pueda existir frente a la misma puede desaparecer bajo una serie de influencias.

Se ha demostrado cómo determinados estados de ánimo como la depresión, la ansiedad y la sensación de soledad incrementan las tendencias desviadas de los agresores sexuales.

Las fantasías sexuales desviadas de los agresores aumentan cuando se sienten solos, deprimidos o rechazados por una mujer. Tanto la intoxicación por alcohol como la ira desinhiben la represión de actos sexualmente desviados.

Sólo los hombres predispuestos a agredir aprovechan la oportunidad cuando ésta se presenta. Una vez la agresión se ha consumado, es muy probable que el agresor la repita en su fantasía, recordando sólo aquellos aspectos que sucedieron tal y como había planificado. Repetir esas fantasías durante la masturbación reforzará los aspectos gratificantes del abuso, y otros negativos como el miedo a ser detenido o la resistencia de la víctima, serán poco a poco eliminados.

3.2.5. Caso práctico

A) Antecedentes del caso

Mujer de veinte años que se encuentra independizada del núcleo familiar desde los 18 años. Mantiene relación de pareja desde hace dos años y en el momento de poner la denuncia se encuentra en trámites para contraer matrimonio con la persona con quien convive desde hace dos.

La denuncia consiste en que mientras vivió con sus padres, y entre los 10 y los 17 años fue víctima de agresión sexual a cargo del padre. Éste además maltrataba a la madre y castigaba de forma desproporcionada a la hija, procurando siempre que saliese poco de casa. Los tres miembros del sistema familiar vivían en una casa relativamente aislada en el campo, como cuidadores de una ermita.

El abuso que narra es crónico, progresivo y mediado por amenazas contra la vida de ella y la madre. El padre contaba con antecedentes penales. En una ocasión la madre descubre al padre con la hija en actitud comprometida pero sale del escenario y no comenta nada.

El motivo de la denuncia son los problemas sexuales con el novio actual y el temor de éste a tener en un futuro que convivir con un suegro que pueda convertirse en agresor de sus nietos. La madre ha pedido a la denunciante que quite la denuncia o se quedarán sin casa si el padre va a la cárcel, además lo disculpa como "enfermo".

Los datos que se aportan corresponden a la segunda entrevista. La pregunta pericial) era "veracidad del testimonio", que en este caso, dada la edad de la mujer y la dilación del caso no se puede realizar.

No se pasan pruebas porque ya estaba bajo tratamiento y existían cuestionarios de personalidad y clínicos recientes. Además la colaboración relativa de la joven desaconseja victimizarla más obligándola a pasar más pruebas ya que ella lo que desea es evitar el contexto judicial. La médico forense que entrevista en su juzgado a la joven solicita consulta a Psicología y se realiza una entrevista conjunta con los siguientes resultados.

1 Objetivo de la pericial:

Con relación a su oficio de 30 de mayo de 2003, donde se solicita "se examine a la referida en unión de la médico forense doña XXXX".

2. Metodología:

Con fecha XX de octubre de 2001 se realizó exploración de la interesada.

Esta exploración es complementaria de la realizada en su momento por la Sra. Forense.

3. Resultados:

3.I. Entrevista con la joven Sandra

Se presentó a entrevista correctamente vestida y aseada, coherente, lúcida, colaboradora. Sin signos clínicos de deterioro mental, ni síntomas psicopatológicos mayores que puedan estar afectando a su capacidad de comprender la realidad y adecuarse a ella.

La joven Sandra, de 20 años, dice que se encuentra bien, aunque la observación clínica denota una cierta ansiedad y una tendencia a la labilidad emocional si se le comenta el tema de los supuestos abusos.

La joven no desea explicar los supuestos hechos ni siquiera en el contexto del tratamiento terapéutico que según refiere.

La informada racionaliza este hecho, asimilable a un mecanismo de defensa porque: "nunca ha necesitado contarle". Expresa con ello una fuerte disociación entre su experiencia de los supuestos abusos y el resto de su realidad exterior cotidiana.

Verbaliza en este sentido que "si alguien cuenta algo se debe de sentir mejor, pero a mí pasa al contrario".

De forma implícita esta incapacidad para contar, o rechazo a admitir necesidad de hacerlo, implica que existe una vivencia traumática, ya que el sentimiento de vergüenza observado en la primera entrevista por doña XXX es patognomónico de una vivencia traumática.

Aunque no se objetiva trastorno de personalidad ni psicopatología expresiva actual, sí es muy llamativa la personalidad poco madura para su edad cronológica, describiendo un comportamiento infantiloides y dependiente respecto a las figuras de autoridad y/o masculinas de referencia, con quienes mantiene conductas ambivalentes.

Se ha explorado eclosión y desarrollo del conflicto que da origen a la denuncia actual observándose que la informada actúa como consecuencia de un conflicto previo y lógico con terceras personas de las que depende y posteriormente efectúa denuncia a instancias también de terceros, sin estar convencida.

La relación afectiva que expresa respecto al padre, corresponde a una elaboración que es lógica dentro de un contexto ambivalente. Éste es por definición el contexto donde puede surgir y mantenerse la situación de un incesto.

La exploración en su conjunto es coherente con la exploración y los resultados anteriores observados y descritos por la doctora XXX.

Por último, a pesar de que la informada no reconoce secuelas actuales, el hecho de que aparezca de forma subjetiva "normalidad" en sus relaciones con parejas masculinas, a pesar de ser éste el núcleo del conflicto actual, traduce una situación de disociación (experiencia) entre el supuesto abuso pasado y otras experiencias.

El hecho de que este mecanismo de defensa se haya puesto en juego durante largo tiempo - de ser ciertos los hechos - favorece, a largo plazo, la aparición de síntomas de estrés postraumático.

4. Conclusiones:

Mujer de 20 años, supuestamente objeto de incesto de larga duración, inicio a edad típica, progresivo, severo y acompañado de violencia y aislamiento social.

La joven narra situación emocional actual y pasada compatible con este tipo de abuso y no se ha encontrado ganancia secundaria para una falsa alegación.

No se ha objetivado patología que explique una confusión posible entre fantasía y realidad.

La personalidad de la informada y los mecanismos de defensa puestos en juego, tal y como se describen en el informe, son compatibles y concurrentes con una posible agresión sexual de origen familiar.

Es todo lo que tienen el honor de informar. En Madrid, a XX de octubre de 2001.

Ilmo. Sra. Magistrada del juzgado XXX de XX><XX

3.3. Malos tratos: el maltrato en la pareja como forma de maltrato global

3.3.1. Introducción

Uno de los grandes misterios en torno a la violencia doméstica es que se carece de datos fiables sobre su extensión real. El hecho de que todo lo que pasaba dentro de la familia se ha considerado un asunto privado hasta hace muy poco tiempo ha contribuido a esta situación.

En el caso de la mujer maltratada, hasta hoy, el marco médico y el judicial han sido reticentes a intervenir en los asuntos que ocurrían dentro de un matrimonio o durante la separación de éste, aún menos en el caso de parejas sin ningún vínculo oficial, como un simple noviazgo o relación de convivencia sin vínculo legal. Es evidente que en este extraño ranking del terror, los niños, los homosexuales y los mayores se encuentran a la cola de la población más desprotegida. Por motivos de extensión y didácticos no podemos detenernos en cada uno de estos colectivos. Tomamos a la pareja heterosexual como la forma paradigmática de maltrato actual para estudiar la forma y los efectos del acoso moral y físico entre personas y su abordaje dentro del ámbito forense. En términos generales lo que se explica en este capítulo es aplicable para casos donde se da una relación abusiva entre personas desiguales, sea por su poder económico, físico, social o psicológico.

El problema de la mujer en la pareja hoy se basa en la existencia de un modelo de sociedad patriarcal anterior, donde se la privaba de derechos pero a cambio se la consideraba objeto de protección paternalista (la mujer soltera o viuda era y sigue siendo en algunos casos beneficiaria de pensiones de "orfandad", aunque tenga 70 años y su propia pensión). De este modelo

donde se asumía la natural inferioridad de la mujer, "el sexo débil", se ha pasado a un modelo social donde existe una teórica igualdad de derechos y obligaciones entre los sexos. Pero el poder real lo tiene el varón, y lo tendrá por mucho tiempo. Por eso de nada sirven los reconocimientos de igualdad legal ante la realidad de un conflicto tan grave como los malos tratos. Al contrario esta igualdad "legal" en caso de peligro inminente o daño crónico perjudica a la parte más débil, pues coloca en un plano de igualdad teórica a dos personas disimilares en sus capacidades reales (hoy por hoy la mayoría de los recursos económicos se encuentran en manos de los hombres por poner sólo un ejemplo).

La nueva Ley de Violencia Doméstica pretende atenuar esta desigualdad en casos de conflicto violento cuando pretende considerar delito las amenazas del varón hacia la mujer y sólo falta si ocurre a la inversa.

Por otro lado existe una cultura extendida, implícita en las reglas sociales que orientan la conducta, donde los problemas que se puedan derivar de la convivencia entre cónyuges o asimilables siempre se han considerado problemas privados y como tales deben de ser resueltos en el ámbito privado, incluyendo en estos problemas el maltrato doméstico.

Aunque ya existía el delito de "malos tratos habituales", concretamente en el art.153 del código anterior al de 1995, vigente actualmente, no se aplicaba casi nunca. El artículo era una declaración de intenciones inoperante, pues no se podía aplicar una vez que la pareja estaba en trámites de separación, que es precisamente uno de los momentos más peligrosos dentro de la relación abusiva. Antes del código penal de 1995 ya existían las medidas de alejamiento, que si no se aplicaban, más que de forma anecdótica, era por motivos más culturales y sociales que jurídicos.

El hogar no es un lugar seguro para la mujer. En sociedades como la norteamericana, donde existen estudios epidemiológicos desde los años 70, se sabe que el lugar más peligroso estadísticamente para la mujer es el propio domicilio (Gortner, 1997). Es el propio domicilio donde con más probabilidad la mujer es agredida por su compañero, y es por su compañero o marido por quien con más probabilidad puede ser lesionada o asesinada.

A pesar de la magnitud del problema y sus secuelas - homicidios, lesiones, juicios, niños abandonados, transmisión generacional de la violencia y los gastos sociales que todo esto genera en hospitales, psicólogos, penitencierías, tratamientos, etc. - existe una parte importante de la sociedad civil y religiosa española que sigue manteniendo hasta hoy el mito de la familia como un lugar seguro, racional, fiable, y donde sus miembros se van a prestar una ayuda mutua y apoyo frente a un exterior, pretendidamente hostil.

Un mito relacionado con el anterior es el del "príncipe azul". Muchos de estos mitos sobre la familia se encuentran enunciados en los cuentos infantiles, y otros de una manera u otra son retomados en obras literarias y cinematográficas. Casi todos estos mitos, que son formas de dar sentido a las costumbres sociales, hacen énfasis en la mujer como responsable última del éxito de la vida familiar.

La existencia de estos mitos, ayuda a que podamos comprender por qué una mujer maltratada necesita para reconocer que está siendo maltratada, acabar con su matrimonio y/o denunciar este maltrato, una media de diez años.

El maltrato es vivenciado por la mujer como un fracaso personal del que ella es la única responsable. Esta atribución a causas internas de los problemas matrimoniales contrasta con las atribuciones de un hombre envuelto en una situación de violencia doméstica. Él, casi siempre valorará de forma muy distinta la situación.

El hombre, en general, cuando tiene problemas interpersonales realiza atribuciones causales exteriores, las cuales protegen su autoestima. Esto ocurre de una forma exagerada y deformada en el hombre maltratador.

Estas diferencias psicológicas de género, que son universales, favorecen el establecimiento pasivo de la mujer en una situación de maltrato, cuando éste aparece y no se corrige de inmediato.

La mujer maltratada tiende a mantener la situación como forma de evitar un mal que entiende como mayor y que se concreta en la disolución de la familia y con ello el reconocimiento público de su poca valía personal, puesto que no ha sido capaz de elegir al hombre adecuado, retenerlo, y mantener la

familia unida, etc.

De forma paradójica cuanto más cantidad de afecto negativo soporta una mujer y más tiempo pasa en esa situación, más y más difícil le resulta salir de esa situación sin una ayuda exterior.

Un símil sería el de un jugador que ha invertido mucho y va perdiendo y sigue invirtiendo para ver si recupera lo que ha perdido. Pasado un cierto nivel de tolerancia al maltrato, la mujer se comporta dentro de una relación maltratadora como un jugador ludópata, de una forma adictiva. De ahí la dificultad de salir de la situación de maltrato y la tendencia a la recaída o a volver con el maltratador que aparece en algunos casos. De ahí también las actitudes aparentemente incomprensibles y erráticas de la mujer maltratada. A estas causas de orden psicológico hay que sumar otras de orden puramente material en el mantenimiento de una relación abusiva.

Muchas mujeres permanecen dentro de matrimonios inconcebibles desde un punto de vista ajeno, simplemente por falta de recursos económicos. La falta de apoyo familiar y social: falta de amigos, poco o nulo apoyo emocional de padres, hermanos, etc. suele ser una condición que también favorece que el maltrato se cronifique. No existe un comentario peor para una maltratada que ése a menudo realizado por algún pariente cercano: "tú ya sabías cómo era cuando te casaste con él".

3.3.2. A qué llamamos maltrato en psicología forense

Para un psicólogo forense, a diferencia de un psicoterapeuta, no es suficiente que una persona diga que se siente maltratada. La persona que se siente maltratada tiene que mostrar realmente unos indicios de que ha sufrido un determinado proceso de maltrato porque de este proceso se deriva la existencia de un delito, es decir, traspasamos el ámbito de lo privado, de lo subjetivo porque estamos ante un hecho punible.

Un perito debe diferenciar bien entre la pareja que se lleva mal, lo que en términos técnicos llamaremos una pareja con una baja satisfacción conyugal, de aquellas parejas donde se observa violencia interpersonal como una forma habitual de relacionarse y solucionar los conflictos.

La violencia, como ya hemos explicado, es propia de aquellos animales, racionales o primates, que han conseguido algún grado de estructuración social.

La violencia, dentro del ámbito humano doméstico se define por las siguientes características:

- 1.Su objetivo es la consecución de un estatus superior. El agresor persigue imponer su autoridad y control o bien mantenerlo sobre la víctima. El fin último es obtener poder. Aunque la sociedad puede aportar determinadas justificaciones para el agresor, lo cierto es que la motivación última del maltratador es psicológica.

Una mujer maltratada explicaba que el marido le daba duchas de agua fría cuando ella se ponía "histérica", aspecto éste reconocido por el agresor, que lo explica como una forma de ayudar a la víctima a salir de las supuestas crisis nerviosas en que incurría la mujer cuando intentaba rebelarse contra la autoridad del marido. Ambos cónyuges tenían estudios universitarios y una vida aparentemente normal.

- 2.La violencia depende de lo que una determinada sociedad considera como una conducta violenta. De hecho una conducta que es violenta para una sociedad puede no serlo en otra sociedad. La violencia tiene por lo tanto un componente cultural.

Una mujer musulmana que presentaba un fuerte shock emocional tras ser golpeada por su marido musulmán, presentaba esta reacción no al maltrato directo sino a la idea de que el marido la había repudiado "por no ser virgen", lo cual, explica, daba derecho a cualquier miembro varón de su familia a matarla y era una gran deshonra para toda la familia. Por suerte la joven había ido a un médico antes de las nupcias el cual había certificado su virginidad.

A pesar de ello, la reacción psicológica se produce al estigma social que este episodio conlleva y no al maltrato directo.

3.Lo que se considera violencia depende no sólo de los actos objetivos del agresor sino de forma importante de las manifestaciones de daño o dolor que muestre la víctima.

Se le preguntó a una mujer si había sido maltratada, dijo que no. Más adelante precisa: "Me daba un tortazo, pero eso me lo ganaba yo por interponerme con el niño, o por molestarle cuando venía borracho".

La violencia puede ser física y psíquica. La violencia física es incontestable cuando deja señales. Conlleva violencia psíquica aunque no se acompañe de insultos o manifestaciones verbales. El mero hecho de ser agredido por la pareja ya supone una agresión psicológica muy importante.

La violencia psíquica en ausencia de violencia física es más difícil de detectar pero básicamente se establece en cualquier conducta o comentario que atente contra la autoestima de la víctima o contra su integridad psíquica. Básicamente destruye la identidad de la víctima (Vázquez, B., 2001).

Un matrimonio consulta por problemas de relación sexual pues la mujer nunca deseaba mantener relaciones pese a decir llevarse bien con su marido. Aunque no existía violencia física, el marido solía humillar a su mujer en público por motivos nimios. Por ejemplo, podía ponerse a gritar en el cine delante de amigos o familia si a ella se le caían las palomitas de maíz. Después se arrepentía y no entendía que ella permaneciese enfadada y distante y sin desear mantener relaciones sexuales. Esto lo tomaba él como una agresión de ella hacia él y elicitaba nuevas agresiones en círculo vicioso...

La violencia en la pareja puede adoptar tres formas principales, las cuales a menudo se mezclan, y sólo raramente se dan de forma aislada.

1.Violencia física. Se puede manifestar en forma de herida cortante, hematomas, quemaduras, rotura de huesos o dientes, tirones de pelo, etc. Algunos agresores son expertos en golpear a sus víctimas de forma que no queden señales.

2. Violencia sexual. Violación, prostitución forzada, imposición durante el acto sexual de gestos o conductas contra la voluntad de la mujer, introducción de objetos punzantes o dolorosos en el cuerpo.
3. Violencia psicológica. Se puede agrupar en frecuentes críticas y humillaciones en público y en privado; gestos amenazantes: amenazas de agresión, de suicidio o de llevarse a los niños; conductas de restricción: control de las amistades, limitación del dinero o restricción de las salidas de casa; conductas destructivas: referidas a objetos de valor económico o afectivo como animales domésticos, maltrato de los hijos y culpabilización de ella de las conductas violentas de él: "Es verdad que te he pegado y te pido perdón pero es que cuando llego a casa me pones nervioso hablándome de tus problemas con los niños". La falta de comunicación: un agresor puede pasar días sin hablar a la víctima como forma de castigo, que la mujer no sepa por qué el agresor se encuentra enfadado porque no recibe respuesta cuando pregunta los motivos, las palabras irónicas: "tú sabrás por qué estoy enfadado", son otras formas de maltrato. En general toda conducta que tiende a que la mujer pierda el control sobre su vida y ensaye diversas conductas alternativas para intentar aplacar y congraciarse con su maltratador.

El maltrato psicológico es más frecuente que el físico y es muy perjudicial porque socava directamente la salud mental de la víctima. Es reflejo de diversas actitudes intrínsecas al maltratador. Estas actitudes nada tienen que ver con la víctima excepto que se proyectan en ella, pero éste es el secreto mejor guardado de cualquier maltratador.

Estas actitudes son: hostilidad que se manifiesta en forma de reproches, insultos o amenazas hacia la mujer; desvalorizaciones, que suponen un desprecio de sus opiniones, de sus tareas o incluso del propio cuerpo de la víctima; e indiferencia, que representa una falta total de atención a las necesidades afectivas y los estados de ánimo de la mujer.

Siguiendo la lógica de lo expuesto hasta este momento según se resume en el cuadro anterior, la experiencia abusiva cesará en el momento en que la

víctima tome conciencia de que el maltratador no se está relacionando con ella. Ella no tiene ningún control sobre la situación por tanto. El agresor se relaciona con una imagen distorsionada y caleidoscópica de la víctima a la que nunca ésta podrá adaptarse. Cuando una víctima comprende esto también cae en la cuenta de que por el camino de intentar adaptarse a su maltratador ha perdido buena parte de su identidad.

Cuadro 3.7. Actitudes intrínsecas del maltratador hacia la víctima

- Hostilidad
- Desvalorización
- Indiferencia
- Actitudes que no tienen que ver con la víctima
- Secreto mejor guardado del maltratador

Cuadro 3.8. Características relacionales de la víctima en el maltrato

- Piensa que si ella cambia la situación cambiará
- Acepta las críticas, desvalorizaciones y falta de interés del agresor
- Se cree más fuerte que el agresor y le intenta ayudar

La mujer maltratada, para que podamos calificarla así en términos forenses, tiene que adecuarse más o menos al perfil que acabamos de expresar. Lo mismo el maltratador.

Hay que tener en cuenta que dentro de la dinámica de los malos tratos es frecuente que la víctima se sienta más fuerte y que intente "cambiar" o "ayudar" al agresor, cosa que de hecho no tiene ninguna posibilidad de lograr.

También hay que contar con que dentro de una relación abusiva la mujer también emplee violencia. Existe una violencia bilateral entre los cónyuges. La diferencia estriba en que la violencia empleada por la mujer no tiene la misma magnitud ni finalidad que la del hombre. La mujer no busca obtener un poder o un control. Es una violencia de tipo defensivo o bien una violencia pasiva y muy raramente termina en lesiones graves o muerte del compañero.

3.3.3. El hombre maltratador

Podríamos aducir que la educación patriarcal es un motivo para el maltrato, o que un aprendizaje defectuoso en cuanto a la resolución de conflictos es suficiente razón para que un hombre agrede a una mujer en presencia de conflictiva conyugal o periconyugal: novios, exparejas.

Sin embargo, no todos los hombres maltratan, incluso cuando el grado de insatisfacción conyugal es idéntico, si comparamos grupos de maltratadores y no maltratadores.

Además se ha comprobado que el maltrato doméstico se reproduce en las parejas de gays y lesbianas, perdiendo por tanto fuerza la hipótesis del patriarcado como explicación única.

De forma esquemática podemos considerar que existen tres tipos de maltratadores a título de calificación forense:

A) El maltratador que se muestra violento sólo en la familia

Se trata del maltratador que presenta problemática violenta únicamente en el hogar. La clave del problema está en las relaciones de proximidad e intimidad que no sabe manejar. Normalmente se trata de hombres bien adaptados a la sociedad, sin antecedentes psiquiátricos ni penales. Estos hombres cuando entran en conflicto con la mujer o los hijos utilizan la violencia porque carecen un repertorio alternativo de conductas. Tienen una gran necesidad de ser reconocidos como autoridad en su hogar. Pueden existir problemas intrapsíquicos, complejo de inferioridad o temor ante la mujer, frustración laboral, depresión no severa, dificultad importante para expresar sus sentimientos o problemas, etc.

También es corriente que estos hombres hayan presenciado violencia doméstica en sus propios hogares de origen, por lo que tienden a considerar "normal" comportarse de forma violenta y esperan que serán perdonados siempre por sus parejas y sus hijos. Como todos los maltratadores, tienden a minimizar el maltrato o a negarlo y se encuentran justificados en la supuesta provocación de la víctima.

Las víctimas suelen describir a este tipo de agresores como de "doble

personalidad", una de cara al exterior, otra dentro del hogar.

Los conocidos del agresor definen a éste como una persona normal y pacífica.

En caso de denuncia, el entorno del agresor no creerá en la veracidad de las acusaciones, a menos que existan pruebas físicas.

A un hombre enviado para peritación psicológica por toxicomanía se le pregunta si él maltrata a su mujer. Dice que nunca. Al preguntársele si le pega "lo normal", contesta: "eso sí, pegarle lo normal sí, como todos los hombres, ¿quién no ha pegado a su mujer una torta alguna vez? A muchas mujeres les gusta, por ejemplo a la mía".

Este tipo de maltratadores pueden ser muy dependientes del uso del alcohol. Esto significa que bajo los efectos del alcohol la cantidad de violencia ejercida y la brutalidad latente son mucho mayores.

Lo anterior no explica en sí el abuso. No es que los hombres maltraten porque beban, es que al beber alcohol las conductas agresivas se desinhiben de forma natural.

Por tanto, no es cierta la relación directa entre alcoholismo y malos tratos. Lo que sí es cierto es la relación entre cantidad de alcohol y severidad de las lesiones en la víctima, siempre y cuando los malos tratos existieran previamente.

De forma inversa un hombre que no maltrata no lo hará aunque beba hasta caer en un coma etílico.

Este tipo de agresor puede manifestar sentimientos de culpa, al menos de forma transitoria.

El maltratador que sólo actúa de forma agresiva en su domicilio se nos presenta con las siguientes características a la observación:

Apariencia tranquila. Intenta agradar al entrevistador y causar buena impresión. Sin declararlo abiertamente se presentará como víctima de una injusticia por parte de la mujer, de la sociedad, de la policía, etc.

Justifica los hechos y tiende a incidir en la exageración que de los hechos hace la mujer. El maltrato no es tal sino un asunto privado que se ha salido del tiesto.

Aunque dice querer a su mujer nos dará una visión muy negativa de ella, presentándola generalmente como inútil para las tareas domésticas, desequilibrada mental y manirrota.

Cuando a un maltratador de este tipo se le pregunta por qué permanece casado con su víctima se queda perplejo, sin saber que contestar.

Lo mismo en un acosador ya separado si se le interroga por la utilidad de perseguir a alguien de tan poca valía como la persona que nos está describiendo.

Signos de peligrosidad inmediata en este tipo de maltratador:

El maltratador no tiene nueva pareja y su expareja sí.

El maltratador no presenta ningún signo de asumir responsabilidad alguna en la situación creada, culpabilizando a la otra parte en exclusiva.

El maltratador ha proferido amenazas de muerte o de suicidio.

El maltratador tiene pocos o ningún amigo y poco apoyo familiar en su familia de origen.

El maltratador se encuentra deprimido y con ideas de muerte.

El maltratador ya ha agredido previamente a su mujer o exmujer o a mujeres anteriores con quienes ha convivido o a los hijos.

El maltratador utiliza drogas y/o alcohol y 'se encuentra bajo sus efectos.

El maltratador tiende a negar sus problemas y nunca ha pensado en buscar ayuda psicológica.

El maltratador tiene otras fuentes de estrés como pérdida de empleo, paro, enfermedad, etc.

Qué hacer ante la sospecha de una posible agresión inmediata:

Retener con nosotros al posible agresor el máximo de tiempo ya que el mero paso del tiempo tiende a disipar la intención de llevar a cabo la conducta agresiva. Pensar que aunque un agresor se retire de un escenario al ver a las fuerzas de seguridad, nada le impedirá volver más tarde.

No intentar convencer, argumentar y aún menos reconvenir a un agresor sobre lo inconveniente de su conducta. Escuchar de forma neutral de manera que no se sienta juzgado y se exprese de la forma más abierta posible. Apuntar de la forma más objetiva y literal lo que expresa la persona y su conducta no verbal: gestos, expresión corporal, etc.

La clave de intervención en crisis en estos casos es escuchar mucho y hablar poco, de forma tranquilizadora, intentando que el agresor no se sienta amenazado, mientras se solicitan refuerzos, si fueran necesarios. En el caso de que la persona se encuentre agitada es necesario reducirla de forma respetuosa y con el mínimo de violencia posible.

Si la persona se encuentra bajo los efectos del alcohol o las drogas llevarle ante las autoridades sanitarias inmediatamente.

Es muy importante observar la conducta no verbal y dentro de ella la incongruencia emocional que es un signo claro de alarma.

Por ejemplo, un maltratador que nos expresa contenidos muy negativos como que ha sido abandonado por su mujer, se encuentra en la ruina económica, su mujer no le deja ver a sus hijos y además le acusa de acoso falsamente y dice todo esto sonriendo.

Actitudes como ésta son signo de desajuste emocional severo que puede estar enmascarando una posible conducta agresiva ulterior.

Este maltratador puede agredir a su víctima en el caso de sentirse acorralado socialmente.

La única ventaja que ofrece es que durante las fases de culpa que pueda sentir se puede iniciar una intervención terapéutica.

B) El maltratador cuya violencia es general. El llamado antisocial

Se trata del agresor más peligroso. La violencia se aplica a la víctima de una forma fría, premeditada y calculada. El maltratador de este tipo tiene antecedentes de violencia con otras personas y frecuentemente antecedentes penales. La violencia en este caso es de tipo instrumental, es decir, persigue un fin determinado.

El maltratador antisocial si maltrata lo hace, aparte de para obtener poder y control, como objetivo de todo maltratador, para obtener algún beneficio, sea éste económico, social, hacer que sea la víctima quien abandone el domicilio conyugal, etc.

Se trata de un maltratador que manifiesta lo que llamamos un trastorno de personalidad.

La motivación de la agresión hacia la mujer no obedece primariamente a problemas intrapsíquicos y es incapaz de sentir culpa o empatía (identificación) con su víctima, por lo que cuando el agresor decide actuar la agresión suele ser premeditada, organizada y grave.

La motivación en estos casos suele ser la venganza, el rencor por haber sentido su orgullo herido, o como forma de aterrorizar.

Distinguimos a un antisocial porque:

No se pone nervioso.

Puede mentir con total naturalidad, inventando historias complicadas y aparentemente verosímiles.

-Se muestra confiado y manipulador, incluso simpático y seductor, parlanchín.

Un agresor doméstico decidió matar a su mujer cuando ésta, enferma, le comunicó su intención de ir a visitar a un compañero de trabajo que vivía en el extranjero y con quien años antes ella había tenido una relación extraconyugal.

Aparte de la extrema violencia del asesinato y su cuidadosa planificación, este hombre colaboró con la policía en los primeros momentos. Sugería una complicada historia en la que su mujer habría sido asesinada por unos toxicómanos.

Se mostraba confiado y tranquilo y se quejaba de que no le dejaban ver a su hija de poca edad. No manifestó pesar alguno por la muerte de su mujer en la entrevista, ni ansiedad alguna.

Una vez condenado en firme aún se las ingenió para convencer a una psicóloga de su inocencia y hacer que ésta y otras personas igualmente seducidas solicitasen su indulto.

Este agresor no presentaba antecedentes penales, aunque su estilo de relación con las personas era agresivo. Aunque no tenía estudios superiores había conseguido un puesto que le permitía mandar sobre muchas personas. Es lo que llamamos un psicópata o antisocial adaptado social.

La única ventaja de este maltratador es que al ser incapaz de establecer vínculos emocionales verdaderos con las personas de su entorno, su interés en la víctima sólo dura el tiempo que tarda en encontrar una nueva víctima a la que explotar.

Básicamente las relaciones de este maltratador con la mujer son de explotación.

Es frecuente que cuando una víctima abandona la relación con un maltratador de este tipo, éste pueda acosarla y perseguirla un tiempo indeterminado, por venganza, para perder el interés de forma súbita. Ha encontrado una víctima nueva a quien explotar.

Este tipo de agresores, por sus características de personalidad y por su camaleónica capacidad para el fingimiento de sentimientos tiene un notable éxito con las mujeres, al menos al principio.

Una de las formas de detectar a este tipo de maltratador es la cantidad alta de relaciones con mujeres, relaciones de corta duración y nula implicación emocional junto a comportamiento irresponsable sobre los hijos, si los hay.

No suele ser un agresor dependiente del alcohol, aunque lo puede utilizar como forma de planificar la justificación ulterior de los hechos que se dispone a cometer.

Bajo los efectos del alcohol o las drogas se muestra altamente impulsivo.

Este agresor sabe lo que hace y lo hace porque quiere hacerlo.

Signos de peligrosidad inmediata del maltratador antisocial:

El maltratador tiene antecedentes de violencia interpersonal fuera de la familia y/o antecedentes penales.

El maltratador tiene una motivación instrumental clara para la agresión. Maltrata porque ya no puede seguir explotando a la víctima, o para seguir explotándola.

La víctima manifiesta terror hacia el agresor y describe utilización de violencia fría, premeditada, excesiva y crónica durante la convivencia.

El maltratador ha mostrado crueldad con otras personas, animales o con los hijos.

El maltratador ha perdido su prestigio social por causa de la víctima: por

ejemplo, la mujer ha salido en los medios de comunicación para denunciar su situación y ha dado el nombre del agresor.

Es difícil detectar signos de peligrosidad en la entrevista, a menos que se muestren signos indirectos de violencia: intentar dirigir la entrevista, respuestas irónicas, devolución de preguntas: "¿y a usted que le parece?". Hay que tener en cuenta que se trata de un simulador consumado. El mejor predictor es el terror que presenta la víctima, que es la única que reconoce los signos de este agresor antes de una agresión.

Qué hacer ante la sospecha de una agresión inmediata en este tipo de agresores:

En este caso sólo la detención preventiva es una medida eficaz, ya que la motivación no es psicológica sino instrumental y no existe hasta la fecha abordaje terapéutico eficaz. Otro tipo de medidas como la mediación o la psicoterapia resultan ineficaces y contraproducentes.

C) El maltratador disfórico o llamado borderline o límite.

Es el maltratador tipo que mata a la mujer y después se suicida, o realiza un suicidio extendido sobre los hijos.

Se trata de una persona con fallos estructurales en su personalidad, con fases de euforia y depresión.

Puede encontrarse bien adaptado social y laboralmente, siempre y cuando no entremos a analizar las relaciones de vinculación con personas significativas.

Dentro de este trastorno existen grados. Algunos se encuentran incapacitados para mantener relaciones de pareja por la grave ambivalencia que presentan: sienten un apego ansioso y una ira intensa hacia el objeto amoroso y nunca llegan a establecer el vínculo, pues se encuentran atrapados en sentimientos contrapuestos. Cuando la alteración es menos grave pero significativa, provocando malestar psicológico, sí son capaces de establecer relaciones con mujeres, que normalmente, conscientes del problema de su

pareja, intentan ayudarlos.

La fantasía más catastrofista y habitual de este tipo de maltratadores consiste en ser abandonados por el objeto amoroso. El abandono real o imaginario del objeto amoroso provoca una ansiedad intolerable que deriva rápidamente en furia extrema e impulsos destructivos.

La gran tragedia de este tipo de maltratador es que ellos mismos provocan lo que más temen pues se comportan de forma tan agresiva con el objeto amoroso que casi siempre consiguen ser abandonados, cumpliéndose así sus expectativas más temidas.

El maltratados límite comparte muchos de los signos de estrés que él mismo provoca con su comportamiento en la víctima: depresión, ansiedad, pesadillas, estado de alerta permanente, flashbacks (imágenes traumáticas intrusivas en la memoria), fenómenos disociativos (incapacidad para recordar algunos aspectos traumáticos de la autobiografía).

Este maltratador puede sentir culpa en las fases más lúcidas, se arrepiente de su agresión y pide perdón una vez descargada su ira. Es consciente de que algo en él no funciona bien pero raramente solicita ayuda terapéutica. Sin embargo, tras una fase de arrepentimiento vuelve a sentir la ira extrema al menor síntoma de rechazo por parte de su víctima. Pueden desarrollar celotipia (celos patológicos), y procuran mantener a su pareja en un estado de aislamiento total. Subyace un nivel de autoestima tan bajo que en lo profundo de la psique se encuentran convencidos de que nadie les puede amar.

Tiene dificultades extremas para manejar la ira cuando ésta surge, de manera que una vez iniciado el enojo contra la víctima no puede parar la agresión. La única forma de evitar la agresión es abandonar el escenario.

El motivo de este trastorno es una disfunción grave y temprana en la vinculación emocional con la madre y también con el padre.

Cuando el trastorno límite es leve, las personas pueden convivir con él, aunque tolerarán siempre mal las situaciones de abandono y experimentarán los otros síntomas mencionados de forma atenuada. En este caso no hablamos

de trastorno límite sino de tendencias límites en la personalidad.

Signos de peligrosidad inmediata en un agresor límite:

Siempre que se da una situación de separación no deseada y el agresor ya ha manifestado gestos como intento de suicidio o ha amenazado de muerte a la víctima durante la convivencia.

El agresor se encuentra muy deprimido en ése momento.

El trastorno límite es tan evidente que la persona ha recibido el diagnóstico de personalidad límite y ha estado en tratamiento por problemática no relacionada con la violencia familiar en el pasado: depresión, ansiedad o sus complicaciones: toxicomanía o alcoholismo compensatorios.

El agresor está amenazando y coaccionando a la víctima, o le solicita de formas diversas reemprender la relación pese a ser rechazado de forma inequívoca.

Conductas como seguir a la víctima, presentarse en el trabajo, esperarla a la salida del centro laboral, hacerle llamadas telefónicas abiertas o encubiertas y todo tipo de acoso es un signo de peligrosidad en este tipo de personalidad.

Afirmaciones de amor romántico, decir que la víctima es la mujer de su vida, que no puede vivir sin ella, etc.

Qué hacer con este tipo de agresores ante la amenaza de una agresión inmediata:

En este caso siempre tomamos muy en serio las amenazas y procedemos a ejercer las acciones para proteger a la víctima: protección policial y social. Tener en cuenta que la mera orden de alejamiento no garantiza en nada la seguridad de la víctima. Si el agresor no obedeciera una orden de alejamiento judicial es urgente proceder a su detención inmediata.

Al tratarse de un trastorno de personalidad que sí es abordable de forma

terapéutica, pondríamos al agresor inmediatamente en manos de un psicólogo o psiquiatra especializado.

En este tipo de agresores son habituales las autolesiones como cortarse las venas o la lengua y gestos dramáticos que pueden acabar en suicidio consumado. Procederemos por tanto a tenerle en todo momento vigilado hasta que sea examinado por un facultativo.

3.3.4. La víctima

Mayoritariamente se trata de mujeres y niños, aunque el hombre también puede ser la víctima de maltrato. En este caso la mujer aparece como la maltratadora. Son casos minoritarios.

La mujer víctima de malos tratos no presenta un perfil específico de personalidad antes del maltrato, aunque sí está demostrado que en algunos casos el maltratador tiende a entablar relaciones con mujeres "reparadoras", con cierta tolerancia a la frustración y la ambición a ayudar al maltratador en sus problemas psicológicos y a considerarlo un enfermo.

Esta personalidad se llama "melancólica" y de no unirse al maltratador no tiene por qué presentar inadaptación emocional alguna.

Una mujer que había sido maltratada durante más de 15 años afirmó llorando que "aún quería a su marido y que querría volver con él si se curara, ya que era un enfermo".

Esta mujer había sufrido rotura de huesos, malos tratos psíquicos, restricción de dinero y relaciones, había sido humillada sistemáticamente delante de los hijos que la rechazaban por haber abandonado el hogar. La mujer no presentaba psicopatología clínica significativa.

Otro hecho demostrado es que mujeres que han presenciado maltrato en el matrimonio de sus padres suelen tolerarlo más que las que no lo han observado. En el caso de los varones haber sido testigo de maltrato favorece un estilo de relación como maltratador en la vida adulta.

Una vez que se ha establecido y mantenido el maltrato, las mujeres se presentan con las siguientes características:

1. Estilo de relación manipulador. Son mujeres que están acostumbradas a manejar el ambiente para evitar la agresión al menor signo. Si el entrevistador es varón se pueden mostrar seductoras.
2. Mujeres que han vivido en un permanente estado de alarma. Pueden presentar trastornos de ansiedad que se manifiestan en sus síntomas físicos como son: taquicardia, sequedad de boca, temblor, sudoración, miedo a volverse loca o sensación de estarlo, etc.

En general, todos estos fenómenos están relacionados con hiperventilación al respirar: respiración rápida y superficial típica de una situación de defensa o ataque que al no descargarse produce un consumo excesivo y rápido de oxígeno que provoca a su vez una descarga de adrenalina y otros fenómenos físicos en cadena.

Cuando una mujer presenta estos síntomas de forma aguda debemos explicarle que esto no es signo de que haya perdido su salud mental o de que se está volviendo loca, sino una reacción normal a una situación anormal: abuso crónico.

La ansiedad en este caso es una respuesta del sistema nervioso autónomo y ocurre como una respuesta desadaptativa al estrés crónico. Precisa tratamiento especializado.

Cuando una víctima presenta un estado de ansiedad precisa ser acompañada y tranquilizada. En ningún caso debemos culpabilizarla o pedirle "que se controle", pues no puede hacerlo.

Maniobras de emergencia son respiraciones lentas y profundas. También es efectivo hablar con la víctima de manera que se distraiga de sus síntomas físicos mientras la trasladamos a un centro sanitario.

3. La mujer maltratada tiene problemas en el manejo de su agresividad. El hecho de haber vivido en situación de amenaza constante hace que

tienda a mostrarse muy sumisa y tolerante ante la frustración, hasta que estalla de forma colérica e inapropiada. Muchas de las terapias de apoyo a estas víctimas se basan en el desarrollo de la asertividad: saber decir que sí y que no sin sentir culpa. Lo que acaba temiendo la víctima es lo mismo que el agresor: perder el apoyo de aquellos de los que depende. Tendrá dificultad en expresar sentimientos negativos y tenderá a comportarse de forma dependiente.

4. Otros síntomas de la mujer maltratada son los de trastorno de estrés postraumático. Aparte del estado de alarma permanente ocurren fenómenos de evitación de todo aquello que recuerda las agresiones y fenómenos de reexperimentación no deseada de recuerdos intrusivos y fragmentados sobre la agresión. Aparece depresión, desvitalización, falta de interés por lo que la rodea, etc.

3.3.5. Dinámica de la relación abusiva

Las agresiones suelen iniciarse con malos tratos psíquicos y discurren de una forma progresiva.

Tradicionalmente se ha propuesto como explicación de esta dinámica el llamado "ciclo de la violencia", propuesto por Walker, E. (1980), el cual consta de las siguientes fases:

1. Acumulación de la tensión: se dan incidentes episódicos de roces y amenazas, saturados de ansiedad y hostilidad.

Es una violencia que se palpa en el ambiente familiar. La mujer está en alerta permanente, procurando "anticipar" cualquier signo de violencia para evitar el enfrentamiento. Sin embargo se trata de un ambiente "incontrolable", ya que la agresión acaba por llegar de forma imprevisible lo que a la larga genera los estados y episodios de ansiedad y otros trastornos.

Una mujer realizaba siempre las tareas domésticas con sumo cuidado y tenía la cena preparada a las nueve. No obstante esto, ya que el maltratador imponía cenar a las nueve en punto, en ocasiones tiraba

la cena al suelo "porque estaba mal cocinada", mientras le reprochaba lo sucia que estaba la casa, todo ello en presencia de los niños.

- 2.Descarga de la violencia: explosión de las hostilidades latentes en la fase anterior (puede abarcar desde el empujón, la bofetada o el apretón de brazo hasta el asesinato).
- 3.Luna de miel: expresiones de arrepentimiento, disculpas, regalos y promesas de un futuro diferente y feliz.

Durante esta fase es corriente que el maltratador invoque a los hijos, prometa cambiar, recuerde a la víctima los momentos felices de la relación.

- 4.Reanudación del ciclo: a pesar del arrepentimiento y las promesas de cambio, la posibilidad de nuevos episodios es mucho mayor empezando de nuevo el ciclo.

La posibilidad es mayor puesto que al agresor ha experimentado que puede agredir y luego ser disculpado y perdonado, sin que los hechos tengan repercusiones penales o sociales. Además el maltratador siempre entiende que en parte ha sido provocado, aunque no lo reconozca en esta fase.

3.3.6. Conclusiones

Tenemos que tener muy claro que la inmensa mayoría de los maltratadores podrían evitar el maltrato, ya que no se trata casi nunca de enfermos mentales. Las medidas legales pueden tener mucha importancia en la represión de esta conducta.

Aunque algunos de los maltratadores son susceptibles de tratamiento, lo cierto es que casi nunca lo solicitan voluntariamente y si lo hacen el resultado es muy incierto. La clave del problema reside en que casi nunca aceptan la responsabilidad de sus acciones.

Las medidas de contención del agresor y la protección inmediata de la

víctima son las mejores medidas de intervención. Las amenazas nunca se deben echar en saco roto, pues muchas veces anteceden realmente a la agresión y son en todo caso el único signo visible que puede hacernos actuar de forma preventiva.

En la observación que realizamos desde el punto de vista pericial es de esencial interés el aspecto preventivo, pues el de responsabilidad penal del imputado casi siempre es fácil de determinar. Casi nunca un agresor doméstico es un enfermo mental que padezca una anomalía psíquica que le impida distinguir la realidad. En cuanto a la capacidad de actuar conforme a este conocimiento, las cosas ya no están tan claras. Habrá que estudiar los casos uno por uno en función de las vivencias y de los trastornos que el maltratador pueda presentar para poder determinar si es o no capaz de controlar sus impulsos. Existen escalas para medir actitudes facilitadoras del maltrato en varones. Éstas se exponen en el capítulo dedicado a las técnicas en Psicología Forense. En cuanto a las mujeres víctima, lo esencial es poder objetivar mediante autoinformes los síntomas de estrés postraumático si los hubiera, o los síntomas de trastornos de ansiedad y depresión. Se pueden utilizar escalas que midan síntomas concretos o bien utilizar cuestionarios clínicos, que además de contar con la ventaja de darnos una medida de la afectación ansiosa, depresiva, etc. nos aportan una visión genérica de la personalidad de la víctima y de los recursos de su personalidad.

3.3.7. Casos prácticos

Se exponen a continuación dos casos de maltrato diferentes. En el primero, que llamaremos caso 1, el juez solicitaba un "informe psicosocial del núcleo familiar", en el segundo caso, que llamamos caso 2, el juez solicita un informe sobre "estado mental y posibles secuelas derivadas del maltrato" de una mujer supuesta víctima de los malos tratos.

Caso 1

Se estudian los antecedentes policiales y judiciales destacándose que el motivo del conflicto es una pelea con arma blanca en el domicilio de la familia entre el hijo que es uno de los peritados y el padre que figura como

agresor. La pericia) versaba sobre el núcleo familiar, se realiza junto a la trabajadora social de la Clínica Médico Forense y se efectúan tres informes individuales. No se consideró conveniente en este caso la observación de la familia en su conjunto, formada por cinco miembros, de los cuales, como se verá a continuación, se observó a tres: la madre, el padre y el hijo implicado en la agresión con el padre. Las víctimas supuestas fueron entrevistadas por este orden: madre e hijo. Se finalizó con el padre. De esta misma manera se exponen los resultados de la observación.

Dada la naturaleza de la pericia) solicitada y el tipo de familia se desestimó pasar tests puesto que no eran necesarios para la aclaración del conflicto a nivel forense.

El padre estaba fuera del domicilio desde la fecha de la pelea seis meses atrás.

A) Informe de la madre

1. Objetivo de la pericia):

Según su oficio de XX de febrero de 2002 donde se solicita: "informe psicosocial del sistema familiar'.

2. Metodología:

Para la realización del presente informe se efectuó exploración con fecha XX de agosto de 2002, en las dependencias de esta Clínica Médico Forense. Las pruebas psicodiagnósticas practicadas fueron las siguientes:

- Entrevista clínica individual con la informada. Estructura familiar y antecedentes. Desarrollo evolutivo y conducta. Conducta durante la entrevista. Observación. Síntomas psicopatológicos. Vivencias subjetivas con relación a los hechos que han dado origen a las presentes diligencias. Vivencia subjetiva sobre síntomas emocionales actuales con relación al conflicto actual.
- Revisión de documentación que se presenta.

3. Resultados:

3.1. Estructura familiar y antecedentes

La informada nació en XXXX el 7 de agosto de 1950, tiene 54 años en la actualidad.

El padre era cobrador de autobuses y la madre era trabajadora por cuenta propia en su domicilio. Son cuatro hermanos de los que ella hace el número dos. No ha estudiado por deprivación cultural y cargas familiares. Escribe y lee mal.

Trabajó en la limpieza y otros oficios hasta que se casó a la edad de 26 años.

"No quería haberme casado", según explica, pero lo hace condicionada porque estaba embarazada, y su madre y el exmarido insistieron. No había tenido más novios.

El exmarido ha trabajado como mecánico. Al principio del matrimonio se fueron a vivir con los padres de ella, por causa de falta de recursos económicos.

Los malos tratos considera que empezaron desde que nació el hijo mayor.

Con ocasión de discusiones entre la pareja, explica que él le pegó a ella en una o dos ocasiones mientras estuvieron en casa de su madre, período que duró unos siete meses.

El matrimonio y el primogénito se trasladaron a vivir al barrio de XXX a una casa del IVIMA que le compraron a un amigo de su marido. Tienen este domicilio desde hace 25 años, aunque con posterioridad aquella casa baja fue demolida y les realojaron en pisos nuevos.

Ella con sus tres hijos se ha quedado en este último domicilio tras la separación.

El matrimonio siempre fue "de mal en peor", según explica.

La informada considera que tiene "depresiones muy grandes", con síntomas de angustia, según dice, y que parecen confirmados por los síntomas que describe.

Actualmente la señora XXX está en tratamiento con una psicóloga desde hace unas tres o cuatro semanas. El médico de cabecera la quería mandar hace tiempo a tratamiento, según explica. La trabajadora social de XXXX la convenció de que fuera a ver a la psicóloga.

Ahora doña XXX tiene problemas con los hijos. El mayor se pelea con el segundo, porque no trabaja. No puede controlar a los hijos ni establecer límites.

Contra sus expectativas, una vez que el padre ha salido del domicilio los hijos han continuado en una tónica de violencia dentro del espacio doméstico.

Impresiona la situación en su conjunto como que el padre y la madre han perdido la autoridad ante los hijos desde hace tiempo y debido especialmente al clima de violencia entre la pareja.

Los dos hijos mayores "la incordian", según ella, "¡pero no les quiere echar porque son sus hijos". Entre ellos se pegan, hasta ahora sin lesiones. El padre aporta una versión diferente donde los hijos se han llegado a lesionar con arma blanca. La madre minimiza la violencia y además se encuentra aislada socialmente "tengo muchos conocidos pero no tengo confianza con nadie".

Está desbordada por los hijos y echa de menos "la autoridad del padre".

Como síntomas psicopatológicos describe "ansiedad". Ésta consiste en que le falta el aire para respirar, pensamientos negativos, se va a la calle para entretenerse. Le afecta todo lo negativo que sale en televisión. Se siente muy sensible. Lloro a menudo, sufre temblores y taquicardia sin aparente motivación. Esto le ocurre hace años y no han encontrado causa médica.

Es diabética, tiene una hernia de hiato, toma pastillas para el colesterol, las

tiroides, etc.

La relación con el marido ha mejorado desde que se han separado. La informada está pensando en volver con el marido, aunque es consciente de que el marido no puede entrar en casa mientras estén los hijos en ella.

justifica las posibles agresiones de él hacia ella por la influencia de la familia paterna.

Hace unos cinco o seis años ya hubo denuncia y un juicio de faltas por maltrato pero no se separaron. La familia de él se puso de parte de él. Esta vez la familia de él la ha apoyado a ella.

Dentro de la familia de ella no existe ni ha existido un apoyo familiar ni hacia ella ni hacia sus hijos.

Hace dos o tres años que la informada no ve a su hermano el mayor. Con los otros ha perdido el contacto del todo y los padres fallecieron.

3.2. Desarrollo evolutivo y conducta de la señora XXX

Enfermedades normales de la infancia.

Fue a un colegio en el barrio XXX. Era "mala estudiante, despistada". A los ocho años le sacó la madre una temporada para cuidar a su hermana y después continuó estudiando hasta los 10.

Se puso a trabajar en una fábrica a los 14 años. Era fábrica de corte industrial. Más tarde estuvo de aprendiz con unos sastres.

Luego estuvo limpiando y los ratos libres cosía con una familia vecina.

Conoció a su marido a los 25 años. Se casaron tras un año de noviazgo. Ella no vivía con sus padres desde hacía unos dos años porque discutió con su madre y se fue a vivir con su abuela.

Después de casarse ya no ha vuelto a trabajar de forma estable, aunque en casa ha hecho guantes de crin.

No tiene ningún plan de futuro.

El exmarido tiene una orden de alejamiento de 300 metros desde febrero del año 2002, acaba en enero de 2003 y ella le ha dicho que cuando se acabe la orden de alejamiento puede que en verano "se vaya con él al río". Antes de la orden de alejamiento, aun cuando ya estaban separados, salían de vez en cuando.

Ahora el exmarido se lleva con él al hijo pequeño y a los amigos de vez en cuando.

Para los hijos nunca han sido padre y madre, sino que los tres hijos han llamado por su nombre de pila a los padres.

Antes de separarse "él iba también con amigas por ahí y yo lo consentía".

"Como el coche es suyo al coche se subían quienes él quería", justifica la informada. Él tenía un grupo de "amigas".

La informada considera que el marido "no se iría con cualquiera", ya que un vecino tenía un club de alterne, a donde iba su marido y le decían las chicas del club, según ella "no te preocupes que nos hemos acercado a él y no ha querido". El marido "echaba una mano" en el club de alterne. Esto lo hacía "por ayudar al vecino, sin cobrar".

La informada tiende a "parentificar" las relaciones con el exmarido, en el sentido de que habla de "nosotros", sin identificar a las personas particulares de la familia cuando explica los conflictos.

El marido no ha sido "maltratador físico" durante la infancia con los hijos, pero sí se ha peleado físicamente con ellos según han ido creciendo.

4. Conclusiones:

Confusiones relativas a la madre y a la familia:

a) Mujer de 54 años de edad, con una historia de síntomas ansiosos y

depresivos y que ha manifestado crisis de ansiedad con anterioridad y posterioridad a su separación actual. Los trastornos los expresa de forma crónica.

- b) Cuando la informada ha estado ansiosa o deprimida y llorando el exmarido "se ha burlado pero los chicos lo han pasado mal", según explica.
- c) En la base de esta problemática se encuentran problemas estructurales, en cuanto a la conducta durante la entrevista, donde se muestra perfectamente adaptada a su papel de víctima: justificaciones sobre el agresor, justificaciones sobre los hijos, posibilidad de reconciliarse con el exmarido y sobre todo minimización del daño.
- d) En cuanto a la problemática que relata respecto a los hijos y al exmarido, es muy posible que esté ocurriendo un efecto combinado y perverso entre las deficiencias para manejar los conflictos que presenta la señora XXX, limitada por sus propias características en su competencia social (no sabe poner límites a los hijos ni al marido), junto a un aprovechamiento de parte del padre de estas limitaciones para crear un clima de sumisión permanente en ella.
- e) Dentro de este contexto, donde padre y madre no tienen apoyo de sus familias extensas, ni por tanto los hijos, factor que podría aportar estabilidad, existe un clima familiar anómalo donde los padres solucionan sus conflictos recurriendo a la fuerza física y verbal.
- f) Respecto al padre consta sentencia por lesiones en juicio de faltas hace unos seis años por un puñetazo que le dio a ella cuando se interpuso entre el hijo mayor y el padre por causa de tener el padre la música demasiado alta a juicio del hijo.
- g) Ya había ido con anterioridad la señora XXX a denunciar a la Guardia Civil malos tratos pero "no le habían hecho caso".

B) Informe del hUo

1. Objetivo de la pericial:

se solicita: "informe psicosocial del sistema familiar".

2. Metodología:

Para la realización del presente informe se efectuó exploración con fecha XXX de agosto de 2002, en las dependencias de esta Clínica Médico Forense. Las pruebas psicodiagnósticas practicadas fueron las siguientes:

- Entrevista clínica individual con el informado. Estructura familiar y antecedentes. Desarrollo evolutivo y conducta. Conducta durante la entrevista. Observación. Síntomas psicopatológicos. Vivencia subjetiva con relación a los hechos que han dado origen a las presentes diligencias. Vivencia subjetiva sobre síntomas emocionales actuales con relación al conflicto actual.

- Revisión de documentación que se presenta.

3. Resultados:

3.1. Estructura familiar y antecedentes

El informado nació en XXX en 1978. Tiene 25 años en la actualidad y vive con la madre y dos hermanos, de 21 y 17 años.

Su visión del conflicto es que "siempre he visto malos tratos" desde que tiene uso de razón.

Según él el presente conflicto se origina porque "vi como el padre agredía a mi madre y me limité a defender a mi madre".

El informado trabaja como guarda jurado desde hace dos años. Dice que recuerda malos tratos hacia la madre y a él desde siempre, a los hermanos pequeños, según él, el padre les ha maltratado mucho menos.

El día de los hechos él empezó a oír gritos. Al parecer el padre se estaba peleando con el hermano pequeño, la madre se interpuso y luego él se

interpuso para defender a su madre.

Ésta es la primera vez, según él, que hace frente a su padre físicamente. Con anterioridad le hacía frente verbalmente: "él me insultaba y yo le insultaba a él".

El padre le repelía golpeándole aunque él no le respondía a los golpes.

Define a su padre como "prepotente", "que le gusta presumir".

Explica que desde el juicio (de faltas por la supuesta agresión) hasta hoy, el padre "ya no es prepotente y se preocupa más de las cosas del hogar".

Explica este cambio en el padre en el sentido de que como está solo tiene que preocuparse de subsistir. Antes, al vivir en la casa "podía vivir de la madre, de los hijos y del paro".

El hijo opina que ahora al padre "no se le ve tan irresponsable de irse con los amigos, gastarse el dinero, hacerles a ellos de menos, comprar ropa de marca".

Explica que él, por su trabajo de guarda jurado, no pasa mucho tiempo en casa.

Cuando el padre vivía en el domicilio tenía poco contacto con él.

Describe cómo el padre se burlaba de los hijos constantemente. A él le llamaba "gordo" y le reprochaba que no trabajaba por este motivo. La madre ratifica estos extremos.

Refiere que no tiene problemas psicológicos o psiquiátricos aunque le dieron exento en el servicio militar por "depresivo".

Este joven exhibe un aislamiento social y una falta de relaciones con iguales muy atípico con relación a su edad cronológica.

3.2. Desarrollo evolutivo y conducta

Enfermedades normales de la infancia. Estudia hasta 7.º de EGB y 1.º de FP sin terminar. Luego se marchó al servicio militar y se sacó el graduado por academia. Está trabajando desde los 17 o 18 años hasta hoy, casi siempre de forma eventual. Ahora lleva dos años de trabajo fijo en XXX.

Cuando era adolescente explica que "le daba por llorar ante situaciones de impotencia por las cosas que pasaban en casa". Se iba a la calle y "se liaba a golpes con la pared". Así se tranquilizaba.

Esto le ocurría "cuando mi padre se liaba con mi madre". La frecuencia podía ser desde todos los días hasta una vez al mes, según las temporadas.

No tiene novia ni la ha tenido nunca.

Actualmente tiene problemas en cuanto que el hermano mediano no tiene trabajo lo cual crea tensión entre los dos hermanos mayores, ya que el dinero escasea.

El hermano pequeño tiene 17 años y estudia.

Explica que volvería a vivir con su padre en función del cambio habido y de las circunstancias económicas.

Aunque piensa en volver con el padre valora también "que la convivencia podría ser mala". Es escéptico sobre la convivencia pero a la vez idealiza al padre, porque explica "un padre es siempre un padre por malo que sea y una segunda oportunidad no se le niega a nadie".

Ante todo dice que son una familia y que deben de estar juntos.

Hace unos años a este joven le diagnosticaron que tenía problemas cardiacos porque "se alteraba mucho y se hinchaba a llorar para no hacer frente a su padre", se mareaba y se desmayaba.

Estuvo ocho días ingresado a los 22 años, le diagnosticaron que "el corazón bombeaba a demasiada velocidad cuando se ponía nervioso junto con el problema de obesidad".

Se observan en la entrevista ciertas deficiencias en la comunicación, la asertividad y la competencia social (dificultad en establecer la relación de entrevista y exponer los puntos de vista con serenidad ante figuras de autoridad).

4. Conclusiones:

- a) Joven de 25 años que ha presentado unas alteraciones del comportamiento que se resumen en tendencias depresivas y dificultad en el control de impulsos. La patología aparece directamente conectada a las condiciones de la crianza.
- b) En la actualidad presenta racionalizaciones y actitud típica de niño maltratado, con idealización de la vida familiar, sentimientos de inferioridad y vergüenza, aislamiento social y agresividad reprimida que se está expresando ante el hermano en el domicilio. La relación ambivalente con el padre y el hecho de haber sido humillado por éste en la infancia marca el trauma, junto al resto de la situación. La posición de primogénito se encuentra agravando la situación psicológica en su conjunto.
- c) Recomendamos tratamiento psicológico de al menos seis meses a un año para vencer la situación de aislamiento social y para que pueda aprender a afrontar los problemas de forma alternativa al uso de la violencia que es el único mecanismo de afrontamiento que conoce.

C) Informe del padre

1. Metodología:

en las dependencias de esta Clínica Médico-Forense.

Las pruebas psicodiagnósticas practicadas fueron las siguientes:

- Entrevista clínica individual con el informado. Estructura familiar y antecedentes, desarrollo evolutivo y conducta, conducta durante la entrevista, observación, síntomas psicopatológicos. Vivencias con

relación a los hechos que se le imputan.

Además se tuvo acceso a las declaraciones obrantes en las diligencias.

2. Resultados:

Datos derivados de la entrevista mantenida.

2.1. Estructura familiar y antecedentes

El informado, de 46 años se muestra displicente, despreciativo hacia sus hijos de los que dice que no sirven para trabajar ni para estudiar.

No admite que haya maltratado a su mujer ni a sus hijos, sino que siempre considera que 'los enfrentamientos son por culpa de los hijos'.

Dice que él siempre ha trabajado en talleres desde los 16 años. Nunca ha estado parado hasta 2002, en que ha estado parado durante dos años y medio.

El informado dice que tiene una lesión en la rodilla por accidente de tráfico. Fue un atropello. Por esto en ocasiones no trabaja.

No ha tenido depresiones que reconozca. Piensa que la culpa de lo que está pasando es de los hijos. Parte de la culpa también la tiene la madre "porque si ella se hubiera puesto como debía nunca hubiera ocurrido nada".

Está operado de cataratas. XXX, el segundo hijo, está operado de cataratas congénitas, desconoce si tiene miopía.

2.2. Observación durante la entrevista

Actualmente dice que se encuentra bien, sin enfermedades especiales, excepto las cataratas congénitas. Considera que el problema legal se sitúa en torno a que la mujer le ha quitado la autoridad. Para tener autoridad debería "no tener a esa mujer". La mujer "es un desastre, en su casa tiene gran desorden, la ropa tirada, los cacharros sin fregar, y sigue siendo igual ahora que antes".

Según él ha estado aguantando a la mujer "porque no tenía dinero y porque era un pardillo". Tampoco quería disgustar a sus padres separándose.

La familia de él "se juntaba de tarde en tarde, no tenían relación". Como aficiones le gustaba el ciclismo, la naturaleza, ha ido frecuentemente de excursión. Iba con su familia y últimamente con su hijo pequeño y con los amigos de éste. En el campo hizo amistad con alguien que tiene un huerto y al lado está el río Alberche, pasan algunos días allí.

Pocas veces se pone nervioso, sólo cuando no acierta con algo que debe hacer, por ejemplo al buscar unas facturas.

Una vez tuvo un problema con un sobrino. Éste le quitó dinero, luego tras discutir el sobrino le pegó con un objeto contundente, y a continuación tuvo un juicio que perdió el sobrino.

Dice que el hijo segundo, XXXX "se junta con gente rara y lleva navaja".

Define a sus hijos como unos "salvajes", a los tres. Refiere un incidente en el que los dos mayores se agredieron con un cuchillo. Según el padre, toda la culpa la tiene la madre, por no haber educado a sus hijos ni dejarle hacerlo a él.

Muestra dificultades para mantener la agresividad contenida durante la entrevista. Muestra gran susceptibilidad a la provocación.

3. Conclusiones:

- a) Varón de 46 años, con antecedentes de violencia interpersonal dentro del ámbito familiar, tanto en la familia nuclear como extensa.
- b) Dentro del contexto que se ha estudiado, se trata de una persona sin afectación de sus facultades intelectuales y volitivas.
- c) Esta persona no admite ninguna responsabilidad por el conflicto que ha dado lugar a la denuncia.

- d) Las posibilidades de cambio conductual por tanto son nulas por el momento, aún más siendo que tanto la mujer como el hijo mayor se encuentran dispuestos a reanudar la convivencia.
- e) Padece un déficit afectivo que le hace inhábil para sentir apego positivo hacia los hijos y esposa, según se desprende de sus manifestaciones y su falta de reacción depresiva o ansiosa ante el conflicto.
- f) Presenta justificaciones y racionalizaciones típicas de maltratador antisocial con déficit afectivo.

Caso 2

En este caso sólo se alegaban malos tratos psicológicos, aunque existía una separación anterior, reconciliación y una denuncia por malos tratos físicos retirada previamente.

Existían informes psiquiátricos y psicológicos que ponían en relación la depresión que sufría esta mujer con los episodios supuestos de maltrato doméstico.

1. Objetivo de la pericial:

Según su oficio de X de junio de 2004 donde se solicita: "informe de la denunciante sobre su estado psicológico y secuelas en relación a los malos tratos sufridos".

2. Metodología:

Para la realización del presente informe se efectuó exploración con fecha XX de agosto de 2004, en las dependencias de esta Clínica Médico Forense. Las pruebas psicodiagnósticas practicadas fueron las siguientes:

- Entrevista clínica individual con la informada. Estructura familiar y antecedentes. Desarrollo evolutivo y conducta. Conducta durante la entrevista. Observación. Síntomas psicopatológicos. Vivencias subjetivas con relación a los hechos que han dado origen a las presentes

diligencias. Vivencia subjetiva sobre síntomas emocionales actuales con relación al conflicto actual.

-Técnicas psicodiagnósticas MCMII, Millon, Tea 1998.

3. Resultados:

3.1. Estructura familiar y antecedentes

La informada nació en Madrid el XX de agosto de 1962, tiene 42 años en la actualidad. Los padres viven. El padre tiene 67 años, la madre 65, el origen sociocultural es medio-bajo, siendo el padre decorador y dedicándose la madre a sus labores.

Los padres viven en Madrid. La informada tiene cinco hermanos, ella es la segunda. De sus hermanos, los cuatro mayores están trabajando, y los dos últimos estudiando y trabajando.

La posición de los padres de la denunciante ante el conflicto actual es que están "bastante disgustados porque es la segunda vez que me pasa con la misma persona". Hace doce años ya se separó del supuesto maltratador por primera vez.

La informada presenta no obstante apoyo activo por parte de su familia de origen en el presente conflicto.

No tenía relación con los padres y hermanos mientras estaba conviviendo con su exmarido.

Los padres y hermanos de ella procuraban no ir a su casa cuando estaba él. El exmarido al parecer no les recibía. La informada y su familia de origen se encuentran todos en el barrio de XXXX.

Con relación a la familia de origen la informada prefería prescindir de ellos que discutir con el supuesto maltratador mientras convivió con éste.

Todos los miembros de la familia de origen muestran una adaptación

normalizada.

La informada tiene dos hijos, fruto ambos de su relación con el denunciado, Zashira, de 13 años y un niño de 12 años, Abel.

Los niños están conviviendo con ella sola, sin su marido ni otros familiares, desde el XX de junio de 2004. Están en el que fue domicilio conyugal.

El marido no ha visto a los niños desde el 8 de junio. Tiene orden de alejamiento desde esta fecha. Ha cumplido el alejamiento físicamente aunque ha comunicado con la informada en múltiples ocasiones por carta, teléfono, mensajes al móvil. Le ha llegado a hacer regalos. Según la informada le pide perdón y quiere volver con ella. También le reprocha "que le trate como a un delincuente". Otras veces la amenaza con suicidarse.

A la informada le llama la atención que el supuesto agresor nunca nombre a sus hijos.

En el momento de la exploración lleva sin hablar con él por lo menos un mes, desde que fue la "unidad de atención a la familia" donde acudió porque le mandaron una citación y donde le desaconsejaron comunicar con él.

La informada explica que "no volvería con él porque me da mucho miedo".

3.2. Historia del matrimonio

Se conocieron cuando tenían 17 o 18 años en el Instituto de XXXX. Empezaron a salir en 1984 con 21 años. Él ha estudiado hasta COU y ella hasta selectividad, luego hizo un FP y pasó a Empresariales. Acabó Empresariales con 24 años.

Ella empezó a trabajar con 15 años, estuvo yendo a limpiar, a los 16 años estuvo en una empresa de auxiliar administrativo, después en un servicio técnico.

Se casaron en marzo de 1989. Piensa que desde entonces ya era "tonta" en su relación con el supuesto agresor. Había "cosas" que le podían haber

llamado la atención. Por ejemplo, él le quería demasiado", la tenía que coger en la puerta de casa y dejarla en casa de nuevo cuando salían. No le dejaba que se pusiera faldas cortas, se tenía que vestir como él quisiera.

Se casaron y la niña nació dos años después, en octubre del 90. Ella trabajaba. Preparó unas oposiciones para XXXX y las aprobó. Allí trabaja de oficial de administración. Él es agente comercial.

A ella la operaron de apendicitis a los 16 años y luego de la columna a los 33. Tenía una degeneración multiscal juvenil con hernias. Estuvo de baja por la operación un año y cuatro meses. Volvió a trabajar pero estaba muy mal, le dijeron que la tenían que volver a operar.

Considera que "entre la situación del trabajo y la situación con el supuesto agresor, con quien no estaba bien, le dio una depresión". Le dieron la baja por depresión en el año 1999.

La vio un psiquiatra, el doctor XXXX. Le puso un tratamiento consistente con antidepresivos y ansiolíticos. Sigue en tratamiento por depresión con terapia. Tiene una sesión semanal de terapia de grupo y terapia individual como una vez al mes. Presenta informes donde se le prescriben antidepresivos, ansiolíticos y antipsicóticos a dosis moderadas.

La primera vez que se separa es en 1992, tenía la niña como año y medio, estaba embarazada de 4 meses del niño. Estaba trabajando y desde que nació la niña "él estaba cada vez peor, muy raro, a disgusto, nunca contento".

Según ella "a él le disgustaba que ella quisiera a la niña, tenía que tener cuidado para que él no se enfadase, le molestaba que le dedicase atención a la hija". El motivo de separación esta primera vez fue que "él le pegaba". Le empezó a pegar cuando la niña tenía casi un año.

Le pegaba porque decía que "se iba con otros, que tenía que dejar de trabajar porque estaba con unos y con otros".

Una de las veces que le pegó ella llamó a la policía. Cuando la policía llegó él se había ido. Ella no quería acostarse con él pero lo hizo a la fuerza y se

quedó embarazada. Un día él le pegó en la tripa estando embarazada, ella cogió a la niña, paró un taxi y fue a la comisaría a denunciarle.

Estuvo separada durante dos años. Él estuvo detenido. Estuvo en casa de sus padres, porque la tuvieron que ingresar en el hospital a causa del embarazo. Estuvo de baja hasta que nació el niño. Después estuvo viviendo con los padres de nuevo.

Durante esa temporada de separación ella "se encontraba agobiada, con los niños pequeños, trabajando, a él se lo encontraba por todos los sitios".

El le pidió volver, le dijo que estaba en tratamiento psiquiátrico y la convenció.

Ella iba a la terapia de pareja, con él, antes de volver con él, aunque estaba separada. Después de nacer el niño ella estaba mal y este mismo psiquiatra que en principio le trataba a él, y luego a los dos como pareja, la derivó a otro. Este médico era XXXX. Es la primera vez que estaba en tratamiento por depresión.

Actualmente está de alta laboral en su empresa desde marzo. Le habían bajado la medicación de la depresión y de momento puede trabajar, aunque ahora se la han vuelto a subir.

Ha empeorado desde diciembre de 2003. Empezó a estar peor pero "fue aguantando el tirón". Intentó separarse en diciembre, lo cual coincide con el empeoramiento. Él la amenazaba y le decía que "había aprendido la lección, le cogía del brazo y le decía que sabía cómo hacerle la vida imposible sin tocarle un pelo".

Desde 1994, fecha en que vuelve a convivir con el exmarido, al 2004 en que cesa de nuevo la evolución de la convivencia fue al principio bien, pero ella seguía notando "que los niños para él eran un estorbo".

En el año 1997, no recuerda por qué, él le dio una bofetada. Fuente constante de tensión eran las relaciones sexuales.

Como ella no quería tener relaciones sexuales, en plenas vacaciones les decía a los niños que mientras ella no hiciera lo que tenía que hacer no iban a la playa. Entonces ella accedía a mantener relaciones sexuales mientras los niños estaban esperando para ir a la playa.

Después del incidente anterior de la bofetada, 1997, no le ha vuelto a pegar. Simplemente la acorralaba en la habitación, la encerraba en el tendedero y el niño se enfrentaba al padre. El padre pegaba o intentaba pegar al niño. La niña se asustaba y se ponía a llorar.

Él le reprochaba que la comida estaba mal hecha, la tiraba y se comía una lata.

Ultimamente a veces no tenía dinero para la compra y él se portaba con brutalidad y desprecio de sus hijos comiéndose lo poco que había en casa o tirándolo a la basura, mientras los niños se quedaban sin comer.

Él controlaba y administraba todo el dinero, la nómina de ella incluida, la cual quedaba automáticamente absorbida para pagar la hipoteca. Ella no entendía por qué no tenían dinero. Le registró y encontró un día muchos décimos de lotería, por valor de unos 700 euros, mientras, les estaban devolviendo los recibos del banco de la luz, el teléfono, etc. Si ella le preguntaba algo él le decía que la culpa era suya por no trabajar, ya que estaba de baja. La informada aceptaba el reproche pese a que aún de baja recibía su nómina.

En junio de 2004 ella se separó por la actitud, amenazas e insultos de él. Le decía delante de sus hijos que él "no sabía con cuántos hombres se estaría acostando".

Ella no tenía amigas porque estaba siempre encerrada en casa. Un día la llamó una amiga de terapia. El marido cogió el teléfono y le dijo que no volviese a llamar. A la informada la acusó de lesbiana, de estar "enrollada con esta amiga". También le decía que era una nulidad.

Ella le denunció, tuvieron un juicio rápido y se dictó la sentencia, orden de alejamiento y ella se quedó en casa con los niños.

Ahora hace la comida por la tarde y la casa, la ropa, lo que le dé tiempo, les pone el bocadillo a los niños. Se levanta por la mañana, se va a trabajar y una vecina lleva a los niños al colegio. Según él "ella fallaba en todo".

Cuando se le pregunta a esta persona por qué aguanta tanto tiempo dice que "intentaba cambiar, probaba, intentaba solucionarlo".

Él le está pasando una pensión para los niños por la vía de retención de haberes de la nómina.

3.3. Conducta durante la entrevista. Observación. Síntomas psicopatológicos. Vivencias subjetivas en relación a los supuestos hechos

Impresiona clínicamente como una persona muy ansiosa y deprimida de forma crónica, ya que la ansiedad no cede a lo largo de la entrevista. Lentitud ideacional y movimientos adaptativos exagerados, como posibles síntomas secundarios de medicación antipsicótica.

Se presentó a entrevista correctamente vestida, cuidada en su aspecto personal, aseada, coherente, colaboradora y orientada. No presentaba alteraciones en la sensopercepción.

Se observa una labilidad emocional muy fuerte, sentimientos de culpa irrealistas (1o mío tiene mucho delito", dice refiriéndose a su supuesta culpa por el conflicto) ante la situación de ruptura y una alta resonancia emocional respecto a supuestos hechos abusivos donde se incluye tanto abuso psíquico como sexual. La informada evoca estos hechos de una forma prolija, lenta y con gran resonancia actual.

La señora XX><X parece situar a los hijos dentro del conflicto, como una fuerte distorsión cognitiva ante su situación y una justificación para ser víctima de malos tratos.

Muestra sentimientos muy negativos, vergüenza y humillación respecto a los conflictos conyugales y el supuesto maltrato, lo cual la llevaba a ocultar cuidadosamente la situación entre sus conocidos. Actualmente dice que "él los está llamando a contarles su versión", lo cual le provoca a ella un

sufrimiento añadido. A la vez él la está apremiando para que retire la denuncia por malos tratos. Él le ha dicho que considera que en octubre, cuando finalice la orden de alejamiento, es el momento de volver a estar juntos.

3.4. Datos derivados de las técnicas psicodiagnósticas

Millon-II

Lo más significativo es que realiza el test de forma válida y con unas elevaciones muy acentuadas en las escalas básicas de dependencia, esquizoidismo y personalidad anancástica. No obtiene significación para personalidad patológica. En síndromes clínicos de gravedad moderada aparecen marcadas tendencias en ansiedad y distimia, así como en la escala histeriforme (tendencia a expresar los conflictos por canales somáticos). No aparecen elevaciones en las escalas de síndromes clínicos de gravedad severa.

4. Conclusiones:

- a) Mujer de 42 años con una historia de tratamiento psiquiátrico de 10 años de duración. Padece una depresión que se agravó en el año 1999. Actualmente se encuentra estable y en tratamiento.
- b) La informada es perfectamente capaz de distinguir entre realidad e imaginación y no existe motivo razonable para suponer que pueda estar imaginando el maltrato que narra.
- c) Este maltrato por otra parte contiene características típicas de maltrato a cargo de maltratador afecto de algún tipo de trastorno de personalidad.
- d) La informada presenta unas características de personalidad básicas que pueden estar facilitando el mantenimiento del abuso. Se trata de una persona dependiente de las figuras de referencia y que además tiende a ligarse a sólo una persona. Por otro lado tiene tendencias esquizoides que le facilitan retraerse en el ambiente. Todo lo anterior viene magnificado por tendencias anancásticas u obsesivas que hacen que esta persona se adhiera a las normas sociales como una forma de obtener seguridad.

e) La depresión que padece se puede explicar sistémicamente como una respuesta a la convivencia con un maltratador donde sin una situación de baja autoestima que justifique el desprecio de éste hacia ella el matrimonio es insostenible. La enfermedad de ella da sentido de forma desadaptativa al reproche y el desprecio de él.

El estado mental actual es el que se describe a lo largo de informe.

g) Según la observación, y también en base a los informes de los profesionales que la vienen tratando desde hace años se puede concluir que la depresión crónica actual es una secuela derivada de la convivencia con el supuesto maltratador.

3.4. Credibilidad del testimonio

3.4.1. Introducción

El tema de la credibilidad del testigo y en concreto del testigo infantil dentro de los procedimientos penales de agresión sexual es uno de los temas estrella dentro de la Psicología Forense española. El que este tipo de delitos, como ya se ha visto en un capítulo anterior, casi nunca deje huellas físicas, obliga a los tribunales a tomarse con sumo cuidado el testimonio de la víctima.

Dos pueden ser los casos en que sea requerido el perito experto: cuando el testigo es menor y cuando el testigo es adulto.

Ultimamente, hemos realizado una investigación sobre este tema en la Clínica Médico Forense con una muestra de 100 casos de víctimas menores (Vázquez, B., coord., 2004), publicada por El Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia, obra presentada en el Colegio de Psicólogos de Madrid con fecha 24 de junio de 2004.

En este capítulo, y en lo referente al testimonio en menores, nos centraremos en la teoría explicada dentro de este libro por Pilar de Pául Velasco en el capítulo correspondiente "Evaluación de la credibilidad del testimonio en supuestos de abuso sexual a menores".

3.4.2. El sistema de análisis de la validez de las declaraciones (SVA)

Es el sistema que más se utiliza en nuestro país. Tiene la indudable ventaja de ser un método formulado para y por el ámbito forense y la limitación de que su validez disminuye en función de factores como la edad del niño, el tiempo transcurrido desde el suceso, la información posevento, el número de interrogatorios y la complicación del suceso. Otras fuentes de distorsión pueden ser los tratamientos en curso si estos se inician antes del análisis del testimonio.

Algunos detractores del sistema argumentan que no se trata de un test y que los criterios en que se basa no son homogéneos en cuanto a su capacidad discriminativa entre testimonios veraces y falsos.

Al margen de todas estas críticas, lo cierto es que el SVA es el sistema más eficaz para asesorar en la credibilidad de un testimonio infantil hoy por hoy.

Pero este análisis debe realizarse de la forma más objetiva posible, lo cual por cierto no es más que uno de los fundamentos esenciales de cualquier peritaje.

La mayoría de los menores revela los abusos sufridos a algún adulto de su familia antes que a un extraño o a otro menor. En ese momento, el adulto puede, ya sea intencionalmente o no, introducir información "sobre algún detalle" que pueda distorsionar su memoria. Si el menor no recuerda el origen de ese detalle, puede estar convencido de haberlo experimentado realmente (Poole y Lamb, 1998).

Esta introducción de "algún detalle" en la memoria es tan fácil como difícil resulta la sugerencia de un testimonio completo pleno de detalles típicos que suelen presentar los testimonios veraces que se dan en el contexto forense tal cual se exigen para apoyar su credibilidad o, lo que es lo mismo, la probabilidad razonable de que se trate de un testimonio producto de una vivencia y no inventado o sugerido.

Como el psicólogo forense analiza "la globalidad" del contexto donde supuestamente se ha dado el abuso, la posibilidad de que se pueda interferir

en algún detalle el testimonio no invalida per se nuestra posibilidad de intervención.

La posibilidad contraria, es decir, el inhibirnos ante este tipo de casos, supone un perjuicio muy importante para multitud de víctimas infantiles cuya única prueba es su palabra.

Por otra parte, es evidente que los niños tienen capacidad de mentir o de ocultar información, pero la tienen en menor medida que los adultos, de una forma más ingenua, y sobre todo más restringida si nos atenemos al tema de los abusos sexuales. Junto con la capacidad de los menores para mentir, hay que señalar la poca capacidad de los adultos para detectar la mentira, sobre todo a partir de indicadores "no verbales". La precisión parece incrementarse si nos centramos en el contenido verbal, aunque algún estudio como el de Jackson y Granhag (1997, citado en Garrido y Masip, 2001) indica que la capacidad que abogados y estudiantes universitarios tienen para diferenciar declaraciones infantiles verdaderas de las falsas no supera el azar.

La cuestión se complica si tenemos en cuenta que no existen indicadores conductuales específicos de la víctima de un abuso sexual.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, es evidente la necesidad de disponer de una técnica basada en el análisis de lo que dice el niño, en su contenido, al margen de los síntomas que presente e incluso al margen de la "sinceridad global" que nos pueda merecer. De hecho un testigo habitualmente insincero puede decir la verdad y viceversa. Para nuestros objetivos como psicólogos forenses de nada nos sirve saber si un niño es "habitualmente" sincero. Enfocar sobre el problema concreto del abuso sexual infantil es el objetivo de la técnica conocida con sus siglas en inglés como CBCA: Análisis de Contenido Basado en Criterios.

El llamado CBCA, de origen alemán (Steller et al., 1989,1992, 2004) es la técnica central del Sistema de Análisis de la Validez de las Declaraciones (SVA) que a partir de las publicaciones en inglés de estos autores, otros se han dedicado a aplicar en español con mayor o menor éxito.

El verdadero origen de lo que después sería el CBCA hay que situarlo a

mediados del siglo pasado. Tras la Segunda Guerra Mundial, se produce en Alemania una reforma del Sistema de Administración de Justicia que incluye, entre otros aspectos, la creación de tribunales especiales para casos en los que la víctima y/o el agresor fuese menor de 21 años. Un psicólogo alemán, Udo Undeustch, fue consultado como experto respecto a los posibles recursos existentes para evaluar la credibilidad de un testigo menor de edad. Undeustch señaló la conveniencia de entrevistar al testigo fuera de la atmósfera judicial, grabar esa entrevista y analizarla. Esto abrió las puertas de los tribunales a los psicólogos jurídicos alemanes. A partir de la experiencia acumulada entrevistando a testigos menores de edad, se fueron elaborando una serie de criterios de realidad como indicadores de la credibilidad de la declaración en casos de abuso sexual infantil. Undeustch fue el primero en resaltar que las declaraciones basadas en algo ocurrido realmente diferían de aquellas fruto de la imaginación (la conocida en la literatura como la "hipótesis de Undeustch"). En 1957 se publican por primera vez los criterios del primero de los procedimientos: Análisis de la Realidad de las Declaraciones (SRA). Este procedimiento se basa en datos obtenidos de la declaración del menor entrevistado por el evaluador y un segundo conjunto de datos obtenidos de las declaraciones previas. Pero hasta los años 80, la técnica no empieza a gozar de prestigio. Por una parte, hasta esos años Undeustch no publica en inglés. Por otra, se unen las líneas de investigación de Kóhnken y Steller (1989) con el fin de integrar en un único sistema los diferentes criterios, dando lugar al CBCA: 19 criterios. Y por último Steller contacta en Estados Unidos con Raskin quien se encarga de introducir el CBCA en aquel país.

Toda esta línea de trabajo confluye en el desarrollo de un protocolo de análisis que recibe el nombre de Análisis de la Validez de las Declaraciones (SVA).

El planteamiento central es considerar que una declaración será veraz si muestra criterios que indiquen que está basada en hechos experimentados directamente por el niño que declara, aunque esa declaración pueda ser imprecisa. No será válida si se basa en invenciones (mentiras), o si obedece a influencia de otras personas, ya sean instruyendo para hacer una declaración falsa o sugestionando.

La Evaluación de la Validez de las Declaraciones (SVA) incluye:

Una entrevista que no sesgue las respuestas del niño.

Aplicar a la transcripción de la entrevista los 19 criterios del CBCA. Cuantos más criterios se den, más veraz puede considerarse la declaración.

Considerar otras variables como la adecuación de la entrevista, que el lenguaje corresponda al desarrollo cognitivo del niño, que otros datos no entren en contradicción, etc., lo que denominamos criterios de validez.

Cuadro 3.9. Análisis de la validez de las declaraciones

- Información del expediente
- Entrevista que no sesgue las respuestas del niño
- Aplicar la transcripción de la entrevista a los 19 criterios del CBCA
- Criterios de validez: entrevista, congruencia, motivación para mentir, etc.
- Información clínica

3.4.3. La entrevista al menor

En lo que se refiere a la entrevista, el objetivo es obtener la mayor cantidad de información posible, sin sesgar las respuestas del menor. En la medida en que las circunstancias lo permitan, se aconseja que entre el momento de la entrevista y los hechos relatados transcurra el menor tiempo posible. Aunque los elementos centrales se suelen recordar durante largos períodos de tiempo, los elementos periféricos tienden a olvidarse - más en cuanto el niño es menor-. Estos "elementos periféricos" son por otro lado de suma importancia a la hora de valorar el testimonio.

De hecho cuando valoramos la mayor o menor probabilidad de que un suceso alegado haya ocurrido, valoramos detalles como el relato de interacciones, diálogo, detalles superfluos, todos ellos detalles periféricos al suceso.

Otro hecho central es que cuanto mayor sea la demora en tomar el testimonio mayor será la probabilidad de que el menor haya sido entrevistado con anterioridad (padres, policías, abogados, psicoterapeutas, etc.) y con sus preguntas haber sesgado el recuerdo infantil.

Con el fin de obtener narraciones libres, se recomiendan preguntas abiertas y nunca, o sólo para aclarar datos concretos como por ejemplo el nombre del supuesto agresor, cerradas. El esquema aconsejado es provocar la narración libre del menor y posteriormente pasar a clarificar, mediante preguntas lo más abiertas posibles, aquellos aspectos que se considere que necesitan ser aclarados. Este procedimiento facilita obtener la mayor información con la menor interferencia del entrevistador.

En la práctica corriente se aconseja que haya dos entrevistadores. Uno de ellos dirige la entrevista mientras el otro permanece como observador. Al final de la entrevista el observador realiza preguntas aclaratorias. El entrevistador debe tener claro los tres aspectos que debe explorar a través de la entrevista:

- a) La hipótesis principal (que las alegaciones son válidas) y las alternativas (por ejemplo: se ha fantaseado; la alegación es falsa por venganza; las alegaciones son válidas pero hay elementos adicionales inventados, etc.
- b) Contrastar lo que dice el menor con la información adicional que se tiene del caso (se confirma; hay elementos inconsistentes; hay omisiones).
- c) Valorar si la información obtenida es suficientemente detallada y si presenta contradicciones.

Raskin y Esplin (1991) recomiendan el siguiente tipo de preguntas:

Invitaciones para elicitación de una narración libre. Se busca que el menor dé toda la información que le sea posible. En los casos en los que el abuso haya sido continuado, su narración puede ser poco detallada. Por ello conviene invitarle a que dé detalles de un episodio concreto. En ningún caso el entrevistador debe referirse explícitamente al abuso sexual ni al presunto perpetrador.

Preguntas focalizadas que se centran en un episodio concreto, habitualmente para completar descripciones de acontecimientos mencionados con anterioridad.

Preguntas directas. Se centran en algún hecho específico dentro de un episodio. Suelen utilizarse cuando la declaración es ambigua o inconsistente.

Preguntas para el contraste de hipótesis alternativas. No deben usarse si la hipótesis principal tiene suficiente apoyo. Es útil emplearlas cuando la información es contradictoria con otras informaciones, se relata algo improbable o si se sospecha que otros han podido influir. En cualquier caso, se trataría de que el entrevistador simulara confusión y pidiera aclaraciones al menor.

Preguntas sugerentes. Si se introducen debe ser al final de la entrevista, ya que es fácil que contaminen las respuestas. Su objetivo es apreciar hasta qué punto el niño es sugestionable sobre algún aspecto o situación específica. Este tipo de preguntas hacen referencia a hechos no plausibles o que se sabe que no han sucedido. Si el menor rechaza el hecho, no se puede ser muy concluyente. Puede ser que se haya dado cuenta de que el hecho no es plausible y negarlo o puede que indique que no acepta una sugestión. Si acepta el hecho, hay que formular una pregunta abierta. Pero con esa aceptación se tiene simplemente una información orientativa. Puede que un menor acepte esa sugestión y que sus alegaciones sean válidas.

Cierre de la entrevista. Liberar al menor de la carga emocional negativa que puede experimentar en ésta fase y agradecerle su colaboración.

Cuadro 3.10. Tipo de preguntas propuestas por Raskin y Esplin (1991)

- Invitaciones narración libre.
- Preguntas focalizadas en un episodio.
- Preguntas para el contraste de hipótesis.
- Preguntas sugerentes.
- Cierre de la entrevista.

Cuanto más abiertas sean las entrevistas, mayor será la utilidad de aplicar los criterios al contenido a fin de discriminar entre declaraciones falsas y verdaderas. De hecho, si las preguntas han sido cerradas o sugerentes de forma sistemática el método es inaplicable. Esto es decir, no es que el testimonio no sea creíble, es que es inanalizable por la forma en que ha sido obtenido.

La conclusión fundamental respecto a la entrevista es la necesidad de que se utilicen preguntas abiertas, pero no sólo para cuestiones centrales, sino también desde el momento en que se inicia el contacto con el menor en la fase inicial de entrevista.

Es de gran utilidad solicitar del menor el relato de un hecho plausible como la visita a un médico o a unos familiares, o el simple relato de un cumpleaños. Esto nos puede proporcionar una muestra del lenguaje que ese menor presenta en el relato de hechos neutros o significativos emocionalmente. Esta información de contraste es de primordial interés para valorar el lenguaje que utiliza el menor al narrar el episodio abusivo.

El problema de las preguntas abiertas es que a veces los menores, especialmente los más pequeños, dan respuestas breves o que aportan poca información. Algunas investigaciones indican que suele darse falta de detalles sobre el contexto. El entrevistador debe utilizar preguntas específicas que, si hacen referencia a algún dato que el menor no ha codificado o que no recuerda, incrementa la posibilidad de que sus respuestas sean inexactas (Poole y Lamb, 1998).

En cualquier caso, las preguntas específicas no deben ser sugerentes (por ejemplo: cuéntame algo más sobre la primera vez que pasó; ¿quién estaba?, cuéntame todo lo que pasó en la habitación, etc.).

En cuanto al rango de edad sobre el que podemos trabajar el SVA, los autores difieren a la hora de aconsejar el método. Nosotros hemos encontrado que en menores de menos de cinco años es de difícil utilidad, por las limitaciones cognitivas de los menores. Por encima de los 17 años los

conocimientos sexuales de los menores restan también validez al relato. Estas son orientaciones generales. De hecho existen abusos crónicos en niñas mayores de 17 años a los que se aplica el método, siempre teniendo en cuenta el factor edad.

En cuanto a la utilización de accesorios como muñecos anatómicos hay bastante controversia. En general desaconsejamos su uso porque los consideramos sugerentes.

Sólo los utilizaremos como último recurso en casos en los que la limitada edad y el nivel de desarrollo del niño no permitan la comunicación verbal, aunque en este caso, imposible va a ser asesorar al tribunal sobre la credibilidad. La falta de lenguaje, en buena medida, salvo pruebas de testigos o físicas, asegura desgraciadamente la impunidad al agresor.

Como una forma alternativa de abordar la situación de los menores cuyo lenguaje es muy escaso, o bien carecen del vocabulario necesario para explicar una supuesta situación abusiva, hemos ideado en la Clínica Médico Forense de Madrid una vía "alternativa".

Se trata de la utilización de diversos muñecos no anatómicos pero con forma humana y que representan personajes de diversas edades: adultos y niños, varones y mujeres. Mediante la representación con estos muñecos, dentro de un escenario compuesto por una casa de muñecas dispuesta con sus diversos accesorios, entendemos que en casos extremos se pueden aclarar "dudas" surgidas a partir del relato verbal, sin la intromisión del hecho "sugerencia sexual" que ofrecen los muñecos anatómicos.

Es imprescindible que la entrevista se grabe, a ser posible en vídeo. Esto permite examinar posteriormente si la entrevista se ha hecho correctamente, poder registrar de forma literal el contenido y elaborar la transcripción. Además se evita que el menor sea sometido a interrogatorios posteriores, reduciendo así su victimización secundaria. La presencia del equipo de grabación no debe ser intrusiva. Si se considera que otros expertos deben seguir el desarrollo de la entrevista mientras se produce, deben hacerlo

mediante un espejo unidireccional o a través de un circuito cerrado de televisión.

Antes de concluir los aspectos relativos a la entrevista, es necesario mencionar la técnica de la entrevista cognitiva diseñada por Geiselman y Fisher (1989) con el objetivo de incrementar la calidad y cantidad de la información que se obtiene de las víctimas y/o testigos. Este tipo de entrevista consta de cuatro técnicas generales para incrementar la memoria y varias técnicas específicas. Las técnicas generales son:

- 1.Solicitar la reconstrucción de las circunstancias (que piense en el entorno, la iluminación, olores, objetos, así como lo que sentía).
- 2.Solicitar todos los detalles posibles (que no elimine nada en su relato, incluso cosas que crea que no son importantes).
- 3.Solicitar que recuerde los hechos en un orden diferente (que repase los hechos en orden inverso, o que empiece por el elemento que más le impresionó del suceso y de ahí siga hacia adelante o hacia atrás).
- 4.Solicitar cambios de perspectiva (que adopte la perspectiva de otras personas presentes y piense qué deben haber visto esas personas).

Cuadro 3.11. Técnica de la entrevista cognitiva de Geiselman y Fisher (1989)

- Solicitar reconstrucción de las circunstancias.
- Solicitar todos los detalles posibles.
- Solicitar el recuerdo en un orden diferente.
- Solicitar cambios en la perspectiva.

Habitualmente, las dos primeras solicitudes se hacen antes de que el sujeto narre lo que ocurrió y las dos últimas una vez que el testigo ha finalizado su relato. Además de esas técnicas generales, se puede solicitar posteriormente información más concreta sobre la apariencia física del agresor o las características del habla y algún dato relevante como nombres (que intente recordar un nombre repasando el alfabeto), números (que intente recordar cuántos dígitos), etc.

La efectividad de la entrevista cognitiva en testigos infantiles ha sido puesta de manifiesto por los propios autores (Geiselman y Fisher, 1989). En lo que se refiere a la técnica de repetir recuerdos, recordar en distinto orden y hacerlo desde distintas perspectivas puede ser interpretado por el menor como que su anterior respuesta no era adecuada. La capacidad de recordar en distinto orden o desde distintas perspectivas es difícil tenerla totalmente desarrollada antes de los 7-8 años.

En todo caso se desaconseja la utilización de la entrevista cognitiva en niños pequeños.

3.4.4. El análisis del contenido basado en criterios: CBCA

A la transcripción verbal obtenida a partir de la grabación de la entrevista se le aplican un conjunto de criterios que, si están presentes, facilitan considerar que la declaración se basa en algo directamente experimentado. Sin embargo, el psicólogo forense sabe ante un caso concreto que no nos encontramos ante una técnica de detección de mentiras, a la que se asemejan más otras técnicas, la llamada reality monitoring. El que no aparezcan los criterios de credibilidad no implica de forma directa que el abuso no se ha dado.

Si un menor ha sido víctima de un abuso, de forma general y partiendo de la hipótesis Undeutsch su descripción del episodio se alejará de una esquema estereotipado (narración lineal, ordenada y desprovista de detalles), presentará elementos idiosincrásicos o particulares y tenderá a ser una declaración detallada, entre otros elementos.

Se espera que los recuerdos generados a partir de hechos vividos difieran "cualitativamente" de aquellos otros surgidos a partir de fantasías o sugerencias externas.

Steller y Khónken (1989) integran así los criterios utilizados por psicólogos forenses alemanes como Undeutsch (1967), Arntzen (1983) y Szewczyk (1973), a lo largo de treinta años de acumulación de informaciones de "caso", elaborando un sistema de 19 criterios agrupados en 5 categorías. Esta clasificación retomaba la anterior de Arntzen (1970), más las diversas aportaciones parciales de otros autores.

A)Características generales:

- 1.Estructura lógica
- 2.Elaboración no estructurada
- 3.Cantidad de detalles

B)Contenidos específicos:

- 4.Incardinación en contexto
- 5.Descripción de interacciones
- 6.Reproducción de conversaciones
- 7.Complicaciones inesperadas durante el incidente

C)Peculiaridades del contenido:

- 8.Detalles inusuales
- 9.Detalles superfluos
- 10.Incomprensión de detalles sexuales relatados con precisión
- 11.Asociaciones externas relacionadas
- 12.Alusiones al estado mental subjetivo del menor
- 13.Atribuciones al estado mental del agresor

D)Contenidos relacionados con la motivación:

- 14.Correcciones espontáneas
- 15.Admisión de falta de memoria

16.Dudas sobre el propio testimonio

17.Autodesaprobación

18.Perdón al agresor

E)Elementos específicos de la agresión:

19.Detalles característicos

Los criterios referidos a "características generales" se refieren a la declaración como un todo, valorando la coherencia y la cantidad de información. Si hay ausencia de criterios de este grupo, la declaración debe considerarse de baja calidad.

En contra de lo que pasa con el resto de las categorías cuyos criterios se pueden calificar en base a "trozos" del testimonio transcrito, para calificar los tres criterios de esta categoría deberemos atenernos a considerar "todo" el testimonio del menor.

3.4.5. Definición de los diversos criterios CBCA

1.Estructura lógica. Cuando los distintos detalles describen un idéntico curso de sucesos, de modo que todos los elementos pueden combinarse en un todo. Si la declaración tiene sentido y es coherente se cumple este criterio (Steller y Boychuk, 1992). Hay que tener en cuenta que ni el criterio 7 (complicaciones inesperadas) ni el criterio 8 (detalles inusuales) tienen por qué interferir necesariamente con la estructura lógica. De igual modo, cabe señalar que una declaración basada en un esquema y no en lo experimentado puede presentar estructura lógica. Por eso hay que considerar el siguiente criterio.

Dentro de este criterio hay que considerar como variables que influyen en su aparición: demora, número de veces que el menor lo ha relatado y complejidad del suceso.

Trankell (1972: 129) afirmó que "el criterio de homogeneidad se

cumple cuando los diferentes detalles, independientes, de una declaración describen el mismo curso de sucesos".

- 2.Elaboración inestructurada. Se refiere a la secuencia de la narración. Un testimonio desorganizado, donde los elementos del abuso estén desperdigados a lo largo de la declaración, desde el principio hasta el final.

Un psicólogo forense con experiencia sabe que a veces es justo al final de la entrevista cuando pueden aparecer elementos importantes o novedosos dentro de la declaración. De ahí el interés de respetar hasta el final de la entrevista el principio de relato libre sin sugerencias. Por contraste, las historias inventadas suelen ser más lineales y estructuradas porque se basan en un esquema o script. De modo que cabe esperar que los testimonios inventados y las fantasías se ajusten a una presentación continua, rígida, sin alterar el testimonio desde la primera declaración ni para mejorarla, en general cronológica, por tanto sin digresiones, con claros intentos por demostrar las conexiones causales. La narración basada en experiencia directa, por el contrario, es probable que sea desestructurada y poco lineal, con digresiones cronológicas y aparición de elementos que no apoyan la declaración pero se presentan yuxtapuestos a ella, son los detalles superfluos o los contextuales.

Este criterio, combinado con el anterior, caracteriza a las declaraciones válidas, desde el punto de la investigación actual. Es decir, es necesario que a pesar de la falta de estructura lineal se puedan unir los fragmentos formando un todo unificado que indique consistencia (estructura lógica).

- 3.Cantidad de detalles. Suele ser difícil elaborar un relato falso con muchos detalles para casi todo el mundo. La abundancia de detalles se produce cuando se describen lugares de forma detallada, personas, objetos, etc. Todo ello apunta a la veracidad de la historia. Sin embargo, la repetición de un mismo detalle no debe considerarse de nuevo. Sólo debe contabilizarse cada detalle distinto.

Según Steller (1994): "La abundancia de detalles en una declaración aparecen cuando, por ejemplo, se describe el lugar exacto, se describen con detalle distintos aspectos de las personas, o se relata la sucesión de acontecimientos paso a paso."

Los criterios englobados en "contenidos específicos", ya no se refieren a la declaración como un todo, sino a elementos concretos que pueden aparecer en partes específicas del testimonio. Según Steller en este segundo paso del análisis de la declaración, se evalúan partes específicas del testimonio en cuanto a la presencia o fuerza de ciertos tipos de descripciones.

Se enfoca en la capacidad cognitiva de los menores. Se considera que en las declaraciones inventadas esos contenidos no se presentarán, dadas las limitaciones cognitivas de los menores.

4. Incardinación en contexto o adecuación contextual. Los sucesos reales tienen una base temporal y espacial, por tanto se trata de evaluar que el contenido de la declaración encaje en unas referencias espacio-temporales. Referencias a momentos y lugares concretos, encuadrar el suceso en la rutina diaria, hábitos, etc. Según Steller "estas interrelaciones tiempo-espacio pueden ser: sucesos diarios, hábitos, familia, conocidos, relaciones de vecinos. Cuando una persona engañosa describe sucesos de interés periférico, no se espera en la declaración esa fusión de sucesos importantes con detalles irrelevantes o influencias mutuas.

Sin embargo, no se puede esperar que toda declaración creíble cumpla este criterio porque un relato de un suceso corto o que sucedió sin ser conectado con las circunstancias existentes puede relatarse sólo en la forma en que sucedió en la realidad. Dentro de este criterio hay que tener en cuenta que los niños pequeños, tendrán una dificultad específica para aportar testimonio con detalles contextuales referentes a espacio y tiempo."

5. Descripción de interacciones. Referencias a secuencias de acciones y

reacciones del testigo y el agresor. Raskin y Esplin (1991) señalan que como mínimo deben describirse tres elementos: una acción, la reacción a la misma y otra acción respuesta a esta última. Si el menor reproduce la conversación a la vez palabra por palabra, en estilo directo se puntúa en este criterio si describe una interacción y también se puntúa el siguiente criterio.

Señala Steller: "Aquí se habla de una cadena de acciones mutuas y reacciones del testigo y de la persona a quien se refiere el testimonio, principalmente de aquellos actos y discusiones que son mutuamente dependientes."

6.Reproducción de conversaciones. Es especialmente revelador que se reproduzcan expresiones o palabras poco comunes para la edad del que declara. Este requisito se cumple cuando el testigo reproduce el lenguaje del autor del delito, aunque no exista réplica o incluye el razonamiento utilizado por éste. Este criterio difiere del anterior en que es necesario no sólo mencionar la existencia de interacción verbal (criterio 5) sino palabras literales de alguna parte de esa interacción verbal, reconocible en forma de diálogo en estilo directo. Aunque no es necesario que exista "réplica" en el diálogo, sí sería necesario que se distinguieran los distintos hablantes.

7.Complicaciones inesperadas durante el incidente. Detalles de la situación concreta como interrupciones imprevistas, problemas o dificultades que detuvieron el curso habitual o la finalización natural del episodio de abuso. La limitación de este criterio es que puede no darse en declaraciones veraces en las que no haya habido ningún elemento inesperado. Ejemplo: alguien interrumpe el abuso porque llama a la puerta.

Las categorías englobadas en "particularidades del contenido" hacen referencia a aspectos cualitativos de la descripción que a juicio de Steller y Kóhnken (1989) estarán más acentuadas en declaraciones basadas en experiencias vividas.

Incluyen las características de una declaración que aumentan su concreción y viveza, aumentan la calidad de su contenido verbal y pueden aparecer en distintas partes de la declaración.

8. Detalles inusuales. En acusaciones inventadas basadas en un esquema general es poco probable que se mencionen este tipo de detalles. Se entiende por tales, aspectos concretos mencionados por el menor en relación al agresor, referencia a objetos, etc. que puedan ser sorprendentes o extraños, aunque no irrealistas. Puntuamos este criterio fundamentalmente cuando el menor es capaz de aportar un dato sobre el abuso que aparece como "único" o "muy infrecuente" y que se considera muy por encima de la capacidad de invención del menor, en casos de niños pequeños.
9. Detalles superfluos. Mencionar elementos que no forman parte del curso de los acontecimientos abusivos, sino que son periféricos y poco relevantes de cara a la acusación. Las personas que mienten no piensan en inventar detalles irrelevantes que no contribuyen a afirmar el suceso alegado. Los detalles superfluos son mencionados por el testigo conectados con el episodio abusivo. Son sucesos que están ocurriendo a la vez o que se mezclan con el suceso en un relato donde los detalles del abuso y los irrelevantes se mezclan.
10. Detalles descritos con precisión, inadecuadamente interpretados. Habitualmente este criterio está relacionado con el nivel de conocimiento sexual del menor. De modo que si éste es bajo, cabe esperar que en su declaración interprete mal, por ejemplo, los gemidos del agresor como dolor o el semen como orina.
11. Asociaciones externas relacionadas. Referirse a otros acontecimientos, conversaciones, de tono sexual fuera del episodio específico, pero relacionadas de algún modo con el episodio entre agresor y víctima entra dentro de este criterio. Por ejemplo, conversaciones previas, o posteriores, con el agresor en las que se mencionaran aspectos relacionados con la conducta sexual de la víctima. Es uno de los criterios que presenta mayor dificultad en lo que se refiere a su

descripción.

Steller (1994) explica que por ejemplo, "en el relato de una relación incestuosa, una asociación externa relacionada puede estar presente si el testigo(la hija) describe una conversación con el acusado (el padre) en la que hablaron de las experiencias sexuales de la hija con otras parejas. La asociación es externa a la alegación pero relacionada con su contenido".

Otro ejemplo puede ser cuando el agresor habla a la víctima de futuras experiencias sexuales que aún no se han llevado a cabo entre ellos, y esto se realiza fuera del contexto de la agresión, ya que si se diera en el contexto de la agresión estaríamos ante conversación y/o interacción.

12. Alusiones al estado mental subjetivo del menor. Descripción de pensamientos y sentimientos de la víctima durante el incidente (miedo, asco, pensar cómo escapar mientras el suceso ocurría). Este criterio se considera de una importancia cualitativa importante. Dentro de la definición entra el relato sobre la evolución de las emociones y sus cambios durante el curso de los acontecimientos abusivos.

13. Atribuciones al estado mental del agresor. Similar al anterior, pero en este caso es mencionar pensamientos, sentimientos y motivos que el menor atribuye al supuesto autor del abuso. Los estados mentales, así como las reacciones afectivas y los estados fisiológicos del autor del delito entran en la definición ("estaba nervioso", "le temblaban las manos", "respiraba muy fuerte").

Los "contenidos relacionados con la motivación" se basan en las posibles causas que llevan al menor a hacer la declaración, de modo que cuando es posible que esté motivado a hacer una declaración falsa no es probable que mencione o incluya determinados elementos que podrían restar credibilidad a la misma. Aunque, como señalan Bekerian y Dennet (1992), ese mismo planteamiento puede aplicarse cuando el menor dice la verdad, ya que también puede estar

preocupado por que le crean y evite hacer comentarios que indiquen falta de certeza.

14. Correcciones espontáneas. Rectificaciones o adiciones de información que el menor realiza de forma espontánea durante la entrevista. Esto cuestiona que el relato sea completamente ficticio o influido por una tercera persona.

En principio una persona que miente no varía su testimonio ni para mejorarlo. Este criterio no puede darse por cumplido cuando una corrección o añadido no es espontáneo, sino consecuencia de influencias o sugerencias del entrevistador.

15. Admisión de falta de memoria. Explica Steller en su definición que "cuando admite falta de memoria, el testigo está en una situación similar a la que se da cuando espontáneamente corrige una declaración previa. Se supone que personas que dan de forma deliberada testimonios falsos más bien responderán enteramente a las preguntas, antes que admitir una falta de memoria de ciertos detalles.

Por tanto, una falta de memoria reconocida en una declaración se considera signo de credibilidad.

16. Plantear dudas sobre el propio testimonio. Steller (1994: 198): "según Undeutsch (1967) el plantear 'objeciones a la corrección del propio testimonio' (p. 153) es también un indicio de la propia credibilidad de la declaración". Puede presuponerse que una persona que está intentando parecer creíble cuando hace una declaración falsa no se inclinará a plantear dudas sobre la credibilidad de la declaración.

17. Auto-desaprobación. "La mención de detalles autoincriminativos y desfavorables en una declaración también indica la veracidad del testimonio. Según Undeutsch (1967: 153) y Dettenborg y otros (1984: 314), la autoacusación de un testigo 'debido a una actitud autocrítica sobre la propia conducta del testigo frente al autor del delito', favorece la credibilidad del testigo. Esta confesión de conducta impropia o errónea no se espera en el testimonio engañoso que pretende incriminar

falsamente al acusado" (Steller, 1994).

18. Perdonar al autor del delito. "Si una declaración tiende a favorecer al acusado (por ejemplo, se dan explicaciones, justificaciones o exoneraciones de su conducta) o si el testigo no hace uso de posibilidades obvias para otras incriminaciones (Undeutsch, 1967: 153) lo considera como una indicación de la veracidad de la declaración". (Steller, 1994).

La quinta categoría que engloba un solo criterio: "elementos específicos de la agresión", hace referencia a que la declaración aluda a los detalles habituales del abuso sexual infantil. Aquí nos estamos refiriendo a detalles que son los habituales en la dinámica abusiva y que de alguna forma contrarían el común conocimiento que tienen sobre abuso sexual infantil las personas que no son expertas en estos temas.

Por ejemplo, la creencia extendida de que son los desconocidos abusan de los niños y de que el abuso se realiza con fuerza.

19. Detalles característicos. Esta categoría hace referencia al contenido de detalles que son especialmente relevantes desde un punto de vista criminógeno. Por ejemplo, una descripción de una relación incestuosa en la que la víctima no opone resistencia, que se describe como larga y continuada y que comenzó con conductas sexuales inocuas (elementos habituales en este tipo de abuso), puede considerarse poco veraz por personas no familiarizadas con los datos empíricos existentes sobre delitos sexuales específicos, pero para nosotros este tipo de detalles constituirán un signo de credibilidad.

Otros detalles característicos se sitúan en torno al secretismo impuesto al niño, los intentos por implicar al niño en el hecho abusivo a cambio de regalos, atención y afecto, la sustitución de las figuras parentales por parte del abusador, argumentaciones típicas que son transmitidas al niño sobre lo inocuo y normal del abuso sexual, etc.

3.4.6. Aplicación

El análisis debe realizarse sobre la transcripción de la entrevista. Deben considerarse sólo los contenidos referidos al incidente sexual. Las informaciones que se repiten sólo se deben contabilizar una vez. También hay que tener en cuenta que una misma información puede aplicarse a más de un criterio. Por ejemplo, suele ser habitual que la información que sirve para el criterio "descripción de interacciones" se ajuste al criterio "reproducción de conversaciones".

Steller y Kóhnken (1989) señalan la posibilidad de tomar decisiones dicotómicas sobre la presencia/ausencia de los criterios, o valorar el grado en que se considera que cada criterio está presente. Habitualmente se diferencia la ausencia (0), la presencia (1) o la fuerte presencia (2) del criterio. Obviamente, este segundo procedimiento añade dificultad a la aplicación y merma la fiabilidad interjueces. Ahora bien, ese procedimiento facilita considerar que cuantos más criterios y con más fuerza aparezcan, más credibilidad se puede estimar a la declaración.

La evaluación debe hacerse por dos psicólogos expertos. El análisis de la entrevista grabada debe ser analizada por cada uno de ellos y por separado. Tras evaluar individualmente cada criterio, hay que tomar una decisión global de la validez del testimonio. Después se ponen las evaluaciones y conclusiones en común. El informe final es producto del acuerdo interjueces.

A la hora de la valoración final, Steller y Kóhnken (1989) advierten que la calidad del contenido de la declaración depende de las capacidades cognitivas del testigo y de la naturaleza del suceso. Cuanto mayores sean las capacidades cognitivas y menor sea la complejidad del suceso, el análisis de la declaración basado en criterios es más difícil. Un resultado positivo en la presencia de determinados criterios puede ser irrelevante si las capacidades cognitivas y verbales están altamente desarrolladas. De igual modo, un resultado negativo por la ausencia de determinados criterios es poco significativo si el suceso es muy breve y poco complejo. Por otra parte, la cantidad de criterios depende de la extensión de la declaración, lo cual nos llevaría a señalar de nuevo la importancia de adecuadas técnicas de entrevista.

3.4.7. Investigaciones sobre el CBCA

1. Esplin, Boychuk y Raskin (1988) analizan la validez del CBCA en casos reales que diferencian en confirmados y no confirmados.

Esplin et al. (1988) consideran el caso confirmado cuando existía algún criterio como la confesión del agresor, evidencia médica y declaración incriminatoria de otros testigos. Los casos que consideraron no confirmados presentaban características como ausencia de evidencia médica, desestimación judicial, informe psicológico sobre la baja probabilidad de que se hubiera dado el abuso y resultados de polígrafo indicando la inocencia del agresor.

De este modo aplican el CBCA a 20 casos considerados confirmados y a 20 considerados no confirmados, puntuando los criterios como ausentes (0), presentes (1) o fuertemente presentes (2). La media para los casos confirmados fue de 24,8 y para los no confirmados, de 3,6. Los criterios que tenían un mayor poder de discriminación fueron: detalles inusuales y superfluos, correcciones espontáneas, elaboración inestructurada y luego descripción de interacciones, reproducción de conversaciones y complicaciones inesperadas durante el incidente. Los menos discriminatorios, por presentarse con baja frecuencia incluso en las declaraciones confirmadas, fueron la incomprensión de detalles narrados con precisión, asociaciones externas relacionadas, dudar del propio testimonio y autodesaprobación. Wells y Loftus (1991) señalan algunas de las limitaciones de este estudio como la posible influencia de las diferencias de edad entre los casos confirmados y no confirmados (las edades iban de 3 años y medio a 17 y había más declaraciones de menores de 5 años en el grupo de no confirmados) y el empleo de un solo evaluador, lo que no permite calcular la fiabilidad interjueces.

2. Boychuk (1991) clasifica los casos en tres grupos. Claramente confirmados (confesión, evidencia médica y condena), fuertemente confirmados (confesión y condena) y muy dudosos (ausencia de

evidencia médica, resultado de inocencia en el test del polígrafo, ausencia de confesión, evaluación de expertos indicando que el abuso probablemente no había ocurrido y desestimación del caso en los tribunales). Posteriormente agrupa los dos primeros y encuentra que en ellos 13 de los 19 criterios del CBCA están más presentes que en el grupo dudoso. Estos criterios fueron los tres de características generales, los cuatro de contenidos específicos, cinco de los criterios referidos a particularidades del contenido (detalles inusuales, detalles superfluos, asociaciones externas, alusiones al estado mental subjetivo) y los criterios correcciones espontáneas y perdonar al agresor del grupo de contenidos referentes a la motivación.

3. Horowitz, et al. (1997), observadores entrenados en el CBCA, analizaron 100 transcripciones de casos reales de abuso en dos momentos diferentes. La segunda evaluación, como media, se producía siete meses después de la primera. Se calculó la fiabilidad interjueces y la fiabilidad test-retest. Los criterios que presentaron una mayor fiabilidad interjueces son: estructura lógica, incompreensión de detalles bien descritos, dudar del propio testimonio, autodesaprobación y perdonar al agresor. Los que presentaron menor fiabilidad fueron la admisión de falta de memoria, detalles superfluos y correcciones espontáneas. Para calcular la fiabilidad test-retest emplearon el porcentaje medio de acuerdo para las dos ocasiones para cada criterio (promediado para los tres evaluadores). Esta fiabilidad resultó alta (porcentajes medios de acuerdo entre el 74% y el 98%), aunque los índices más moderados corresponden a correcciones espontáneas, admisión de falta de memoria y detalles característicos de la ofensa. Los autores plantean que algunos criterios que presentan una baja fiabilidad interjueces deberían ser eliminados o ser descritos de forma más precisa: detalles superfluos, admisión de falta de memoria, correcciones espontáneas, detalles inusuales y asociaciones externas relacionadas.

4. Lamb, et al. (1997) realizan un estudio de campo con 98 entrevistas de archivos legales de Israel. En función de la información disponible, clasificaron los casos en un continuo desde muy probable hasta bastante probable, cuestionable, bastante improbable y muy improbable. No

utilizan todos los criterios, sino sólo 14. Las mayores puntuaciones en el instrumento se obtuvieron en el grupo de declaraciones muy probables. Los criterios individuales que diferenciaban las declaraciones plausibles (muy probables y probables) de las no plausibles (bastante improbable y muy improbable) fueron elaboración inestructurada, cantidad de detalles, incardinación en el contexto, descripción de interacciones y reproducción de conversaciones.

Como principales conclusiones de estos estudios, cabe señalar que el criterio que tiene más poder discriminativo son la cantidad de detalles, incardinación en el contexto, reproducción de conversaciones y elaboración inestructurada, estando estos criterios más presentes en declaraciones verdaderas que en las falsas (Esplin et al., 1988; Boychuk, 1991; Lamb et al., 1997). Entre los criterios menos discriminativos está la autodesaprobación. Otros criterios poco útiles son las atribuciones sobre el estado mental del agresor y dudar del propio testimonio.

En general, el sistema presenta una fiabilidad interjueces adecuada (Horowitz et al., 1997). También los estudios confirman que las declaraciones de los menores de más edad son más ricas en criterios (Boychuk, 1991; Horowitz et al., 1997).

De toda esta línea de investigación también hay que destacar el dato de que se incrementa la precisión al utilizar el CBCA para evaluar la credibilidad cuando se analizan las transcripciones en vez de la información audiovisual.

3.4.8. Lista de criterios de validez

A pesar de que en algunos estudios sólo se emplean los 19 criterios del CBCA, para completar la valoración del testimonio es necesario tener en cuenta otros criterios que constituyen el denominado Listado de Criterios de Validez. Su aplicación supone valorar 11 aspectos diferenciados en cuatro categorías:

A) Características psicológicas:

1. Lenguaje y conocimientos adecuados

2. Afecto apropiado

3. Susceptibilidad a la sugestión

B) Características de la entrevista:

4. Preguntas sugestivas, directas o coercitivas

5. Adecuación global de la entrevista

C) Motivación para informar en falso:

6. Motivos para declarar

7. Contexto de la revelación o informe original

8. Presiones para informar en falso

D) Cuestiones de la investigación:

9. Consistencia con las leyes de la naturaleza

10. Consistencia con otras declaraciones

11. Consistencia con otras evidencias

Se pretende manejar la información disponible con el fin de poder valorar los resultados obtenidos al aplicar el CBCA y poder alcanzar una conclusión definitiva respecto a la validez de la alegación (Raskin y Esplin, 1991).

El primer grupo de elementos hace referencia a considerar las características psicológicas del menor.

1. Adecuación del lenguaje. Tener en cuenta si las habilidades cognitivas del entrevistado y especialmente si sus expresiones y el conocimiento que muestra encaja con el esperado según la edad y la experiencia. Para valorar adecuadamente este aspecto, hay que tener una evaluación de las capacidades cognitivas del menor y conocer si ha podido estar expuesto

a información sexual.

2. Adecuación del afecto. Si las expresiones emocionales durante la entrevista son las que se esperan en esta situación, este aspecto es problemático. Garrido y Masip (2001) señalan que no siempre está claro cuál es la reacción emocional que se espera. En ocasiones se considera que las víctimas deben presentar una alta expresividad emocional, pero también un estilo inhibido puede ser adecuado. Por otro lado, es difícil advertir una expresión emocional simulada.
3. Susceptibilidad a la sugestión. Valorar de forma orientativa si durante la entrevista el menor ha aceptado sugerencias del entrevistador o ha realizado preguntas para poder saber qué debía decir.

Como ya se comentó al hablar de la entrevista, el aceptar una sugestión no indica que su alegación no sea válida.

El siguiente grupo de información se refiere a valorar las características de la entrevista.

4. Preguntas directivas, sugestivas o coercitivas. Este tipo de preguntas han podido influir sobre el contenido de la declaración.
5. Adecuación global de la entrevista. Si la entrevista ha seguido las directrices antes mencionadas del SVA.

Respecto a la motivación para informar en falso hay que tener en cuenta los siguientes datos:

6. Motivos para denunciar. Valorar si con la información que se tiene del caso puede pensarse que hay razones para una acusación falsa.
7. Contexto de la revelación o informe original. Si es el menor el que revela la información y se lo dice a alguien de su entorno la validez se ve reforzada, en comparación con situaciones en las que es un adulto el que revela el hecho y máxime cuando puede beneficiarse de esa información.

- 8.Presiones para informar en falso. Valorar la posible influencia ejercida sobre el menor (sugestionando, entrenando, presionando) para que hiciera la declaración.

El último grupo de aspectos a tener en cuenta son las cuestiones de la investigación.

- 9.Consistencia con las leyes de la naturaleza. Si los acontecimientos descritos encajan con criterios de realismo o si, al ser contrarios a las leyes de la naturaleza, indican que son productos de la fantasía.
- 10.Consistencia con otras declaraciones. Si algún elemento central se contradice con otras declaraciones del menor o de otros testigos.

Hay que advertir que si el menor se ha aprendido de memoria una historia falsa, sus declaraciones pueden ser idénticas. Por otra parte, cuando un menor relata en más de una ocasión hechos que realmente ha vivido, tampoco hay que esperar que la consistencia sea total (Offe, 2000). Pero al menos, cabe encontrar consistencias en el acontecimiento central, el papel que desempeñó y el lugar de los hechos.

- 11.Consistencia con otras evidencias. Contrastar la información obtenida en la entrevista con otros datos del caso (evidencia médica, pruebas de que el presunto agresor no podía estar donde el menor dice, etc.).

3.4.9• Valoración final

Antes de emitir la valoración final sobre el testimonio, hay que tener en cuenta todas las consideraciones adicionales del caso que pueden no estar cubiertas ni por el CBCA ni por la Lista de Validez (documentación, valoración del estado psicológico y emocional, observaciones conductuales, historia familiar, etc).

Teniendo en cuenta todos los datos, se debe determinar la credibilidad global del testimonio. Las posibilidades para expresar esa valoración final se ajustan a las siguientes cinco categorías: muy probablemente creíble,

probablemente creíble, indeterminado, probablemente increíble, muy probablemente increíble.

Existen otros métodos para valorar la credibilidad de un testimonio infantil sobre abuso sexual analizando el contenido de las declaraciones. Sin embargo, no vamos a analizar aquí nada más que la escala SAL, pues acabamos de describir el más utilizado SVA. Para una ampliación en este campo ver Vázquez, B. (2004).

Escogemos esta escala por ser de interés especial en los casos donde se acusa a un progenitor dentro de una situación de guarda y custodia.

3.4.10. Escala para evaluar la credibilidad de las partes en litigio. Escala SAL (Sexual Abuse Legitimacy)

El objetivo de esta escala desarrollada por Gardner (1987) es ayudar a los entrevistadores a valorar la probabilidad de que la declaración tenga una cierta garantía.

La utilidad de la escala se centra en los casos en los que puede entrevistarse al presunto agresor. Las preguntas se formulan de modo que cuantas más sean las respuestas afirmativas, mayor es la probabilidad de que el abuso se haya cometido. Se evalúan las declaraciones del menor, una serie de criterios aplicables al acusador (especialmente cuando es la madre) y una serie de criterios aplicables al acusado (especialmente cuando es el padre). Vemos, por tanto, que la escala está pensada especialmente para aquellos casos en los que el menor ha sido abusado por el padre y la denuncia presentada por la madre.

A) Evaluación de las declaraciones del menor

-Criterios con alto valor diferenciador:

1. Indecisión en la revelación del abuso. Basado en que las víctimas reales pueden sentirse avergonzadas o sentirse amenazadas, lo cual les llevará a no ser espontáneas a la hora de hablar del abuso.

- 2.Miedo ala venganza. Si el menor menciona temor por amenazas contra él o la madre o de suicidio del propio agresor.
- 3.Culpabilidad por las consecuencias para el acusado. Es necesario que esos sentimientos de culpa se manifiesten explícitamente.
- 4.Culpabilidad por su participación en las actividades sexuales. Que en el momento de la declaración el menor manifieste que ha participado en conductas que le hacen sentirse culpable, dado que son socialmente reprobables.
- 5.Aportación de detalles específicos. Respecto a la actividad sexual, lugar y circunstancias.
- 6.Descripción creíble del abuso. Que la declaración se ajuste a lo que se considera razonable en un episodio de abuso.
- 7.Consistencia de la descripción. Cuando el menor tiene una imagen mental de la experiencia, la puede utilizar como referencia para describir lo sucedido, lo que le llevaría a ser consistente en sus explicaciones en sucesivas entrevistas. Hay que tener en cuenta que al desvanecerse los recuerdos con el paso del tiempo y especialmente en los niños más pequeños, puede perderse la consistencia. Por tanto, el criterio es más útil tenerlo en cuenta cuando ha transcurrido menor tiempo desde el supuesto abuso y la entrevista.
- 8.Episodios frecuentes de excitación sexual. Observar un comportamiento sexualizado del niño o considerar creíble la descripción de ese tipo de conductas hacen los padres.
- 9.Daño a los genitales. La existencia de daños físicos o que el menor se sienta dañado debido a su percepción de las actitudes sociales hacia las actividades sexuales mantenidas.
- 10.Juego de desensibilización en el hogar o durante la entrevista. Los menores traumatizados por el abuso se suelen enfrentar al trauma reviviendo la experiencia de una manera manifiesta o bien simbólica.

- 11.Amenazas o soborno para que no revele el abuso. Que el menor describa amenazas del supuesto agresor.
- 12.Ausencia del síndrome de alienación parental. La no existencia de este síndrome incrementa que la declaración se haya realizado de buena fe.
- 13.No hay disputa por la custodia del menor. La ausencia de esa disputa elimina posibles motivaciones a declarar en falso.

-Criterios con valor moderado:

- 14.La descripción no es una letanía ensayada. Aunque hay que tener en cuenta que a medida que pasa el tiempo, una víctima real puede, como consecuencia de haber ido repitiendo la declaración, dar la impresión de estar repitiendo un discurso ensayado. Por eso hay que valorar con prudencia este criterio.
- 15.La descripción no está tomada de otras personas o fuentes. Tener en cuenta la terminología utilizada. Aunque a medida que pasa el tiempo transcurrido desde la denuncia hasta la entrevista, mayor es la probabilidad de que una víctima real incorpore terminología adulta.
- 16.Presencia de síntomas depresivos. Pero hay que considerar que esos síntomas son consecuencia del abuso y no de otros conflictos familiares, por ejemplo decisiones sobre la custodia.
- 17.Retraimiento. Que puede darse en la entrevista, en casa o en el hogar. Hay que evaluar cuáles son las causas de ese retraimiento.
- 18.Personalidad sumisa. En ocasiones la víctima puede desarrollar ese tipo de personalidad, mientras que los menores que han sido entrenados, durante la declaración suelen ser más asertivos y coléricos.
- 19.Desórdenes psicosomáticos. Las tensiones y ansiedades consecuencia del abuso pueden traducirse en componentes somáticos como náuseas, vómitos y dolores estomacales.

20. Conducta regresiva. Como consecuencia del trauma, algunos niños pueden presentar enuresis, encopresis y ansiedad por la separación.

21. Sentimientos de traición. Sentimientos de haber sido traicionados por el agresor, que los explotó y utilizó. También puede referirse a sentimientos de haber sido traicionados por la madre por no protegerlos de los abusos del padre.

-Criterios de bajo valor diferenciador:

22. Trastornos del sueño.

23. El abuso se prolongó durante un período de tiempo extenso. En el caso de historias inventadas, es más probable que se relaten pocos incidentes.

24. Retractarse por miedo a represalias por parte del acusado. En este caso no se retracta por sentimiento de culpa a las consecuencias de la declaración, sino por la presión que el agresor realiza sobre el menor respecto a que guarde silencio. El entrevistador debería ser capaz de diferenciar el motivo por el cual el menor se retracta, lo cual hace que en muchas ocasiones este criterio sea difícil de aplicar.

25. Pseudomadurez en el caso de las niñas. Hace referencia a que como consecuencia del abuso padre-hija, ésta se implique en las tareas del hogar, el cuidado de los hermanos, etc., actuando como si fuera la esposa del padre. Parece que este tipo de reacciones es más probables cuando el abuso se produce con el consentimiento de la madre.

26. Conducta seductora con el acusado en el caso de las niñas. Se aplica el criterio cuando esa conducta sea observada por el propio entrevistador o cuando se considere creíble la descripción que hace la madre de esta conducta.

Como vemos, algunos criterios se extraen de la declaración del menor y otros de los conocimientos que el entrevistador tiene sobre el caso o la conducta del menor.

B) Criterios aplicables al acusador

-Criterios con alto valor diferenciador:

- 1.El acusador inicialmente niega o minimiza el abuso.
- 2.La alegación no se realiza en un contexto de litigio por la custodia del menor.
- 3.Vergüenza por la revelación del abuso. El criterio se cumple cuando se sabe que el abuso ha sido mantenido en secreto y no se ha comentado a muchas personas.
- 4.No se quiere destruir, humillar o vengarse del acusado.
- 5.No se ha buscado un profesional de la salud mental o un abogado. Recurrir a esos profesionales parece ser más habitual en el caso de historias inventadas.
- 6.No interfiere en la narración del menor durante la entrevista conjunta.

-Criterios de valor moderado:

- 7.Es consciente del trauma que puede suponer para el menor la repetición de las entrevistas.
- 8.Aprecia la importancia de la relación entre el menor y el acusado. En los casos de las madres que inducen a mentir, no se manifiesta el deseo de salvar la relación.
- 9.Historial del abuso sexual en la infancia. En ocasiones, las madres de los menores abusados a su vez fueron víctimas de abuso.
- 10.Pasividad y/o inadecuación. En los casos de alegaciones falsas, las madres suelen mostrarse asertivas y dominantes.

-Criterios de bajo valor diferenciador:

11. Aislamiento social. Es más probable que las madres estén aisladas socialmente en casos reales de abuso.

C) Criterios aplicables al acusado

-Criterios con alto valor diferenciador:

1. Sobornó y/o amenazó al menor para que guardara el secreto.

2. Negación débil y/o con poco convencimiento.

3. La alegación no se produce en el contexto de una disputa por la custodia.

4. Presencia de otras desviaciones sexuales.

-Criterios de valor moderado:

5. El agresor tiene historial de abuso sexual infantil.

6. Se muestra reacio a someterse al detector de mentiras.

7. Historial de consumo de drogas y/o alcohol

8. Baja autoestima. Este criterio se basa en que elegir a un menor al que se puede dominar revelaría esa baja autoafirmación y autoestima.

9. Tendencia a experimentar regresiones en períodos de estrés. El padre que abusa de sus hijos suele tener dificultades para manejar situaciones de estrés en las relaciones igualitarias entre adultos.

10. Elección de una profesión que le permite estar en estrecho contacto con los menores.

-Criterios de bajo valor diferenciador:

11. Ser moralista. En ocasiones los agresores incestuosos imponen normas de conductas moralistas en su entorno familiar, recompensando así su sentimiento de ser una persona inmoral.

12.Ser controlador. Conductas dominantes en la familia, siendo el abuso una muestra más de ese patrón de conducta.

13.No ser el padre biológico del menor, siendo una persona con acceso directo al menor. En la medida en que se elimina el tabú del incesto, mayor puede ser la probabilidad de ser agresor sexual.

3.4.11. La credibilidad del testimonio en el caso de adultos

En el caso de los adultos no existe forma de asesorar la credibilidad del testimonio de una forma sistemática como ocurre en el caso de los menores de edad en casos de abuso sexual. En este caso el único acercamiento que podemos realizar es el asegurarnos de que la persona que estamos valorando no padece algún trastorno mental que esté invalidando su capacidad para reconocer la realidad y actuar de acuerdo a esta capacidad. Problema aparte es el caso de testigos con incapacidades perceptivas.

En este sentido remitimos al correspondiente capítulo 5 de este libro "Trastornos mentales y responsabilidad".

Sí que existen estudios, con resultados no sistematizados, que nos pueden orientar en el sentido de signos de alta o baja credibilidad del testigo adulto, por ejemplo, no mirar a los ojos es un síntoma de baja credibilidad. En el capítulo sobre lecturas recomendadas orientamos algún artículo específico de interés.

En todo caso, y excepto que el testigo realmente sufra un proceso patológico, debemos hacer entender al tribunal que mentir no es en sí mismo una conducta mediada por ningún proceso patológico. Es decir, a veces concluimos: "si el testigo miente sabe que miente".

3.4.12. Caso práctico

El presente caso está extraído de la práctica real. Se han modificado todas aquellas referencias personales, étnicas o culturales que pudieran identificar a las personas.

Antecedentes del caso

Se trata de un caso donde el juez solicitaba credibilidad del testimonio y secuelas emocionales en una menor que presenta denuncia sobre un supuesto incesto. La denuncia es demorada, es decir, en el momento en que sucede el supuesto delito ya había cesado el incesto hacía un tiempo. El padre estaba encarcelado, motivo por el que el informe se realiza a la máxima brevedad.

Lo primero que llama la atención del caso es la escasa colaboración que presta la víctima, que no se presenta reiteradamente a las entrevistas o lo hace tres horas tarde. Finalmente, tras mantener un a conversación con ella, sobre el motivo y el alcance de la prueba, acudió a la exploración. El resto de los datos esenciales se detallan a continuación.

1. Objetivo de la pericial:

Con relación a su oficio de 14 de mayo de 2002 donde se solicita "que emitan informe psicológico y se proceda a evaluar posibles secuelas derivadas de la agresión sexual denunciada por la menor F. M. S., así como condición psíquica y veracidad de su testimonio".

2. Metodología:

Se realizó exploración con fecha 20 de mayo, y 6 de junio, tras dos entrevistas concertadas previamente a las cuales no acude la informada o lo hace tarde.

Se mantuvo una entrevista con la madre, de forma conjunta con la menor, dado que la madre no habla castellano. La joven servía de intérprete, al no ser posible conseguir un intérprete jurado de birmano. Se explora la estructura familiar y antecedentes, desarrollo evolutivo y conducta de la menor a través de la madre. Eclosión y desarrollo del conflicto que ha dado lugar a las presentes diligencias.

Entrevista individual con la menor. Estructura familiar y antecedentes. Adaptación familiar, social y emocional. Relato libre de los supuestos hechos que han dado origen a las presentes diligencias. Observación durante la

entrevista. Síntomas psicopatológicos. Vivencia subjetiva de las secuelas emocionales asociadas y repercusión psicosocial de los supuestos hechos. Esta entrevista fue grabada en vídeo.

- La entrevista grabada fue transcrita y analizada de forma independiente por las dos firmantes de esta pericial.

- Técnicas psicodiagnósticas aplicadas: Cuestionario Clínico de Millon, Tea, 1998.

Día 6 de junio de 2002

- Entrevista individual con la menor (continuación).

3. Resultados:

a) Estructura familiar y antecedentes. Desarrollo evolutivo y conducta de la menor

Se trata de una familia birmana, con una historia de emigración a España y malos tratos esporádicos en la persona de la madre por parte del padre, con un bajo nivel de satisfacción conyugal.

Existe una tenue relación y escasa comunicación entre los miembros de la familia, desde nuestro punto de vista cultural. En este momento los dos hermanos mayores, Y. M. S., varón de 30 años, y H. M. S., mujer de 31 años, están posicionados de parte del padre y en contra de F. que es la hermana pequeña y cuenta 16 años. La hermana tercera, T. de 27 años, se mantiene al margen del conflicto.

Según F. esta última hermana ha comentado que "el padre intentó abusar de ella cuando se vino a España con 12 o 13 años". Esta hermana ha convivido de forma inestable con los padres, marchándose del domicilio cuando tenía trabajo fuera de España, conviviendo con parientes. Se mantiene al margen del conflicto actual.

Los hermanos mayores de la denunciante consideran que I a denuncia

atenta contra el honor de la familia" y preferirían soluciones no judiciales como enviar al padre a Birmania, lejos de la familia.

En el núcleo familiar convivía hasta el momento de la denuncia, la propia informada, la hermana H. M. S. y el marido de ésta más el padre denunciado y la madre, restando los otros hermanos independizados del núcleo familiar.

La familia se completa con la madre, X. C., nacida en Birmania, de 54 años de edad. Lleva en España 12 años, desde 1990. Ha trabajado en diversos negocios de tipo familiar, fundamentalmente en restaurantes y en la actualidad en una tienda. El padre, de 54 años e imputado en esta causa, lleva 17 años en España, habiendo desempeñado los mismos oficios.

La posición de la madre en el conflicto es que "el padre ha hecho algo mal". Antes de poner la denuncia la menor se lo consultó a la madre y ésta le dijo "que hiciera lo que considerase correcto".

Según la menor, se decide a poner la denuncia una vez que toda la familia lo sabía sin que nadie, excepto la madre, hubiera abordado el tema con el padre.

Esta situación provoca un empeoramiento en la relación entre el padre y la madre con amenazas de éste hacia la madre "si decía algo", volviéndose más violento. El padre se encuentra encarcelado desde el 2 de abril de 2002.

La menor se encuentra presionada a quitar la denuncia, verbalizando que se siente "culpable", por la situación familiar que se ha creado.

El hijo mayor va a visitar al padre a la cárcel, la hermana mayor y el cuñado también lo han visitado, no así la interesada ni el resto de los miembros de la familia.

La madre dice que "nunca ha tenido buena relación con el marido pero que nunca ha pensado separarse".

Según la informada el padre consume alcohol en cantidades de unos dos litros de cerveza al día más whisky casi todos los días.

La menor nació el 6 de agosto de 1986 en Birmania, de embarazo y parto normales. No sufrió enfermedades perinatales.

El padre, que en su país era profesor, emigra a España cuando la joven tenía unos meses de edad.

En 1990 la madre con la hija pequeña se trasladan a San Sebastián, con el resto de la familia. Allí abren un restaurante.

En el año 91 se vienen a Madrid, donde montan otro restaurante. Trabajaban todos en el negocio familiar. Este negocio duró tres años y medio, lo cerraron y se pusieron a trabajar por cuenta ajena.

Después emigran a Portugal, lugar de residencia actual de la hermana mayor. Allí estuvieron unos 10 meses para volver a Madrid otra vez.

La tienda que regentan actualmente es un negocio que pusieron hace unos cuatro años.

La menor ha estudiado hasta tercero de la ESO. Ha cambiado mucho de centros escolares. Domina perfectamente el castellano.

En varias ocasiones la joven se ha fugado de su domicilio. Explica que esto era debido a lo que pasaba con su padre, a que no se sentía a gusto en casa y a que "estaba enjaulada", sin la libertad que quería. Según ella no la dejaba salir ni hablar con los amigos el padre.

La primera fuga se produce cuando la joven contaba entre 10 y 12 años. Estuvo un día fuera y luego volvió al domicilio.

A los 14 o 15 años se marchó durante dos meses a la casa de la tía de su novio. Allí llamó a su hermana y se marchó con ella a Portugal por espacio de un mes.

Volvió con los padres, a requerimientos de la madre. La madre denunció las fugas ante la policía. El padre no hizo nada.

La menor ha presenciado riñas entre los padres durante las cuales el padre ha pegado a la madre.

A la menor el padre sólo le ha pegado en dos ocasiones. La primera cuando contaba doce o trece años, a causa de que él estaba borracho y le reprochó tener novio, la segunda últimamente con ocasión de marcharse ella a Sevilla un fin de semana con unos amigos.

b) Eclosión y desarrollo del conflicto actual

Hace dos años F. M. S. se enfadó con sus padres tras una riña porque se había marchado unos días a Sevilla.

Se fuga de casa y se refugia en casa de la tía de su novio, donde permanece dos semanas. Más tarde viaja a Portugal donde le explica a la hermana lo que supuestamente estaba sucediendo con el padre. La hermana al principio dijo que no se lo podía creer, después le aconseja que no se lo cuente a su madre, que ella hablaría con el padre para que no volviese a ocurrir. Sin embargo, nunca llegó a hablar con el padre.

La joven vuelve a Madrid, a requerimientos de la madre, mientras se consolida la relación de la informada con el novio y los abusos del padre comienzan a cesar, ya que la interesada se defiende o se escapa y procura no estar en el domicilio.

En octubre del 2001, tras una riña con la madre porque había estado de juerga con unos amigos, con la hermana mayor presente, la joven le relata a la madre lo que había sucedido con el padre. La reacción de la madre fue de no poder "creer", enfadarse un poco y preguntarle por qué no se lo había dicho antes.

La madre dijo que iba a hablar con el padre y F. S. M. se toma un medicamento birmano en su habitación, pensando en suicidarse ante el temor de la reacción del padre.

Hace unos dos años, con 14 años, F. S. M. se había quedado embarazada. Desconocía si el embarazo era de su novio o de su padre, por lo cual decide

abortar.

En diciembre del 2001, en compañía de su hermana mayor, la joven viaja a Birmania, de vacaciones y para ser revisada ginecológicamente por una tía suya.

Tenía dolores con la menstruación. La joven sufría una infección leve. La tía sabía de los supuestos hechos a través de la madre. La joven estuvo unos dos meses en Birmania.

A la vuelta a Madrid, la madre le comunica que le había recriminado al padre los supuestos hechos y el carácter de éste había empeorado, amenazándola con matarla si contaba algo.

Con el padre no habla en ningún momento del tema ni le pregunta qué le había pasado para intentar suicidarse (ingreso de dos días en el hospital). En el hospital le prescribieron atención ambulatoria que nunca recibió porque no fue a consulta.

En Birmania estuvo hablando con su tía, la hermana de su madre. Ésta le dice que si la cosa iba "a mejor", que lo dejase pasar y que se fuese a vivir con su novio, y si no, que hablase con la madre a ver si el padre se iba a Birmania.

Ultimamente los padres discutieron por el asunto. El padre dijo que era mentira, que a lo mejor F. M. S. no era hija suya.

La madre habló con el hermano, pero ni éste ni la hermana mayor hablaron con el padre.

Según la informada el padre pensaba que nadie lo sabía.

Después de ver la reacción del padre hacia la madre tuvo miedo y lo denunció.

c) Entrevista con la menor. Observación síntomas psicopatológicos

La menor se presentó a entrevista correctamente vestida y aseada, lúcida, coherente, colaboradora, sin signos específicos de confusión imaginación-realidad.

Muestra una buena competencia social, estado de ánimo normal, excepto cuando se le solicita que relate los hechos que han dado lugar al procedimiento legal en curso. Cierta labilidad emocional en la primera entrevista. Intenta controlarse parando de hablar.

El control emocional es eficaz en la primera entrevista, mostrándose desbordada en la segunda donde rompe a llorar de golpe, disculpándose por ello, y cesa el llanto de igual manera de forma abrupta, tras unos minutos de aparente concentración, tapándose la cara la informada.

Se muestra muy afectada y culpabilizada por el hecho de haber denunciado los supuestos hechos debido a las consecuencias familiares.

Impresiona como una menor con un cociente intelectual medio o medio alto.

No relata problemas específicos a nivel familiar o social, excepto los reseñados.

No admite secuelas emocionales a partir de los supuestos hechos, si bien se observa un proceso de disociación, con lagunas en la memoria, incapacidad para recordar algunos detalles del supuesto abuso, que va evocando de forma fragmentaria y complementaria durante la primera entrevista y la segunda.

Igualmente presenta una dificultad específica en la vivencia del tiempo, que es característica de un proceso de disociación crónico.

Aunque en el hospital, tras el intento de suicidio, le prescriben tratamiento psicológico la joven no ha solicitado ayuda hasta la fecha, porque según ella "no tenía tiempo y no lo consideraba necesario".

La actitud de la joven es de mantenimiento de control emocional. Permanece hasta la fecha sin síntomas de estrés postraumático aparente en

base al proceso de disociación masiva, con olvido parcial de los hechos, así explica que "no recuerda cuándo fue la última vez, pasó todo mezclado y todo junto y no se lo qué es primero y segundo".

4. Datos derivados de las técnicas psicodiagnósticas aplicadas:

Millon-II. Inventario de análisis clínico de Millon, Tea, 1998.

Obtiene los siguientes resultados significativos:

Perfil válido.

V = 0

Y = 35

Z = 82

X = 75

El perfil obtenido es el siguiente:

| **, 8 A **, 2 *, 6 B +, 8 B +, 3 +, 6 A'', 4'', 5'', 7'' //—//—//—//

No aparecen puntuaciones significativas en personalidad patológica, síndromes clínicos de gravedad moderada o severa.

En las escalas básicas, las puntuaciones más importantes corresponden a las siguientes:

- 1 (personalidad esquizoide)-orientación pasivo-retraída. Se caracteriza por su carencia de deseo y su incapacidad de experimentar en profundidad placer o dolor. Tienden a ser apáticos, indiferentes, distantes y asociales.
- 8 A (personalidad pasivo-agresiva). Estos individuos pugnan entre seguir los refuerzos ofrecidos por los demás y los deseados por sí mismos. Vacilan entre la deferencia y la obediencia, el desafío y el negativismo.
- 2 (personalidad fóbica)-orientación activa-retraída. Sus estrategias defensivas reflejan el temor y la desconfianza de los demás. Mantienen una actitud de vigilancia constante por miedo a sus impulsos y el anhelo

de afecto provoca una repetición del dolor y la agonía que anteriormente habían experimentado con otros.

Hay que hacer la salvedad de que se ha pasado este cuestionario a la joven, de modo orientativo, ya que no se encuentra baremado para población birmana.

A partir del año 2004 contamos con la versión MACI para adolescentes, cuestionario que sería más apropiado para este caso.

5. Análisis de credibilidad del testimonio:

Se realizó análisis estándar de credibilidad de las alegaciones de la menor. Se utilizó el método de Steller y Koenken, 1992.

Esta técnica se basa en un análisis de toda la información obtenida a través del expediente, la grabación por vídeo y posterior transcripción del testimonio que aporta, más su análisis mediante una escala de valoración.

La escala de valoración, CBCA, se aplica al testimonio grabado por dos evaluadores independientes. Esta escala consta de 19 criterios de credibilidad,

El que aparezcan más o menos criterios favorece que la declaración sea más o menos válida, en el sentido de que el menor esté relatando hechos ocurridos en la realidad y no hechos inventados o sugeridos por terceras personas. Tras la evaluación de los criterios de credibilidad se comprueba si el testimonio cumple una serie de criterios de validez.

El análisis combinado entre tipo de suceso relatado, edad mental del menor, criterios de credibilidad presentes en la alegación, criterios de validez, más el resto de los datos obtenidos en la exploración nos llevan a la valoración de la probabilidad de que estemos ante un testimonio más o menos creíble.

Del CBCA se analizan las siguientes categorías:

Características generales:

En este caso aparecen fuertemente presentes los tres criterios correspondientes a estructura lógica, producción inestructurada y cantidad de detalles.

La declaración tiene coherencia, describe un curso de sucesos y todos los elementos de la alegación se pueden componer como un rompecabezas, dentro de un discurso muy desestructurado, con muchas disgresiones y donde se presentan muchas descripciones sobre los objetos, el escenario y las personas presentes en la agresión y saltos en el tiempo.

F. M. S. describe una primera fase de tocamientos no genitales, hacia la edad de siete años. A los ocho años sufre supuestamente una penetración vaginal. A esto le sigue un período de tocamientos genitales.

Entre los 12 y 15 años sufre supuestamente agresión sexual consistente en penetración sin que se produzca eyaculación.

Contenidos específicos:

En esta categoría aparecen presentes dos criterios: incardinación en contexto o engranaje contextual, situándose los hechos dentro de la rutina cotidiana de la menor, a la vez que transcurren otros sucesos: "el día del traslado, cuando íbamos cambiando las cosas, pues en ese momento entonces ya tendría ocho años, por ahí, entonces, el día del traslado, me acuerdo, que pues al ir a llevar las cosas estábamos, me yo fui a llevar las cosas con mi padre, yo estaba, y había tres habitaciones, yo me acuerdo que fue en la primera, una habitación que daba a la calle, lo que es llegamos a casa y estaban las camas hechas, y solté las cosas...".

También aparece fuertemente presente el criterio de descripciones de interacciones entre supuesto agresor y víctima. Ejemplo: "me dijo que me metiera porque tenía que ayudarlo, porque tenía que ayudarlo, con unas cosas de ahí, yo me metí, cerró la puerta y no encendió las luces, yo le pregunté, creo, que las luces estaban apagadas, y qué teníamos que hacer, me dijo que nada, que yo me tenía que tumbar y quitarme los pantalones, en ese momento yo me asusté, dije que para qué, me echó a la cama, me quito lo que es la parte baja, las bragas y los pantalones, ah no, llevaba falda, creo, me quitó lo

que es las bragas y a partir de ahí me penetró".

Peculiaridades del contenido:

De los posibles criterios correspondientes a esta categoría se encuentran presentes los criterios: detalles inusuales: "él siempre antes de correrse, pues siempre salía, era como que le gustara sentir la satisfacción, nunca llegaba a correrse, o sea, siempre me penetraba, se quedaba un rato y cuando sentía que iba a correrse pues se aguantaba, se vestía y se iba"; detalles superfluos, que aparecen conectados con la alegación, por ejemplo: "ya lo que recuerdo más fue que al tener tres habitaciones en la primera estaban durmiendo unos trabajadores"; descripción del estado mental de la víctima: "yo en ese momento sentí dolor y al mismo tiempo miedo, y no me atrevía lo que es a decir, qué es lo que estás haciendo, o qué ha pasado, no sabía si lo estaba haciendo bien o era algo que era malo, entonces a partir de ahí pues me sentí un poco incómoda"; atribución al estado mental del agresor: "él siempre pensó que yo no tendría el valor de denunciarle, o decírselo a mi familia".

Contenidos relacionados con la motivación:

Dentro de esta categoría aparecen presentes los criterios relativos a correcciones espontaneas, admisión de falta de memoria, levantar dudas sobre el propio testimonio y perdonar al agresor.

Elementos específicos de la ofensa:

La agresión alegada se considera característica en tanto en cuanto la edad de inicio es típica, existe progresión en el abuso, éste se realiza sin fuerza ni intimidación a cargo del padre.

También aparecen elementos característicos de incesto, como son el silencio con relación al abuso, las explicaciones o excusas del supuesto agresor: "a lo mejor la víctima no es su hija", más una relación de posesión: le pega por tener novio.

Todo lo anterior matizado por las diferencias culturales.

Criterios de validez:

Se considera que el lenguaje y el conocimiento de la menor sobre el supuesto que alega es adecuado a su edad. El discurso es rápido, desestructurado, se encuentra nerviosa cuando relata los hechos. El lenguaje no varía sustancialmente comparado al lenguaje que utiliza para relatar tópicos no relacionados.

El afecto es congruente con los episodios que narra, mostrando temor a enfrentar al supuesto agresor "quiere ponerse a seguro", en el caso de que el padre salga de la cárcel.

No tiende a exagerar el supuesto abuso, más bien al contrario, intenta minimizar, alegando tocamientos de forma inconcreta, gestualizando, en lugar de verbalizar.

Tiene dificultades a la hora de verbalizar detalles concretos del abuso, mostrando afectación emocional.

La entrevista respetó el principio de relato libre, no se le han realizado preguntas coercitivas.

Ha sido interrogada en dos ocasiones, según consta en el expediente. No podemos controlar el efecto de posteriores cuestionamientos, aunque dado el tipo de familia, poco comunicativa y el que no se encuentre bajo tratamiento psicológico es un factor positivo a la no distorsión de información.

La alegación es consistente con las leyes de la naturaleza, se desconoce si es consistente con otros testimonios y no se conoce evidencia exterior.

No se han encontrado motivos para denunciar en falso, ni ganancia secundaria a la denuncia. La informada no ha explicado lo ocurrido dentro de su entorno social, no aparece como manipuladora durante la entrevista, no existen antecedentes de trastorno mental ni otras denuncias relacionadas.

6. Conclusiones:

Con relación a lo interesado en su oficio, podemos concluir:

- a) En cuanto a la condición psíquica actual de la menor, viene especificada a lo largo de todo el informe.
- b) Las posibles secuelas relativas a la supuesta agresión también se encuentran mencionadas en el informe.
- c) Desde el punto de vista cognitivo existe cierta evidencia de disociación que es un factor de riesgo para la aparición de síntomas de estrés postraumático en el futuro.
- d) Directamente relacionadas con la posible agresión se encuentran las conductas de fuga domiciliaria, intento de suicidio y precocidad sexual.
- e) En cuanto a la valoración de la credibilidad del testimonio lo consideramos probablemente creíble, en función de todos los criterios de credibilidad que aparecen, los criterios de validez, más la situación psicológica en su conjunto.

3.5. Adicciones y su repercusión legal

3.5.1. Introducción

Para el psicólogo forense uno de los grandes temas de intervención son las adicciones, sean éstas físicas o psíquicas, o como más a menudo ocurre, como una mezcla de ambas actuando en la conducta del justiciable.

La importancia de la adicción es mucha, en tanto en cuanto pueda repercutir a la hora de la calificación penal de los delitos y la ejecución de las penas. Pero su importancia va más allá de esto. En capítulos precedentes se ha hecho mención de la adicción a la violencia al menos en el caso de las personalidades psicopáticas. Igualmente hemos utilizado el símil de ludopatía para explicar por qué la mujer maltratada encuentra tantas dificultades en auto reconocerse como maltratada e intentar salir de la situación de maltrato.

La adicción es un problema social que va más allá de lo clínico y lo

forense. Que los distintos gobiernos han sido conscientes de esta realidad se prueba en el hecho de que la adicción a sustancias químicas es el único caso explicitado en el Código Penal de 1995 que de forma "vinculante" obliga al juez, ya sea a modificar las penas, ya sea a sustituirlas.

Lo que esta situación implica pericialmente es que nuestros informes sobre toxicomanía "sí" obligan al juez en este "único caso", a menos que la pericial se encuentre tan mal fundada que el juez desestime su contenido, en cuyo caso debería con toda seguridad solicitar otra.

Se ha dicho hasta la saciedad que si el problema de las drogas desapareciera, desaparecería el 80% de la delincuencia, puesto que al menos un 80% de los delincuentes comunes son toxicómanos.

Desde el punto de vista de realidad de quien ha tratado, observado y valorado toxicómanos esta afirmación es incierta, por desgracia.

Es un error "de bulto", considerar la toxicomanía como el problema en sí, "el problema único" en relación a la delincuencia común. Es cierto que de esta manera podemos "medicalizar" el tema de la toxicomanía y simplificarlo a nivel de opinión pública, pero nunca podremos atajarlo sin considerar sus causas múltiples, la mayoría de ellas de índole psicosocial.

Por ejemplo, hay que hacer notar que si es cierto que una gran mayoría de toxicómanos delinque para conseguir el dinero para la droga, no es menos cierto que la mayoría de los toxicómanos que delinquen ya delinquieron antes de convertirse en toxicómanos.

De la misma forma se puede argumentar que no todos los toxicómanos delinquen y que muchas otras personas que en un momento u otro toman contacto con las drogas nunca se convertirán en toxicómanos.

3.5.2. Algunas consideraciones sobre el tratamiento penal de las toxicomanías

Encontramos dos aproximaciones diferentes. La toxicomanía puede ser en sí misma la causa del delito: toxicómanos que en su búsqueda de la sustancia de

la que dependen cometen delitos, o la adicción considerada como el problema que a su vez causa una desadaptación social que acaba por originar la conducta delincinencial.

Muchas veces la delincuencia aparece por el efecto combinado de varios factores que derivan en un estilo de vida marginal. En la realidad, ambas formas de actuación se entremezclan en el delincuente toxicómano, ya que en genérico, el toxicómano no siempre actúa para conseguir la droga o porque se encuentre bajo los efectos de la droga sino simplemente por un determinado estilo de vida.

La adicción y el síndrome de abstinencia en algunas sustancias químicas se considera como eximente o atenuante y así se recoge en el Código Penal de 1995. Lo anterior es tanto como decir que el único aspecto de la conducta humana que el legislador ha considerado como obligatoriamente modificativo de la imputabilidad de un futuro penado es éste. Otros como la minoría de edad o la enajenación mental son aspectos diferentes en cuanto forman parte de la persona y no se basan en la realización de conductas concretas sino que son aspectos consustanciales a la persona y por tanto no dependen de ninguna decisión individual.

Cuando decimos que la adicción a algunas sustancias químicas se encuentra legislada como causa de modificación de la imputabilidad del delincuente estamos admitiendo que existen "otras" sustancias que no afectan a la imputabilidad. De hecho existe la adicción a la nicotina pero esta droga es por el momento legal y no entraría dentro de las causas de modificación de la imputabilidad. Otras sustancias, como el alcohol, que sí es una droga legal, o las sustancias psicotrópicas, drogas igualmente legales, suponen las únicas excepciones a la regla común.

Cuando realizamos peritajes sobre personas, si éstas son toxicómanas pero esta toxicomanía no ha sido alegada como causa de la conducta delincinencial, nuestros dictámenes van a ser valorados de forma "no vinculante" por el juez.

La consideración de la toxicomanía o adicción como una forma objetiva de modificación de la responsabilidad criminal tiene su derivación inmediata en

la posibilidad de dictar medidas sustitutorias a la privación de libertad por el juez, siempre bajo ciertas circunstancias especificadas, como la no reincidencia del delincuente, que la pena no sea mayor de tres años, la realización de tratamientos en centros terapéuticos y el seguimiento por el tribunal de la evolución del toxicómano.

Los artículos que rigen la modificación penal por toxicomanía son los siguientes:

1. Artículo 20 del C. P. de 1995:

"[...] están exentos de responsabilidad criminal:

[...] 2.º El que al tiempo ¿e cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de la dependencia de tales sustancias que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión."

2. El Artículo 21 establece:

"[...] son circunstancias atenuantes:

1.a las causas expresadas en el capítulo anterior cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos.

2.a la de actuar el culpable a causa de su grave adicción a las sustancias mencionadas en el n.º 2.º del artículo anterior.

6.a cualquier otra circunstancia de análoga significación que las anteriores."

En el ámbito civil, encontramos referencias en el Derecho de Familia en cuanto la condición de drogodependiente, influye poderosamente a la hora de

otorgar la custodia de los menores e incluso limitar las visitas, pero no es motivo suficiente para privar de la patria potestad.

En relación a la capacidad de obrar "en genérico", las toxicomanías (salvo casos muy avanzados de deterioro mental) no resultan suficientes para privar de la capacidad de hacer, civil o criminalmente hablando, a no ser que como se expresa en los artículos de la ley se delinca "por causa de la droga".

Por ejemplo, un toxicómano que se dedique a violar en serie, a no ser que pudiese demostrar además un deterioro mental sobrevenido por el uso de la droga, no vería por ello mermada su imputabilidad a título penal por causa de su toxicomanía.

En el ámbito social, y más concretamente en el orden laboral, encontramos sentencias que han considerado las "toxicomanías graves" como causa de invalidez.

La complicación laboral más importante es el absentismo. Otra complicación, menos evidente y conocida pero más peligrosa, es la asunción de riesgos excesivos para él y terceros por parte del toxicómano cuando utiliza drogas excitantes como la cocaína, o su incapacidad para concentrarse en trabajos de alta o mediana precisión bajo el síndrome de abstinencia, lo cual a su vez puede originar accidentes.

3.5.3. Los trastornos del comportamiento y la conducta inducidos por sustancias

Los trastornos del comportamiento inducidos por sustancias se dividen en dos grupos:

Trastorno por consumo de sustancias: dependencia y abuso.

Trastornos inducidos por sustancias: intoxicación, abstinencia, delirios, demencia, trastorno amnésico, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual y trastorno del sueño.

Dentro de las sustancias con sintomatología de interés forense se

encuentran: alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cannabis, cocaína, fenficlidina, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos principalmente, aunque cualquier sustancia que pueda haber influido en la comisión de un delito o en la realización de un acto civil como la emisión de un testamento nos interesa.

En la mayoría de las ocasiones, en la realidad, el consumo no es exclusivo sino que se mezclan sustancias encontrándonos con polidependencias.

De ahí que debamos tener en cuenta los efectos del uso y la abstinencia de las drogas y para ello no nos queda más remedio que estudiar cada una de ellas por separado. Sin embargo, a la hora de valorar a una persona determinada hay que tener en cuenta que lo muy extraño es encontrar un toxicómano de una única sustancia.

De cada sustancia hay que tener en cuenta la vía de administración, la edad de inicio con cada tipo de sustancia, la duración de sus efectos en esa persona concreta, el uso de varias sustancias, los trastornos mentales asociados y los hallazgos de la exploración física y laboratorio.

Las circunstancias en que se consume una determinada droga, y en concreto cuáles son los antecedentes y consecuentes debido a la toxicomanía, son tan importantes como la sustancia en sí; por esto, antes de entrar en la criminalidad de las drogas se impone definir algunos conceptos que giran en torno al fenómeno de la adicción:

Adicción (sinónimo de dependencia física): Estado fisiológico alterado por el consumo repetitivo de una sustancia cuya retirada provoca una sintomatología orgánica típica para cada droga. Lo natural en la adicción es que una droga que en principio provocaba unos efectos determinados deja de provocarlos. Estamos en la fase de adicción. Ahora ya no se trata de consumir una determinada droga para conseguir unos efectos sobre el estado de ánimo y la conducta, en esta fase el toxicómano busca la droga simplemente para evitar los efectos desagradables de su carencia. Nos encontramos en la siguiente fase de la espiral de la droga: la tolerancia.

Tolerancia: Pérdida del efecto de la droga por el uso constante de la

misma, con necesidad de incrementar la dosis para obtener el mismo efecto. Sin embargo, en esta fase el toxicómano comienza a sufrir los efectos adversos de la droga. Estos efectos adversos son aquellos que no se pueden evitar simplemente subiendo las cantidades que son consumidas. Todo el entorno social, laboral y familiar del toxicómano se puede ver alterado en esta fase. Es típico que además el toxicómano niegue que lo es. Cuantos más problemas se van acumulando mayor es la tendencia a la negación por parte del toxicómano. Una parte muy importante del problema de la toxicomanía se encuentra aquí. Como en esta fase todavía el toxicómano puede mantener la fachada social, intentará poner remedio por sí mismo a la situación.

De hecho la caída en la politoxicomanía no es a veces más que el intento de un toxicómano de "compensar" los efectos de unas drogas con otras.

Una mujer de profesión modelo de unos 30 años fue detenida por tráfico de drogas. Explica cómo el hecho de tener que salir de su domicilio, viajar desde los 18 años y estar muy delgada la incita a tomar drogas excitantes que le impedían comer, además debía alternar en fiestas, lo cual la lleva a consumir grandes cantidades de alcohol. Para compensar los efectos de los estimulantes acaba acudiendo al psiquiatra donde explica sus síntomas de ansiedad (que eran ciertos), debidos al abuso de cocaína, pero ocultando este consumo. El psiquiatra le recetó ansiolíticos. Como sigue consumiendo cocaína a dosis muy altas cada vez necesitaba más tranquilizantes para dormir. Ya no dormía nunca sin sedantes. Acude a un segundo psiquiatra que le vuelve a recetar más sedantes. A la vez seguía yendo al primero, con lo cual conseguía más recetas. Mezclaba los tranquilizantes con el alcohol. Llega un momento en que antes de cada actividad consume una droga diferente.

Toda este sistema de vida acaba repercutiendo en su trabajo. Dejan de contratarla debido a su estado físico deteriorado, la delgadez extrema y el deterioro mental. Entonces comienza a entrar en el mundo de la pseudo prostitución para poder sufragarse la droga, aunque aún trabaja como modelo, pero cada vez de forma más

esporádica. Conoce a un joven, también adicto, con quien sufre una decepción amorosa que la inclina aún más hacia el mundo de la droga. Finalmente uno de los "camellos" a los que acude, le propone un pequeño tráfico que ella acepta. Es detenida. Cuando se le realizó la pericial estaba contenta de estar en la cárcel porque lo vivía como una oportunidad de desintoxicarse y rehacer su vida. Estaba en un grupo de tratamiento.

Abstinencia: Es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración de la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia.

A continuación se presentan de forma esquemática las diversas sustancias y los efectos conductuales que debemos esperar en el drogodependiente.

Cuadro 3.12. Efectos del alcoholismo I

- Intoxicación aguda normal
- Período de excitación: irresponsable
- Embriaguez semiplena: atenuante
- Embriaguez plena: eximente (no intencional ni habitual)

Cuadro 3.13. Efectos del alcoholismo II

- Embriaguez patológica: irresponsable
- Alcoholismo crónico: evaluación caso por caso. Complicaciones:
 1. Encefalopatía aguda o crónica (*delirium tremens*)
 2. Alucinosis alcohólica
 3. Delirio celotípico alcohólico
 4. Síndrome de abstinencia

Cuadro 3.14. Efectos de la cocaína

- Capacidad para inducir al delito por la sensación de omnipotencia y agresividad
- Uso crónico: alteraciones del ánimo
- Responsabilidad disminuida en el uso agudo grave
- Responsabilidad inalterada en uso crónico
- Síndrome de abstinencia: responsabilidad disminuida

Cuadro 3.15. Efectos de la marihuana

- Responsable: uso regular
- Responsabilidad disminuida: síndrome psicoorgánico
- Irresponsable: cuando el delito deriva de una alucinación. Es un efecto raro y se identifica con el trastorno mental transitorio

Cuadro 3.16. Efectos de los alucinógenos

- Trastornos psíquicos graves
 - a) crisis de ansiedad
 - b) estados agudos de temor
 - c) episodios delirantes agudos
- Alteraciones mentales crónicas
- *Flash-back*
- Trastornos orgánicos

Cuadro 3.17. Efectos de los solventes orgánicos

- Características: acción depresora del SNC comparable con el alcohol
- Uso crónico: anemia aplásica y daño orgánico cerebral
- Responsabilidad atenuada, proporcional con el compromiso del SNC
- Principalmente son menores los que utilizan este tipo de estupefacientes: pegamento, etc.

Cuadro 3.18. Efectos de la mescalina

- Características: excitación, alucinaciones y despersonalización, sensación de invulnerabilidad con tendencia suicida. Sedación nerviosa y física y luego depresión del SNC
- Responsabilidad: disminución importante o irresponsabilidad absoluta

Cuadro 3.19. Efectos de los opiáceos

- Reacción adversa a la heroína provoca irresponsabilidad penal
- Alteración somática concomitante a dependencia crónica (hepatitis, cirrosis hepática, SIDA)
- Intoxicación crónica: responsabilidad penal plena o atenuada según los casos
- Síndrome de abstinencia: semi responsable o irresponsable

Cuadro 3.20. Efectos de las drogas de diseño

- Graves alteraciones neurovegetativas a dosis medias o altas
- Euforia ligera, sensación de omnipotencia física
- Alteración del ciclo sueño-vigilia
- Posibilidad de muerte súbita al mezclarse con otras sustancias
- Baja alteración de la responsabilidad penal

3.5.4. El perfil psicológico del consumidor de sustancias

El caso de la mujer modelo que acabamos de exponer nos pone sobre la pista de varios aspectos consustanciales a la droga que hemos mencionado más arriba.

Por un lado vemos que se trata de una persona que desde muy joven se encuentra fuera del entorno doméstico. Es decir, de alguna manera la estructura familiar en el toxicómano suele estar alterada.

Esto no significa necesariamente que los padres sean disfuncionales. Simplemente el toxicómano suele encontrarse desvinculado del grupo familiar desde la adolescencia. Unas veces encontramos que en una misma familia aparecen varios toxicómanos, con una preferencia a desarrollarse la

toxicomanía en los varones sobre las mujeres, pero otras aparece un solo toxicómano dentro de lo que parece una familia "normal", con el resto de los hermanos adaptados.

Lo que sí aparece como claro y repetido en el toxicómano es su gran dependencia respecto al grupo de iguales, de ahí la reiterada influencia del entorno y el que los tratamientos insistan en alejar al toxicómano de su entorno habitual, aislándolo incluso o confinándolo fuera de cualquier ambiente que recuerde al que originalmente fue el enclave de la drogodependencia.

Parece que el toxicómano se hubiera quedado siempre en la fase de "adolescencia", siempre en una situación de perpetua "disponibilidad". De una forma abierta o más bien encubierta el drogodependiente no acepta roles adultos. Si forma una familia ésta tiende a romperse por su toxicomanía. De forma instrumental la toxicomanía le mantiene incapaz y necesitado de asistencia por parte de otros. En los casos más extremos y debido a su múltiple problemática, el drogodependiente consigue que su familia le abandone. De una forma paradójica es precisamente cuando el drogodependiente consigue tener una familia adquirida estable que se van a dar los mejores resultados de recuperación.

Podemos diferenciar a grandes rasgos entre varios grupos de toxicómanos siempre que tengamos en cuenta las características comunes ya expuestas.

El primer grupo lo compondrían aquellas personas que son toxicómanas como efecto secundario de una psicopatología clínica previa. Es el caso de los alcohólicos con cualquier tipo de trastorno ansioso. Los sujetos de este grupo pueden tener graves problemas de personalidad, impulsividad, déficit en el control de impulsos, escasa tolerancia a la frustración y tendencias depresivas. Detrás de un trastorno de ansiedad puede existir un trastorno de personalidad. Todo lo anterior favorece el rechazo al mundo adulto, a la familia de origen y la adscripción a grupos de referencia informales de los que depender. En el mismo orden de cosas utilizan la droga como forma de afrontar los problemas. Si se van marginalizando de forma progresiva acaban por cometer delitos.

Pero como decíamos en la introducción existe un grupo donde el historial delictivo es "previo" a la toxicomanía. Su toxicomanía es continuación de la conducta antisocial previa. Pueden tener personalidad antisocial, o simplemente pertenecer a grupos subculturales no integrados. Sus alteraciones psicológicas, si las presentan, no son tan marcadas como en el caso anterior. Presentan mejor adaptación social que el grupo anterior.

En un tercer grupo, la adicción viene explicada por una conjunción de factores de índole psicosocial como la exposición a drogas, presión de grupo, pertenencia a grupos que no pueden acceder a la cultura o a bienes de consumo. Presentan la mejor adaptación social de los tres grupos (por tanto mejor pronóstico) y menos frecuencia de trastornos.

Hay que entender que una vez que una persona establece una adicción, la incidencia de actividad criminal o de alteraciones psíquicas es parecida en todos los grupos, es decir, de forma aparente no podemos distinguir el origen de la adicción y su mejor o peor pronóstico por el tipo de delitos que realizan o por el tipo de disfunciones psicológicas que presentan.

Si tuviéramos que decir a qué grupo pertenece la mujer del caso expuesto la adscribiríamos con toda seguridad al grupo tercero, siempre y cuando antes realizáramos una adecuada entrevista que nos permitiese descartar un estilo de vida antisocial anterior al consumo y la inexistencia de psicopatología grave antes del inicio del consumo.

Sin embargo, esta misma conducta delincuencia en otra persona de características psicosociales aparentemente idénticas a la anterior puede tener unos antecedentes personales y un pronóstico muy diferente aunque sus manifestaciones conductuales sean idénticas.

3.5.5. La evaluación del toxicómano desde el punto de vista de la pericial

Desde el punto de vista de la pericial psicológica pocos casos hay donde las conclusiones de nuestro informe son tan importantes y la posible aproximación a la realidad clínica del sujeto en el momento de los hechos tan difícil.

Por eso es posiblemente en estos casos donde la destreza inherente a la capacidad del perito para realizar la entrevista como pieza clave de la evaluación adquiere su máxima importancia.

En efecto, si la pregunta del juez es "estado mental de la persona en el momento de los hechos en función de su toxicomanía", o bien el perito psicólogo estaba allí en el momento de los hechos, lo cual no es nunca el caso, porque en éste caso sería testigo y no perito, o bien existen pruebas físicas que demuestran que en el momento de los hechos esa persona estaba bajo los efectos de una sustancia estupefaciente. Pero aún en el caso de que no aparezcan sustancias puede ser que la persona estuviese bajo los efectos del síndrome de abstinencia. En éste caso y una vez detenidos, los presuntos delincuentes tienen derecho a ser reconocidos por un médico forense.

Principalmente nos encontramos en estos casos con una situación donde debemos realizar una aproximación "perfectamente ortodoxa" desde el punto de vista pericial.

Así seguimos todos los pasos enunciados en el capítulo dedicado a la realización del informe pericial en este libro:

Examen del expediente antes de la entrevista. Análisis de todos los documentos donde se incluye:

- tipo de delito

- informe forense si lo hubiera

- declaraciones del imputado y los testigos

- informes médicos sobre enfermedades asociadas: hepatitis, HIV, cirrosis, etc.

- informes psicológicos y/o psiquiátricos

- informes de centros donde el toxicómano ha estado en tratamiento

-tratamientos dentro de la cárcel

informes toxicológicos: informes sobre presencia de sustancias en el organismo del imputado en el momento de la detención

Es evidente que a veces no vamos a tener toda esta información. Otras veces será necesario solicitar informes de otros profesionales, o ponernos a habla con ellos.

Es importante que contactemos con algún miembro del sistema familiar. Muchas veces los familiares del toxicómano se muestran renuentes a colaborar en una pericial porque la toxicomanía del familiar constituye un problema que quisieran soslayar.

En estos casos es muy importante el que el psicólogo sea capaz de contactar telefónicamente con la familia para explicarles la naturaleza de su colaboración. Lo que básicamente se solicita de la familia es que sirvan de "fuente de cotejo de datos" que nos aporta el informado.

Se suele proceder a entrevistar a la familia en primer lugar, lo mismo que se realiza cuando la pericial se refiere a niños. La filosofía es que el toxicómano es básicamente dependiente.

Con el expediente estudiado y la familia entrevistada procedemos a entrevistar a la persona que es objetivo del peritaje.

La entrevista debe ser semiestructurada, partiendo de las preguntas más cerradas hacia las más abiertas una vez que ya se ha ido estableciendo un nivel de confianza suficiente con el perito.

Hay que tener en cuenta que en la entrevista procederemos con una metodología expresa y que es idéntica a la de cualquier peritaje excepto que en el caso de las toxicomanías nos detendremos a analizar edad de inicio en el consumo, curso del consumo, historia de deshabituación si la hubo, y motivación para el consumo. Es muy importante determinar cuál es el "locus de control" del toxicómano.

También debemos averiguar si la persona toxicómana ha intentado rehabilitarse y ha recaído, o si nunca lo ha intentado. En una situación de pericial casi todos los toxicómanos van a explicar que alguna vez han intentado deshabitarse. Si esta deshabitación ha sido "ellos solos, sin ayuda de nada ni nadie", no la tomamos en consideración, porque no es real sino una forma de dar una imagen positiva, aunque efectivamente haya existido la voluntad de dejar la droga en un momento u otro.

Es importante saber cuántas veces ha estado un toxicómano en la cárcel y en este caso qué ha ocurrido respecto al consumo.

El acceso a la droga en la cárcel es mucho más difícil. Algunos toxicómanos de hecho acaban por deshabitarse dentro de prisión. Esta deshabitación física es importante, porque es una muestra de conducta mediante la que el drogodependiente entiende "que puede vivir sin la droga". Paradójicamente, la desintoxicación es un efecto positivo de la privación de libertad.

Si después de estar desintoxicado durante un tiempo en la cárcel el toxicómano vuelve a recaer, esto se debe a que su toxicomanía se mantiene sobre factores exteriores de índole psicosocial. Estos factores son casi siempre trastornos de personalidad y las condiciones sociales a la salida de prisión que ya existían previamente.

En una muy elevada proporción los toxicómanos que salen de prisión vuelven a recaer si no reciben asistencia social.

Sin embargo, desde el punto de vista de la rehabilitación y del pronóstico es mucho más positivo haberse deshabitado y recaído varias veces que no haberlo hecho nunca.

El apoyo social y familiar es muy importante, pero a la vez el toxicómano es capaz de "quemar" todos los recursos familiares, tanto los afectivos como los económicos marginalizándose su conducta de forma imparable.

La droga que más deterioro mental provoca es el alcohol. Contra lo que se piensa, los opiáceos no suelen provocar deterioro mental irreversible, si bien

sí observamos trastornos psiconeurológicos en una situación de intoxicación. La cocaína tampoco provoca un deterioro mental que se pueda observar a corto plazo. Son corrientes sin embargo los trastornos de conducta.

En el toxicómano con preferencia a la heroína no podremos basar nuestro informe sobre el deterioro mental presente, al menos de forma general y salvo excepciones.

Como ya se ha expuesto, el toxicómano suele ser politoxicómano, utiliza varias drogas antagonistas para equilibrar o suprimir los efectos de unas y otras.

Para el perito no es tan importante saber exactamente los efectos sobre la conducta, ya que la mezcla habitual de sustancias y el que los hechos han ocurrido hace tiempo hace imposible saber cómo se encontraba la persona en ese momento concreto. Para suplir estas limitaciones basamos nuestro dictamen más en la historia biográfica, los antecedentes y consecuentes, si se pueden determinar y la información de la familia, que es esencial.

En el caso que se expone a continuación confluyen toda una serie de factores típicos dentro de una toxicomanía cuyas consecuencias se han extendido a la totalidad de la vida de la persona y su entorno familiar.

Se ha escogido este caso por tratarse de una politoxicomanía de larga duración y donde el origen social no puede explicar la aparición del problema. Es la adicción un problema de todas las clases sociales, aunque las más desfavorecidas vayan más frecuentemente a la cárcel. Otro factor para la elección de este caso es la objetivación de un deterioro mental y la existencia de un trastorno de personalidad de base que hunde sus raíces en trastornos de conducta en la infancia.

En el capítulo dedicado a técnicas psicodiagnósticas se exponen algunas escalas para objetivar la dependencia, el abuso y la adicción a sustancias.

3.5.6. Caso práctico

Se solicita "informe psicológico" de tipo genérico. En el expediente consta

que el informado se declara politoxicómano. El delito es robo con intimidación con arma blanca. Cuando realiza los hechos ante un cajero de madrugada la víctima testifica que le da la impresión de estar borracho.

Consta informe forense sin interés. Fue detenido a los tres días de haber realizado el robo con intimidación.

Consta informe de su centro de detención donde se explica que el informado está en tratamiento con metadona.

1. Objetivo de la pericial:

Según su oficio de 28 de julio de 2003 donde se solicita informe sobre el interesado.

2. Metodología:

Para la realización del presente informe se efectuó reconocimiento psicológico del informado con fecha 3 y de 22 agosto de 2003 en las dependencias de esta Clínica Médico Forense de Madrid.

Se mantuvo además una entrevista con el hermano del informado con fecha 29 de septiembre.

Las pruebas psicodiagnósticas practicadas fueron las siguientes:

- Entrevista individual semiestructurada con el informado. Estructura familiar y antecedentes, desarrollo evolutivo y conducta. Observación. Conducta durante la entrevista. Síntomas psicopatológicos. Vivencia subjetiva con relación a los hechos que se le imputan.
- Estudio de las diligencias que se adjuntan al informe.
- Minimental. Examen cognitivo.
- TRVB. Test de retención visual de Benton
- EUAD. Escala de uso, abuso y dependencia, 1992.

3. Resultados:

A) Datos derivados de las entrevistas

A.¡) Estructura familiar y antecedentes

Don Jesús XX tiene 62 años, es marino mercante de profesión, según explica, sin trabajo actual, en paro desde hace unos 20 años. Dice que tuvo que abandonar el trabajo debido a que tenía "trastornos a consecuencia del alcohol". Según lo que narra ha mantenido relación de pareja con compañera sentimental, con quien no está casado y de quien tiene cinco hijos de edades 25, 23, 21 y 13 años. Aunque explica sobre la familia "me han dejado tirado".

Existe algún tipo de problemática grave a nivel familiar, ya que aunque el informado niega haber ejercido malos tratos respecto a la mujer, dice haber sido condenado judicialmente y haber "pegado lo normal" a su excompañera. Según él existe una orden de alejamiento. También expresa que a algunas mujeres les gusta que les peguen, como a la suya, y que: "¿quién no ha pegado unas bofetadas a la mujer?".

El informado expresa con desagrado que su familia le ha rechazado, y que su mujer "ha aprovechado para volar", refiriéndose a que la mujer ha "aprovechado" eventualmente su actual detención. Se muestra contradictorio, poco claro e incomprensible al hablar de los conflictos familiares, por una mezcla de falta de colaboración con la entrevista y deterioro mental que impresiona clínicamente en las dos entrevistas como leve-moderado.

Cuando se le solicita un teléfono de contacto no puede aportar ninguno de sus hijos o mujer, facilitando el de su hermano don julio XXX.

Explica que cuando salga de la cárcel "tendré muchos problemas de convivencia". Echa la culpa a la mujer de no entender que la droga es "una enfermedad". Asimismo focaliza la problemática familiar en cuanto a los problemas económicos derivados de tener cinco hijos, aunque matiza "los he podido sacar adelante".

Todo lo anterior se expone de forma deslabazada y falta de unidad

cronológica que haga comprensible el conflicto real a nivel familiar. Achaca directamente sus problemas con la familia al supuesto abuso de alcohol, sin admitir ninguna responsabilidad directa en su situación.

A.2) Desarrollo evolutivo y conducta

Según él comenzó consumir alcohol de niño, siendo que la primera vez que se emborrachó fue en su primera comunión, siendo ya adicto al alcohol a los 13 años.

Hizo estudios primarios y después los correspondientes a marino mercante.

Explica que a los 17 años su madre lo llevó al doctor XXX, el cual cree que le dijo a la madre que "tenía un 40-50% de alcohol en la sangre". Según él estuvo en tratamiento psiquiátrico y se curó.

Después de este tratamiento, no ha vuelto a estar en tratamiento, aunque actualmente, en la cárcel de XXXX donde se encuentra ingresado, le ven psicólogos y un psiquiatra, sin que sepa explicar quién es el médico que le trata ni tipo de tratamiento que toma.

Por informe que aporta el interesado y nos consta, en prisión se encuentra en tratamiento con metadona con fecha de inicio en el tratamiento de 21 de mayo, certificado 5 de junio de 2003, sin que conste ningún otro tratamiento médico.

En cuanto al consumo de drogas, aparte del consumo de alcohol, según él, hacia los 40 años de edad comienza a consumir heroína y cocaína. No constan tratamientos de desintoxicación.

Conecta la ingesta de estas drogas a que por entonces en su entorno "estaban enganchados todos". Explica que le echaron de un trabajo, siendo que oficiaba de jefe de una cadena de operarios de la empresa llamada "Manufacturas XXX".

Vuelve a conectar la ingesta con problemas económicos:" también era mecánico de taller pero no me daba para solucionar los problemas de los

hijos" (económicos).

Cree desde un punto de vista subjetivo que los problemas que ha tenido se deben a un exceso de exigencia en cuanto a sus responsabilidades económicas en el hogar. Según explica: él "no podía soportar tanto gasto".

A.3) Conducta durante la entrevista. Observación. Síntomas psicopatológicos. Vivencia con relación a los hechos que se le imputan

Se presentó a entrevista correctamente vestido y aseado, lúcido, coherente, colaborador.

Durante la entrevista da poca información válida, impresionando como un cociente intelectual normal, con un nivel de desempeño verbal y un razonamiento sugerente de deterioro mental mayor al debido a su edad cronológica.

No se objetivó psicopatología actual que alterase su capacidad de conocer la realidad y actuar según este conocimiento. De hecho dice no consumir alcohol desde su ingreso en prisión. No relata síndrome de abstinencia.

Dice sufrir "depresiones", desde hace unos 10 años, siendo que no consigue explicar en qué consisten estas depresiones, explicitando que "tenía abuso de alcohol y me metí en líos".

El informado explica que ésta no es su primera detención, la primera de ellas ocurrió a los 40 años "cuando estaba en la calle, me enganché a la droga, fue un escándalo terrible". Dice haber cumplido unos cinco años de internamiento en la cárcel hasta la fecha, siendo ésta su segunda detención.

El informado dice que no merece estar en la cárcel, sólo admite robos con fuerza y explica: I o que yo he hecho son tonterías".

Explica las supuestas depresiones que padecía como "siempre cansado y me quedaba dormido".

En cuanto a fallos de memoria según él, sufre los siguientes trastornos:

-A veces no sabe lo que ha hecho, no lo recuerda.

-Del todo no recuerda su vida.

Por otra parte, a veces ha pensado que la policía le perseguía, cuando bebía.

A preguntas explica que en una ocasión ha visto un pozo y ha pensado que había personas dentro, estando en estado de embriaguez.

Como planes de futuro, para cuando salga de la cárcel, piensa solicitar la pensión no contributiva.

Dice que tiene dos hermanos con los que se lleva bien.

En ningún momento admite responsabilidad por sus acciones y se muestra como una víctima.

B) Datos derivados de las técnicas psicodiagnósticas

B.1) MMSE. Mini-examen cognoscitivo

Obtiene una puntuación de 27 sobre 35 puntos, correspondiente a deterioro cognitivo ligero.

Se observa disminución cualitativa para orientación, memoria, concentración y lenguaje.

B.2) TRB. Test de retención visual de Benton

Forma C, administración A.

Total errores 13, total aciertos 3, indicación de deterioro cognitivo marcado.

B.3) EUAD

Obtiene resultados compatibles con dependencia grave para el alcohol y leve para la heroína y cocaína.

C) Entrevista con hermano del informado

Se entrevista al hermano mayor de don Jesús, don Carlos, de 68 años, el cual refiere lo siguiente:

La familia de origen vivía en Cuenca, estaban bien situados, siendo el padre director de una sucursal bancaria. A Jesús le metió en los marianistas que enseguida lo expulsaron. Lo trasladaron interno a los escolapios de Madrid para intentar que cambiase su carácter, ya que según el hermano en lugar de darle por estudiar le dio por juntarse con mala gente y escaparse de los colegios.

Era el tercer hermano entre tres varones. No estudió más que estudios primarios. Hace unos 45 años Jesús se fue a bañar al río, se quedó dormido y cogió una insolación muy fuerte, tendría 17 o 18 años. La familia achaca, al menos en parte, los trastornos de conducta de esta persona a este percance, si bien los problemas aparecieron antes cronológicamente.

Jesús lleva bebiendo alcohol mucho tiempo y en grandes cantidades, por ejemplo una botella de whisky le puede durar una mañana. Es posible que lleve 45-50 años bebiendo, según el hermano.

Según don Carlos su hermano está "loco". Insiste en que cuando salga de la cárcel no tiene donde irse a dormir, porque "no lo van a admitir en su casa".

Su hermano le ha contado reiteradamente que "va a matar a toda su familia". El hermano cree que es verdad que piensa hacerlo ya que el hermano se encuentra desesperado y no está bien de la cabeza.

Según don Carlos don Jesús se juntó con una mujer que era prostituta, con quien ha estado 35 años y ha tenido 4 hijos. Se han tratado entre los hermanos y con la cuñada aunque don Carlos explica que él personalmente la odia".

El problema ha venido, según don Carlos, de que se han unido los hijos y la mujer contra su hermano. El hermano ha robado desde que se juntó con esta mujer. A base de robar y con el dinero de la herencia de él consiguieron un

piso en Parla.

El hermano estuvo poco tiempo en la marina.

Cuando lo mandan a la prisión de XXX, fue a verle. En donde se encuentra ahora no puede ir a verle. La familia de él, la mujer y los hijos no quieren saber nada de Jesús.

La mujer de Jesús se ha comprado un chalet en la costa, todo lo han puesto a nombre de ella, para que no lo pudiera tocar la justicia. Como consecuencia de esto ella se ha quedado con todo. Según don Carlos, el hermano y la mujer han vivido siempre por encima de sus posibilidades. Como con sesenta años ya no tenía fuerzas para robar y traer dinero a casa, cree que éste es el motivo del abandono de la mujer y los hijos.

El hermano dice que él no lo va a acoger cuando salga de la cárcel; tiene otro hermano en Alicante con siete hijos. Jesús no tiene ni una peseta. Carlos le proporciona dinero para un café o tabaco.

Los hijos del informado tienen 28 años la mayor, mujer, abogada, varón de 25, mecánico, otra hija está estudiando con 18 años y aún tiene una pequeña con 6 años.

Ahora mismo lleva dos años en la cárcel. "Él cogía el coche y se iba borracho a robar, principalmente", según el hermano. Ha pasado unos 8 años en la cárcel, siempre por robos con fuerza.

Según el hermano del informado sus padres le llevaron al mejor psiquiatra, pero él se juntó con ladrones en XXX.

El hermano no sabe dónde están la mujer y los hijos de Jesús. Don Carlos considera que su hermano no está bien en la cárcel y desea que lo ingresen en un psiquiátrico.

4. Conclusiones:

Con relación a su oficio de 28 de julio de 2003, y según los datos que han

podido obtenerse a partir de la pericia) realizada, cuyos resultados se han venido exponiendo a lo largo del informe se puede concluir:

- a) El informado posee una capacidad mental normal de base, si bien, en función posiblemente de su adicción a las drogas, y en concreto a su supuesta adicción al alcohol presenta un grado de deterioro mental importante. Este deterioro no le hace incapaz de entender las situaciones sociales simples pero sí puede influir en su capacidad para futurizar sobre las consecuencias de sus acciones. Se trata de un politoxicómano con preferencia al alcohol (ver entrevista y tests), siendo ésta la droga que más deterioro mental provoca. De sus manifestaciones se infiere una alta problemática familiar con la existencia de malos tratos como uno más de los antecedentes de esta persona.
- b) En función de lo anterior no se pueden pasar tests a fin de determinar si el informado padece o no trastorno de personalidad, lo cual, en base a la historia biográfica que presenta, y a la información aportada por el hermano, más la conducta observada en la exploración, podemos hipotetizar que sí existe. Al trastorno de personalidad de base le acompañan ideas paranoides típicas de personas alcohólicas (achaca la responsabilidad de todas sus desgracias a la mujer e hijos a quien amenaza con matar). Es incapaz de establecer una relación social adecuada, realizando durante la entrevista afirmaciones fuera de contexto y que claramente le perjudican.
- c) De la misma forma, hipotetizamos, en base a la historia clínica y a las amenazas que profiere abiertamente contra la mujer e hijos, que el informado padece en un grado moderado una disminución de su capacidad de racionalización y control de la conducta.
- d) No se puede descartar que el informado intente cumplir sus amenazas de matar a la mujer y los hijos, por lo que una vez fuera de prisión habría que articular alguna medida de contención y protección social tanto para él como para la familia, puesto que se va a encontrar completamente solo y en situación de altísimo riesgo.

e) Precisa medidas de tipo social como internamiento en centro protegido de adultos. Actualmente se encuentra desintoxicado físicamente.

Es todo lo que tiene el honor de informar.

3.6. Accidentes, deterioro e incapacidades

3.6.1. Introducción

En el ámbito forense los accidentes y sus consecuencias - deterioro cognitivo y secuelas psicosociales - merecen una mención especial. En la práctica los accidentes de tráfico constituyen uno de los campos más importantes de actuación dentro de la medicina forense. Para el psicólogo forense, como para el psicólogo clínico, los accidentes de tráfico implican un vasto campo de actuación dentro de la valoración psicológica de los "traumatismos craneo encefálicos", los llamados desde ahora aquí en abreviatura TCE. Estas valoraciones han dado lugar a la aparición de una subespecialidad clínica: la neuropsicología.

En el caso de las periciales, se nos va a exigir una valoración neuropsicológica cuando el demandante, normalmente un accidentado de tráfico, pretende conseguir una determinada indemnización. Es lo que normalmente llamamos un deterioro cognitivo que puede traer aparejado otro tipo de deterioro: laboral, social, emocional, familiar. Las valoraciones psicológicas que realizamos, después deben adaptarse a unas tablas de indemnización, que no necesariamente encajan exactamente con lo observado en la exploración.

Lo normal es que sea el médico forense, o el propio juez quien después aplique estas tablas publicadas en el BOE, 9-11-95 según la Ley de Seguros 30/95, en función del resultado de nuestro informe. Sólo en casos contados se nos solicita que seamos nosotros los que apliquemos el baremo, sin que eso sea óbice para que debamos conocer las tablas y el mecanismo indemnizatorio.

Cuadro 3.21. Síndromes psicológico-psiquiátricos

• Neurosis postraumática	5-15 puntos
• Psicosis postraumáticas (difícilmente consideradas como secuelas)	—
• Psicosis maniaco-depresiva	30-40 puntos
• Síndrome depresivo postraumático	5-10 puntos
• Desorientación temporoespacial	10-20 puntos
• Síndrome de Moria (frontalización, desinhibición social, chiste fácil, infantilismo)	25-35 puntos
• Excitabilidad, agresividad continuada	10-30 puntos
• Excitabilidad, agresividad esporádica	2-10 puntos
• Síndrome demencial	75-95 puntos
• Alteración de la personalidad	2-10 puntos
• Síndrome orgánico de la personalidad (conducta infantil, labilidad emocional, incongruencia afectiva)	30-40 puntos

Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidente de circulación. Ley 30/95. Adaptado de Centro de Rehabilitación Fremap. Servicio de Psicología. Mahadahonda (Madrid).

Para valorar la indemnización de una persona determinada se tiene en cuenta el tipo de lesión, la incapacidad permanente o días que ha estado de baja y el salario que ha dejado de percibir si éste es el caso.

En caso de fallecimiento la compañía de seguros está obligada a aplicar un baremo según unas tablas correspondientes a edad del fallecido, salario que percibía al año en el momento de su muerte y personas a cargo si las tenía. También los beneficiarios figuran por su orden en las tablas indemnizatorias. Es evidente que la cuantía de estas indemnizaciones va variando a lo largo del tiempo. Las cantidades son publicadas en el BOE.

Cuadro 3.22. Alteraciones cerebrales

<i>Síndrome postconmocional</i> (cefaleas, vértigos, alteraciones del sueño, de la memoria, del carácter, de la libido)	5-15 puntos
---	-------------

Síndromes deficitarios. Disfasia:

• Alteración más o menos importante del habla, pero capacidad de comprensión normal del lenguaje hablado y escrito	25-35 puntos
• Alteración de la comprensibilidad e incluso imposibilidad de comunicación	35-45 puntos
• Afasia	45-50 puntos
• Amnesia (retrógrada o postraumática)	2-20 puntos
• Amnesia de fijación	35-45 puntos
• dislalia-disartria	10-20 puntos
• Dispraxia	10-20 puntos
• Déficit de la coordinación psíquica	10-22 puntos
• Disminución de la atención	2-15 puntos
• Capacidad de respuesta disminuida	5-15 puntos
• Ataxia-apraxia	30-35 puntos
• Coma vigil (estado vegetativo crónico)	90-95 puntos
• Pérdida de capacidad intelectual: C. I. 67 a 80	20-30 puntos
• Pérdida de capacidad intelectual: C. I. 36 a 66	30-50 puntos
• Pérdida de capacidad intelectual: C. I. 0 a 35	50-80 puntos
• Diabetes insípida	10-15 puntos
• Puesta de manifiesto de una diabetes mellitus latente	10-15 puntos
• Foco irritativo encefálico postraumático sin crisis comiciales y en tratamiento	1-5 puntos

Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidente de circulación. Ley 30/95, BOE 9-11-95

Adaptado de Centro de Rehabilitación Fremap. Servicio de Psicología. Mahadahonda (Madrid).

La fórmula para obtener la puntuación, cuando en una misma persona concurren varias lesiones o incapacidades es $100-M * m / 100+M$, siendo "M" la lesión de mayor puntuación y "m" la de menor.

Remitimos al lector interesado en la ampliación de este tema la obra de E.Esbec Rodríguez y G.Gómez Jarabo (2000), que aparece en las lecturas recomendadas y en la bibliografía de este libro.

Dentro del orden civil aún existe otro ámbito importante de actuación para el psicólogo pericial: es el campo de las incapacidades.

En el campo penal podemos valorar las secuelas o el posible deterioro tanto en el caso de víctimas (Ley de víctimas de delitos violentos y contra la

libertad sexual, 13/95), como en caso de deterioro en caso de imputados.

3.6.2. Ámbito civil

La capacidad civil, lo mismo que la responsabilidad penal, se considera plena en todas las personas físicas a partir de los 18 años. Sólo si se puede demostrar que una persona no es capaz de gobernarse a sí misma o bien que constituye un peligro para ella o para terceros el fiscal instará un procedimiento de incapacidad, tutela o curatela con todas las garantías.

La tutela o curatela las debemos considerar como incapacidades atenuadas, la persona sólo es desposeída de sus capacidades para unas determinadas situaciones, pero no en su capacidad global.

La incapacidad civil es un procedimiento legal que se instruye a instancias del fiscal. Para que se declare a una persona incapaz hay que probar una causa o alteración innata o sobrevenida muy grave y conseguir la seguridad jurídica del presunto incapaz.

La capacidad civil supone que la persona es apta para autogobernarse y gobernar sus bienes sin que en ningún caso nadie pueda impedirle ejercer libremente los actos civiles que determine como casarse, comprar bienes o venderlos, dictar testamento, cambiar su residencia, etc.

En caso de internamiento psiquiátrico involuntario es preceptiva la autorización del juez. Esta autorización se realiza también después de la emisión de un informe forense, lo cual supone la declaración de "incapacidad transitoria" de esa persona.

Para que una persona sea declarada incapaz los peritos deberán presentar un informe donde se especifique que sus facultades intelectivas (comprensivas) o las volitivas (determinarse libremente para actuar) se encuentran muy mermadas o del todo anuladas. Esto con independencia de que los déficits que se puedan apreciar sean funcionales, estructurales, sobrevenidos por causa de enfermedad o accidente o innatos.

Así, una incapacidad por déficit intelectual de una persona nacida

con esa deficiencia, es una incapacidad por un déficit estructural innato. Una incapacidad por una psicosis en un adulto es una incapacidad por un déficit funcional sobrevenido.

Cuadro 3.23. Promoción de la incapacidad

- Por déficit estructural o funcional de las facultades intelectivas o volitivas.
- Con independencia de que el déficit sea congénito o sobrevenido por causa de enfermedad o accidente.

En cuanto a las motivaciones para solicitar una incapacitación, son diversas, y en la mayoría de los casos las personas que solicitan al fiscal que promueva un expediente de este tipo suelen ser familiares o personas que ostentan la tutela del presunto incapaz.

Entre las motivaciones más importantes para solicitar una incapacidad tenemos las siguientes:

1. Proteger al incapaz. A veces una tutela o curatela es suficiente, de manera que la persona no pierde del todo su capacidades legales. Se trata de que el incapaz no ejercite acciones que vayan contra sus intereses o sea engañado por terceras personas para que así lo haga. Los menores son incapaces o irresponsables civilmente y su representación legal la ostentan sus padres o quienes ejerzan la patria potestad sobre ellos. La responsabilidad civil de los daños que cometan los menores en función de actos cometidos asimilables a delito de ser mayores de edad recae sobre los padres o tutores. Los incapaces mayores de edad tienen de la misma forma un representante legal.

Desde el punto de vista social, la incapacidad cobra especial relevancia cuando se trata de personas que poseen grandes fortunas, o al contrario, en el caso de mayores que son dependientes de otras personas y que carecen de recursos.

2. Facilitar la obtención y gestión de un subsidio o pensión. La minusvalía psíquica declarada por el Inersa igual o superior al 65% conlleva

derecho a una pensión. A veces esta declaración de minusvalía viene precedida de la incapacitación legal o al revés. Si el minusválido psíquico es además incapaz, su representante legal será quien gestione su pensión. Muchas veces la intervención requerida en estos casos es de índole psicosocial.

3. Evadir la acción de la justicia. Algunas veces personas que han cometido estafas alegan incapacidad mental por déficit intelectual o enfermedad mental.
4. Proteger a terceros. En casos de padres maltratadores o enfermos mentales, por ejemplo, el proceso de incapacidad viene a intentar proteger a los hijos de las decisiones potencialmente negativas o peligrosas para éstos.
5. Anular los efectos civiles de contratos de compraventa, matrimonios, testamentos, etc. Las personas que intentan esta vía en general se encuentran ante la eventualidad de haber sido estafados o engañados en tan gran cuantía que se encuentran dispuestos a reconocer que en el momento de la firma de un contrato no se encontraban capaces de contraerlo.

Cuadro 3.24. Motivos para promover a incapacidad

- Proteger al incapaz
- Facilitar la obtención de un subsidio
- Evadir la acción de la justicia
- Proteger a terceros
- Anular los efectos de contratos

Cuando realizamos un informe para asesorar en la promoción de una incapacitación dos son las preguntas a la que debemos contestar.

¿Se encuentran las capacidades intelectuales intactas? ¿La persona presenta alguna psicopatología que la esté limitando en su capacidad de tomar decisiones libremente?

Esquematizando, de las dimensiones que nos interesan valoraremos en primer lugar las funciones intelectuales.

En términos generales estas funciones intelectuales pueden encontrarse alteradas por los siguientes procesos:

Deficiencias mentales congénitas.

Deterioro cognitivo debido a enfermedad mental funcional, trastornos psicóticos de curso crónico (esquizofrenias), o psicosis que cursan en brotes (psicosis maniaco-depresiva).

Deterioro cognitivo debido a enfermedad mental de tipo degenerativo con alteración estructural, trastornos de la familia de las demencias: Pick, Alzheimer, Demencia senil, etc.

Deterioro mental secundario a accidente (TCE) o a enfermedad médica: deterioro mental global y deterioro de las distintas funciones, afasias, síndrome del lóbulo frontal, etc.

Para valorar este deterioro contamos con una serie de escalas neuropsicológicas de uso corriente y que se encuentran descritas en el capítulo correspondiente a Técnicas Psicodiagnósticas en Psicología Forense de este libro. Entre las más utilizadas mencionaremos aquí: el Bender, el Test de retención visual de Benton, El Weschler, la Escala neuropsicológica Barcelona, el Stroop, el Trail Making, el Minimental, adaptado por Lobo, el Passat, etc.

Todos estos tests y cuestionarios exigen una práctica clínica de su uso y una comprensión exacta de lo queremos decir cuando hablamos de deficiencia mental o deterioro cognitivo.

Los dos acercamientos básicos a la valoración de las funciones intelectuales son el de tipo global, mediante la aplicación de tests que miden la inteligencia de forma general, y aquellos otros, las técnicas psiconeurológicas que han sido diseñadas para valorar déficits concretos que suelen darse de forma conjunta en función del síndrome cerebral que aparezca.

Cuando utilizamos una técnica de valoración global como el WAIS, la más utilizada en este campo, deberemos añadir a la prueba unos determinados índices "de deterioro" que han sido diseñados a posteriori, al objeto de obtener una determinada puntuación o cociente entre las puntuaciones que "mantienen" respecto a aquellas que "no mantienen" a lo largo del tiempo. Es decir, se constata que en el envejecimiento "normal" implica que una serie de pruebas dentro de la escala permanecen intactas mientras que en otras la edad influye haciendo que cuanto mayor la persona menor la capacidad. Se obtienen así índices de deterioro donde se compara a una persona con otras de su mismo rango de edad.

Un caso público e importante que ilustra de forma muy gráfica la relevancia de un posible deterioro mental como alegación para evadir la acción de la justicia es el caso Pinochet. En este caso fue en base a la exploración neuropsicológica, basada en un test WAIS que se dictaminó su incompetencia para ser juzgado.

Es evidente que la exploración de las facultades intelectuales siempre se va a iniciar con una entrevista semiestructurada con la persona que vamos a informar. En el caso de posibles incapacidades resulta un requisito imprescindible realizar una entrevista previa con algún familiar.

En esta entrevista con la familia se intenta delimitar el grado de autonomía y las discapacidades subjetivas que se aprecian desde el punto de vista familiar. Asimismo se explora la posición de la familia ante la incapacitación de la persona.

El grado de autonomía que tiene una persona es muy importante, ya que la combinación entre esta autonomía y los hallazgos que obtengamos mediante la pasación de los tests es lo que nos dará la pauta si nos encontramos ante una persona susceptible de ser incapacitada o no.

Cuando se trata de valorar simplemente un cociente intelectual, debido a una presunta deficiencia, la pasación de cualquier test de inteligencia general es una opción válida. En este caso adaptamos la prueba a la edad y el nivel cultural de la persona. En el ámbito forense no son infrecuentes los casos en

que debemos atenernos a escalas poco comprometidas con lo cultural, como es el caso de la escala Raven o el Test Beta, éste segundo diseñado de forma específica para analfabetos funcionales.

Los tests neuropsicológicos están diseñados desde otro punto de vista, como ya se ha precisado.

El Test Barcelona, que tiene la ventaja de poseer baremos españoles, por ejemplo, no nos da información sobre nivel intelectual de la persona interesada pero sí nos aporta información sobre su adecuación a unos mínimos donde no se aprecia deterioro comparada con su grupo de edad y competencia cultural. A partir del test obtenemos unos determinados perfiles que nos orientan sobre el diagnóstico del trastorno específico que sufre la persona.

Las escalas neuropsicológicas habitualmente han sido diseñadas para personas que se encuentran hospitalizadas con graves lesiones cerebrales, que sufren fuertes déficits y que son exploradas en varias sesiones.

En lo posible, un estudio forense debe seguir la guía de administración del test con la mayor precisión. Si bien es evidente, en nuestro caso no estamos observando personas hospitalizadas, ni tampoco lo hacemos en las fases iniciales de la lesión o accidente. Examinamos a la persona precisamente cuando ya ha sido dada de alta hospitalaria y donde ha habido una evolución de las posibles secuelas. Esta dilación en el tiempo es por una vez positiva. El hecho de que los TCE evolucionan y lo hacen más en las personas jóvenes, que son las que más lo sufren, hace que un examen de las secuelas un mes después del accidente puede no ser eficaz. Es de hecho más realista valorar unas secuelas como permanentes al menos un año después del accidente, si las lesiones físicas han sido graves.

3.6.3. Entrevista con el presunto incapaz por déficit cognitivo

En ella seguimos lo que sería una entrevista de intervención tipo estándar y observamos cómo se desenvuelve socialmente la persona ante alguien que no conoce, en un ambiente que le es extraño y haciendo frente a una situación nueva y que le puede ser incluso hostil.

Como en cualquier intervención pericial, es importante establecer desde el inicio una adecuada relación de entrevista, presentarnos, explicar el motivo del peritaje en curso en el caso de que la persona pueda entenderlo y asumirlo, cosa que habremos explorado con los familiares. Hay que intentar lograr una buena colaboración de la persona con la prueba y que ésta no le sirva de sufrimiento. A veces, puede ser difícil que el presunto incapaz entienda, por su limitación intelectual, la naturaleza de la prueba. Si estimamos que no puede entender, o si tenemos informes que orientan en este sentido, accedemos a presentarnos pero no añadiremos el estrés suplementario de facilitar informaciones que la otra persona no puede entender o malinterpretar.

Hay que explorar la adaptación a todos los niveles, las actitudes y las motivaciones.

Es muy importante valorar si la persona es o no consciente de su déficit y las repercusiones emocionales que lo anterior conlleva.

Debemos poner atención al lenguaje, la memoria, las habilidades y capacidades sociales, averiguar si el supuesto incapaz ha realizado algún tipo de trabajo o taller de educación especial, la autonomía y el razonamiento abstracto. Es muy importante explorar si el presunto incapaz lleva algún tipo de vida independiente al margen de la familiar, si tiene amigos, si puede gestionar sus recursos económicos.

Durante este primer acercamiento le podemos proponer problemas de la vida cotidiana o de aritmética sencilla que nos orienten hacia su capacidad de adaptación a situaciones nuevas y su conocimiento del valor aproximado de las cosas.

Una vez realizada la entrevista pasamos a planificar los tests que consideremos necesarios. Recordamos que una vez realizadas las entrevistas ya tenemos trazada una hipótesis de trabajo que vamos a intentar validar con las técnicas psicodiagnósticas.

Una vez que obtengamos el C. I. concreto, calculamos el error de medida

+/-5 y hacemos la valoración final utilizando este número de una forma orientativa.

En los deficientes mentales un aspecto básico a considerar a la hora de la incapacidad es que ciertas facultades pueden encontrarse relativamente conservadas e incluso alcanzar niveles normales, mientras que generalmente fallarán a nivel de razonamiento abstracto.

Con el número concreto de C. 1 y el resto de la información recabada de familiares, otros informes de profesionales y cualquiera otras fuentes de información acudiremos a los manuales psicodiagnósticos en vigencia CIE-10 o DSM-IV-R. Aquí comparamos a la persona observada con los criterios que se nos señalan.

Una complicación añadida y _que es relativamente frecuente en casos límite o fronterizos entre la normalidad y la deficiencia mental es que éstos pueden acompañarse de otros trastornos, normalmente trastornos de personalidad. Alteraciones genéticas raras, como el síndrome XYY, nos colocan delante de personas "casi normales" en lo intelectual pero con fuertes trastornos del comportamiento y de los impulsos.

Cuando un deficiente mental posible incapaz presenta además un trastorno grave en su conducta la valoración se hace más difícil, puesto que la valoración de los síntomas sólo la podemos realizar a partir de la historia biográfica y la observación, debiendo renunciar a cuestionarios clínicos. Además necesitamos saber si la psicopatología que aparece es recurrente, reversible, destructiva, etc.

Aunque la familia aporta una valiosa información, los informes psicopedagógicos y de terceras personas más objetivas nos pueden aportar información más equilibrada. En casos dudosos, o cuando un supuesto incapaz aparece con una fuerte negatividad, se aconseja posponer la exploración para otro día, ya que el estado emocional negativo puede ser transitorio.

Como señalan Muñoz Céspedes y otros (1997), la incapacitación puede provocar graves perjuicios al incapaz, ya que le desposee de sus derechos

civiles, y al contrario, no incapacitar a quien lo necesita puede devenir en grandes desastres.

Hasta aquí la exploración del presunto incapaz por causa de disminución de sus facultades intelectivas. Pero, ¿qué pasa cuando las funciones intelectuales no presentan deterioro, o el deterioro es mínimo, y sin embargo la persona se muestra incapaz de autogobernarse por causas imputables a variables psicopatológicas?

Esta pregunta nos sitúa de lleno en el estudio de las funciones volitivas y su posible alteración.

Las funciones volitivas se alteran debido a enfermedades mentales que afectan la percepción de la realidad o impiden adecuarse a esta percepción, siendo estos trastornos principalmente:

Trastornos psicóticos.

-Trastornos de personalidad.

-Demencias.

-Trastornos en el control de impulsos: ludopatía, juego patológico, piromanía, etc.

Sin embargo, hay que señalar que la posible "reversibilidad" de la enfermedad o el que ésta curse en "brotos" con períodos más o menos largos de remisión desaconsejan una incapacidad, siendo las demencias de todo tipo, por su carácter degenerativo no reversible, aquellos casos donde con más facilidad va a encontrar el perito causas de incapacitación.

3.6.4. Valoraciones periciales por causas sobrevenidas del exterior: agresiones, accidentes de tráfico y laborales (TCE)

El problema principal en la práctica forense es la diversidad de quejas subjetivas que los traumatizados craneales pueden presentar.

A esta situación se une la evidente ganancia secundaria que el traumatizado puede obtener ante su alegación de síntomas (indemnización), más el deterioro psicopatológico (sin dromes clínicos menores como ansiedad, distimia, hipocondriasis, etc., o severos (psicosis, cuadros orgánicos), trastornos que pueden superponerse a la sintomatología del déficit puramente cognitivo.

Las dificultades que plantean los TCE son diversas, puesto que muchas veces una determinada queja subjetiva no tiene correlato fisiológico. También ocurre a la inversa, ante lesiones objetivables a nivel cerebral se observan personas que no presentan las quejas subjetivas que serían esperables.

Puede ocurrir, por ejemplo, que una persona con síntomas afásicos no presente una lesión en el área del lenguaje, entonces ¿cómo objetivar que realmente esa persona sí sufre esa secuela y que no está fingiendo para obtener una indemnización?

El problema es complejo y vamos a tener que solucionarlo "por partes". En primer lugar hay que tener claro que en genérico a mayor severidad en la lesión cerebral mayores secuelas. Sin embargo, existen lesiones "no objetivables", lo cual no implica que no existan, simplemente no se pueden detectar. Igualmente existen tumores "no detectables" actualmente, a pesar del desarrollo de las técnicas de neuroimagen.

El problema contrario fue resuelto con anterioridad en la investigación. En algunos casos el cerebro recupera ciertas funciones que había perdido en un primer momento, ya que aunque las células cerebrales no se regeneran, cuando una parte del cerebro se lesiona las otras partes de éste tienden a adquirir las funciones que se habían perdido. Por eso hemos dicho antes que en el caso de la valoración de secuelas subsecuentes a un TCE el paso del tiempo es un dato positivo para la pericial, porque los TCE tiene un tiempo de evolución estimado de tres años para los más severos (coma profundo según Glasgow, días a meses de UCI y lesiones amplias objetivables) y de al menos un año para las conmociones cerebrales que han cursado con lesión, aunque luego esta lesión haya teóricamente revertido: hematoma subdural que después se reabsorbe.

Como introducción a las valoraciones del TCE de tráfico (caso mayoritario de los que se valoran), se realizó un trabajo conjunto Clínica Médico Forense de Madrid y Barcelona (Vázquez B., Hernández J. A., 1993).

En este trabajo se constataron una serie de hechos que siguen teniendo vigencia actual.

En primer lugar se señala que el 63% de las muertes de varones entre 15 y 29 años en España se deben a accidentes de tráfico. Dado que la relación muertos-heridos se sitúa en nuestro país de 1 a 20, los accidentes de tráfico ocasionan al año una cantidad muy considerable de los lesionados observados en las Clínicas Médico Forenses. Estos lesionados colapsan principalmente las secciones correspondientes de traumatología.

Entre los TCE remitidos a Psicología en las Clínicas Médico Forenses, un 80% de ellos corresponden a accidentes de tráfico y el resto a otras causas: accidentes laborales, agresiones, etc.

Las variables implicadas en la aparición de los TCE y sus índices de recuperación son los siguientes: la edad; entre 20 y 30 años la mitad de los casos registrados. La proporción por sexos se sitúa en torno a un 75,5 % para varones y un 24,5% para mujeres. Las mujeres suelen accidentarse antes y para todos los grupos encontramos que la recuperación no es dependiente tan sólo de la gravedad inicial del TCE. Otros factores como personalidad premórbida y condicionantes psicosociales tienen su importancia.

Un dato interesante es que las mujeres, como grupo, se recuperan en mayor medida que los hombres ante lesión cerebral igual. Una hipótesis tentativa que explica este fenómeno constatado en muchos estudios es que las mujeres presentan una "menor especialización" hemisférica, en cuanto a lóbulo derecho e izquierdo, siendo el cerebro femenino más plástico a la hora de recuperar funciones. El varón tendría más localizadas las funciones según las áreas cerebrales. Una de las formas en las que se ha intentado que los varones recuperen funciones en traumatismos muy severos es proporcionándoles hormonas femeninas, estrógenos, que se supone les sirven de ayuda a que su cerebro pueda ser más "polivalente".

Vemos como en el fondo de estos tratamientos se encuentran las teorías actuales que defienden las diferencias cerebrales hombre-mujer, ligadas a la acción de las hormonas en la fase peri y neonatal.

En nuestras valoraciones periciales sobre "secuelas psicológicas" hemos de apreciar dos tipos de variables: variables psicopatológicas no apreciadas con anterioridad al TCE y deterioro cognitivo subjetivo y además confirmado de forma psicométrica.

En el estudio citado, con una muestra de 45 personas, se encontró que en más del 24% de los casos, las personas remitidas a valoración psicológica presentaban antecedentes de tratamiento psicológico o psiquiátrico, lo cual es una tasa muy alta. La hipótesis que subyace es que una personalidad premórbida donde ya aparecen problemas favorece la mala resolución de los TCE.

En la valoración pericial es esencial no sólo la observación "in situ" del lesionado, sino de modo especial las variables pronósticas a largo plazo.

En estudios longitudinales se ha comprobado que las curvas de recuperación son diferentes según las funciones cognitivas, así pacientes con lesión cerebral grave ejecutan peor tests de recuerdo verbal - no así reconocimiento ni comprensión - y coordinación visomotora, siendo estos dos índices los dos mejores pronósticos de recuperación cognitiva.

En el estudio llevado a cabo sobre 45 casos de TCE comentados observamos las siguientes conclusiones:

La proporción estimada entre mujer y varón es la estimada en otros estudios. A la clínica llegan TCE de edades entre 8 y 81 años, con una media de 32,82 años y una desviación típica de 17,93 años.

En cuanto a la severidad se observan un 24,44% de casos clasificados como leves por el neurólogo, 13,33 moderadamente severos y un 62,22 presentando lesiones cerebrales severas.

En cuanto a antecedentes de tratamiento psicológico o psiquiátrico anterior

al TCE la tasa era de un 24,44%.

Los trastornos psicológicos posteriores al TCE se observaron en un 84,5 del total.

La objetivación de deterioro cognitivo se apreciaba en un 62,66%.

El deterioro sociolaboral (pérdida de empleo, actividades sociales, novia, amigos, etc.) aparecía al menos en el 77,70% de los casos.

En nuestra muestra forense aparecía una correlación significativa al 1% entre severidad del TCE y deterioro cognitivo.

No pudo demostrarse relación significativa entre deterioro y sociolaboral y severidad del TCE.

El 84,45% de los casos presentaban deterioro posterior al TCE, pero no se demostró correlación significativa entre deterioro cognitivo y secuelas emocionales.

En cuanto a edad y deterioro cognitivo, a mayor edad mayor índice de deterioro cognitivo.

Todo lo anterior nos lleva a la conclusión de que nuestras valoraciones no pueden reducirse a lo meramente cognitivo, sino que deben ir dirigidas hacia una valoración más global. Como vemos las secuelas cognitivas, emocionales y sociolaborales no necesariamente varían juntas porque dependen de otros factores.

3.6.5. Valoración psiconeurológica del traumatizado craneal. Metodología básica de intervención

Cuando nos enfrentamos con un TCE varias son las posibilidades en cuanto a la relación entre los síntomas clínicos presentes y el TCE. Esta posible relación es de forma esquemática la siguiente:

A) No relacionados de forma directa: trastornos facticios/simulación-

sobresimulación/ trastorno previo/trastorno sobrevenido después del TCE pero no relacionado con él.

La gran diferencia entre trastornos facticios y simulación consiste en que en el primer caso aunque los síntomas que presenta la persona no tienen relación con las lesiones físicas que aparecen, la persona no obtiene ninguna ganancia secundaria, excepto el obtener la atención del entorno médico y asumir el papel de enfermo "como si", a expensas de autoprovocarse incluso los síntomas de forma consciente, mientras que en la simulación y la sobresimulación la persona no intenta asumir ese papel más que delante del perito y no actúa en su propio perjuicio autolesionándose.

A la clínica fue enviado un hombre para valoración que no presentaba ninguna lesión neurológica, pese a lo cual no controlaba esfínteres y presentaba una pseudodisartría severa que cedía "a ratos" durante la observación. También se observaron dificultades como apraxia, agnosia y dificultades para caminar. El informado presentaba una grave depresión y su situación vital y familiar era catastrófica. Se mostraba completamente dependiente de la mujer, que por cuidarle había abandonado el trabajo, con lo cual la situación económica se encontraba también deteriorada. Presentaba una reacción de conversión donde el TCE no había sido más que la "excusa" a título simbólico.

Otra mujer fue enviada a valoración. Sufrió atropello con TCE leve y pérdida de consciencia de varios minutos. Tras esto presenta una amnesia anterorretrograda severa, de manera que "no recordaba nada, ni siquiera que se acababa de divorciar", por lo cual se llevó un gran disgusto al enterarse. Pese a que el marido tenía nueva pareja la situación creada propició que éste se tuviera que hacer cargo de la mujer. Los hijos pasaron a vivir con la abuela materna y la interesada acabó alquilándose un piso ella sola. A pesar de no recordar "nada", y de que habían tenido que recordarle toda su vida, nacimiento de los hijos, etc. por "fotografías", el trasfondo era igualmente "depresivo" y de conversión.

En estos dos casos vemos cómo el trastorno sobrevenido no deriva de forma directa del TCE, aunque obviamente los trastornos están relacionados indirectamente aunque su origen sea psicógeno.

Otro hombre fue enviado para valoración. Aducía falta de control de esfínteres, desorientación temporal y espacial y en genérico lo que parecía una demencia incipiente.

Se le hizo una entrevista donde se expresó de forma normal. Después en las pruebas del Test Barcelona falló en todas de forma sistemática. Cuando se le pidió que dijera palabras que comenzaban con una "p" no fue capaz de presentar ninguna respuesta. Informó en ese momento que acababa de orinarse en el despacho. Era un simulador.

Al simulador se le detecta por la gravedad inusitada de los síntomas que presenta en los tests y por la incoherencia de éstos con la conducta cotidiana y la mera observación. Un simulador no tiende a empeorar en los tests ante preguntas cada vez más difíciles, como es lo normal en un deteriorado. Contesta mal desde el principio y puede, al azar, dar de pronto una buena respuesta o una respuesta bizarra. Las personas que no fingen, en general se esfuerzan por dar una buena imagen y completar bien las pruebas. El verdadero deteriorado muestra una frustración ante el fracaso que no aparece en el simulador. El verdadero deteriorado desea no estarlo, ya que en general son conscientes de las limitaciones que el TCE les ha causado y por tanto no maximiza sino que procura relativizar las secuelas. El test de retención visual de Benton presenta un perfil de "simulación". Es una técnica adecuada cuando pensamos estar ante una simulación.

La sobresimulación aparece en aquellas personas que presentando unos ciertos déficits reales, cargan las tintas en el momento de la pericial. Se confunde con la simulación, ya que el que sobresimula tiende a ser desacreditado en su conjunto. Es la manifestación más difícil de detectar, ya que hay que distinguir entre lo que es síntoma y lo que es simulación.

También puede ocurrir que un trastorno que sobreviene tras un TCE no tenga ninguna relación con éste. Es el caso de las psicosis a veces en personas jóvenes, que hubieran padecido la enfermedad de todas formas. El trastorno sobreviene de forma "diferida", es decir, no inmediatamente después, sino al cabo de unos meses, sin que durante los primeros momentos hubieran aparecido síntomas concurrentes con el TCE.

- B) Resultado directo de la lesión: déficit cognitivo, cambio de personalidad debido a enfermedad médica (DSM-IV) trastorno orgánico de la personalidad (DSM-III) cambio de personalidad debido a enfermedad médica (DSM-IV), síntomas depresivos ansiosos y agresivos que no conforman un síndrome determinado.

Esta es la situación más dramática que ofrece el TCE porque no existe reversibilidad. Son personas, muchas muy jóvenes, con prevalencia de varones, cuyas lesiones estructurales cerebrales les obligan de por vida a no beber alcohol, uso de anticomiciales, y les mantiene con una restricción de severa a moderada de las funciones intelectuales. Muchos de ellos quedan dependientes de terceras personas para salir a la calle o para la gestión de sus recursos económicos.

Lo anterior puede venir además acompañado de cambios de personalidad, con estallidos agresivos y destructivos y en algunos casos con depresión. Aunque la depresión es más corriente como reacción en mujeres que en hombres, éstos tienden a presentar depresiones más graves cuando aparecen, depresiones enmascaradas con ideas suicidas larvadas. Se adaptan peor que las mujeres a los sentimientos depresivos tras el TCE y acaban con más facilidad en el suicidio. No suelen solicitar ayuda psicoterapéutica.

A veces el cuadro lo podemos encuadrar dentro de alguno de los síndromes descritos en los manuales diagnósticos de la enfermedades mentales. Otras veces el cuadro es complicado y contiene síntomas de varios síndromes. Nos remitimos a su descripción e intento de

orientación terapéutica.

- C) Reacción psicológica al déficit cerebral orgánico: síntomas depresivos y ansiosos sin fondo de alteración de la personalidad en personas con un gran déficit sobrevenido a partir del accidente.

Es el caso de la reacción que podríamos llamar "de adaptación" a la nueva situación. La diferencia con el caso anterior es que los síntomas psicológicos no suelen ser tan aparatosos y que la personalidad no está "cambiada". Esto se observa muy bien en la entrevista con familiares, ya que en el caso anterior nos hablarán de una "nueva personalidad", pero no en éste, donde básicamente la persona permanece con sus características y rasgos de personalidad igual que antes.

- D) Reacciones psicológicas ante el propio traumatismo, con poca importancia la lesión, reacciones de adaptación ante agresiones o accidentes, normalmente sin pérdida de conciencia, trastorno de estrés postraumático, el grupo de los trastornos de ansiedad.

De este grupo se presenta algún caso práctico más adelante. Aquí el dato esencial es la no pérdida de conciencia. Si bien éste es un dato positivo en cuanto a deterioro cognitivo subsecuente, lo es malo respecto a reacción emocional, ya que es en estos casos donde la lesión es de poca importancia pero la vivencia de pérdida de control en el ambiente, temor por la propia vida, desamparo y catástrofe provocan las reacciones de estrés postraumático en los accidentados. Estas reacciones de estrés no se producen en los deteriorados severos que no pueden "recordar" generalmente nada de lo ocurrido el día del accidente e incluso días o semanas antes (amnesia anterorretrograda).

Sea como fuere el caso al que nos vamos a enfrentar, la metodología de intervención siempre va a ser la misma:

- a) Valoración de las secuelas físicas del accidente. Informes médicos de alta y baja hospitalaria. Informes de rehabilitación y tratamiento si los hay. Expediente judicial.

b)Entrevista con el familiar que acompaña al accidentado. Si viene solo intentaremos convencer a la familia para que se entreviste con nosotros en algún momento.

c)Entrevista con el accidentado. Valoración de tres tipos de secuelas: "cognitivas", "emocionales" y "de adaptación socio-laboral" actual.

Cuadro 3.25. Cuestionario preliminar para accidentes (B. Vázquez Mezquita, 1993)

Nombre:

Apellidos:

Fecha del accidente:

Fecha de hoy:

Días de hospitalización:

Perdió el conocimiento: SÍ NO

(Táchese lo que proceda)

• Recibe en la actualidad algún tratamiento médico	SÍ	NO
• Recibe algún tipo de pensión de invalidez	SÍ	NO
• Las secuelas de orden psicológico que presenta según el interesado son:		
– Pérdida de memoria	SÍ	NO
– Falta de atención	SÍ	NO
– Depresión	SÍ	NO
– Nerviosismo	SÍ	NO
– Dolores de cabeza	SÍ	NO
– Dificultad para hablar	SÍ	NO
– Dificultad para leer	SÍ	NO
– Se encuentra irritable	SÍ	NO
• Otros problemas:		

Otras dificultades:

• Pérdida de empleo	SÍ	NO
• Problemas familiares	SÍ	NO
• Problemas con la pareja	SÍ	NO
• Problemas con amigos	SÍ	NO

La lógica forense, que no es estrictamente la clínica, orientada más hacia la rehabilitación, nos hace que intentemos en la medida de lo posible "objetivar" los niveles de adaptación anteriores al accidente en relación a los niveles de adaptación que observamos ahora.

Para objetivar la adaptación anterior averiguamos, por ejemplo, si antes del accidente el informado estudiaba o trabajaba y en qué medida lo puede seguir realizando. A nivel de adaptación emocional averiguamos si existían antecedentes personales y cuáles eran éstos. Qué cambios ha observado de forma subjetiva. A la diferencia antes-después es a lo que llamamos "secuela". Al lector no se le escapa que el éxito de este proceso se basa sobre todo en la medida en que como peritos seamos capaces de realizar una adecuada "historia personal" antes de organizar ninguna pasación de tests.

Entre las técnicas que utilizamos, la primera y la que siempre se utiliza es el llamado "Cuestionario Preliminar para Accidentes" (Vázquez, B., 1993). Este cuestionario está diseñado ad hoc para TCE y su contenido es el que figura en el cuadro (3.25).

Este cuestionario es en realidad un "protocolo" que el perito rellena en el momento inicial de la entrevista, en base a las preguntas que dirige al accidentado. Excepto las preguntas que exigen una respuesta cerrada, como la fecha de hoy o el número de días de hospitalización, el perito evitará en todo momento realizar preguntas directas, por ejemplo, nunca se le pregunta a alguien si tiene depresión, simplemente se insiste en los "cambios" de orden psicológico que esa persona ha notado.

Muy a menudo a partir de este cuestionario ya se ha establecido una relación de entrevista adecuada y que permite realizar el resto de la entrevista estándar que necesitamos.

El cuestionario ya nos provee de una orientación sobre el posible deterioro mental del sujeto, lo mismo que es el primer acercamiento a la expresión, el lenguaje, la comprensión, etc.

No hay que olvidar que previamente habremos entrevistado a familiares, con lo cual tenemos ya en ése momento información de contraste que también orienta la intervención.

Según el resultado de esta entrevista pasamos a los tests. La elección de unos u otros se realiza en función de la patología observada. Las principales técnicas, con su utilidad precisa, vienen descritas en el apartado de técnicas

psicodiagnósticas de este libro.

3.6.6. Evolución de los TCE a nivel forense en términos generales a lo largo del tiempo

En términos generales después del TCE existe una evolución que se estabiliza a partir del año. Los problemas psicológicos que pueden aparecer como consecuencia del daño cerebral es entonces cuando suelen aflorar.

La evolución de los TCE se supone posible hasta tres años, dependiendo de la severidad de la lesión.

Antes de los tres meses después del TCE grave podemos encontrar los siguientes trastornos:

- 1.Trastornos de la conciencia: obnubilación, estrechamiento, confusión.
- 2.Alteraciones de la ideación: delirios de diverso contenido, normalmente mal sistematizados y en el curso de la alteración de conciencia.
- 3.Alteraciones de la percepción: ilusiones, alucinaciones, igualmente dentro de la alteración de conciencia.
- 4.Desorientación espacio-temporal, síntoma específico tras el coma cerebral que va cediendo hacia desorientación espacial. La desorientación se considera por los clínicos signo de patología orgánica en un inicio.

En el terreno de lo psicopatológico se pueden observar diversas reacciones, normalmente breves:

Depresión

Episodios maníacos

Reacciones psicóticas breves

Cuadros esquizoides-esquizotípicos.

Después de tres meses se puede presentar:

- 1.Deterioro global de la personalidad.
- 2.Trastornos sexuales.
- 3.Síndrome orgánico postraumático: cefaleas, mareos, incapacidad de concentración, dificultades de memoria.
- 4.Epilepsia postraumática (posconmocional simple, con lesiones focales o difusas).
- 5.Neurosis, neurosis de renta, trastornos de ansiedad postraumáticos con causalidad cruzada: orgánica y psicológica.
- 6.Demencia postraumática inmediata asociada a lesiones groseras o de evolución tardía.
- 7.Se han descrito casos, aislados, de psicosis sobrevenidas a partir de TCE.
- 8.Predisposición orgánica al deterioro presenil, en personas de edad madura.
- 9.Dificultad para el aprendizaje en niños, también cuando el traumatismo no ha sido severo puede afectar a la atención y la memoria.

3.6.7. Casos prácticos

Caso 1

El motivo de la pericia) es un procedimiento legal que se insta por persona de 83 años que alega "trastorno mental con pérdida de memoria' en el momento de la realización de un contrato de compraventa del piso de su propiedad donde vivía y que vende a instancias de un sobrino nieto que se había instalado en su casa.

1. Objetivo de la pericia):

Según su oficio de 20 de enero de 2003 donde se solicita: "al objeto de ser reconocida por médico forense especialista en psicología al objeto de examinar su dolencia y la realidad de la patología que padece".

2. Metodología:

Para la realización del presente informe se efectuó exploración con fecha 28 de mayo de 2004, en las dependencias de esta Clínica Médico Forense. Las pruebas psicodiagnósticas practicadas fueron las siguientes:

- Entrevista con un sobrino que acompaña a la informada.
- Entrevista clínica individual con la informada. Estructura familiar y antecedentes. Desarrollo evolutivo y conducta. Conducta durante la entrevista. Observación. Síntomas psicopatológicos.
- Vivencia subjetiva con relación a los hechos que han dado origen a las presentes diligencias. - Vivencia subjetiva sobre síntomas emocionales actuales con relación al conflicto actual.
- Técnicas psicodiagnósticas: MMSE Minimental, examen cognoscitivo.

3. Resultados:

A) Datos derivados de las entrevistas

A.1) Estructura familiar y antecedentes:

La informada nació en Madrid el 20 de febrero de 1919, tiene 83 años en la actualidad.

Convive con una hermana de 82 años que vive en XXX. Viven ellas dos solas. No tienen ayuda domiciliaria, son completamente independientes.

Las dos hermanas hacen la comida y la limpieza. Tienen otra hermana cinco años menor que la interesada. Ella es la mayor de las hermanas. Se encuentra viuda desde el año 70. No tiene hijos.

En la vida ordinaria la informada no precisa de ayudas especiales.

La informada no tiene enfermedades especiales.

No relatan antecedentes familiares para el presente conflicto.

Como complicación derivada de la querella interpuesta la informada no mantiene relaciones con la hermana pequeña, la cual es abuela del querellado, a su vez sobrino nieto de la interesada llamado Juan Luis.

La informada ha trabajado de telefonista, al quedarse viuda, en la Residencia de Ancianos de la Comunidad de Madrid, en XXX.

A.2) Desarrollo evolutivo y conducta:

Enfermedades normales de la infancia. Operada de vesícula.

Fue al colegio en Madrid y Barcelona. Estuvo en la guerra en el pueblo de XXX, donde no pasó especiales penalidades.

Estudió hasta los 15 o 17 años, sin especificar.

Después de la guerra fue a una academia, en Barcelona y a la vez trabajó de pantalonera. Da los detalles sobre dónde se encontraba la empresa para la que trabajaba.

Cuando terminó la guerra ella estuvo cosiendo en Madrid. Depuraron al padre, que era militar, se fueron a Barcelona de nuevo y después le volvieron a admitir de militar, por lo cual volvieron a Madrid.

En Madrid fueron a vivir a XXX. En esta época trabajó como actriz de cine y dobladora. Hizo unas cuarenta películas como colaboraciones en personajes secundarios. Estuvo desde los 18 años hasta los 23 en este oficio.

Se casó a los 23 años y ya no trabajó más en el cine. Vivió con su marido en Madrid varios años y luego se marcharon a Buenos Aires donde estuvo 25 años. Tenían negocios de imprenta y publicidad. Ella se dedicaba a la publicidad de la empresa.

En Argentina las cosas fueron bien económicamente. Se fueron al Mar del Plata, donde también pusieron negocio. Compraron un piso.

El marido se puso muy enfermo del corazón y ella se tuvo que hacer cargo de todo. La hermana con el sobrino que la acompaña que también vivían en Argentina se vinieron a España y ellos después, ya que el marido quería morir en España.

Se instala en Madrid, compra el piso objeto de la querella actual y ya empieza a vivir sola hacia los 50 años, tras fallecer el marido. No dejó de trabajar. Se puso a hacer viajes a Italia y traía moda que vendía a las tiendas. Según explica "me movía mucho y ganaba dinero".

Después estuvo colocada 16 años trabajando en la residencia. Estuvo hasta los 67 años trabajando. Entró al trabajo en 1970.

Después de jubilarse se relacionaba, tenía amistades, amigas, no se encontraba sola.

Seguía haciendo ventas después de estar jubilada. Hacia el 85 acaba de pagar la hipoteca de su casa.

No presentaba problemas familiares. Las otras dos hermanas vivían en Madrid.

La hija de su hermana pequeña se casó con un guardia civil, siendo que aportaba al matrimonio un hijo de soltera. En principio no hubo problemas. Después hubo malos tratos a Juan Luis por parte del marido de su madre, según la informada. La informada relata que el joven iba señalado de niño y que ella misma presenció el maltrato.

El querellado siempre estaba castigado por el padrastro.

A ella le daba pena el que ella había visto que había sufrido mucho de niño. El tendría unos 18 años cuando aparece "expulsado" por su padre, por Madrid. Primero estuvo viviendo con la abuela (hermana de la interesada), y

luego Juan Luis se fue a vivir con ella a temporadas, unos dos años y anteriormente a esos dos años alguna otra temporada porque anduvo con algún trabajo fuera de Madrid.

Él trabajaba en electrónica, de instalador XXXX.

Él estaba en paro a temporadas y subieron las facturas de teléfono, las facturas eran enormes, la última 1000 y pico euros.

La informada cree que "es el teléfono lo que me ha arruinado".

A.3) Conducta durante la entrevista. Observación. Síntomas psicopatológicos. Vivencias subjetivas en relación a los supuestos hechos:

Se presentó a entrevista correctamente vestida y aseada, lúcida, coherente colaboradora y desorientada. No presentaba alteraciones en la sensopercepción.

El estado de ánimo es normal a lo largo de la entrevista excepto cuando evoca un incidente en que el sobrino nieto se pone agresivo y ella sale huyendo de su casa. En este caso se muestra ansiosa y deprimida y con una fuerte labilidad emocional.

El joven, de unos 25 años, era cariñoso, según la informada. Cambió porque "le exigía dinero y ella se lo negó porque ya no tenía más dinero". Él se empezó a enfurecer y rompió las puertas. Nunca la había agredido. Él la empujó y ella se cayó. No se hizo daño.

Ella se asustó. Quiso huir y huyó del domicilio sin que él la oyera. Se fue a la estación, para irse al pueblo y en la estación la llamó la hermana con quien convive y le contó lo sucedido, rompió a llorar. La hermana le dijo que se fuera a vivir con ella.

Se emociona cuando cuenta que se fue con la hermana, habiendo perdido todo su dinero y su casa.

Vive con la hermana desde noviembre de 2002. La Navidad ya la ha pasado

con ellos. La abuela del acusado le dijo que fuera a Málaga en diciembre y ella se negó para no ver al joven.

Dice que tiene miedo y está muy preocupada por lo que pueda pasar con su piso.

Alega que "puso el piso a la venta porque quería comprarse un piso cerca de la hermana y el sobrino". Entonces la compradora dejó dos millones de señal, esos días coincidió la "pérdida de memoria" que alega.

Durante los días de la "pérdida de memoria", según ella firmó que le daba el piso con la entrada a la compradora. Dice que después de la pérdida de memoria firmó el documento "sin leerlo". Considera que estaba en malas condiciones, porque si hubiera estado en su estado y buen conocimiento no firma eso.

Explica que Juan Luis "no la coaccionó", sino que "obró por su cuenta, entendiéndose con la compradora. La señora de la agencia le amenazó por haber vendido el piso a un cliente de ellos".

Cuando ella se fue del domicilio, se quedó el sobrino nieto que luego se fue con su abuela a Málaga.

La informada presenta un lenguaje en parte confuso, prolijo, con ramificaciones, sin atenerse a los temas, con fallos en la memoria reciente, no así en la remota, razonamiento ingenuo e insuficiente sobre las causas y efectos de los hechos que han dado lugar a la presente querella, es decir, disminución patológica de la capacidad de razonamiento abstracto, según observación clínica, por ejemplo cuando razona "que es el teléfono quien la ha arruinado".

No se observa sintomatología ansioso-depresiva actual, aunque sí una preocupación normal derivada de los supuestos hechos.

B) Datos derivados de las técnicas psicodiagnósticas

MMSE Mini mental:

El perfil obtenido es el siguiente: puntuación directa 17, correspondiente a déficit cognoscitivo moderado, según baremos para población española de 80 o más años sin instrucción. El deterioro mental es, a pesar de la edad, de orden patológico. Puede obedecer a la fase incipiente de una demencia senil.

Se observa una desorientación temporal acusada, una incapacidad para el cálculo y la atención y una desintegración de la función visomotora de signo orgánico. No obstante, la memoria de evocación y fijación se encuentran bien conservadas, junto a la comprensión, lo cual hace que la informada pueda funcionar con una autonomía muy aceptable hasta la fecha.

4. Conclusiones:

En relación a su oficio de 20 de enero, y según los datos observados en la exploración mantenida, se puede concluir:

1. Mujer de 83 años que presenta un déficit o deterioro intelectual moderado, de signo patológico, que por el momento no altera en lo sustancial sus capacidades para adaptarse a la vida cotidiana.
2. Distinto es el caso en que esta persona deba realizar contratos en cuyo caso podría haber sido coaccionada directa o indirectamente, con chantaje emocional, o engañada en base a los déficits que presenta y que intenta disfrazar como "pérdida de memoria transitoria", que es una forma de eludir su responsabilidad en unos hechos que no le conviene reconocer y que a posteriori ha recapacitado, seguramente con ayuda de terceras personas.
3. Desde el punto de vista emocional la informada se encuentra intranquila y preocupada por el procedimiento y la situación familiar y vital, siempre dentro de unos parámetros que implican una molestia moral subjetiva pero que no alcanzan criterios de síndromes clínicos.
4. Por el momento no precisa tratamiento. Debe ser vigilada en su deterioro cognitivo, sobre todo por la desorientación.

Caso 2

Accidente sinTCE. Secuelas psicológicas. Valoración a los tres años de evolución. Accidente de tráfico con consecuencia de muerte del conductor familiar siendo que el interesado viajaba de copiloto.

1. Metodología:

Se realizó exploración psicológica con fecha de 9 de agosto de 2003.

Las pruebas psicodiagnósticas practicadas fueron las siguientes:

- Entrevista clínica con el informado. Estructura familiar y antecedentes personales. Situación actual del informado y vivencias con relación a su situación familiar y social.
- Cuestionario preliminar para accidentes.
- Escala de valoración para el estrés postraumático. Echeburúa y otros, 1995.
- Test de la persona de Machover.
- Además se examinó la documentación que se adjunta a su oficio.

2. Objetivo de la pericial:

Según su oficio de 17 de febrero de 2003 donde se solicita "por el departamento de psicología se valore la situación psicológica del lesionado Jaime..."

3. Resultados:

A) Datos derivados de las entrevista mantenida con el informado

El informado, de 37 años en la actualidad, sufrió un accidente de tráfico en la madrugada del 24 de diciembre de 2000.

Como consecuencia de lo anterior, el informado, nacido el 20 de septiembre de 1965, sufrió lesiones físicas, que según explica le produjeron

una situación de incapacidad laboral durante seis meses.

A nivel psicológico, lo importante es destacar que no consta que el informado perdiera el conocimiento en ningún momento del accidente, si bien relata cierta confusión mental inicial.

De otro lado, explica una situación inmediatamente posterior al accidente, antes de la llegada de ayuda, en que vivencia una situación de indefensión e impotencia, accidentado y solo con una persona moribunda, antes que llegara ninguna ayuda, solicitándole ésta una ayuda que él no puede prestar.

A partir de entonces, ha necesitado tratamiento psiquiátrico de corta duración, dos meses. El informado abandonó los psicofármacos porque según dice le producían calambres y no podía dormir.

Hasta el día de hoy recibe psicoterapia, a razón de una sesión al mes, con psicólogo de la Comunidad de Madrid, aunque no constan informes y el interesado considera que la psicoterapia en el momento actual no le está haciendo avanzar en su recuperación psicológica.

Consta informe psiquiátrico en las diligencias, donde se expresa el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, con fecha 12 de abril de 2001.

En el momento actual, el informado, que no relata antecedentes psiquiátricos, anteriores al presente episodio, expresa las siguientes quejas subjetivas:

- "Tiene mucha pena". Casi todas las semanas va al cementerio a visitar la tumba del fallecido en el accidente que era hermano de un cuñado del informado.
- Sentimientos de impotencia en relación al episodio del accidente. Los verbaliza así: "Él murió conmigo y no pude hacer nada, era tan joven, tenía 26 años".
- A nivel familiar ha observado que se irrita con facilidad, siendo que vive

con su madre de 65 años. El padre falleció cuando el interesado tenía 10 meses.

-Fundamentalmente observa a partir del accidente "tristeza", "no hace otra cosa que pensar en el fallecido, no ha parado de llorar". También explica que está deseando que el procedimiento judicial llegue a su término cuanto antes.

-Temor asociado a los vehículos. No conduce ni ha conducido nunca. Ya no se sube nunca en el asiento de copiloto donde iba durante el accidente.

Se presentó a entrevista en un estado de vestido y aseo normal. El estado de ánimo era hipotímico. No se aprecia déficit intelectual ni alteraciones en la sensopercepción.

A pesar de las anteriores quejas, el informado es capaz de llevar una vida completamente normal, realiza su trabajo de vigilante jurado con normalidad y en ningún momento ha precisado baja laboral por alteración psíquica.

B) Datos derivados de las técnicas psicodiagnósticas aplicadas

Machover:

Rasgos dependientes y depresivos en ambas figuras, hombre y mujer, que se encuentran pobremente proporcionadas.

La historia presenta un buen índice de realidad, razonamiento concreto y nivel intelectual medio-bajo.

Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático:

Reexperimentación.

Síntomas = 2, puntuación 8

Se requiere un síntoma

Evitación

Síntomas = 3, puntuación 7
Se requieren tres síntomas
Aumento de la activación
Síntomas = 4, puntuación 12
Se requieren dos síntomas

Cumple criterios para el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, aparece una situación de ansiedad marcada y síntomas de reexperimentación del suceso, así como criterios de evitación.

4. Conclusiones:

En relación a su oficio de 20 de febrero de 2003, y según los datos observados en la exploración psicológica, según se han ido aportando a lo largo del informe podemos concluir:

- a)El informado presenta actualmente un trastorno de estrés postraumático crónico, con ansiedad y depresión, según el DSM-IV F 43.1.
- b)Este trastorno supone una reacción con aparición de síntomas emocionales, que por lo dilatado en el tiempo, constituyen la complicación de un duelo por una pérdida donde se suma la vivencia traumática de una catástrofe en los momentos inmediatos al accidente acaecido.
- c)Estos síntomas se expresan clínicamente por un malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante y por la incapacidad hasta el momento de superar la situación por parte del informado.
- d)Precisa tratamiento psicoterapéutico.

Caso 3

Se realiza pericia) para posible incapacitación en varón de 37 años que había sufrido un TCE hacía tres años. La gravedad había sido severa, con Glasgow 3, período de coma de 12 días y una amnesia postraumática de dos meses.

En los informes se objetiva una contusión hemorrágica fronto-parietal derecha. En unTAC dos años después asimetría de astas frontales a expensas de mayor tamaño de la derecha.

1. Metodología:

Se realizó exploración psicológica con fecha de 12 de junio de 2003.

Las pruebas psicodiagnósticas practicadas fueron las siguientes:

- Entrevista con el padre del informado. Punto de vista familiar sobre la situación actual del presunto incapaz.
- Entrevista clínica con el informado. Estructura familiar y antecedentes personales. Situación actual del informado y vivencias en relación a su situación familiar y social.
- Cuestionario preliminar para accidentes.
- MMSE Minimental examen cognoscitivo.
- Trail Making test.
- Prueba de Stroop.
- Clasificación de cartas de Wisconsin.
- PASAT.
- Además se examinó la documentación que se adjunta a su oficio.

2. Objetivo de la pericial:

Según su oficio de 2 de febrero de 2003 donde se solicita "se efectúe una valoración psicológica respecto de la solicitud de incapacidad de don Esteban".

3. Resultados:

A) Datos derivados de las entrevistas mantenidas de formas independiente con el padre y con el interesado

El informado, de 37 años en la actualidad sufrió un accidente laboral hace tres años.

De resultas de lo anterior y en base a las lesiones sufridas ha sido declarado minusválido con un porcentaje de minusvalía del 80%, según documentación que exhibe del Inersa, según la cual se le declara incapacidad laboral permanente y gran invalidez con afectación psicológica y física.

Se presentó a entrevista en un estado de vestido y aseo normal. El estado de ánimo era ligeramente desahogado, con déficit intelectual que se observa en el desarrollo de su discurso y en el razonamiento a nivel clínico. Lentitud ideacional, repetitivo, el lenguaje en ocasiones guarda relación escasa con el tema tratado. Lectura y escritura elementales conservadas. El nivel cultural anterior al accidente era de estudios primarios.

Según el padre, el informado, que se desplaza en silla de ruedas, no es en absoluto autónomo. Vive con los padres jubilados, que han debido comprarse un domicilio nuevo y adaptarlo a las necesidades del interesado y que son quienes se dedican a su cuidado de forma constante. El informado percibe una pensión de unos 1.000 euros al mes, los cuales le administran los padres.

En la entrevista individual el informado asegura que "no recuerda" casi nada de lo que le pasa. De hecho no recuerda lo que ha cenado la noche anterior. Tampoco recuerda la tabla de multiplicar. No sabe orientarse con los euros. No podría manejar dinero, no se atrevería a salir a comprar el solo porque no sabe pagar.

También reconoce que necesita hacerse acompañar porque no se orienta.

El motivo para solicitar la incapacidad según el padre del interesado es a instancias de la trabajadora social que se lo ha indicado para el caso de que tuvieran que ingresarlo en una residencia, de faltar los padres. La tutora propuesta es la hermana.

Existe una problemática asociada con la mujer del informado y el hijo menor. La mujer ha solicitado la separación hace dos años, aunque esto no parece haber afectado al informado. El interesado no tiene hasta la fecha visitas regulares con su único hijo, a quien no ha vuelto a ver desde el accidente. No aparece reacción emocional ante este hecho.

B) Datos derivados de las técnicas psicodiagnósticas aplicadas

B.1) MMSE Mini examen cognoscitivo:

Obtiene una puntuación de 22, significativa de déficit global cognitivo, según su edad. Disminución de todas las funciones: orientación, atención, razonamiento, lenguaje, construcción y memoria.

B.2) Trail making test:

A: 45" (Centil 25)

B: (Centil menor de 10)

B.3) Stroop:

Los resultados en las pruebas de colores e interferencia se sitúan por debajo del centil 10.

B.4) Clasificación de cartas de Wisconsin:

Categorías completadas: 0

Aciertos: 42,9 %

Errores: 57,1 %

Errores perseverativos: 36,8%

Errores no perseverativos: 20,3%

B.5) PASAT:

No es capaz de realizar

4. Conclusiones:

- a) Varón que está bajo tratamiento psiquiátrico desde hace tres años, como consta por informes, por apatía, irritabilidad y comportamiento social

inapropiado a partir del accidente. Recibe además más rehabilitación física y neuropsicológica a diario, tres años después de haber sufrido un accidente laboral con TCE. Él mismo declara que tiene un déficit intelectual sobrevenido a partir del accidente, del que es consciente, aunque el ánimo es incongruente y deinhibido, como si no pudiera comprender realmente la gravedad de su situación.

b)Presenta un déficit mental global moderado-grave, con una grave afectación de la memoria a corto plazo y de fijación. Lo anterior es motivo de al menos una curatela, ya que no puede regir sus asuntos económicos y personales y no es autónomo físicamente, no obstante lo cual no se trata de una persona privada de juicio de realidad totalmente.

c)Las secuelas actuales se consideran permanentes.

Preguntas de autoevaluación

1.La violencia predadora:

- a) Es sólo típica de seres humanos. ☐
- b) Se caracteriza por ser una violencia fría y no defensiva. ☐
- c) Se da sólo en psicóticos. ☐
- d) Se da sólo en asesinos en serie desorganizados. ☐
- e) No existe en la delincuencia organizada. ☐

2.La teoría de Hare:

- a) Es biológica. ☐
- b) Es ambientalista. ☐
- c) Es biológica y ambientalista. ☐
- d) No tiene aplicación práctica. ☐

e) Se basa en criterios psicológicos propios. ☐

3.La violencia afectiva:

a) Es fría. ☐

b) Es lo mismo que el llamado "enfriamiento" tras un asesinato. ☐

c) Responde a un parámetro defensivo del organismo. ☐

d) Es la que realizan las mujeres. ☐

e) Es típica de jóvenes. ☐

4.Los asesinos en serie suelen ser psicóticos:

a) Si el asesinato es desorganizado. ☐

b) Nunca. ☐

c) Siempre. ☐

d) No existen los asesinos en serie. ☐

e) En España no existen. ☐

5.El abuso sexual infantil suele realizarse por mujeres:

a) Nunca. ☐

b) Raramente. ☐

c) Siempre que participen hombres. ☐

d) Cuando ellas mismas han sido abusadas. ☐

e) Sólo abusan de niñas. ☐

6.Para Marshall la agresión sexual:

- a) Depende de un solo factor. ☐
- b) Depende de que el futuro agresor aprenda a emplear el sexo como fórmula de afrontamiento ante el estrés. ☐
- c) Depende sólo de factores biológicos. ☐
- d) Depende de la víctima. ☐
- f) Es un patrón social aprendido. ☐

7.La familia cohesionada patológicamente es típica:

- a) Del agresor primario. ☐
- b) Del agresor secundario. ☐
- c) De la familia incestuosa. ☐
- d) Del niño abusado por un conocido. ☐
- e) De una familia que tiene problemas. ☐

8.La disociación es uno de los factores que:

- a) Tenemos que considerar en la evaluación por pasos del menor abusado sexualmente. ☐
- b) La disociación no existe. ☐
- c) La disociación es cuando se dice una cosa y se piensa lo contrario. ☐
- d) Es un factor que devuelve el control a la víctima. ☐
- e) Habitualmente no se da en los abusos sexuales de menores. ☐

9.Cuando una mujer ya fue abusada durante a infancia es más fácil:

- a) Que se sepa prevenir para una próxima agresión. ☐

- b) Que reaccione con culpa si vuelve a ser agredida. ☐
 - c) Que se acomode al abuso y no presente secuelas. ☐
 - d) Que presente una reacción patológica. ☐
 - e) Que reaccione débilmente. ☐
10. Los agresores domésticos forman un grupo compacto en sus características psicológicas:
- a) Sí. ☐
 - b) No. ☐
 - c) Comparten algunas características actitudinales. ☐
 - d) Depende de la pareja que elijan. ☐
 - e) Son un grupo compacto que se subdivide en dos. ☐
11. Las mujeres maltratadas necesitan una media de:
- a) Ocho días de convivencia con el maltratador para comprender que están siendo maltratadas. ☐
 - b) Una media de diez años de convivencia para separarse y denunciar el maltrato. ☐
 - c) Dos años para volver con el maltratador. ☐
 - d) Siete meses de terapia de grupo para decidirse a denunciar. ☐
 - e) Un año de separación para volver a contraer matrimonio. ☐
12. El tratamiento con maltratadores es muy eficaz:
- a) Siempre. ☐

- b) Nunca. ☐
- c) Casi siempre. ☐
- d) Casi nunca. ☐
- e) Sólo si es voluntario. ☐

13.Existen mujeres naturalmente predispuestas a ser maltratadas:

- a) Verdadero. ☐
- b) Falso. ☐
- c) Con rasgos de personalidad que facilitan el mantenimiento del abuso. ☐
- d) Con rasgos de personalidad que facilitan el inicio del abuso. ☐
- e) Se trata de las llamadas masoquistas. ☐

14.Es imprescindible el uso de escalas para delimitar las secuelas de la mujer maltratada:

- a) Según el tipo de secuelas. ☐
- b) Sólo si se trata de fobias. ☐
- c) Sólo cuando hay ideas de suicidio. ☐
- d)No. ☐
- e) Sí. ☐

15.EL CBCA es una parte del sistema de detección de mentiras que se utiliza con más frecuencia:

- a) En Francia. ☐

- b) En Alemania. ☐
- c) No es un sistema de detección de mentiras. ☐
- d) En España se utiliza más el polígrafo. ☐
- e) Es un sistema de credibilidad. ☐

16. Cuando un menor señala que ha sido abusado por su padre, normalmente la familia:

- a) Lo cree si es un chico. ☐
- b) Lo cree si es una chica. ☐
- c) Se cree más al niño pequeño. ☐
- d) A veces le creen pero no quieren denunciarlo. ☐
- e) La madre le cree siempre. ☐

17. La estructura lógica es un criterio de credibilidad de los llamados de contenido:

- a) Siempre. ☐
- b) Nunca. ☐
- c) No es ningún criterio. ☐
- d) Se refiere a creer o no al niño. ☐
- e) Se refiere a la credibilidad total. ☐

18. Para valorar la desestructuración de un testimonio nos es suficiente con:

- a) Una parte del contenido. ☐
- b) Todo el expediente. ☐

- c) Todo el relato libre. ☐
- d) Lo que cuentan los padres. ☐
- e) Las preguntas directas. ☐

19. La lista de validez es:

- a) Una forma de credibilidad. ☐
- b) Una forma de validar la entrevista. ☐
- c) Una parte del SVA. ☐
- d) Un método de detección de mentiras. ☐
- e) Es ver si lo que dice el niño es posible. ☐

20. La heroína es una droga del grupo de:

- a) Los opiáceos. ☐
- b) Los disolventes orgánicos. ☐
- c) La marihuana. ☐
- d) Las drogas sintéticas. ☐
- e) Las drogas blandas. ☐

21. El toxicómano y el politoxicómano casi siempre coinciden en que:

- a) El consumo es progresivo. ☐
- b) Consumen heroína. ☐
- c) Consumen alcohol. ☐

- d) Consumen tabaco. ☐
- e) Consumen pegamento. ☐

22.La familia del toxicómano:

- a) Tiene mucha importancia en la recuperación de éste. ☐
- b) Es siempre desestructurada. ☐
- c) Se acaba desestructurando. ☐
- d) No tiene importancia en la solución del problema. ☐
- e) Es siempre el origen del problema. ☐

23.La toxicomanía es una patología de:

- a) Hombres de clase social baja. ☐
- b) Hombres de clase social alta. ☐
- c) Mujeres solteras. ☐
- d) Adolescentes. ☐
- e) Todas las clases sociales. ☐

24.Todas las drogas que existen en el mercado:

- a) Son legales. ☐
- b) Son ilegales. ☐
- c) Algunas son legales y otras ilegales. ☐
- d) Dependen de los gobiernos. ☐
- e) Dependen del tráfico de armas. ☐

25. Las personas que no pierden el conocimiento durante un accidente de tráfico son más susceptibles a sufrir:

- a) Neurosis de renta. ☐
- b) Psicosis. ☐
- c) Pitiriasis. ☐
- d) Trastorno de estrés postraumático. ☐
- e) Tristeza. ☐

26. Los tests de ejecución global como el WAIS son muy apropiados para valorar las incapacidades siempre y cuando:

- a) Se alegue incapacidad mental estructural congénita y no sobrevenida por causas externas. ☐
- b) Se alegue incapacidad laboral permanente. ☐
- c) Se alegue demencia de Alzheimer. ☐
- d) Se alegue demencia de Pick. ☐
- e) Se alegue gran invalidez. ☐

27. Los TCE pueden evolucionar entre un año y tres años, pero los síntomas principales dependen:

- a) De múltiples factores, no sólo la gravedad del TCE. ☐
- b) De la gravedad del TCE. ☐
- c) De las condiciones sociales. ☐
- d) De la personalidad premórbida. ☐

e) De la indemnización. ☐

28. Cuando hay que indemnizar a un accidentado siempre se utiliza la lesión mayor, sin contar con la lesión menor:

a) Falso. ☐

b) Verdadero. ☐

c) Sólo cuando la lesión no es un TCE. ☐

d) Sólo si había tratamiento antes del accidente. ☐

e) Si había enfermedad anterior se utiliza la lesión menor. ☐

29. En caso de fallecimiento por accidente factores que cuentan en la indemnización son:

a) La edad, el salario, las personas a cargo. ☐

b) Los años de esperanza de vida que quedaban y el seguro que se tenía. ☐

c) Si había hijos o no. ☐

d) Si el fallecido había otorgado testamento. ☐

e) Si el fallecido estaba casado en régimen de gananciales o separación de bienes. ☐

4

Técnicas específicas de evaluación dentro de la psicología forense

4.1. Introducción

Dentro del campo de la psicología forense todos los manuales que encontramos sobre el tema señalan la escasez de I.E.F., "instrumentos de evaluación forense", y la falta de validez de las técnicas de evaluación clínica para la población que necesitamos evaluar.

Sin embargo, no es cierto, como tanto se dice, que los cuestionarios e inventarios clínicos corrientes carezcan de utilidad en el campo forense, por su propia naturaleza y siempre. Esto dependerá de lo que queramos medir y del campo donde nos estemos moviendo. De hecho, cuando vamos a consultar monografías específicas sobre temas forenses como en el caso de custodias disputadas en familia, agresores sexuales o malos tratos, en estas mismas monografías se recomienda la pasación de escalas o cuestionarios clínicos junto con otras escalas que miden aspectos propios del problema que queremos evaluar.

Por ejemplo, si deseamos medir el deterioro de una persona con una demencia incipiente mediante un SME, Minimental, adaptado por Lobo para población española en 1978, ¿por qué este cuestionario no es válido? ¿Tiene alguna lógica inventar otro para población "forense"?

Y si deseamos explorar las posibles tendencias antisociales de la personalidad, ¿qué inconveniente existe en hacerlo mediante el MMPI-2, entre otros, que por cierto ha generado una vasta literatura sobre su uso forense? Ciertamente, es el MMPI el test que más se utiliza dentro de la población reclusa norteamericana.

Lo anterior es de gran interés, porque otro de los graves problemas con los que tenemos que batallar es el "anglocentrismo" que padecemos. Nada que no haya sido inventado o validado por investigadores anglosajones parece ser de nuestro interés científico.

Muchas veces nos remitimos a traducir cuestionarios o entrevistas estructuradas sin batemar que se han diseñado por autores anglosajones en lugar de ser capaces de diseñar nuestros propios instrumentos de trabajo, que serían tan válidos como los otros.

Los psicólogos españoles deben saber que la psicología europea aplicada a los tribunales o forense, está mucho más desarrollada que la americana o la inglesa. Ciertamente es que la investigación estadística sobre las variables asociadas a la delincuencia juvenil, la investigación básica y la psicometría están allí más avanzadas, no así la psicología aplicada.

Simplemente, en el ámbito anglosajón los psicólogos intervienen muy poco como peritos a favor de los psiquiatras, y mucho menos se encuentran adscritos a los tribunales como ocurre en España, como quedó en evidencia en el primer encuentro Hispano-Británico de Psicología Jurídica en Pamplona en 1991.

Las críticas más fundadas y razonables a las diversas técnicas psicodiagnósticas de origen clínico se sitúan en el ámbito de las custodias disputadas, y en esa área es cierto que poco nos aporta un test de personalidad a la hora de valorar quién es el padre con las características más adecuadas para ser el custodio. Esto no ocurre porque los tests se utilicen sobre población para la que no sirven (todos ellos se validaron sobre población general y población general son los que se separan o divorcian). El problema es que los cuestionarios de tipo general no miden las variables que necesitamos medir para valorar quién tiene una mejor competencia para ostentar la custodia.

Todas las técnicas que un psicólogo sea capaz de administrar con conocimiento de la técnica y del campo donde la está aplicando - por ejemplo, ser capaz de tomar en cuenta la posibilidad de una simulación si hay

una indemnización por medio - son válidas. Sólo exigen propiedad en la administración, cautela en la interpretación de los resultados y un esfuerzo de síntesis en las conclusiones en cuanto a los datos de las técnicas y aquellos otros propios de la observación durante las entrevistas y otros informes.

Vamos a hacer un rápido repaso en cuanto a técnicas de utilización en psicología forense. Los conocimientos generales sobre los cuestionarios más corrientes se dan por sabidos puesto que están al alcance de todos en cualquier manual sobre psicodiagnóstico.

Las pruebas que elijamos para una pericial, en lo posible, deberán contar con validez y fiabilidad demostrables ya que el informe final será ratificado ante un tribunal. Por esto es aconsejable contar con pruebas de las que esté demostrada, mediante estudios experimentales, su eficacia diagnóstica.

Las técnicas de evaluación más utilizadas y las fuentes donde se encuentran publicadas aparecen en los siguientes epígrafes.

4.2. La entrevista en psicología forense

El rasgo definitorio de la evaluación pericial es su carácter puntual en el tiempo. Este concepto de puntualidad temporal viene determinado tanto por la limitación de tiempo para realizar la valoración como por la limitación en el tiempo de la conducta a valorar (debiendo atenernos a dar una respuesta al objetivo que se nos propone referido éste a un momento y conducta concretas del sujeto).

La entrevista será la principal prueba diagnóstica con la que el psicólogo forense cuenta. Ésta debe ser una entrevista clínica semiestructurada que posibilite expresarse libremente al peritado, pero sin que el entrevistador pierda las riendas de la misma así como tampoco en ningún momento pierda el objetivo de ella.

Además existen entrevistas estructuradas, normalmente no estandarizadas, para valorar temáticas forenses como actitudes facilitadoras de violencia hacia la mujer, actitudes educadoras en los padres, investigación del abuso sexual infantil, valoración del trastorno de estrés postraumático, valoración

neuropsicológica, evaluación del toxicómano, del agresor sexual, etc. De todos estos instrumentos se presentan reseñas a continuación.

La entrevista pericial debe cumplir tres objetivos:

Obtención de datos para el informe pericial.

Obtención de datos para formular hipótesis.

Planificación de otras pruebas a emplear para la refutación o verificación de las hipótesis planteadas.

Por todo esto es vital seguir una línea de trabajo estructurada en un árbol de decisión que nos permita sobre la marcha decidir los consecutivos pasos a seguir en cuanto a que es destacable o descartable. La entrevista debe de tener la suficiente calidad para que al final de la misma y una vez cumplidos estos tres objetivos tengamos un borrador de lo que será el resultado final del trabajo. Por tanto, las pruebas que aplicaremos después vendrán determinadas por las hipótesis planteadas previamente y los resultados obtenidos en las mismas deberán apoyar estas hipótesis.

Una situación ideal sería aquella en la que pudiéramos grabar todas nuestras entrevistas, previo consentimiento de los interesados. En todo caso tener en cuenta que en derecho penal las entrevistas grabadas nos pueden ser solicitadas con posterioridad por el juez, hecho que debemos transmitir a la persona entrevistada. Otras veces, en casos flagrantes de malos tratos a menores y siempre en casos de valoración de la credibilidad en menores es obligada la grabación videográfica.

La grabación de nuestras entrevistas, lo mismo que la grabación de la ratificación, nos permite poder mejorar nuestros niveles de competencia analizando los fallos habidos.

En psicología pericial, dada la especial trascendencia de los hechos que se transmiten y dado que los procesos de simulación o disimulación pueden aparecer con más facilidad que en el ámbito clínico es fundamental que el perito esté atento a ciertos principios como la no sugerencia de respuestas, la

incongruencia entre las pruebas diversas y la observación y en general de todo signo que nos oriente en el sentido de una simulación o disimulación. (Se dice que el simulador ve menos que el ciego y oye menos que el sordo.)

Por otro lado, desde la entrada en vigor de la nueva Ley de Enjuiciamiento Civil las ratificaciones en casos civiles se están empezando a grabar de los tribunales, como así lo manda la ley.

4.3. La evaluación en guarda y custodia disputada

En este punto vamos a especificar las técnicas que señala Marta Ramírez González (1993) en su libro que aparece como lectura recomendada en el capítulo correspondiente de esta guía.

Esta autora nos advierte de que la mayoría de los instrumentos que se llaman de evaluación forense han sido diseñados con fines de investigación.

En este recuento nos vamos a atener a aquellos instrumentos que se encuentran recogidos íntegramente en los "anexos" de este interesante libro sobre alternativas de custodia, de manera que si el lector está interesado en ellos puede ir a su consulta en español en el libro Cuando los padres se separan. Alternativas de custodia. Guía Práctica (Pirámide, Madrid, 2003).

A) Entrevistas. La autora nos propone una entrevista estructurada y extensa diseñada por ella ad hoc para la realización de su tesis doctoral. Tiene la ventaja de haber sido diseñada por una persona muy competente, con amplia experiencia forense de familia y que ha sido ya probada en los propios tribunales de justicia de Madrid.

La entrevista comprende diversos subapartados con sus correspondientes ítems.

-Historia familiar.

Relaciones interparentales posruptura valoradas por los padres.

Relaciones parento-filiales posruptura valoradas por el progenitor

provisionalmente custodio.

Relaciones parento-filiales posruptura valoradas por el progenitor
provisionalmente no custodio.

-Hábitos relativos a la alimentación.

-Hábitos relativos al sueño.

Hábitos relativos a la autoridad o disciplina.

Hábitos relativos ala autonomía/dependencia.

-Habitos relativos al ocio.

Desajuste psicológico parental.

Competencia/apoyo social de los progenitores.

Estabilidad laboral.

Conocimiento parental de los hijos y de su ajuste al divorcio.

Apoyo social de los hijos (informe parental).

Ajuste a nivel escolar.

Cambios efectuados o previstos a nivel intrafamiliar y ambiental.

Control percibido por padres sobre los cambios después de la separación.

Red de apoyo social de los hijos (autoinforme).

Relaciones patento- valoradas por los hijos.

Relaciones interparentales valoradas por los hijos.

Preferencias motivadas de custodia de los hijos.

B) Instrumentos no estandarizados. Cuestionarios y escalas.

Cuestionario de conductas infantiles para padres. Cuestionario CBCL de Achenbach. Adaptación española de Sardinero, Pedreira y Muñiz (1997).

Escala de apoyo social percibido de amigos. Traducción de la versión original de M.E.Procidano y K.Heller (1983) por Marta Ramírez.

Escala de evaluación de estrategias de afrontamiento de problemas. Traducción de la versión original de Larsen, Olson y Mc Cubbin (1982) por Marta Ramírez.

Escala de creencias infantiles sobre el divorcio parental. Versión traducida y modificada de la Escuela de Kurdeck y Berg (1987) por Marta Ramírez.

Listado de tareas de cuidado infantil.

Escala de comunicación padres-adolescentes. Formulario para hijos. Traducción de la versión original de D.H.Olson y H.L.Barnes (1982) por Marta Ramírez.

Escala de Comunicación padres-adolescentes. Formulario para padres. Traducción de Marta Ramírez.

Listado de preferencias infantiles.

Instrumento sobre actitudes parentales. Versión modificada del instrumento original de E.S.Schaefer y R.Q.Bell (PARI, 1995) por Marta Ramírez.

Inventario de percepción de los padres.

C) Instrumentos estandarizados. Según Marta Ramírez (2003), en un 51-53 % de casos los psicólogos de familia aplican cuestionarios estandarizados siendo los más comunes el TAMAI, EPQ o el 16-PE

Todos ellos se encuentran publicados por Tea.

El TAMAI, el más pasado a niños, ofrece la ventaja de ofrecer una visión sobre el padre y la madre desde el punto de vista del menor, además de una escala de adaptación emocional del niño, adaptación escolar, social y dos escalas de validación del test.

4.4. La evaluación de la personalidad normal y patológica

A) Test Proyectivos. Método para estudiar la personalidad en que se presenta al sujeto una tarea poco estructurada que admite amplia libertad en su resolución. Se asume que el sujeto 'se proyectó' en sus respuestas manifestando las características y organización de su personalidad, de modo que puedan ser puntuadas e interpretadas para proporcionar una descripción de la estructura básica de su personalidad.

Las técnicas proyectivas se utilizan dentro de la evaluación como un método auxiliar de cara a explorar dentro de la personalidad aquellos aspectos que no sucumben a las barreras del yo. En psicología pericial deben utilizarse siempre junto a pruebas psicométricas cuyos resultados apoyen los obtenidos por las anteriores, aunque existen casos, con personas muy defensivas y que invalidan todos los autoinformes, o personas que por su procedencia cultural no se adecuan a los baremos existentes, en que no tenemos otra forma de evaluación. Las técnicas más utilizadas en psicología forense son:

HTP. Test de casa-árbol-persona, desarrollado por Buck en 1948. Es un test proyectivo de lápiz y papel realizado en dos tiempos: 1.º no verbal-gráfico, 2.º verbal-más estructurado. La casa provoca asociaciones relacionadas con la situación familiar y relaciones interfamiliares. El dibujo del árbol refleja sentimientos más profundos e inconscientes que el individuo tiene de sí mismo y que se encuentran en los niveles más primitivos de la personalidad. En la figura humana quedan reflejadas la maduración además de ansiedades, preocupaciones y actitudes.

Test de la figura humana de Karen Machover en 1949. Uno de los test proyectivos más utilizado tanto en investigación como en clínica.

Permite obtener de un sujeto una proyección de su personalidad global, consciente o inconsciente, con un material que es poco estructurado (papel y lápiz). La imagen corporal proyectada corresponde a los deseos profundos del sujeto, a sus carencias y faltas, a sus sistemas compensatorios y a la imagen global resultante de esta combinatoria. Útil como complemento de la exploración.

Test del dibujo de la familia de L.Corman (1967). Prueba proyectiva cuyo objetivo es ver cómo ve el individuo a su familia a través de un dibujo. Además suele ir acompañado de preguntas cuando el peritado es un niño, y una historia cuando el peritado es un adulto. Normalmente esta prueba se pasa a niños ya que les es más difícil expresar sus sentimientos sobre la familia. Se interpretan tres planos: el plano gráfico, el plano de las estructuras formales y el plano del contenido. Entre las ventajas de esta prueba se encuentra que puede ser aplicado a cualquier edad, con cualquier nivel intelectual o estatus, son tareas sencillas, fáciles para la mayoría de los sujetos, relajan al examinado, entre otras cosas. Sin embargo, también tiene inconvenientes que son importantes dentro de este ámbito como es que no hay una alta fiabilidad ni validez. Su interpretación es subjetiva y depende de la experiencia y tendencia del examinador. Debe ser utilizada como una prueba complementaria, pero no como prueba principal en un peritaje.

Test de Rorschach. Desarrollado por el psiquiatra suizo del mismo nombre entre 1921 y 1942, la técnica fue descrita por primera vez en 1921. Rorschach fue el primero en utilizar las manchas de tinta para la investigación del diagnóstico de la personalidad como un todo. Consta de 10 láminas (7 en blanco y negro, 2 de ellas con toques rojos y 3 de combinación de colores pastel).

TAT. Test de Apercepción Temática de H.A.Murray (1935). Esta es una técnica para la investigación de la dinámica de la personalidad tal y como se manifiesta en las relaciones interpersonales y en la apercepción o interpretación significativa del ambiente. Consiste, en su forma actual, en una serie de 31 láminas.

CAT-A. Test de Apercepción Infantil-Animales de H.A.Murray (1949). Edad de aplicación de 3 a 10 años. Se concibió para facilitar la comprensión del niño en sus relaciones con las figuras personales más importantes que le rodean. Las 10 láminas intentan provocar respuestas relacionadas con sus problemas; se trata de conocer la estructura del niño y su dinámica a partir de los contenidos de la producción.

CAT-H. Test de Apercepción Infantil-Figuras Humanas de Bellak y Bellak (1965). Se construye la versión humana por el hecho de que niños mayores con cocientes intelectuales superiores no aceptan bien los estímulos con animales. El CAT-H eleva la edad de aplicación y cierra la continuidad de aplicación entre los dos tests anteriores.

B)Pruebas breves o screening. El uso de pruebas breves se recomienda en un primer momento para determinar la línea de evaluación. Éstas cuentan con ventajas como la simplicidad, rapidez de aplicación y corrección y la sencillez de interpretación. Pero también cuentan con límites como la escasa validez y fiabilidad, la susceptibilidad a la distorsión y su incapacidad para medir matices. Resultan adecuadas para una valoración global pero insuficientes para una evaluación completa, debiendo acompañar sus resultados con otras pruebas de mayor calidad. Las principales son las siguientes:

GHQ-28. Global Health Questionary creado por David Golberg. Es una versión reducida del primitivo GHQ-60. Fácil y rápido de aplicar como "screening" y de gran utilidad en la práctica forense (validado para la población española por el profesor Lobo y cols.). Evalúa cuatro escalas: quejas somáticas, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión.

SCL-90. Screening Checklist de Derogatis, Rocket y Lipman (1989). Es uno de los listados de síntomas multidimensionales autoinformados más utilizados, que usamos en estos casos de forma auxiliar. Evalúa en una escala graduada de 0 (ausencia de sintomatología) a 4 (máxima presencia de sintomatología) con 90 ítems, las subescalas de: somatización (S), obsesión-compulsión (O), relaciones interpersonales (1), depresión (D), ansiedad (A), sensibilidad-hostilidad (H), fobia (F),

ideación paranoide (P) y psicoticismo (E).

C) Cuestionarios estandarizados. Éstas son pruebas que miden aspectos no intelectuales de la persona; determinan el estilo y modo de realización de la conducta. Son instrumentos diseñados para obtener información sobre las características afectivas, motivacionales o actitudinales de los sujetos, distinguiéndolos de sus habilidades.

La utilización de pruebas psicométricas para la valoración de la personalidad debe realizarse con cierta cautela, evitando interpretar cada escala por separado así como evitando extraer ítems aislados de las escalas. El objetivo de estas pruebas es describir un perfil general de rasgos y comportamientos de la persona y para ello deben relacionarse entre sí todas las escalas.

MMPI. El Minnesota Multiphasic Personality, publicado en 1943 por un psicólogo (Hathaway) y un psiquiatra (McKinley), y adaptado a la población española por Tea. Constituye el instrumento de búsqueda psicopatológica más extendido del mundo, y por tanto el más importante en el cuerpo clínico y de apoyo psiquiátrico. En castellano tenemos actualmente disponible el MMPI-2 de adultos y el de adolescentes, ambos publicados por Tea. Para su interpretación contamos con el tomo n.º 4 del tratado "Evaluación psicológica forense". Contribución de las técnicas de Minnesota y Millon, Jiménez Gómez E y Sánchez Crespo G. (2003).

MCMI-II Inventario Clínico Multiaxial de Millon. Cuestionario clínico moderno creado por Theodore Millon en 1986. Baremado a población española por Alejandro Ávila en 1998. Cuestionario de personalidad cuyo objetivo es suministrar información en tareas de evaluación y toma de decisiones de tratamiento en personas con dificultades emocionales e interpersonales. Consta de 10 escalas básicas, tres tipos de personalidad patológica, síndromes de gravedad clínica moderada y severa. Se encuentra disponible para adolescentes a partir de 13 años, en su versión llamada MACI, publicado por Tea.

16 PF--5. Test de los 16 factores de personalidad de M.T.Russell y D.L.Karol (1994). Basado en el 16 PF creado en 1993 por Cattell R. B., Cattell A. K. S. y Cattell H.E.P. Adaptación, estudios estadísticos y redacción en español por N. Seisdedos, técnico del departamento de Tea edición, en 1995. Esta prueba identifica los principales componentes de la personalidad mediante el análisis factorial de los adjetivos de lengua inglesa que describen conductas humanas. El test utilizado aunque actualizado y revisado, continua midiendo las mismas 16 escalas de personalidad indentificadas por Cattell. La quinta revisión del test ha modificado la antigua y compleja nomenclatura, manteniendo 16 escalas, aumentando a cinco dimensiones globales y una nueva escala de manipulación de la imagen. Edad de aplicación a partir de los 16 años.

EPQ-A. Cuestionario de personalidad de Eysenck y Eysenck, publicado y distribuido en España por Tea (1989). Esta prueba pretende dar cuenta de una serie de factores o tendencias generales de comportamiento, configuradas como continuos bipolares entre cuyos extremos se distinguen de modo estadísticamente normal los diferentes estilos comportamentales o estructurales de personalidad. Mide tres dimensiones (extraversión, psicoticismo y neuroticismo) y consta de una escala de sinceridad ante la prueba.

CAQ. Cuestionario de Análisis Clínico de Krug, adaptado a población española y publicado por Tea en 1985. Evalúa una serie de factores o dimensiones clínicas del comportamiento del sujeto. Los diferentes factores tienen estructura bipolar, considerándose indicación de presencia de patología los alejamientos extremos en uno u otro sentido de la media.

IPDE. Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad, OMS 1996. Entrevista estructurada que mide, a través de preguntas historiobiográficas al individuo, la existencia de rasgos de personalidad tanto dimensionalmente como categorialmente.

4.5. La evaluación de la conducta violenta

4.5.1. Entrevistas

Entrevista General Estructurada de Maltratadores (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997). Esta entrevista se encuentra publicada en E.Echeburúa y P. de Corral (1998).

4.5.2. Escalas

Cuestionario de Variables Dependientes del Maltrato (versión para el maltratador) (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997). Publicada en E.Echeburúa y P. de Corral (1998).

Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y sobre el Uso de la Violencia. (Echeburúa y Fernández Montalvo, 1997). Publicada en E.Echeburúa y P de Corral (1998).

PCL-R. Psychopatology Checklist de Hare. Esta escala se basa en el constructo de psicopatía de Cleckley (1976). Esta escala fue elaborada a partir de una muestra de internos convictos, se ordenó a cada recluso a lo largo de una escala de 7 puntos de acuerdo al grado en que su personalidad y comportamiento se ajustaba a los criterios citados. La PCL R-2 contiene 20 ítems (puntúan cada uno 0, 1 o 2, dependiendo de su aplicabilidad al individuo en cuestión); una puntuación igual o mayor de 30 es suficiente para el diagnóstico, esta puntuación se consigue a través de entrevista semiestructurada con el individuo, una revisión del historial del caso, entrevistas con familiares o personas allegadas y observación de su comportamiento.

Es la escala utilizada por excelencia en el diagnóstico de la psicopatía basada en criterios.

Se trata de una escala de comprobación diseñada por Robert Hare en el curso de sus investigaciones con personalidades psicopáticas.

La teoría de Hare sobre psicopatía se basa en su formulación en la aproximación intuitivo-clínica de Cleckley de 1976, y en lo esencial los criterios descriptivos se atienen a los propuestos por este último autor.

Hasta donde se conoce, al margen de que la teoría subyacente sea más o menos acertada - es en buena medida biológica-, lo que es cierto es que la escala Hare se considera actualmente como el sistema más potente de detección de la psicopatía.

De la misma forma, este sistema de evaluación es capaz de clasificar con fiabilidad el aspecto más importante en cuanto a tratamiento de presos desde el punto de vista forense y penitenciario, la reincidencia, con tasas informadas por Hare del 80% a los cinco años para sujetos clasificados como psicópatas a través de la PCL-R.

La escala PCL-R ha sido recientemente baremada para población española por el Dr. Rafael Torrubia y otros, de la Universidad de Barcelona.

En lo esencial, la versión española coincide con la americana y canadiense, como era previsible, dado que en diversos estudios transculturales anteriores se había probado de antemano la validez transcultural para poblaciones del ámbito occidental.

En cuanto a población femenina, aunque la escala PCL-R resulta válida en la detección de la psicopatía, no existe una igual evidencia en cuanto a previsión de conducta violenta durante la vida adulta en mujeres, probablemente porque factores culturales y fisiológicos se encuentran a la base de la expresión de la violencia femenina dentro de coordenadas no explicitadas en la escala. Al respecto ver Sanmartín, J. (2000), en su trabajo sobre asesinos/as en serie.

La escala Hare, PCL-R, está diseñada para población mayor de edad, a partir de los 18 años.

Sin embargo, como señala el propio Hare (2000), la psicopatía se manifiesta mucho antes, durante la adolescencia, y puede ser diagnosticada con la versión para adolescentes entre los 12 y 18 años, mediante la adaptación para población juvenil, la llamada PCL: YV.

Esta versión, por desgracia, no se encuentra disponible en castellano, encontrándose en prensa en inglés.

En cuanto a la aplicación práctica de la PCL-R, como ya hemos adelantado, se trata de una escala de comprobación. Los ítems se encuentran extensamente descritos uno por uno en la propia escala, y se trata de que un evaluador, con el suficiente conocimiento de la teoría y la escala, recoja la información necesaria para saber si una persona cumple un determinado criterio de la escala, y en qué grado lo cumple.

De forma complementaria la escala incluye también un guión sobre todas las áreas relevantes que debe incluir la entrevista a realizar.

Según Hare (1999, 2000), los síntomas psicopáticos no aparecen en la juventud sin que hayan aparecido rasgos anteriores durante la adolescencia.

En efecto la escala PCL: YV ya ha demostrado su valor predictivo en cuanto a reincidencia de jóvenes delincuentes en un estudio longitudinal de 10 años, a cargo de Gretton (1998), citado en Hare (2000).

La PCL-R contribuía sustancialmente a predecir la reincidencia, incluso teniendo en cuenta otras variables como factores sociodemográficos y antecedentes delictivos.

En línea con la teoría actual de Hare, los antecedentes violentos no tenían ninguna relación con la violencia posterior, ni en sujetos clasificados como psicópatas ni en no psicópatas.

La importancia de la detección precoz de la psicopatía se hace evidente a través de estudios americanos y europeos.

Se han informado tasas cuatro veces superiores de reincidencia en crímenes violentos para psicópatas cercanos a la edad adulta previamente detectados, tras su puesta en libertad, que para el resto de delincuentes juveniles (Forth, 1995, citado por Hare, 2000).

Idénticos resultados se obtuvieron para un estudio en jóvenes delincuentes con la PCL-R traducida al francés, y para una muestra diferente de jóvenes afroamericanos (Hare, 2000).

De nuevo aparece aquí la validez de constructo transcultural de la escala.

En estudios sobre delinquentes sexuales adolescentes y adultos con la PCL-R se han obtenido también resultados interesantes.

La combinación, tanto en adultos como en adolescentes, de una alta puntuación en la PCL-R y conducta sexual desviada está directamente relacionada con reincidencia en conducta violenta en general en los jóvenes, hasta el 90%, mientras que en los adultos, la relación entre conducta sexual desviada, violencia sexual y psicopatía está demostrada.

De todas formas es difícil sacar conclusiones claras, en cuanto los delinquentes, en general, son menos detenidos por delitos sexuales que por otros delitos.

Además en el caso de los psicópatas, muchos de ellos se caracterizan por su versatilidad criminal.

Protocolo forense Madrid 2002 (Vázquez B., Ruiz M.P., Casado, A. M. y Romera R.M.)

Protocolo para la recogida de datos sobre el abuso sexual a los menores. Se encuentra publicado en el libro "Abuso sexual infantil, evaluación de la credibilidad del testimonio, estudio de 100 casos" (Vázquez, B. (coord.), 2004), que se encuentra en las lecturas recomendadas.

4.5.3. Autoinformes

Vamos a realizar una descripción de los principales métodos de diagnóstico de la psicopatía por medio de autoinformes según Garrido, V. (1993) y Echeburúa, E. (1994).

Escala de psicopatía (SRP) (Hare, 1985). Método complementario a la escala de validación expuesta anteriormente. Puede aportar información convergente o no con la obtenida a partir de la escala anterior ya que su validez convergente con la propia PCL-R es sólo del 0,38 y aún más baja con los criterios diagnósticos del CIE-10 y del DSM-IV. Consta de

29 ítems que se puntúan de 1 a 5.

EPQ-J Cuestionario de personalidad. Se trata de una escala aplicable entre 8 y 15 años de edad. Contiene tres escalas principales: inestabilidad emocional, extraversión y dureza, más una complementaria específica de conducta antisocial. Se encuentra baremada para población española y publicada por Tea desde 1978; sus autores son Eysenck y Eysenck.

A-D Cuestionario de conductas antisociales/delictivas. Para menores a partir de ocho años. Tiene dos escalas, antisocial y delictiva. Se encuentra baremada para población española. Publicada por Tea, 1988; autor Seisdedos.

La escala de búsqueda de sensaciones (SSS) de Zuckerman, forma IV, 1975. La teoría se basa en que el factor necesidad de estimulación y la tendencia al aburrimiento son consustanciales al psicópata. La idea tiene cierta base en cuanto el psicópata presenta una muy baja activación cortical.

La escala está formada por cuatro subescalas:

- Escala de búsqueda de emociones y aventuras.
- Escala de búsqueda de sensaciones.
- Escala de desinhibición.

Escala de susceptibilidad al aburrimiento.

La escala de Psicopatía y Neuroticismo (PN) de Quay y Paterson, 1964. Esta escala está formada por 52 ítems y está diseñada para diferenciar entre criminales psicópatas y criminales neuróticos. Está compuesta de cinco factores: psicopatía, neuroticismo, discordia familiar, inadecuación y mal ajuste escolar.

Las escalas derivadas del MMPL• Pdy Ma. (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Las escalas del MMPI que evalúan la psicopatía

son la 4-desviación psicopática (PD) y la escala 9-Hipomanía (Ma).

La escala PD evalúa la ausencia de una respuesta emocional profunda, la incapacidad de beneficiarse de la experiencia, así como la desconsideración hacia las normas sociales.

La escala Ma evalúa la hiperactividad de pensamiento y acción.

La escala de Sociopatía (SPY) de Spielberger, Kling y H'Hagan. Se construyó en parte utilizando los ítems correspondientes a la SP y Ma del MMPI.

Ésta ha demostrado más su utilidad para el diagnóstico de personalidad antisocial que para el diagnóstico de psicopatía propiamente dicho.

La escala de Opinión Personal (POS) de Quay y Parsons. La escala POS consta de 100 ítems. Sus autores han diferenciado tres factores:

- Perturbaciones neuróticas.
- Psicópatas antisociales.
- Sociabilidad subcultural.

Ha sido utilizada con frecuencia en estudios sobre delincuentes.

El cuestionario de preferencias de actividades (APQ) de Lykken, Tellege y Katzenmeyer. Esta escala mide fundamentalmente la reactividad ansiosa. Aunque es cierto que uno de los síntomas de la psicopatía es precisamente la baja responsividad emocional, lo cierto es que falla al no distinguir entre personas con baja ansiedad y psicópatas en el sentido estricto.

Locus de control en las relaciones interpersonales. Escala para situaciones interpersonales de Godoy y cols. (1993). Evalúa las dimensiones internalidad-externalidad para los resultados positivos (IEI+),

internalidad-externalidad para los resultados negativos (IEI-), controlabilidad-incontrolabilidad para los resultados positivos (CNCI+) y controlabilidad-incontrolabilidad para los negativos.

Considerables estudios han demostrado que la dimensión "locus de control" de Rotter constituye una importante variable moderadora entre estresores vitales y psicopatología.

La víctima que es vulnerable tiene la sensación de un pobre dominio de la situación (locus de control externo), apreciando poca contingencia entre sus acciones y los acontecimientos del entorno, que se deben a otras fuerzas (destino, poderosos, otras personas). En el mismo sentido, la percepción de controlabilidad de la situación resulta muy adaptativa en estos casos.

En los casos de delincuencia común se ha observado que de igual forma las personas que delinquen tienden a situar la motivación de su conducta en el exterior, siendo por tanto difíciles de implantar las motivaciones y los intereses para el cambio.

Escala de ajuste diádico (DAS) (Spanier, 1976). Evalúa el grado de armonía en una pareja. Publicada en castellano por E.Echeburúa y P. de Corral (1998).

4.6. Valoración de los agresores sexuales

Miguel Ángel Soria y José Antonio Hernández en 1994 señalan, entre otras, las técnicas que siguen en la evaluación de agresores sexuales:

-Agresión y hostilidad

- State-Trait Anger Scale (STAS) (Spielberger y cols. 1983). Se encuentra actualizada en 1988 por Spielber y cols.), publicada en castellano en 1998 por E.Echeburúa y P. de Corral (1998).
- Buss-Durkee Hostility Index (Buss y Durkee, 1957).

- Acceptance of Interpersonal Violence (Burt, 1980).

-Agresión sexual

- Cognition Survey (Chaplin y Quinsey, 1984; Quinsey y cols. (1987).

- Rape Myth acceptance (Burt, 1980).

- Assesment Scale for Families With Father-Daughter Incest (Orten y Rich, 1988).

-Sexualidad

- Escala de mitos y falacias sexuales (McCary, 1978; CITC, 1984).

- Historia sexual (Annon, 1975; CITC, 1984).

- Attitudes toward women (Spence, Helmreich y Stapp, 1973).

- Bem-sex rol inventory (BSRI) (Bem, 1974).

- Thorne, F. C. (1965): The Sex Inventory (Mc Murran, 1990).

4.7. Valoración de la inteligencia y el deterioro mental

WAIS. Wechsler Adult Intelligence Scale. Escala de inteligencia para adultos. Es la prueba de inteligencia más utilizada en el campo forense y clínico desde su publicación, y es una de las recomendadas por las American Psychiatric Association como test de inteligencia individual para el diagnóstico de retraso mental. Con el test, obtenemos puntuaciones tipificadas en las distintas subescalas, un C. 1 verbal, un C. I. manipulativo y un C. I. total.

Las escalas de Wechsler constituyen pruebas de inteligencia o capacidad mental general, si bien se ha identificado además de un factor g (función intelectual general), otros como comprensión verbal, organización perceptiva y memoria. También exploran aspectos temperamentales y clínicos (aún con una objetividad cuestionable).

Proporciona además, información importante sobre aspectos cualitativos del sujeto y la posibilidad de calcular un Cociente de Deterioro.

Edad de aplicación: a partir de los 15 años. Para niños entre 6 y 16 el WISC-R.

Mini-mental state examination, desarrollado por Fodstein y adptado por Lobo a población española (1978). Valioso para la valoración del deterioro moderado grave a partir de los 16 años. Posee baremos españoles. No detecta deterioro leve.

Test de retención visual de Benton. Publicado por Tea. Memoria y percepción visual y habilidad visuoconstructiva. Baremos y análisis de errores. Patrón de simulación. Calificación del deterioro cognitivo entre inexistente, leve, moderado y grave.

Escala de memoria de Weschler (WMS). Evaluación de los trastornos de memoria. Tiene dos formas paralelas. Se puede valorar la memoria reciente y también la diferida. Se encuentra en Tea.

Batería neuropsicológica de Halstead Reitan (1974). Incluye 12 pruebas que a su vez incluyen el MMPI, el WAIS/WICS y la escala de memoria del WAIS, entre otras.

Batería neuropsicológica de Luria-Nebraska. 269 ítems agrupados en 11 escalas básicas.

Programa integrado de exploración neuropsicológica PIENC "test Barcelona" (1986). Es un test diseñado y baremado en España. Parte de las concepciones de Luria. Posee baremos originales por grupos de edad. En el manual anexo se especifican los perfiles que podemos esperar según los cuadros clínicos. Consta de 42 subtests. Este manual se encuentra como lectura recomendada.

Escala de deterioro global de Reisberg y cols. (1982). Se valora el deterioro mental según las limitaciones cognitivas, comportamentales y

adaptativas que causa. Se clasifica el deterioro en siete grados desde ausente a defecto cognitivo muy grave.

Es una escala de gran utilidad forense, en función de las indemnizaciones sobre las que tenemos que asesorar. Esta escala se encuentra publicada en Peña-Casanova (1991).

Cuestionario preliminar para accidentes de Vázquez, B. (1993). Este instrumento se encuentra descrito en el capítulo de accidentes, deterioro mental e incapacidades de este libro.

Figura compleja de Rey. Prueba visoconstructiva, alternativa al Bender o al Benton. Se encuentra publicado por Tea.

Trail Making Test. Una versión avanzada, el "Color Trails Test" se encuentra disponible en Tea. Sirve para medir atención visual mantenida, rapidez visual y secuenciación en adultos.

Prueba de Stroop, test de colores y palabras. Diferenciación entre estímulos lingüísticos y colores. Prueba oral. Se trata de medir la capacidad del traumatizado craneal en la diferenciación hemisférica, ya que ambas tareas exigen la actuación de un hemisferio o el otro. Se encuentra publicada por Tea.

4.8. Evaluación de las víctimas de agresión

STAI. Cuestionario de ansiedad estado/rasgo de Spielberger. Adaptado a población española por Tea. Comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de ansiedad, estado y rasgo. La ansiedad estado está conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo, caracterizada por sentimientos subjetivos de tensión e hiperactividad del SNA. Puede variar en tiempo e intensidad. La ansiedad rasgo señala una estable propensión ansiosa, tendencia a percibir situaciones como amenazadoras.

ARS. Escala de evaluación de la ansiedad de Hamilton (1959). Evalúa la

ansiedad como síndrome. Permite emitir un juicio cuantitativo sobre la intensidad de la ansiedad y su evolución bajo tratamiento. Compuesta por 14 ítems con una puntuación que oscila entre 0 y 4.

BDI. Inventario de depresión de Beck (1986). Es el más conocido y utilizado para evaluar la presencia y gravedad de síntomas depresivos. Da más importancia a los componentes cognitivos que a los conductuales y somáticos. Consta de 21 ítems. Se aconseja para víctimas de maltrato doméstico.

HRS. Escala para la valoración de la depresión de Hamilton (1978). Es la versión más reciente y contiene 24 ítems. Esta escala no diferencia entre intensidad y frecuencia del síntoma y da mayor importancia a los síntomas somáticos y comportamentales que a las manifestaciones clínicas.

CDI. Children Depression Inventory de Kovacs y Beck (1977), adaptado y baremado para la población española. Diseñada para edades comprendidas entre 6 y 17 años. Es la escala de mayor usos para niños, cubriendo las siguientes categorías de síntomas: cognitivos, emocionales, psicosomáticos, motores, escolares, problemas de conducta y socialización, subrayando fundamentalmente los síntomas cognitivos.

IES. Índice de impacto del suceso de Horowitz et al (1983) es de entre las múltiples pruebas de discriminación de acontecimientos vitales estresantes publicadas, la más específica del tema que tratamos y se ha mostrado como un válido predictor y evaluador del trastorno de estrés postraumático, bien aisladamente o en combinación con otras pruebas.

Inventario de miedos de Cautela et al (1983), adaptado a la población española por Sosa C. D., Capafons J. I. y cols. Evalúa la existencia de miedos tanto racionales como irracionales, que suelen darse a partir de vivencias traumáticas. Mide la existencia en el examinado de 10 miedos concretos y además incluye tres escalas generales: miedos físicos, miedos sociales y escala general de miedos.

Cuestionario de evaluación del autoconcepto. Martoll y cols. Evalúa tres escalas: autoconcepto negativo, autoconcepto positivo y autoconcepto-autoestima. Es una prueba de gran interés en victimología ya que esta población suele presentar como secuela modificaciones sensibles en el concepto de sí mismos.

Escala de gravedad/ de síntomas del trastorno de estrés postraumático. Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca (1995, 1997). Sirve para evaluar los síntomas y la intensidad de este cuadro clínico según los criterios de diagnóstico del DSM-IV. Se trata de una escala estructurada de formato tipo Likert de 0 a 3 puntos según la frecuencia de intensidad de los síntomas, consta de 17 ítems en total con tres subescalas que evalúan: síntomas de reexperimentación, síntomas de evitación, síntomas de activación, además se incluye una escala de síntomas psicofisiológicos que no está incluida dentro de la global. (Esta escala la podemos encontrar en cualquiera de las publicaciones recomendadas dentro de la temática de violencia doméstica o trastorno de estrés postraumático de los propios autores.)

Escala de autoestima (Rosenberg, 1965). La versión española se encuentra disponible en el libro recomendado de F.J.Labrador y cols. (2004).

Escala de inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernández Montalvo, 2000). Disponible en las publicaciones de Echeburúa y cols. que se encuentran como lecturas recomendadas en este libro.

Inventario de cogniciones postraumáticas (Foa y cols., 1999). Para la evaluación de las cogniciones de las mujeres víctimas de violencia doméstica.

Disponible en E J.Labrador y cols. (2004).

Entrevista de valoración de peligrosidad (De Luis, 2001). Valoración de la peligrosidad potencial que puede correr la víctima adulta de violencia doméstica. Disponible en F.J.Labrador y cols. (2004).

Pauta de entrevista para víctimas de violencia doméstica (Labrador y

Rincón, 2002). Se encuentra disponible en E J.Labrador y cols. (2004).

MFS III. Inventario de miedos modificado de veronen-Kilpatrick (1980). Traducción y adaptación de Echeburúa y cols., 1989. Es una escala de miedos generales que incluye una subescala dedicada a miedos asociados a agresión sexual. Se encuentra publicada en el libro de los autores: Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales (1995), el cual se encuentra referenciado en esta guía.

4.9. Evaluación de las toxicomanías

Cuestionario de alcoholismo (AUDIT) (Babor, De la Fuente, Saunders y Grant, 1989, 1992).

Índice de severidad de la adicción (ASI) (Mc Llean y cols., 1980, 1992). La adaptación española se encuentra realizada por Diana Guerra, del Servicio de medicina Psicosomática del Instituto Dexeus. Se trata de una larga entrevista estructurada donde se valora la adicción al alcohol y al resto de las drogas, metadona, opiáceos, barbitúricos, cocaína, etc.

Entrevista de consumo de alcohol CAGE (Hayfield, Macleod y Hall, 1974). Existe una versión de E.Echeburúa de 1994.

-Cuestionario breve de alcoholismo (CBA) (Feuerlein, 1976).

-Test de alcoholismo de Münich (MALT) (Feuerlein, 1977).

-Test de discriminación del alcoholismo de Michigan (MAST) (Selzer, 1971).

Protocolo para la evaluación psicológica de las drogodependencias U.L.Graña, E.Esbec, y M.Muñoz, 1999). Este protocolo se encuentra publicado en el libro "Medicina Legal en drogodependencias" (1999), señalado entre los libros recomendados. Incluye un protocolo organizado en base a datos familiares, escalas de pertenencia sociofamiliar, variables adictivas, de abstinencia y otras.

EDAD. Escala de uso, abuso y dependencia (M. P Mc Govern, y Douglas H.Morrison 1992). Para adolescentes y adultos. Se valora dependencia y abuso a las diversas sustancias adictivas. Se aplica en un máximo de 20 minutos en casos de politoxicomanías y es muy útil porque enfoca directamente en las sustancias. Por su facilidad de pasación se utiliza con frecuencia en el ámbito forense. Presenta baremos. Obtenemos un índice de severidad para cada sustancia y un índice total de severidad.

La versión original se encuentra publicada en el Journal of Substance Abuse Treatment, vol. 9 (1992: 27-28).

5

Trastornos mentales y responsabilidad

5.1. Introducción

El presente capítulo pretende servir de guía al psicólogo clínico en la aplicación de sus conocimientos al ámbito pericial. Comenzamos por una definición de lo que se considera en el derecho español el concepto de imputabilidad, para pasar a relacionarlo a continuación con los síndromes clínicos más frecuentes.

La presente recopilación de síndromes clínicos y su implicación forense está basada en el temario preparado por las compañeras Alma M.a Casado del Pozo y Rosa M.a Romera Sanz dentro de las actividades y seminarios que se llevaron a cabo en el Instituto Español de Agresión y Familia durante los años 2001 y 2002, en Madrid. La bibliografía utilizada se encuentra entre las lecturas recomendadas, aunque en el capítulo se mezclan conceptos de diferentes tratados junto a ideas personales al respecto. Se ha utilizado el DSM-IV-R así como el "Manual de psicopatología", vol. 1 y 2 (1995, Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F., Mc Graw-Hill).

5.2. Concepto de imputabilidad

La imputabilidad es un concepto jurídico-penal de base psicológica que define el grado de normalidad psíquica de una persona, entendiendo normalidad como ajuste a unas normas estadísticas de actuación, sentir y pensar, cuando esta persona resulta posible objeto de una sanción penal en el caso de ser autor de un hecho delictivo o una falta. Para nuestro ordenamiento jurídico es delito o falta toda aquella conducta definida como

tal en el código penal.

"Responsabilidad o capacidad penal" son otros términos utilizados indistintamente para referirse a este concepto.

La mayoría de los jueces estiman que el perito no debe pronunciarse sobre la imputabilidad, dado que se trata de un concepto esencialmente jurídico.

Así, la pregunta que debe formularse es si determinado justiciable es capaz de conocer la realidad y hacer o ejercer su libertad conforme a ese conocimiento, o bien se tiene capacidad para discernir entre el bien y el mal y actuar conforme a ese discernimiento. Estos dos conceptos, conocimiento y voluntad, son los que sustentan las bases de un acto responsable y libre.

Pero el perito cuando habla de libertad y responsabilidad se está saliendo de los cauces de lo que clínicamente podemos establecer. Es muy fácil entrar en el campo de lo filosófico-moral a partir de estas premisas. Para no entrar en estas situaciones lo mejor es que el perito simplemente conteste a la pregunta de si el imputado sabe lo que hace y puede o no elegir entre hacerlo o no.

A lo largo de la historia han variado los criterios seguidos para determinar la imputabilidad de un individuo. El derecho penal anglosajón y la psicopatología forense han estado influenciados desde el pasado siglo por las reglas llamadas "Reglas de McNagthen", enunciadas en Inglaterra en 1943 y que quedan resumidas de la siguiente forma:

- 1.En el momento de ejecutar el acto el acusado actúa bajo el influjo de un trastorno de la razón, de una enfermedad mental que le impide conocer la naturaleza y calidad del acto y sus consecuencias.
- 2.La idea delirante debe ser tal que, si fuera verdadera, sería una defensa adecuada. Si la idea delirante no justifica el crimen, tales personas son presumiblemente responsables, culpables y condenables.

Otra regla que ha influido en nuestro sistema jurídico penal es la "Ley del policía al lado", enunciada en Inglaterra en 1922 y que establece lo siguiente:

"Una persona no sería responsable de un acto si lo comete bajo un impulso incapaz de resistir debido a una enfermedad mental."

Más tarde, en Estados Unidos en 1954, se enunció la Norma de Durham, que es la norma que rige en una minoría de estados de los Estados Unidos, rigiéndose la mayoría por la regla McNagthen. Según la norma Durham "un acusado no es responsable penalmente si su acto ilegal fue producto de enfermedad o alteración mental'.

Estas normas han venido inspirando los criterios filosóficos sobre la imputabilidad. Aunque hoy se las considera normas obsoletas lo cierto es que están influyendo en la norma jurídica.

En España se viene siguiendo lo que constituye una formula mixta, postulando que debe existir anomalía o alteración psíquica (base psicopatológica) que impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión (efecto psicológico).

Esto quiere decir que no es suficiente con que exista un trastorno mental, sino que éste debe estar relacionado con el hecho que se ha cometido, lo que llamamos etiopatología del delito.

En resumen, para modificar la condición de imputabilidad, que en principio se considera íntegra para cualquier persona, se impone que el sujeto en el momento de la comisión del acto padeciera un trastorno mental de entidad suficiente como para suprimir o disminuir la capacidad de comprensión (capacidades cognoscitivas) o la de adecuar dicha comprensión a las exigencias legales (facultades volitivas).

En la práctica forense estamos aplicando un modelo mixto donde prevalece la regla de Durham cuando hablamos de todos los trastornos de origen psicótico. Sin embargo, en la calificación de la psicopatía estamos imponiendo en mayor medida la regla McNaghten, ya que "exigimos" que haya desconocimiento de la realidad y aplicamos el principio de que el psicópata puede no hacer lo que hace. Es un tema muy complicado científicamente hablando y de una gran trascendencia social, con el agravante de que no poseemos hasta ahora tratamientos eficaces para el psicópata.

Aunque el concepto de imputabilidad es un tema espinoso, no aparece fijado directa y positivamente en el CP actual. Desde la Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre el código se limita a enumerar causas de exención de responsabilidad penal por la personalidad autora del hecho típicamente antijurídico, y causas de atenuación de aquella responsabilidad por disminución de su imputabilidad.

Las causas de exención o atenuación de la responsabilidad criminal son las siguientes:

Art. 20, están exentos de responsabilidad criminal:

1.0 El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a ésta comprensión.

El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión.

2.º El que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a ésta comprensión.

3.0 El que, por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada la conciencia de la realidad.

4.º El que obre en defensa de la persona o derechos propios o ajenos, siempre que concurren los requisitos siguientes:

Agresión ilegítima. En caso de defensa de los bienes se reputará agresión ilegítima el ataque a los mismos que constituya delito o falta y los ponga en grave peligro de deterioro o pérdida inminentes. En caso de defensa de la morada o sus dependencias, se reputará agresión ilegítima la entrada indebida en aquélla o éstas.

Necesidad racional del medio empleado para impedirla o repelerla.

Falta de provocación suficiente por parte del defensor.

5.0 El que, en estado de necesidad, para evitar un mal propio o ajeno lesione un bien jurídico de otra persona o infrinja un deber, siempre que concurren los siguientes requisitos:

Que el mal causado no sea mayor que el que se trate de evitar.

Que la situación de necesidad no haya sido provocada intencionadamente por el sujeto.

-Que el necesitado no tenga, por su oficio o cargo, obligación de sacrificarse.

6.º El que obre impulsado por miedo insuperable.

7.0 El que obre en cumplimiento de un deber o en el ejercicio de un derecho, oficio o cargo.

Con arreglo al Art. 21 son circunstancias atenuantes:

1.0 Las causas expresadas en el capítulo anterior, cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos.

2.º La de actuar el culpable a causa de su grave adicción a las sustancias mencionadas en el número 2.º del artículo anterior.

3.0 La de obrar por causas o estímulos tan poderosos que hayan producido arrebato, obcecación u otro estado pasional de entidad

semejante.

4.º La de haber procedido el culpable, antes de conocer que el procedimiento judicial se dirige contra él, a confesar la infracción a las autoridades.

5.º La de haber procedido el culpable a reparar el daño ocasionado a la víctima, o disminuir sus efectos, en cualquier momento del procedimiento y con anterioridad a la celebración del acto del juicio oral.

6.º Cualquier otra circunstancia de análoga significación que las anteriores.

Por anomalía se refiere el legislador a defectos o disfunciones congénitas o precozmente adquiridas (retraso mental, trastornos del desarrollo, trastornos de la personalidad).

Por alteración se refiere a trastorno mental de nueva aparición, en una mente previamente sana y bien desarrollada (por ejemplo demencias).

Trastorno mental transitorio, es un concepto jurídico sin relación con la psicología. En un principio se diseñó para las llamadas "reacciones exógenas", posteriormente se ha aplicado a otros cuadros. El Tribunal Supremo exige para su apreciación:

1. Brusca aparición.

2. Irrupción en la mente del sujeto con pérdida de facultades intelectivas y/o volitivas.

3. Breve duración.

4. Curación sin secuelas.

5. Que no sea autoprovocado para delinquir.

5.3. Relaciones entre síndromes clínicos y responsabilidad

5.3.1. Delirium

Trastorno mental orgánico agudo caracterizado por confusión y conciencia alterada, posiblemente fluctuante. Hay un cambio de las cogniciones que se desarrolla en un breve período de tiempo.

Puede ser debido a distintas etiologías: enfermedad médica, consumo de sustancias o combinación de estos factores.

- Diagnóstico diferencial

Demencia vs. delirium. El deterioro de la memoria es debido con frecuencia tanto al delirium como a la demencia, pero en la demencia el sujeto está vigil y no tiene la alteración de la conciencia característica del delirium. Es típico que los síntomas del delirium fluctúen mientras que los de la demencia son relativamente estables.

Psicosis vs. delirium. Existen delirium que cursan con alucinaciones vívidas, ideas delirantes, alteraciones del lenguaje y agitación, que pueden ser confundidos con algunos tipos de psicosis (trastornos psicóticos breves, esquizofrenias...). La principal diferencia es que en el delirium los síntomas psicóticos fluctúan, son fragmentarios y no sistematizados, se presentan en el contexto de una disminución de la capacidad para mantener y dirigir la atención y van a menudo asociados a alteraciones del EEG. En el delirium también es frecuente el deterioro de la memoria y la desorientación, así como la existencia de una enfermedad médica subyacente, características éstas que no aparecen en otros trastornos.

Trastorno facticio y _simulación vs. delirium. La distinción de ambos con el delirium se centra en la presentación atípica de los síntomas por parte de aquellos, así como en la ausencia de una enfermedad médica o de una sustancia que se relacione etiológicamente con la aparente alteración cognoscitiva.

- Implicaciones forenses

A nivel penal es bastante improbable que se dé la comisión de un delito bajo un delirium, ya que el estado de obnubilación de la conciencia que caracteriza este cuadro no suele ser compatible con la comisión de un delito (a no ser que sea por omisión o negligencia). En el caso de que se cometiese estarían anuladas las capacidades volitivas y cognitivas.

En el ámbito civil pueden darse casos de impugnación de contratos sin libre voluntad o con vicio de consentimiento.

A nivel social, y en concreto para el derecho laboral, la intensidad en la disminución de la atención y conciencia suele conllevar una incapacidad, pero la habitual transitoriedad del trastorno, suele hacer que ésta sea temporal.

5.3.2. Demencias

Trastorno mental orgánico de etiología múltiple que da lugar a déficit cognitivos motores y sociales, así como a cambios en la personalidad del sujeto.

Se puede deber a efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, a los efectos persistentes de una sustancia o a otras etiologías. Las demencias se caracterizan por un cuadro clínico con síntomas comunes pero se diferencian en cuanto a su origen. En función de esto se diagnostica uno u otro tipo de demencia. La más común es la de tipo Alzheimer, seguida por la demencia vascular.

La característica principal de una demencia es el desarrollo de múltiples déficits cognoscitivos que incluyen un deterioro de la memoria y al menos una de las siguientes alteraciones cognoscitivas: afasia, apraxia, agnosia o una alteración de la capacidad de ejecución.

- Diagnostico diferencial

Trastorno amnésico vs. demencia. El primero se caracteriza por un grave deterioro de la memoria sin otros deterioros significativos de la función cognoscitiva (afasia, agnosia...).

Retraso mental vs. demencia. El primero se caracteriza por una capacidad intelectual general por debajo del promedio y se acompaña al mismo tiempo por un deterioro en la capacidad de adaptación, iniciándose antes de los 18 años. El retraso mental no se asocia necesariamente con un deterioro de la memoria

Esquizofrenia vs. demencia. En la primera también puede haber múltiples deterioros cognoscitivos con un deterioro de la actividad, pero, al contrario de la demencia, el inicio es generalmente más temprano, con un patrón de síntomas característico y ausencia de una etiología orgánica específica. El deterioro cognoscitivo asociado a la esquizofrenia es típicamente menos intenso que el de la demencia.

Trastorno depresivo mayor vs. demencia. El primero puede acompañarse de quejas sobre el deterioro de la memoria, la dificultad del pensamiento y la capacidad de concentración y de reducción global de la capacidad intelectual. Además, puede haber unos malos rendimientos en la exploración y en las pruebas neuropsicológicas. Se puede realizar el diagnóstico diferencial a través del inicio de la alteración, de la secuencia temporal de los síntomas depresivos y cognoscitivos, del curso de la enfermedad, de la historia familiar y de la respuesta al tratamiento. El estado premórbido puede ayudar a diferenciar lapseudodemencia de la demencia; en ésta suele haber una historia premórbida de deterioro de las funciones cognoscitivas, mientras que en un sujeto con episodio depresivo mayor es mucho más probable que tenga un estado premórbido relativamente normal y que el déficit cognoscitivo se asocie a la depresión.

Simulación, trastorno facticio vs. demencia. Los déficits cognoscitivos presentes en los dos primeros no son habitualmente consistentes a lo largo del tiempo y difieren de los que son típicos de la demencia. En las pruebas neuropsicológicas pueden ejecutar las tareas aún peor que un demenciado, no concordando los resultados de las mismas con su estado general u otras actividades que menciona.

Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad vs. demencia. El

diagnóstico de demencia sólo se justifica si hay pruebas evidentes que demuestren que el deterioro cognoscitivo y de la memoria es mayor que el que cabe esperar debido al proceso normal de envejecimiento, y si los síntomas provocan un deterioro de la actividad laboral y social.

- Implicaciones forenses

Las demencias totalmente desarrolladas se encuentran incluidas dentro del concepto jurídico de alteración psíquica. Cuando éstas se encuentran en los primeros estadios suelen apreciarse como "enajenación" parcial y por tanto actúan como atenuantes.

A nivel penal no suelen ser autores de conductas tipificadas como delito (a no ser por desinhibición conductual), en el caso de que así sea la conducta sería susceptible de eximente o atenuante en función de la gravedad de las alteraciones cognoscitivas y por tanto del estadio de la demencia. En este mismo ámbito es más probable que sean víctimas ya sea de maltrato, robo, espolio de dinero o abusos sexuales.

A nivel civil normalmente la presencia de una demencia es causa clara de incapacitación y nulidad en los negocios que se hayan realizado por falta de consentimiento. Según el grado de deterioro del sujeto se procederá a uno u otro grado de incapacitación.

Para el derecho laboral las demencias justifican la situación de invalidez o gran invalidez.

5.3.3. Trastornos amnésicos

Trastorno psicopatológico en el que se encuentra alterada, total o parcialmente, la capacidad del sujeto para recordar sucesos que conoce. Puede ser debido tanto a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica como a la acción persistente de una sustancia.

- Diagnóstico diferencial

Delirium vs. trastorno amnésico. En el delirium la función amnésica se

presenta asociada al deterioro de la conciencia con reducción de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.

Trastornos disociativos vs. amnésicos. En los casos de amnesia disociativa no se encuentra una relación causal entre ésta y una enfermedad médica o consumo de sustancias. Además la amnesia en los trastornos disociativos no implica déficit del aprendizaje y del recuerdo de información nueva, sino que los sujetos presentan una incapacidad circunscrita para recordar contenidos de naturaleza traumática o estresante.

Simulación y trastorno facticio vs. amnésico. Las pruebas sistemáticas de memoria a menudo proporcionan resultados inconsistentes en la simulación y facticio; también la ausencia de enfermedad médica o consumo de sustancias puede ayudar a rechazar un trastorno amnésico.

- Implicaciones forenses

En el ámbito penal a pesar de que el hecho de presentar una amnesia no tiene en general repercusión legal por cuanto se supone que es posterior al suceso delictivo, sin embargo es posible que se trate de una amnesia como síntoma de algún tipo de enfermedad mental. Los trastornos mentales que se acompañan de esta sintomatología suelen ser: delirium, demencias, trastornos disociativos, intoxicación y/o abstinencia de sustancias.

5.3.4. Trastornos psicóticos

En general, los trastornos incluidos en esta sección cuentan con dos elementos definitorios y que los diferencian de otros, que son:

1. Juicio de realidad alterado, una serie de elementos psicopatológicos que provocan una alteración del mundo común.
2. Estado de la conciencia alterado, quedando alterada la capacidad cognoscitiva como tal.

Estamos hablando de: esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno

esquizofectivo, trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico compartido, trastorno psicótico debido a enfermedad médica, inducido por sustancias y trastorno psicótico no especificado.

Esquizofrenia. Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que ha estado presentes una parte significativa de tiempo durante un período mínimo de un mes, asociados estos síntomas a una marcada disfunción social o laboral. Si bien las funciones intelectuales básicas se consideran clásicamente indemnes, es frecuente que se encuentren indicadores de disfunción cognoscitiva. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia, el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de las actividades.

Los síntomas característicos pertenecen a dos categorías:

- a) Síntomas positivos: reflejan un exceso o distorsión de las funciones normales e incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico).
- b) Síntomas negativos: reflejan una disminución o pérdida de las funciones normales. Comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogía), y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia).

Los trastornos esquizotípicos, esquizoides o paranoides de la personalidad preceden algunas veces al inicio de la esquizofrenia.

Esquizofreniforme. Las características esenciales son idénticas a las de la esquizofrenia y se diferencia en que no requiere deterioro de las actividades y en que la duración es de más de un mes y menos de seis meses.

Psicótico breve. El inicio súbito de uno de los síntomas positivos cursa con una duración de un mes máximo.

Esquizoafectivo. Es un trastorno en el que se presenta en algún momento episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultaneado con síntomas positivos o negativos de la esquizofrenia. Para cumplir los criterios las características principales deben presentarse dentro de un único período continuo de enfermedad.

Trastorno psicótico compartido (folie á deux). Consiste en una idea delirante que se desarrolla en un sujeto implicado en una relación estrecha con otra persona, que suele ser el inductor y que padece un trastorno psicótico con ideas delirantes. El sujeto comparte las ideas delirantes del caso primario en parte o en su totalidad. Al margen de estas creencias delirantes, en el trastorno psicótico compartido no suelen aparecer aspectos inhabituales en el comportamiento, y el deterioro suele ser menor en el sujeto con este trastorno que en el inductor.

Trastorno psicótico debido a enfermedad médica-sustancias. Las características esenciales de estos trastornos psicóticos son que las alteraciones característicamente psicóticas se consideran debidas a los efectos psicológicos directos de una enfermedad médica o sustancia.

Trastorno delirante. La característica esencial del trastorno delirante es la presencia de una o más ideas delirantes que persisten durante al menos un mes. Si aparecen alucinaciones no suelen ser de carácter importante. El comportamiento no es raro ni extraño y la actividad psicosocial no está significativamente deteriorada (excepto por la consecuencia directa de las ideas delirantes). El que las ideas delirantes sean o no extrañas es esencial para diferenciarlo de la esquizofrenia.

El trastorno delirante puede resultar complejo de evaluar ya que las facultades se mantienen aparentemente íntegras, salvo para la temática delirante que suele estar bien sistematizada e incluso resultar comprensible (ya que deriva de vivencias plausibles).

Para conseguir realizar el diagnóstico pueden resultar útiles los siguientes consejos:

- 1.La pericial de un delirante puede derivarse de que el sujeto haya cometido un crimen violento, delitos menos graves, litigante, o también como víctima de algún delito.
 - 2.Los factores histórico-biográficos resultan esenciales debiendo prestar atención a elementos como: rigidez, suspicacia, celos o externalización de la culpa.
 - 3.Tener en cuenta y valorar adecuadamente factores étnicos, religiosos y culturales.
 - 4.Generalmente el sujeto delirante se mostrará desconfiado ante la figura del perito, por lo que se impone ser directo y honesto con estos sujetos.
 - 5.No se debe entrar a discutir la falsedad de las ideas delirantes ni tampoco fingir creer que el delirio es cierto, pues no supone ningún beneficio ni en la evaluación ni para el interesado.
 - 6.Hay que tener en cuenta que la manipulación de la información es algo muy frecuente en el ámbito forense, y más específicamente en este tipo de sujetos la disimulación, tanto en la entrevista como en las pruebas complementarias.
 - 7.Hay que descartar una posible simulación del delirio.
- Implicaciones forenses

Conviene comenzar aclarando que no todos los actos de un enfermo psicótico tienen su origen en su psicopatología, por lo que conviene conocer la forma clínica y el momento evolutivo en el momento de la comisión de los hechos. En los períodos agudos supone una merma de la capacidad de contacto con la realidad, que en el ámbito penal correspondería a exención de responsabilidad penal o cuanto menos atenuación de la misma.

En los delitos contra las personas como homicidios o asesinatos no destacan tanto por la frecuencia como por la violencia, absurdo e irracionalidad de los mismos. Normalmente son guiados por una motivación patológica soliendo llevar a cabo conductas sin relación con el estímulo o desmedidas respecto a él. En casos de asesinos en serie múltiples, los psicóticos se suelen incluir dentro de la categoría de desorganizados.

Los enfermos ya residuales suelen ser víctimas de robos, estafas, agresiones sexuales y utilización para tráfico de drogas.

En casos de trastornos delirantes no es tan sencillo establecer la exención de responsabilidad, dado que el trastorno no es tan florido y el delirio puede resultar plausible, por tanto, el tribunal no aprecia una patología tan grave y puede creer conservadas sus capacidades cognitivas y volitivas.

En el orden civil y al igual que en otros trastornos debe individuarse cada caso, pero en la mayoría de ellos la incapacitación estará indicada, ya que la psicosis cumple el requisito de permanencia y profundidad exigido por el artículo 200 del Código Civil. Generalmente los actos jurídicos llevados a cabo por un enfermo psicótico son nulos; puede establecerse la incapacidad civil, si no definitiva, sí durante los períodos agudos del trastorno o fases activas. También son causa de separación y no será considerado habitualmente apto para ostentar la guarda y custodia.

En el orden laboral la capacidad laboral de los enfermos con esquizofrenia varía desde la incapacidad total hasta la completa conservación profesional, resultando decisivos el establecimiento de la forma, etapa de la enfermedad y definición del pronóstico.

Para el derecho eclesiástico los cuadros psicóticos padecidos en el momento de contraer matrimonio conllevan la nulidad del acto según lo expuesto en los tres supuestos del Canon 1095 de la Rota.

5.3.5. Trastornos del estado de ánimo

Estos trastornos tienen como característica principal una alteración del humor. Depresión y manía tienen tres significados:

Síntoma: está presente en la mayor parte de los cuadros psicopatológicos y en otras condiciones médicas.

Síndrome: es un conjunto covariante de síntomas relacionados (tristeza insomnio, pérdida de peso).

Trastorno: se define como trastorno cuando cursa con la suficiente gravedad, intensidad y duración.

- Implicaciones forenses

Los trastornos de estado de ánimo en delincuentes suelen aparecer como trastorno sobrevenido tras el encarcelamiento. Es habitual que una persona sometida a un proceso judicial experimente caídas en el estado anímico. En el caso del delincuente no suelen tener relevancia jurídico-penal pues en su mayoría suelen aparecer como consecuencia y no causa de los hechos.

En el ámbito penal no suelen aparecer sujetos delincuentes por una depresión a no ser delitos por omisión y maltrato por negligencia, y en algunos casos homicidios intrafamiliares o suicidios ampliados.

Especial mención, en los trastornos del estado de ánimo, merecen los bipolares en especial en la fase maníaca en los que los sujetos pueden protagonizar: conflictos sociales por insultos, agresiones y conductas inapropiadas, suplantación de identidad, resistencia a las fuerzas de orden público, agresiones sexuales y comercio sexual, exhibicionismo y estafas. La capacidad de culpabilidad de estos sujetos queda supeditada a la clase e intensidad de los síntomas fundamentales, negando la imputabilidad de manera absoluta (aunque comprendan el valor real de sus actos son incapaces de inhibirlos).

En el ámbito civil, por lo general, los trastornos del estado de ánimo no suelen afectar a la capacidad de obrar, no siendo la gravedad de éstos de fuerte intensidad; mención especial cabe hacer de los trastornos bipolares en fase maníaca, en los que se puede contemplar desde una incapacitación temporal hasta una declaración de prodigalidad y el nombramiento de un tutor o curador.

Dentro del ámbito civil también resulta interesante lo relacionado con la guarda y custodia de menores, en el sentido de que el desarrollo de un menor requiere un marco de estabilidad afectiva.

En general, en el campo civil (capacidad civil, capacidad para realizar testamento, guarda y custodia...) no se requiere que el juicio o el estado mental sean perfectos, sino que estén por debajo de lo que las circunstancias piden.

En orden laboral, y al igual que en el civil, la sintomatología debe ser de intensidad y duración tal que afecte la capacidad de trabajo del enfermo. Como siempre considerar la fase maníaca del trastorno bipolar que por lo general merece una incapacidad laboral temporal, capacidad que se restablece en las remisiones de suficiente duración. En la hipomanía sin incremento de los síntomas y sin tendencia a la conducta antisocial, la capacidad laboral con frecuencia, no sólo se conserva, sino que inclusive puede incrementarse.

En derecho eclesiástico si la sintomatología adquiere suficiente importancia diagnóstica, se entiende que la persona carece de la discreción de juicio requerida para el adecuado consentimiento y también se contempla que puede ser moralmente imposible la convivencia conyugal con un maniaco-depresivo, sobre todo en la crisis agudas.

5.3.6. Trastornos de ansiedad

La ansiedad como síntoma constituye un elemento central en psicopatología, siendo además un componente presente en la mayor parte de los trastornos psicológicos y psicosomáticos.

De los distintos trastornos de ansiedad que vienen codificados en el DSM-N los más interesantes a nivel forense son el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y trastorno por estrés postraumático (TEPT). Hay que tener en cuenta que el resto de trastornos de ansiedad adquirirán relevancia forense en tanto en cuanto la severidad de sus síntomas así lo determine.

Trastorno obsesivo compulsivo. Su característica esencial es la presencia de obsesiones y/o compulsiones de carácter recurrente. Las obsesiones

se definen como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusas e inapropiadas (egodistonía), que provocan ansiedad o malestar significativos. Las compulsiones se definen como comportamientos o actos mentales de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad pero no proporcionar placer o gratificación. En la mayoría de los casos la persona se siente impulsada a realizar la compulsión para reducir el malestar que conlleva la obsesión.

Implicaciones forenses. En el ámbito penal la presencia de un TOC no suele incidir en la responsabilidad de un sujeto. Su capacidad cognitiva suele estar conservada, pudiéndose encontrar afectada la capacidad volitiva o motivacional en casos de grave intensidad.

En el derecho civil los casos graves de TOC pueden conllevar la incapacidad de obrar, así como limitaciones en la guarda y custodia de menores atendiendo siempre a la duración e intensidad de síntomas. En casos graves suelen establecerse curatelas y también puede alegarse como causa de separación. Aunque en general el consentimiento matrimonial suele ser válido.

En derecho social sólo casos muy graves de TOC se establecen como causa de invalidez laboral (habitualmente temporal dada la susceptibilidad de mejora con terapia que caracteriza al trastorno).

Trastorno por estrés postraumático/agudo. La característica esencial del TEPT es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan peligro real o amenaza para su integridad física; el individuo es testigo de acontecimientos que representan peligro real para otras personas, o bien conoce a través de otra persona cercana estos acontecimientos. La respuesta del sujeto debe incluir temor y desesperanza y la exposición al trauma debe conllevar reexperimentación persistente, evitación y activación.

Entre el 79 y 98% de los casos de TEPT tienen otros trastornos comórbidos que suelen ser trastornos de somatización, afectivos, de ansiedad y adictivos.

En el desarrollo del trastorno tienen especial importancia los factores de vulnerabilidad que van desde variables de personalidad hasta problemas familiares previos, pasando por problemáticas sufridas en la infancia, abuso de sustancias, bajo nivel formativo, y/o historia familiar y personal de enfermedad mental. Tras el trauma la falta de apoyo social o la aparición de nuevos acontecimientos traumáticos también constituyen factores de vulnerabilidad.

- Diagnóstico diferencial

Es importante establecer la diferencia entre el TEPT, otros trastornos postraumáticos y la simulación o sobresimulación de síntomas (invención de síntomas y actitud de no admitir la curación).

Cuando la duración del trastorno es inferior al mes debe diagnosticarse trastorno por estrés agudo.

Trastorno adaptativo vs. TEPT Mientras que en el primero el factor estresante puede tener cualquier intensidad para el TEPT debe tener suma gravedad. Se diagnostica trastorno adaptativo tanto cuando las respuestas al desencadenante no reúnen criterios suficientes para TEPT, como cuando el cuadro aparece en respuesta a desencadenantes no excesivamente importantes (situado dentro de las experiencias comunes).

Trastornos orgánicos vs. TEPT. Cuando exista evidencia de accidente físico, TCE o conmoción cerebral debe descartarse el diagnóstico por TEPT.

TOC v TEPT. Aunque en el TOC aparecen pensamientos intrusivos de carácter recurrente el sujeto los reconoce como inapropiados y además no guardan relación con la experiencia de un acontecimiento traumático.

Neurosis de compensación (trastorno facticio y de simulación) vs. TEPT. Cuando existan de por medio compensaciones económicas o determinaciones forenses, siempre deben descartarse estas posibilidades. Para ello hay que prestar especial atención a la presencia de: historia médica inconsistente, antecedentes de conducta antisocial, uso de sustancias psicoactivas y estilo de vida caótico.

- Implicaciones forenses

En el ámbito penal para abogar por una disminución de imputabilidad se puede plantear que el sujeto exhibía durante la comisión del delito, conductas indicativas de una reviviscencia del trauma pudiéndose encontrar al individuo bajo un estado disociativo. En estos casos el acto representaría un comportamiento impremeditado, espontáneo y no característico del individuo; normalmente la respuesta es desproporcional al estímulo careciendo de motivaciones corrientes; el acto se precipita por circunstancias que fuerzan al individuo a enfrentarse con conflictos inconscientes; hay amnesia para el episodio.

Lo más frecuente es que el TEPT se alegue como lesión psíquica en víctimas. Normalmente la jurisprudencia sienta como norma general que a consecuencia del estrés debe requerir el individuo tratamiento para lograr la plena adaptación además de haber establecido una adecuada relación de causalidad, la sintomatología no debe limitarse a simples desajustes afectivos o emocionales.

En el orden laboral los tribunales suelen ser muy restrictivos y no suelen establecerlo como una situación de invalidez.

5.3.7. Trastornos somatomorfos

Caracteriza a estos trastornos la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica, pero que no pueden explicarse completamente por aquella, así como tampoco por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental. Suelen presentar consumo habitual de fármacos que pueden desembocar en un trastorno relacionado con el consumo de sustancias. Dentro de los trastornos somatomorfos se encuentran los trastornos de:

somatización, somotamorfo indiferenciado, conversión, por dolor, hipocondría y dismórfico corporal.

Los individuos con trastornos de somatización suelen describir sus síntomas de forma llamativa y exagerada y con ausencia de información objetiva específica.

Para realizar un adecuado diagnóstico lo más indicado es una revisión cuidadosa de los tratamientos y hospitalizaciones.

- Diagnóstico diferencial

Enfermedad médica vs. somatización. Este tipo de cuadro clínico por la inespecificidad del mismo, puede solaparse con muchas enfermedades médicas que se hace necesario descartar (esclerosis múltiple, lupus eritematoso sistémico). Existen tres características que nos llevan a considerar la presencia del trastorno de somatización: (1) afectación de múltiples órganos, (2) inicio a temprana edad y curso crónico, sin signos físicos o anomalías estructurales, (3) ausencia de anormalidades en las pruebas de laboratorio.

Esquizofrenia vs. somatización. En algunos cuadros psicóticos pueden aparecer algunas ideas delirantes somáticas, que son diferenciables de las quejas somáticas no delirantes la naturaleza 'extraña' de las primeras.

Trastorno de angustia vs. somatización. La presencia de síntomas somáticos en los trastornos de angustia se produce durante las crisis de angustia.

Ansiedad generalizada vs. somatización. Las personas con ansiedad generalizada pueden presentar mucho síntomas físicos asociados a su trastorno, pero sus preocupaciones no se limitan a estos síntomas.

Trastornos depresivos vs. somatización. Los individuos con trastornos de somatización presentan síntomas físicos de manera recurrente y durante la mayor parte de su vida, independientemente de su estado de ánimo, mientras que los síntomas de enfermos con trastornos depresivos se

limitan a los períodos en que el individuo está deprimido. La evaluación no obstante debe ser cuidadosa ya que muchas personas con trastornos de somatización presentan a menudo síntomas depresivos.

Trastorno facticio (con predominio de signos y síntomas somáticos) y simulación vs. somatización. En los dos primeros los síntomas somáticos se producen de manera intencionada, con el objetivo de asumir el papel de enfermo o de obtener alguna ganancia.

- Implicaciones forenses

En el ámbito penal este tipo de trastornos suele aparecer en relación a victimología que encontramos en valoración de secuelas y solicitud de indemnizaciones (neurosis de renta), donde adquiere un papel protagonista el diagnóstico diferencial con la simulación o sobresimulación.

También pueden estar relacionados con la Administración de Justicia por querellas con sanitarios o denuncia por malpraxis.

5.3.8. Trastornos facticios

Los trastornos facticios se caracterizan por síntomas físicos o psicológicos fingidos o producidos intencionalmente sobre uno mismo o sobre otra persona que se encuentra bajo su custodia (Münchausen por poderes), con el propósito de asumir directa o indirectamente el papel de enfermo.

El trastorno facticio se clasifica según los síntomas predominantes: con predominio de signos y síntomas psicológicos (el individuo puede utilizar sustancias psicoactivas para producción de síntomas) o con predominio de signos y síntomas físicos (que suelen provocar intervenciones quirúrgicas innecesarias o reacciones adversas a fármacos).

Los individuos con este trastorno no suelen mantener empleos fijos, lazos familiares o relaciones interpersonales duraderas.

- Diagnóstico diferencial

Simulación vs. facticio. Los primeros suelen buscar un incentivo externo, obtener compensaciones, escapar de la policía o un proceso judicial... En este caso los objetivos son generalmente aparentes y pueden detener los síntomas cuando ya no les son útiles.

Enfermedad física o mental vs. facticio. Los elementos de sospecha aparecerán cuando se produzca: cuadro clínico dramático o atípico que no pertenece a enfermedad física o mental identificable, síntomas que aparecen cuando el individuo es observado, pseudología fantástica, comportamiento antisocial en la sala de hospitalización, conocimiento excesivo de terminología médica, consumo encubierto de fármacos, múltiples intervenciones terapéuticas, historia intensa de viajes, curso clínico fluctuante con producción rápida de complicaciones o nueva patología una vez que las exploraciones iniciales resultan negativas.

- Implicaciones forenses

En el campo penal suelen presentar denuncias o querellas por la asistencia solicitada o prestada. Pueden incurrir en delito por maltrato u homicidio, encontrándose en estos casos afectadas sus capacidades volitivas, pudiéndose aplicar en tal caso algún tipo de eximente.

En civil puede ser motivo de separación y de la pérdida de guarda y custodia pudiendo llegar la privación de la patria potestad.

En derecho canónico puede ser contemplado como causa de anulación matrimonial.

5.3.9. Trastorno de identidad disociativo

La característica esencial es la existencia de dos o más identidades que controlan el comportamiento de modo recurrente. Existe incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada a partir del olvido ordinario.

El trastorno de la identidad disociativo refleja un fracaso en la integración de varios aspectos de la identidad, la memoria y la conciencia, el problema de

la persona es una incapacidad de integración de la personalidad, más que una proliferación de personalidades.

La gente con este trastorno puede manifestar síntomas postraumáticos (pesadillas, flashbacks, sobresaltos) puede aparecer automutilación y comportamiento suicida y agresivo, y algunas identidades manifiestan síntomas de conversión.

- Diagnóstico diferencial

Síndromes orgánicos mentales vs. trastornos disociativos. En los primeros la pérdida de memoria es generalizada (en cuanto a la temática de los olvidos) mientras que en los disociativos se limita a un material psicológicamente significativo, afectando a la memoria a corto plazo y memoria a largo plazo, mientras que en orgánicos está más deteriorada la memoria a corto plazo. En orgánicos la desorientación personal aparece junto a la espacio temporal mientras que en disociativos aparece sólo la autopsíquica. Los síndromes orgánicos aparecen por enfermedad física o sustancias, mientras que los síntomas disociativos se desarrollan en un contexto de estrés y emocional. En los trastornos disociativos los síntomas agudos mejoran temporalmente con tratamiento tranquilizante, mientras que en los orgánicos este tipo de tratamiento exacerba los síntomas.

Trastorno de personalidad vs. personalidad múltiple. La personalidad múltiple es el único trastorno de personalidad específico que es diagnosticado como "trastorno mental". La rapidez y reversibilidad de los cambios de identidad, separa fácilmente este trastorno de los trastornos de personalidad, que muestran rasgos duraderos desde la adolescencia.

Cambio de personalidad vs. personalidad múltiple. El cambio de personalidad es a menudo un proceso insidioso y no reversible, diferenciándose claramente de las fluctuaciones de identidad en cuanto a la aparición brusca y reversibilidad de éstas.

- Implicaciones forenses

Nos encontramos ante un trastorno que origina graves problemas jurídicos y legales ya que parece ser invocado cada vez con más frecuencia por personas acusadas de delitos graves, es de hecho una de las alegaciones "típicas" en los psicópatas. La escasez de estudios experimentales rigurosos y de prevalencia de estos casos se refleja en la casi nula aparición de estos casos en la jurisprudencia.

En el ámbito penal los sujetos con trastorno de identidad disociativo pueden presentar conductas antijurídicas como robos, conducción temeraria, lesiones y homicidios ocasionalmente potenciados por el consumo de sustancias. En estos casos su imputabilidad está claramente afectada, dado que el fracaso en la integración de varios aspectos de su identidad y conciencia merman sustancialmente sus capacidades cognitivas y volitivas.

5.3.zo. Trastornos de la personalidad

Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, y tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.

Los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir y relacionarse con el entorno y sobre uno mismo, sólo constituyen trastornos cuando son inflexibles y desadaptativos, causando un deterioro funcional significativo. Las áreas afectadas pueden ser la cognoscitiva, afectiva, actividad interpersonal o control de los impulsos.

Es importante valorar la estabilidad de los rasgos de personalidad a lo largo del tiempo y en situaciones diferentes, diferenciándolos de las características que surgen como respuesta a estresantes situacionales específicos o a estados mentales más transitorios.

Los trastornos de personalidad están reunidos en tres grupos de acuerdo a las similitudes de sus características:

Grupo A. Formado por los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico. Se suelen definir como raros o excéntricos.

Grupo B. Incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad. Estos sujetos se definen como dramáticos, emotivos o inestables.

Grupo C. Que comprende los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad. Suelen parecer ansiosos o temerosos.

Puede ser frecuente que los individuos presenten al mismo tiempo varios trastornos de la personalidad pertenecientes a grupos distintos o al mismo, lo que se codifica como trastorno mixto de la personalidad. También puede ser que el sujeto tenga características de varios trastornos, cumpliendo el criterio general pero sin llegar a completar los criterios para ningún trastorno específico; o bien que aún cumpliendo el criterio general para trastorno de personalidad se considere que el individuo tiene un trastorno que no está incluido en la clasificación; en ambos casos la categoría a elegir sería la de trastorno de personalidad no especificado.

- Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial de los trastornos de personalidad se puede establecer respecto a todos los trastornos mentales del eje 1, ya que las características que aquellos describen también son típicas de los síndromes clínicos. Atendiendo a esto el diagnóstico de trastorno de la personalidad debe establecerse en función del cumplimiento de las características definitorias del mismo, siendo éstas:

Aparición de síntomas o rasgos antes del comienzo de la edad adulta.

Que sea característico del funcionamiento a largo plazo del sujeto.

Que no aparezcan exclusivamente durante un episodio de un síndrome clínico.

- Implicaciones forenses

En cuanto a la responsabilidad de sus actos en los trastornos de personalidad existen muchas y muy variadas opiniones. Es un tema doctrinalmente muy debatido y sumamente complejo. Está claro que las capacidades cognitivas no se ven afectadas en este tipo de trastornos pero lo difícil es pronunciarse en cuanto a las capacidades volitivas. Aunque se mantengan íntegras las facultades superiores, los individuos con un trastorno de personalidad grave no pueden ponerlas en juego de manera eficaz. Los rasgos que describen cada uno de los trastornos serán los responsables del déficit en la capacidad volitiva del individuo.

En el ámbito penal la mayoría de las veces no se aplican eximentes ni atenuantes, aunque en el mejor de los casos se puede considerar como eximente incompleta o bien como atenuante analógica, pero no existe jurisprudencia en cuanto a una eximente completa.

Dentro de este ámbito los trastornos de personalidad suelen verse inmersos en unos u otros delitos según los rasgos característicos de su categoría.

Paranoide: litigantes, pueden tener ideas celotípicas o de conspiración lo cual les lleva a cometer amenazas, insultos, lesiones por agresión y homicidios. Muy peligrosos como maltratadores domésticos.

Esquizoide: dificultad para conocer y asumir las normas sociales, estos individuos tienden a comportamientos extravagantes. Pueden realizar delitos con aparente frialdad.

Antisocial: mienten, manipulan, amenazan, no les motivan las normas. Pueden verse implicados en hurtos, robos, estafas, agresiones físicas y sexuales y homicidios. El antisocial puede ser psicópata o no, según padezca o no de déficit afectivo (ver capítulo de personalidad violenta en ese libro).

Histriónico: las llamadas de atención y afán de notoriedad características de este trastorno pueden desembocar en violaciones falsas o reales con el fin de adoptar el papel de víctima.

Dependencia: pueden ejecutar actos delictivos inducidos por otros, al no atreverse a rebelarse, como víctimas pueden verse implicadas en delitos de abuso y agresión sexual.

Independientemente del trastorno en sí es muy importante el estudio del caso de forma individual.

En lo civil los trastornos de la personalidad comienzan a tomar valor encontrándose algunas sentencias de incapacitación con referencia a estos trastornos (por ejemplo en el trastorno dependiente). En este mismo orden y en concreto para el derecho de familia, un trastorno de personalidad puede justificar una sentencia de separación si conlleva abandono de obligaciones conyugales, conductas impulsivas y vejatorias, actitudes hostiles, careciendo por tanto de idoneidad para ostentar la guarda y custodia, pudiendo ser privado en casos extremos de la patria potestad.

5.3.11. Trastornos del control de impulsos

Este tipo de trastornos tienen como característica esencial la dificultad para resistir un impulso, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para sí mismo o para los demás. El individuo percibe una sensación de tensión o activación interna previa a cometer el acto, experimentando luego placer, gratificación o liberación en el momento de llevarlo a cabo. Puede existir o no arrepentimiento, autorreproches o culpa. Dentro de esta categoría se incluyen los trastornos siguientes (de interés forense):

Trastorno explosivo intermitente: aparición de episodios aislados en los que el individuo no puede controlar los impulsos agresivos, traduciéndose éstos en violencia.

Cleptomanía: dificultad persistente para resistir el impulso de robar objetos que por lo general carecen de valor monetario y son innecesarios para el uso personal.

Piromanía: patrón de comportamiento que lleva a provocar incendios sin búsqueda de otra gratificación que el puro placer o liberación de la

tensión.

Juego patológico: comportamiento de juego desadaptado, recurrente y persistente.

- Implicaciones forenses

La subjetividad en la vivencia del auto control es difícilmente evaluable, por lo que la constatación pericial de este tipo de trastornos debe basarse más en los datos sumariales, los datos biográficos, los perjuicios sociales y familiares, los tratamientos y recaídas, que en la información que proporcione el interesado sobre la posible falta de control.

En el ámbito penal cualquiera de las categorías anteriormente citadas entran de lleno en la alteración de la imputabilidad, siempre y cuando el acto antijurídico cometido guarde relación directa con la categoría diagnóstica que afecte al sujeto. Las capacidades cognoscitivas se suponen íntegras pero las volitivas se encuentran anuladas.

En el ámbito civil, y de acuerdo siempre al estudio de caso único que debe primar en las evaluaciones, puede establecerse una declaración de incapacitación (en cualquiera de sus grados) según la afectación del control de los impulsos y las conductas aparejadas a este déficit (por ejemplo, declaración de prodigalidad en casos de ludopatía).

Clave de respuestas

Capítulo 1

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	☐	☐	☐	☒	☐
2.- Pregunta:	☐	☐	☒	☐	☐
3.- Pregunta:	☐	☒	☐	☐	☐
4.- Pregunta:	☐	☒	☐	☐	☐

Capítulo 2

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	☐	☐	☒	☐	☐
2.- Pregunta:	☐	☐	☒	☐	☐
3.- Pregunta:	☐	☒	☐	☐	☐
4.- Pregunta:	☒	☐	☐	☐	☐

Capítulo 3

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	☐	☒	☐	☐	☐
2.- Pregunta:	☐	☐	☒	☐	☐
3.- Pregunta:	☐	☐	☒	☐	☐
4.- Pregunta:	☒	☐	☐	☐	☐
5.- Pregunta:	☐	☒	☐	☐	☐
6.- Pregunta:	☐	☒	☐	☐	☐
7.- Pregunta:	☐	☐	☒	☐	☐
8.- Pregunta:	☒	☐	☐	☐	☐
9.- Pregunta:	☐	☐	☐	☒	☐
10.- Pregunta:	☐	☐	☒	☐	☐
11.- Pregunta:	☐	☒	☐	☐	☐
12.- Pregunta:	☐	☐	☐	☒	☐
13.- Pregunta:	☐	☐	☒	☐	☐
14.- Pregunta:	☐	☐	☐	☒	☐
15.- Pregunta:	☐	☐	☒	☐	☐

16.- Pregunta:	☐	☐	☐	☒	☐
17.- Pregunta:	☒	☐	☐	☐	☐
18.- Pregunta:	☐	☐	☒	☐	☐
19.- Pregunta:	☐	☐	☒	☐	☐
20.- Pregunta:	☒	☐	☐	☐	☐
21.- Pregunta:	☒	☐	☐	☐	☐
22.- Pregunta:	☒	☐	☐	☐	☐

23.- Pregunta:	☐	☐	☐	☐	☒
24.- Pregunta:	☐	☐	☒	☐	☐
25.- Pregunta:	☐	☐	☐	☒	☐
26.- Pregunta:	☒	☐	☐	☐	☐
27.- Pregunta:	☒	☐	☐	☐	☐
28.- Pregunta:	☒	☐	☐	☐	☐
29.- Pregunta:	☒	☐	☐	☐	☐

Lecturas recomendadas y bibliografía

Lecturas recomendadas

- Manuales de introducción y artículos generales

Albarrán, J. (Coord.) (1998): Peritaje psicológico en procedimientos civiles y laborales, Colección retos jurídicos en las ciencias sociales. Madrid, Fundación Universidad-Empresa.

Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. (1995): Manual de psicopatología, vol. 1 y 2, Barcelona, McGraw Hill.

Catalán, M. J. (1999): "El informe psicológico en separaciones familiares: cuestiones éticas", Papeles del Psicólogo 73: 23-26.

Esbec, E. y Gómez, G. (2000): Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad, Madrid, Edisofer, S.L.Libros Jurídicos.

Jiménez, F y Sánchez, G. (2001): Evaluación psicológica forense, vol. 1, 2, y 3. Salamanca, Amarú, 1 (testimonio), 2 (familia), 3 (laboral y elaboración de informes), 4 (contribución de las técnicas de Minnesota y Millon).

Ramírez, M. (2003): Cuando los padres se separan. Alternativas de custodia para los hijos (guía práctica), Madrid, Pirámide.

Sanmartín, J. (Coord.) (2004): El laberinto de la violencia, Barcelona, Ariel.

Urra, J. (Comp.) (2002): Tratado de Psicología Forense, Madrid, Siglo XXI.

- Drogodependencias

Delgado, S., Torrecilla, J. M. (Dir.), Cabrera J. (Ed.) (1999): Medicina legal en drogodependencias, Comunidad de Madrid, Agencia Antidroga. Madrid, Ediciones Harcourt, S.A.

- Violencia y agresores

Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia (2002): Maltrato infantil

en la familia, España (1997-1998), Valencia, Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.

Dutton, D. G. y Golant, S. K. (1997): El golpeador. Un perfil psicológico, Barcelona, Paidós.

Echeburúa, E. y De Corral, P. (1998): Manual de Violencia Familiar, Madrid, Siglo XXI.

Echeburúa, E. (1994, 1996, 1998, 2000): Personalidades violentas, Madrid, Pirámide.

Feldman, P. (1993): The psychology of crime, Cambridge University Press.

Garrido, V. (1993): Psicópata, Valencia, Tirant lo Blanch.

Hirigoyen, M.F. (1998): El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana, Barcelona, Paidós.

Labrador, F. J., et al. (2004): Mujeres víctimas de la violencia doméstica. Programa de actuación, Madrid, Pirámide.

Lorente, M. y Lorente, J. A. (1999): Agresión a la mujer: maltrato, violación y acoso, Madrid, Comares S.L.

Raine, A. y Sanmartín, J.(Comps.) (2000): Violencia y psicopatía, Barcelona, Ariel.

Sanmartín, J. (1999): Violencia contra niños, Barcelona Ariel.

-(2000): La violencia y sus claves, Barcelona, Ariel.

- Agresión sexual

Cantón, J. y Cortés, M. R. (2000): Guía para la evaluación del abuso sexual infantil. Madrid, Pirámide.

Díaz, A., et al. (Dir.) (2001): Atención al abuso sexual infantil, Madrid,

Instituto Madrileño del Menor y la Familia.

Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000): Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico, Barcelona, Ariel.

Echeburúa, E., et al. (1995): Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales, La Coruña, Fundación Paideia.

Marshall, W. L. (2001): Agresores sexuales, Barcelona, Ariel.

Redondo, S. (coord.) (2002): Delincuencia sexual y sociedad, Barcelona, Ariel.

Sánchez, L. y Díez-Quevedo, C. (Eds.) (2000): Dissociative states, Barcelona, Springer-Verlag Ibérica.

Soria, M. A., y Hernández, J. A. (1994): El agresor sexual y la víctima, Barcelona, Boixareu.

Vázquez, B. (1995): Agresión sexual. Evaluación y tratamiento en menores, Madrid, Siglo XXI.

(Coord.) (2004): Abuso sexual infantil, evaluación de la credibilidad del testimonio, estudio de 100 casos, Valencia, Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.

- Testimonio

De Paúl Velasco, P. (1995): El tribunal del jurado desde la psicología social, Madrid, Siglo XXI.

Diges, M. (Comp.) (1997): Los falsos recuerdos, sugestión y memoria, Barcelona, Paidós.

Vázquez, B. (Coord.) (2004): Abuso sexual infantil, evaluación de la credibilidad del testimonio, estudio de 100 casos, Valencia, Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.

- Neuropsicología

Fundación Mapfre (2000): IV jornadas de valoración del daño corporal, Madrid, Mapfre.

Fundación Mapfre Medicina (1997): Daño cerebral y calidad de vida: demencias, Madrid, Mapfre.

Muñoz, J. M., et al. (1997): "Neuropsicología. Problemática médico-legal". En Pelegrin C., Muñoz J. M., Quemada J. 1. (Ed.), Neuropsiquiatría del daño cerebral traumático, Barcelona, Prous Science; p. 347-366.

Peña-Casanova, J. (1991): Normalidad, semiología y patología neuropsicológicas, Barcelona, Masson.

Bibliografía

A.P. A. (1996): Committee on Psychological Tests and Assessment. Washington D.C.

Bekerian, D. A. y Denner, J. L. (1992). "The truth in content analysis of childrens testimony". En F.Lósel, D.Bender y T.Bliesener (Eds.), Psychology and Law: International perspectives. Berlín. Walter de Gruyter.

Boyчук, T. (1991): Criterio based content analysis of childrens statements about sexual abuse: A field validation study. Arizona State University.

Cabrera, J. (Ed.) (1999): Medicina legal en drogodependencias, Madrid, Agencia Antidroga, Comunidad de Madrid.

Capote, T. (1965): A sangre fría, Barcelona, Compactos Anagrama.

Catalán, M. J. (2004): "Concepto y repercusiones psicológicas del abuso sexual infantil". En Vázquez, B. (Coord.) Abuso sexual infantil, evaluación de la credibilidad del testimonio, estudio de 100 casos.

Código deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos (1987): Madrid, Junta Estatal, artículo 6.º y artículo 12.º.

Código Penal. Ley Orgánica 10/95, BOE 23 de noviembre de 1995.

De Luis, P. (2004): "Intervención psicológica en el Servicio de Atención a Víctimas", En 1 Congreso de Psicología en Red. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Publicación en soporte C.D.

De Paúl, P. (1995): El tribunal del jurado desde la psicología social, Madrid, Siglo XXI.

(2004): "Evaluación de la credibilidad del testimonio en supuestos de abuso sexual a menores", en Vázquez B. (Coord.): Abuso sexual infantil, evaluación de la credibilidad del testimonio, estudio de 100 casos, Valencia, Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.

Detterborn, H.; Froelich, H. y Szewczyk, H. (1994): Forensische Psychologie, Berlín, Deutscher Verlag der Wissenschaften.

DSM-IV (1995): Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Barcelona, Masson.

Dutton, D. G. (1998): The abusive personality, Nueva York, The Guilford Press.

Echeburúa, E. y De Corral, P. (1998): Manual de violencia familiar, Madrid, Siglo XXI.

Echeburúa, E., et al. (1995): Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales, La Coruña, Paideia.

Esplin, P. W., Boychuk, T. y Raskin, D. C. (1988): A field validity study of criteria-based content analysis of children's statements in sexual abuse cases. Comunicación presentada en el NATO-Advanced Study Institute of Credibility.

Feldman, M. P. (1989): Comportamiento criminal: un análisis psicológico, México, FCE.

- Gardner, R. A. (1987): "The Sexual Abuse Legitimacy Scale". En R.A.Gardner (Ed.): The parental alienation syndrome and the differentiation between fabricated and genuine child sex abuse, pp. 171-210. Cresskill, N. J.: Creative Therapeutics.
- Garrido, V. (1993): Psicópata. Perfil psicológico y reeducación del delincuente más peligroso, Valencia, Tirant lo blanch.
- (2000): "El perfil psicológico aplicado a la captura de asesinos en serie", Anuario de Psicología Jurídica, Madrid, COP, 10: 25-47.
- Garrido, E. y Masip, J. (2001): "La evaluación psicológica en los supuestos de abusos sexuales". En F.Jiménez Gómez (Coord): Evaluación Psicológica Forense. Fuentes de información, abusos sexuales, testimonio, peligrosidad y reincidencia, pp. 25-140. Salamanca, Amarú.
- Geen, R. G. y Donerstein, E. (Ed.) (1998): Human aggression, San Diego Academic Press.
- Geiselman, R. y Fisher, R. P. (1994): "La técnica de entrevista cognitiva para testigos y víctimas de crímenes". En D.C.Raskin (Ed.): Métodos psicológicos en la investigación y pruebas criminales, Bilbao, Desclée de Brouwer (original en inglés de 1989).
- Gómez, R. (1998): "Actuación e intervención del psicólogo en el juzgado de Vigilancia Penitenciaria", Anuario de Psicología Jurídica, COP, 8: 141-162.
- Gortner. E. T., Jackie M. S' y Jacobson N. (1997): "Psychological aspects in perpetrators of domestic violence and their relationships with the victims", The psychiatric clinic of North América Vol. 20, n.º 2: 337-351.
- Jiménez F., Sánchez, G. (2002): Evaluación psicológica forense. Contribución de las técnicas de Minnesota y Millon, vol. 4, Salamanca, Amarú.
- Hare, R. (1999): "La naturaleza de los psicópatas: algunas observaciones para

entender la violencia depredadora humana". En Actas de la 4.a reunión internacional sobre biología y sociología de la violencia. "Psicópatas y asesinos en serie". pp. 1-32, Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Valencia.

Horowitz, S. W., et al. (1997): "Reliability of criteria-based content analysis of child witness statements". *Legal and Criminological Psychology*, 2: 11-21.

Kóhnken, G., et al. (1995): "The cognitive interview and the assessment of credibility of adults statements". *Journal of Applied Psychology*, 80(6): 671-684.

Labrador, F. J., et al. (2004): *Mujeres víctimas de la violencia doméstica*, Madrid, Pirámide.

Ley de Enjuiciamiento Civil, BOE 29 de diciembre de 1999. Artículos 769 a 778.

Ley de Enjuiciamiento Criminal. Artículos 456-458 y 723 al 725, Madrid, 1986, Civitas.

Ley de Seguros. 30/1995, BOE, 9 de diciembre de 1995.

Ley del Jurado, Ley Orgánica 5/95 de BOE de 22 de mayo.

Ley Orgánica 5/2000 sobre regulación de la Responsabilidad de los Menores, Madrid, BOE. del 21 de enero de 2001.

Mackal, P. K. (1983): *Teorías psicológicas de la agresión*, Madrid, Pirámide.

Marshall W. L. (2001): *Agresores sexuales*, Barcelona, Ariel.

Martín, J. (2001): "Fisiología de la violencia", Valencia, *Débats*, 70-71: 26-37.

Masip, J. y Garrido, E. (2001): "La evaluación psicológica de la credibilidad del testimonio". En F. Jiménez Gómez (Coord): *Evaluación Psicológica*

- Forense. Fuentes de información, abusos sexuales, testimonio, peligrosidad y reincidencia, pp 141-204, Salamanca, Amará.
- Millon, T. (1996): Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV, Madrid, Masson.
- Muñoz, J. M., et al. (1997): "Neuropsicología. Problemática médico legal". En Pelegrín, C.; Muñoz céspedes, J.M.; Quemada, J. I. (Ed.), Neuropsicología del daño cerebral traumático, Barcelona, Prous Science.
- OMS (1992): CIE- 10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento, Madrid, Meditor.
- Peña-Casanova, J. (1991): Normalidad, semiología y patología neuropsicológicas, Barcelona, Masson.
- Poole, D. A. y Lamb, M. E. (1998): Investigative interviews of children: A guide for helping professionals. Washington, DC, American Psychological Association.
- Raine, A., Sanmartín, J. (Comps.) (2000): Violencia y psicopatía, Barcelona, Ariel.
- Raskin, D. C. y Esplin, P. W. (1991): "Statement Validity Assessment: Interview procedures and content analysis of children's statements of sexual abuse". Behavioral Assessment, 13: 265-291.
- Ramírez, M. (2003): Cuando los padres se separan, Madrid, Pirámide.
- Raskin, D. C. y Steller, M. (1989): Assessing credibility of allegations of child sexual abuse: Polygraph examinations and statement analysis". En H.Wegener, F.Losel y J.Haisch (Eds.): Criminal Behavior and the Justice System. Psychological Perspectives. Nueva York, Springer-Verlag.
- Redondo, S. (1994): "Perfil psicológico de los delincuentes sexuales". En Echeburúa, E. (Comp.): Personalidades violentas, Madrid, Pirámide.

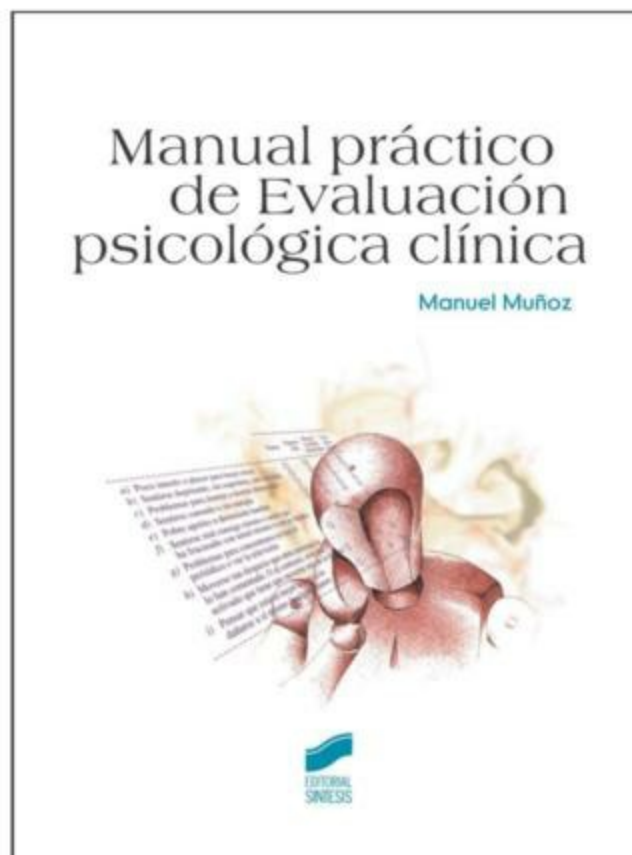
- Soria, M. A., Hernández, J. A. (1994): El agresor sexual y la víctima, Barcelona, Boixareu.
- Steller, M. (1989): "Recent Developments in Statement Analysis" en Yuille, J. C. (Ed.): Credibility Assessment, Nato ASI Series, Dordrecht, Kluwer Academic Press.
- Steller, M. y Kñhnken, G. (1994): "Análisis de declaraciones basado en criterios". En D.C.Raskin (Ed.): Métodos psicológicos en la investigación y pruebas criminales, Bilbao, Desclée de Brouwer (original en inglés de 1989).
- Steller, M. y Wellershaus, P. (1996): "Information enhancement and credibility assessment of child statements: The impact of the cognitive interview technique on Criteria Based Content Analysis". En G.Davies, S., et al. (Eds.): Psychology, Law and Criminal Justice: International developments in research and practice. Berlín, Walter de Gruyter.
- Trankell, A. (1972): Reliability of evidence, Stockholm, Bexkmans.
- Undeutsch, U. (1992): "Highlights of the History of Forensic Psychology in Germany" en Losel, E; Bender, D. y Bliesner (Ed.): Psychology and Law: International Perspectives, Berlín, Walter de Gruyter.
- Vázquez, B. (1995): Abuso sexual infantil, evaluación y tratamiento en menores, Madrid, siglo XXI.
- (1999): "La personalidad de la mujer maltratada", Clínica y Salud, Madrid, COP, vol. 10, n.º 3: 377-393.
- (2001): "La personalidad violenta", Valencia, Débats, 70-71: 39-45.
- (Coord.) (2004): Abuso sexual infantil, evaluación de la credibilidad del testimonio, estudio de 100 casos, Valencia, Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Vázquez, B. y Calle, M. (1997): "Secuelas postraumáticas en niños: análisis

prospectivo de una muestra de casos de abuso sexual denunciados", Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología, 1: 14-29.

Vázquez, B. y Hernández, J. (1993): "El psicólogo en las Clínicas Médico Forenses". En Urra, J.; Vázquez, B. (Comps.): Manual de Psicología Forense, Madrid, Siglo XXI.

(1993): "Secuelas postraumáticas de TCE, traumatismos craneoencefálicos en los accidentes de tráfico", Anuario de Psicología jurídica, Madrid, COP, 3: 29-37

Walker, E. (1980): Battered Woman Syndrome, Nueva York, Springer.



Manual práctico de Evaluación psicológica clínica

Manuel Muñoz

El proceso de Evaluación Psicológica Clínica se configura como uno de los componentes clave de la intervención en Psicología Clínica, necesario, de una u otra forma, en todas las intervenciones del psicólogo. El presente manual, por su conjugación de teoría y práctica, se convierte en un texto ideal para estudiantes y profesionales de la Psicología y campos afines que quieran tener un conocimiento aplicado de la evaluación clínica y el diagnóstico sin perder una visión seria, completa, fundamentada en la evidencia y, principalmente, práctica de cada una de las etapas y actividades del proceso de evaluación clínica.

A lo largo del texto, el lector encontrará las conexiones entre el necesario rigor metodológico que asegure la calidad de la evaluación y sus implicaciones prácticas en cada caso concreto. Se presenta un modelo de evaluación psicológica clínica que tiene tres ejes de actividad: descriptiva, funcional/formulación y diagnóstica, que permiten englobar todas las etapas y tareas propias de este ámbito.

La estructura de cada capítulo incluye tablas, directrices de la actuación, resúmenes, ejemplos aplicados a casos clínicos y preguntas de autoevaluación ajustadas a los criterios del examen P.I.R. El texto se completa con un material de apoyo que presenta algunos de los instrumentos diagnósticos y de evaluación más útiles y actuales en la práctica cotidiana del psicólogo clínico.



Manual de trastornode la personalidad

Vicente E.Caballo (coordinador)

84-9756-210-0 • 752 páginas

Los trastornos de la personalidad constituyen una de las áreas de la salud mental más controvertidas y fascinantes. Durante largo tiempo olvidados por los tratamientos empíricos, parecen haber resurgido hoy día con una enorme fuerza y vitalidad, planteando problemas y discusiones de enorme calado para el futuro de la práctica clínica tanto psicológica como psiquiátrica.

El presente manual aborda en profundidad algunos de los aspectos más relevantes sobre los trastornos de la personalidad, desde la descripción clínica detallada, pasando por su evaluación, hasta el tratamiento de los mismos. En el libro se ofrece un amplio panorama del estado actual del área, con especial énfasis en distintos aspectos del tratamiento.



Manual práctico de tartamudez

Alfonso Salgado Ruiz

84-9756-279-8 • 368 páginas

La tartamudez es un problema complejo y mal conocido. Además de falsos tópicos acerca de las causas del problema y sus posibles tratamientos, existe cierta desinformación sobre los avances actuales en el conocimiento de los factores que favorecen la aparición de la tartamudez y su cronificación, así como acerca de los tratamientos logopédicos y psicológicos que han demostrado su eficacia.

El presente manual ofrece un abordaje riguroso, actual y aplicado de la tartamudez, tanto en niños como en adultos, y ofrece una exposición detallada del problema, sus causas, el modo adecuado de evaluarlo y varios programas de tratamiento.

La actualidad de sus contenidos teóricos y su exposición pensando en la práctica clínica de logopedas y psicólogos, junto con la presentación exhaustiva de los procedimientos de evaluación e intervención, hacen de esta obra una herramienta útil para quienes deseen conocer qué es la tartamudez y cómo intervenir sobre ella.

Índice

Presentación	11
1. Los psicólogos que trabajan para los Tribunales de justicia en España	14
1.3. Psicólogos de las Clínicas Médico Forenses	21
1.4. Psicólogos de Menores	25
1.5. Psicólogos de Vigilancia Penitenciaria	33
1.6. Psicólogos en Asistencia a Víctimas	35
Preguntas de autoevaluación	37
2. Evaluación: el informe pericial psicológico	39
2.2.3. Formulación de hipótesis,	41
2.2.5. Valoración de resultados,	42
2.4. Características del informe pericial	43
2.5. Aspectos diferenciales entre un proceso psicodiagnóstico y una pericial	45
2.6. Apartados de los que debe constar un informe pericial	47
2.8. Algunas consideraciones éticas	50
2.9. Seguimiento del informe	51
2.10. La ratificación del informe en vista pública o a puerta cerrada	53
2.11. El informe pericial ante el Jurado Popular	54
3. Temas específicos en psicología forense	59
3.1.2. Bases sociales y biológicas de la violencia,	62
3.1.3. La personalidad violenta. Teoría de Millon y clasificaciones diagnósticas,	72
3.1.4. la psicopatía. Teoría de Raine y Hare,	79

3.1.5. Los agresores en serie,	84
3.1.6 Caso práctico,	85
3.2. Agresión sexual	99
3.2.2. Tipos de agresores en psicología forense (agresión sexual entre adultos),	101
3.2.3. Agresión sexual en niños,	110
3.2.4. Etiología de la delincuencia sexual (Teoría de Marshall),	130
3.2.5. Caso práctico,	133
3.3. Malos tratos: el maltrato en la pareja como forma de maltrato global	137
3.3.2. A qué llamamos maltrato en psicología forense,	141
3.3.3. El hombre maltratador,	145
3.3.4. La víctima,	155
3.3.5. Dinámica de la relación abusiva,	157
3.3.6 Conclusiones,	158
3.3.7 Casos prácticos,	160
3.4. Credibilidad del testimonio	180
3.4.3. La entrevista al menor,	185
3.4.4. El análisis del contenido basado en criterios: CBCA,	190
3.4.5. Definición de los diversos criterios CBCA,	193
3.4.6 Aplicación,	199
3.4.7 Investigaciones sobre el CBCA,	201
3.4.8. Lista de criterios de validez,	204
3.4.9. Valoración final,	206
3.4.10. Escala para evaluar la credibilidad de las partes en litigio. Escala SAL (Sexual Abuse Legit	208

3.4.11. La credibilidad del testimonio en el caso de adultos,	213
3.5. Adicciones y su repercusión legal	227
3.5.3. Los trastornos del comportamiento y la conducta inducidos por sustancias,	230
35.4. El perfil psicológico del consumidor de sustancias,	235
3.5.5. La evaluación del toxicómano desde el punto de vista de la pericial,	238
35.6 Caso práctico,	241