

INFORMES MÉDICOS / PSIQUIÁTRICOS (AGRESOR)

INFORME DE ASISTENCIA CSMIJ (CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL) HOSPITAL UNIVERSITARIO MUTUA DE TERRASSA (06/02/2006)

Álvaro se visitó en nuestro centro entre los meses de junio del año 93 hasta el verano del 94. El motivo de consulta era la conducta disruptiva, impulsiva y oposicionista en el contexto familiar. La intervención en aquel tiempo se limitó a asesoramiento familiar en pautas educativas y seguimiento del niño.

Volvieron a consultar en el año 1998 cuando Álvaro tenía 12 años de edad e iba a iniciar 1º de ESO (Enseñanza Secundaria Obligatoria). Los problemas de oposicionismo y comportamiento antinormativo se habían agravado tanto en el entorno familiar como escolar. Sus reacciones eran muy explosivas, con pérdida de control y mucha agresividad. La relación con los padres y hermanos pequeños había empeorado. Fue medicado por una psiquiatra con Diazepam durante dos años. En aquellos momentos también había mostrado un comportamiento excesivamente sexualizado con menores dentro del contexto familiar. La convivencia familiar se había deteriorado mucho y en el IES (Instituto de Enseñanza Secundaria) tenía abierto más de un expediente disciplinario. El rendimiento escolar y trabajo en el aula había empeorado mucho y en clase su comportamiento era muy inadecuado, tanto hacia compañeros (siendo abiertamente agresivo) como profesores (se mostraba desafiante y provocador, sobre todo hacia los hombres). También se había repetido la conducta sexualmente desinhibida (conducta masturbatoria en clase). Siempre negó haber sido objeto de tocamientos o abusos, a pesar de que fue una posibilidad que el equipo contempló. Siempre se sintió mal y avergonzado cuando tocábamos este tema en las entrevistas. También es cierto que reconocía sus dificultades y la escasa capacidad para controlar la rabia.

Nuestro diagnóstico en aquel momento fue Trastorno de Conducta Atípico. Aconsejamos reiniciar tratamiento farmacológico por las dificultades de autocontrol, pero el niño se negó a visitarse con la psiquiatra. En el IES la situación era insostenible y se decidió su escolarización en el centro MAIN. Después hizo seguimiento con Servicios Sociales. La última visita con el niño fue el 14 de mayo del año 1999. Faltó a dos visitas concertadas con la psiquiatra. En diferentes coordinaciones con servicios sociales y de enseñanza pudimos constatar que la escalada de comportamientos antisociales fue en aumento, así como los problemas de convivencia familiar.

Dra. "O".

Terrassa, 6 de febrero del 2006.

CAS TOXICOMANÍAS - HOSPITAL UNIVERSITARIO MUTUA DE TERRASSA (21/02/2006)

Por el presente certifico que el paciente **ÁLVARO**:

- Consultó nuestro servicio de atención a drogodependencias el día 18-03-03.
- Refería haber iniciado el consumo de cocaína a finales de 2001, con un largo período de abstinencia y recaída en el consumo de cocaína base por vía pulmonar a inicios de 2003.
- Inició seguimiento en nuestro servicio, con remisión del consumo a partir de abril de 2003.
- Dada su buena evolución y un proceso de integración socio-profesional poco compatible con los horarios del centro, el 20-06-03 acordamos suspender las visitas de seguimiento quedando a disposición si las circunstancias requerían una visita y concertando una nueva cita para evaluación en septiembre, visita que no llegó a realizarse.

Informe efectuado a petición del interesado y para los efectos oportunos.

Dr. "R".

Terrassa, 21 de febrero de 2006

INFORME PSIQUIATRA DR. "B" (27/03/2006)

Informe sobre Álvaro

Paciente atendido en la edad de 9 años, en 1996, por presentar trastornos conductuales en la escuela, consistentes en una actitud oposicionista, agresiones a los compañeros, poca capacidad de concentración en las tareas escolares y reacciones explosivas muy difíciles de contener, tanto en su entorno escolar como familiar.

Inició un tratamiento psicoterapéutico dirigido a la comprensión y contención de sus ansiedades persecutorias, a las que respondía con impulsividad y una fuerte agresividad, y para ayudarlo a organizarse mejor en su vida cotidiana.

Inicialmente fue tratado con Diazepam y después se le prescribió Tiaprizal gotas, que tomó muy irregularmente.

El curso del tratamiento estuvo marcado por la dificultad en poder dar sentido a la excitación que tenía y la gran sensibilidad a los cambios (maestro, escuela). Cualquier situación que le hiciera sentir solo, le hacía reaccionar con rabia y agresividad. Huir, escapar, negar la responsabilidad se le presentaba como una manera más rápida de soportar el sentimiento de culpa. Su actitud provocativa era una clara demanda de atención, por miedo a no poder aguantar la soledad. Se pudieron realizar varias reuniones con los tutores escolares, maestros y psicopedagogos del EAP (Equipo de Atención Psicosocial), para coordinar los objetivos y pautas de comportamiento hacia el paciente, especialmente cuando transgredía gravemente las normas o llevaba a cabo conductas de

riesgo, como subir al tejado de la escuela.

En algún momento también se autolesionó provocándose heridas en el brazo.

La excitación era generalizada, incluyendo también la esfera sexual de una manera manifiesta en las sesiones de psicoterapia.

Por las dificultades que presentaba, el lento proceso en el tratamiento, la irregularidad en la toma de la medicación, los padres se desanimaron. Ignoro si factores económicos influyeron en la interrupción del tratamiento 2 años más tarde.

Diagnóstico: Trastorno disocial, de inicio infantil.

Dr. "B".

Terrassa, 27 de marzo de 2006.

INFORME PSIQUIATRIA DRA. "N" (03/03/2006)

Dña. "N", Doctora en Medicina [...], Especialista en *Psiquiatría*, hace constar que ha visitado al paciente **ÁLVARO**, realizado varias entrevistas con sus progenitores y estudiado los informes emitidos a partir de las valoraciones médicas, psiquiátricas y psicológicas realizadas al mismo:

- Informe del Dr. "F", facultativo del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Sant Llatzer, fechado en 1989.
- Informe del Dr. "S", facultativo del Hospital de Sant Llatzer, fechado el 30 de marzo de 1989.
- Cuestionario solicitado al Centro escolar por el CSMIJ del Hospital Mutua de Terrassa donde se estaba realizando seguimiento psiquiátrico al paciente, con fecha del 1 de Marzo de 1999.
- Informe del Dr. "R", facultativo del CAS Toxicomanies del Hospital Mutua de Terrassa con fecha del 21 de febrero de 2006.

Y tras lo cual **INFORMA**:

Se trata de un paciente de 19 años, nacido en Terrassa, soltero y sin hijos. Convive con sus padres en el domicilio familiar y con sus hermanos de 26, 14 y 14 años de edad.

Presenta numerosos antecedentes patológicos de interés. Su embarazo se desarrolló con normalidad, pero existió un sufrimiento durante el parto. A los dos años y medio presentó un cuadro diagnosticado como sepsis meningocócica.

Existió un retraso en el desarrollo psicomotriz, con dificultades para la adquisición del lenguaje y deambulación. Persistió enuresis nocturna hasta los 8 años. Así mismo y tal como se recoge en los informes escolares, existieron dificultades para el mantenimiento de la atención y la concentración e inquietud psicomotriz. Los progenitores del paciente refieren la existencia de un cuadro de tics múltiples, tanto guturales como motores, desde la infancia así como coprolalia,

alteraciones conductuales y tendencia a los comportamientos disruptivos.

Desde los 7 años el paciente ha realizado seguimiento psiquiátrico y psicoterapéutico intermitentemente.

Respecto a la escolarización, acabó la ESO, tras haber sido expulsado de numerosos colegios y ser inscrito en la escuela MAIN, debido a sus alteraciones comportamentales.

El paciente presenta un patrón de policonsumo de tóxicos, que se inició durante la adolescencia. A los 13 años comienza el consumo de tabaco, así como de alcohol durante los fines de semana. Poco después también de cannabis, llegando hasta 15 porros diarios. Desde entonces y hasta la fecha de ingreso en prisión, no ha habido periodos de abstinencia del mismo. Entre los 15-16 años, ha habido así mismo consumos ocasionales de anfetaminas y alucinógenos de los que se mantiene abstinentes desde entonces. Inicia el consumo de cocaína esnifada a los 15 años, con patrón de abuso de fin de semana, pasando a ser a diario, con patrón de dependencia y fumada a los 16. Durante ese periodo de gran comportamiento politoxicofílico, el paciente presentó numerosas alteraciones conductuales y comportamientos antinormativos.

Desde Marzo a Junio de 2003, el paciente ha acudido regularmente a las consultas del Centro de Atención y Seguimiento de Drogodependencias (CASD) del Hospital Mutua de Terrassa, tal como se refiere en el informe emitido por dicho centro con fecha del 21 de febrero de 2006, con buena adherencia al tratamiento y abstinencia de cocaína desde abril hasta junio de 2006. A partir del alta se produce recaída en el consumo de cocaína por vía esnifada, patrón de dependencia y consumo prácticamente a diario, sin periodos de abstinencia hasta la fecha de la detención.

Mediante la exploración psicopatológica, se detecta la existencia de **sintomatología de la esfera psicótica** durante los periodos de intoxicación cocaínica, con autorreferencialidad, desinhibición conductual y sintomatología maniforme, con ideación megalomaniaca y disforia.

También se detecta la existencia de comportamientos parafilicos, desinhibidos en dichos momentos de intoxicación cocaínica.

Por todo ello, se considera recomendable la realización de un examen pericial exhaustivo, así como un estudio de organicidad y una valoración neuropsicológica, para la correcta valoración del cuadro clínico.

Hacemos constar en Barcelona a 3 de marzo de 2006.

Dra. "N".

**INFORME PERICIAL DE LA DRA. "N" Y DR. "C" – INSTITUTO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA
CLÍNICA DE BARCELONA (04/07/2006)**

Dña. "N", Doctora en Medicina [...], Especialista en Psiquiatría y D. "C", Licenciado en Psicología [...] y Máster en Psicología Clínica, Legal y Forense [...] hacen constar que han visitado al paciente **ÁLVARO**, tras lo cual emiten el siguiente

DICTAMEN PERICIAL MÉDICO-PSIQUIÁTRICO

CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS.

El presente dictamen ha sido elaborado por los abajo firmante en base a la exploración directa del paciente a través de varias entrevistas clínicas que tuvieron lugar en la prisión de la Trinidad de Barcelona. Para los datos de anamnesis familiar hemos entrevistado asimismo a D. AAA y a Dña. BBB, progenitores del peritado.

Se ha complementado el estudio del caso mediante la aplicación de diversos instrumentos psicométricos para el análisis de personalidad: MMPI, y Millon, cuyos resultados adjuntamos en el Anexo II. Así mismo se han aplicado la Wender UTAH Rating Scale para el estudio retrospectivo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Además hemos consultado la documentación médica que nos ha sido aportada, que comentamos en párrafos posteriores y enumeramos a continuación:

- Informe del Dr. "F", facultativo del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Sant Llatzer, fechado en 1989.
- Informe del Dr. "S", facultativo del Hospital de Sant Llatzer, fechado el 30 de marzo de 1989.
- Cuestionario solicitado al Centro escolar por el CSMIJ del Hospital Mutua de Terrassa donde se estaba realizando seguimiento psiquiátrico al paciente, con fecha del 1 de Marzo de 1999.
- Informe del Dr. "R", facultativo del CAS Toxicomanías del Hospital Mutua de Terrassa con fecha del 21 de febrero de 2006.
- Informe del Dr. "B", fechado el 27 de marzo de 2006, psiquiatra y psicólogo clínico.

Para fundamentar el estudio del caso, hemos realizado una exhaustiva consulta bibliográfica, tanto desde el punto de vista clínico psiquiátrico, como en cuanto a las implicaciones legales de los diagnósticos hallados. Se recoge la relación de dichos documentos consultados en el Anexo I: Bibliografía.

RESUMEN DE LOS DATOS DE ANAMNESIS

ANTECEDENTES PERSONALES:

Se trata de un paciente de 19 años de edad, nacido en Terrassa, soltero y sin hijos. Pertenece a una familia con una fratria de 4 hermanos, ocupando él el segundo lugar. Convive con sus padres

en el domicilio familiar y con sus hermanos de 26, 14 y 14 años de edad.

Entre sus antecedentes patológicos familiares se refiere **dependencia de cannabis y cocaína en el padre**, en remisión actual, sin otra patología psiquiátrica de interés.

Respecto al informado, cabe señalar, que **presenta numerosos antecedentes patológicos de interés**. Su embarazo se desarrolló con normalidad, pero existió un sufrimiento fetal durante el parto, tal como se recoge en el informe emitido en 1986 por el Dr. "F", facultativo del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Sant Llatzer. A los dos años y medio presentó un cuadro diagnosticado como sepsis meningocócica. Requirió hospitalización en el Servicio de Pediatría del Hospital Sant Llatzer durante 10 días, tal como informa el Dr. "S", facultativo del Servicio de Pediatría de dicho Hospital el 30 de Marzo de 1989.

Tal como manifiestan sus padres, existió un retraso en el desarrollo psicomotriz, con dificultades para la adquisición del lenguaje y deambulación. Persistió enuresis nocturna hasta los 8 años. Desde etapas tempranas de la infancia y tal como se recoge en los informes escolares, y en el informe emitido por el Dr. "B", existieron dificultades para el mantenimiento de la atención y la concentración e inquietud psicomotriz. Estos síntomas hacen pensar en la existencia de un **Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y un Trastorno Disocial**.

Los progenitores del paciente refieren la existencia de un cuadro de tics múltiples severo, tanto guturales como motores, desde la infancia así como coprolalia, alteraciones conductuales y tendencia a los comportamientos disruptivos, síntomas todos ellos sugestivos de un posible **Síndrome de Tourette**.

Desde los 7 años el paciente ha realizado seguimiento psiquiátrico y psicoterapéutico intermitentemente.

Respecto a la escolarización, acabó la ESO, tras haber sido expulsado de numerosos colegios y ser inscrito en la escuela MAIN, debido a sus alteraciones comportamentales. Posteriormente realizó dos cursos de mecánica de motos, que no llegó a concluir. Desde entonces ha estado trabajando la mayor parte del tiempo, concatenando contratos a través de empresas de trabajo temporal.

El paciente presenta un patrón de policonsumo de tóxicos, que se inició durante la adolescencia. A los 13 años comienza el consumo de tabaco, así como de alcohol durante los fines de semana. Poco después también de cannabis, llegando hasta 15 porros diarios. Desde entonces y hasta la fecha de ingreso en prisión, no ha habido periodos de abstinencia del mismo. Entre los 15-16 años, ha habido así mismo consumos ocasionales de anfetaminas y alucinógenos de los que se mantiene abstinente desde entonces. Inicia el consumo de cocaína esnifada a los 15 años, con patrón de abuso de fin de semana, pasando a ser a diario, con patrón de dependencia y fumada a los 16. Durante ese periodo de gran comportamiento politoxicofílico, el paciente presentó numerosas alteraciones conductuales y comportamientos antinormativos.

Desde Marzo a Junio de 2003, el paciente ha acudido regularmente a las consultas del Centro de Atención y Seguimiento de Drogodependencias (CASD) del Hospital Mutua de Terrassa, tal como se refiere en el informe emitido por dicho centro con fecha del 21 de febrero de 2006, con buena adherencia al tratamiento y abstinencia de cocaína desde abril hasta junio de 2006.

A partir del alta se produce recaída en el consumo de cocaína por vía esnifada, patrón de dependencia y consumo prácticamente a diario, sin periodos de abstinencia hasta la fecha de la detención.

STATUS CLÍNICO ACTUAL

En las entrevistas clínicas realizadas, se lleva a cabo una exploración de su estado mental, en la que se objetiva que el paciente se encuentra lúcido, consciente y orientado auto y alopsíquicamente, en tiempo, espacio y persona. Presenta una actitud correcta y adaptada. Su aspecto físico es cuidado y coherente con la situación social.

El paciente manifiesta haber experimentado ideas de persecución y perjuicio, que se corresponden a **sintomatología de la esfera psicótica** durante los periodos de intoxicación cocaínica, presentando alteraciones del curso y contenido del pensamiento del tipo ideación delirante autorreferencial, como síntomas relacionados con la **esfera afectiva** maniforme, relatados como desinhibición conductual, ideación megalomaniaca y disforia.

En el momento de la entrevista apreciamos (por la anamnesis y la evaluación directa del informado) un estado de ánimo autímico, con preocupaciones rumiativas relativas a su problemática legal en curso.

Según refiere el paciente, desde el inicio de la pubertad, ha venido desarrollando comportamientos parafílicos, de voyeurismo y exhibicionismo que han supuesto al paciente intensos sentimientos de falta de control y culpa. Estos comportamientos se han visto desinhibidos en los momentos de intoxicación cocaínica y excitación maniaca.

Así mismo, se detectan rumiaciones obsesivas principalmente de duda y rituales de repetición.

La impresión clínica acerca de su funcionamiento personal orienta hacia un predominio de rasgos de los clusters B y C.

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS COMPLEMENTARIAS.- Para corroborar esta impresión clínica y complementar la exploración psicopatológica del paciente, se le administraron el siguiente cuestionario autoaplicado:

- MCMI-2 de Th. Millon (denominado *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-2*) instrumento de evaluación psicológica de 175 ítems que evalúa las diferentes escalas de la personalidad.

Dicha prueba está orientada a evaluar diversos factores o patrones de personalidad identificando trastornos emocionales, de la personalidad y de rango clínico en general, a través de varias escalas y síndromes psicopatológicos que se compatibilizan con las clasificaciones oficiales DSM-IV-TR de la American Psychiatric Association, y CIE10 (Organización Mundial de la Salud). La mencionada prueba psicométrica está basada en una metodología clínico- estadística que hemos evaluado con una técnica informatizada.

Cabe señalar asimismo que unos de los aspectos más difíciles de valorar en determinadas pruebas periciales es la presunta existencia de alteraciones caracteriopáticas o de la personalidad, pues dichos trastornos no presentan síntomas positivos (“activos”) permanentes en el sujeto, sino que se manifiestan en modalidades anómalas de respuesta o de comportamiento que el explorado puede no llegar a reconocer ante el facultativo (consciente o inconscientemente). Para resolver esta dificultad los mencionados tests psicométricos ya poseen unos indicadores de fiabilidad y validez, que vienen a señalar la coherencia y consistencia de las respuestas.

Dicha prueba psicométrica no ofrece unos perfiles con validez y fiabilidad metodológicas.

Para objetivar los síntomas obsesivo-compulsivos del paciente se ha aplicado el Inventario de Obsesión-Compulsión de Maudsley. La consistencia interna y fiabilidad test-retest de esta escala son satisfactorias. Presenta cuatro subescalas relacionadas con síntomas manifiestos: limpieza, comprobación, lentitud-repetición y dudas-escrupulosidad. Las puntuaciones globales se encuentran próximas al punto de corte entre el TOC leve y moderado. Es llamativo que dicha obsesividad es positiva especialmente en la subescala de dudas-escrupulosidad, y no así en el resto de las subescalas.

Ante la sospecha diagnóstica de un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la infancia, se ha administrado la Wender UTAH Rating Scale, prueba psicométrica validada para el diagnóstico retrospectivo de dicha patología, siendo su puntuación del 75%, lo que confiere una alta probabilidad para el diagnóstico retrospectivo de TDAH en la infancia.

Cabe señalar que **sería metodológicamente deseable una exploración de la personalidad con tests proyectivos**. Dicha técnica supone una vía de análisis de la personalidad diferente de la técnica clínico-estadística propia de los tests o escalas aplicadas por nosotros en el presente caso, y permitiría que el paciente respondiera ante imágenes o preguntas que no son obvias respecto a su significado explícito, y así expresar simbólicamente contenidos del plano inconsciente de la personalidad. Dado que dicha técnica requiere una especialización dentro del área de conocimiento del Psicoanálisis, proponemos que complementariamente al presente informe se solicitara un estudio al Psicólogo “C” [...], especialista en el test de Rorschach y otras técnicas proyectivas análogas.

CONSIDERACIONES PSIQUIÁTRICO-LEGALES

En el caso del Sr. **Álvaro**, nos encontramos ante un diagnóstico múltiple de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastorno de Gilles de la Tourette, Trastorno de Personalidad, Parafilia y un trastorno por abuso-dependencia de cocaína y cannabis.

[... En este apartado, la Dra. “N” y el Dr. “C” realizan una descripción de cada uno de los trastornos y su comorbilidad desde una perspectiva clínica ...].

[...]

RELACIÓN ENTRE LOS DIVERSOS TRASTORNOS COMÓRBIDOS EN EL CASO DE ÁLVARO

Se ha descrito coexistencia frecuente de trastorno de Gilles de Tourette con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), con el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) y con los trastornos de aprendizaje [...].

En el caso del Sr. Álvaro, habrían coexistido tics motores múltiples y vocales, como carraspeo, toses y coprolalia, constitutivos de un posible diagnóstico de trastorno de Gilles de la Tourette. Del mismo modo, mediante la anamnesis y las exploraciones complementarias aplicadas, se constata la probable existencia de un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad durante la infancia.

En conexión con dichos síntomas y relacionado con la frecuente comorbilidad ya mencionada con la sintomatología obsesiva, el paciente presenta ideas obsesivoides, intrusivas de contenido sexual y un mal control de los impulsos, que han dado lugar a los comportamientos parafilicos de exhibicionismo mencionados, con un intenso componente de culpabilidad derivado de la falta de control sobre la conducta.

Son frecuentes los trastornos de la personalidad en los sujetos que han presentado trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia, así como consumo de sustancias.

En el caso de **Álvaro** sabemos que ha existido un trastorno psiquiátrico severo en el que coexisten los diagnósticos de **Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la infancia, Trastorno Disocial y Trastorno de Gilles de la Tourette**. Esta patología de base ha condicionado la estructura de su personalidad, apareciendo un **Trastorno de la Personalidad mixto, con rasgos de impulsividad** sobre el que se ha desarrollado una **intensa politoxicofilia**, en la que predominan la **Dependencia a cannabis y cocaína**. Además podemos considerar la existencia de una **Parafilia de características exhibicionistas y sádicas**, relacionada psicopatológicamente con los trastornos del curso y contenido del pensamiento intrusivos, recurrentes y con el mal control de los impulsos derivado de los diagnósticos previamente citados.

En el caso de Álvaro, es probable la existencia de sintomatología de la esfera psicótica en los momentos en que se encontrase bajo los efectos de la cocaína. Esta sintomatología consistiría en la alteración del estado de ánimo, desencadenando alteraciones de la afectividad de la esfera maniforme, principalmente hacia la disforia y la desinhibición de los impulsos.

Sobre una estructura de personalidad patológica y una sexualidad parafilica, consideramos posible que la intoxicación cocaínica ejerciese un efecto desinhibidor de las pulsiones sexuales alteradas.

CONCLUSIONES DE INTERÉS PSIQUIÁTRICO-LEGAL:

1. El explorado **ÁLVARO** padece una **grave comorbilidad psicopatológica** (asociación o concatenación de varias anomalías tipificadas en la Psiquiatría Clínica). Tales trastornos se corresponden con los **criterios diagnósticos de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y un trastorno de Gilles de la Tourette**, ambos desarrollados durante la etapa infantil en el periodo escolar. **A partir del final de la adolescencia ha presentado asimismo una alteración de la personalidad diagnosticable como trastorno**

mixto (englobando a diversas categorías diagnósticas de dicha enfermedad) y una alteración de los impulsos de tipo parafílico que sería una expresión comportamental de dicho trastorno de personalidad. Como complicación de dicha patología, y en interacción con factores ambientales adversos, el paciente ha desarrollado una politoxicofilia que comentamos en el siguiente apartado.

2. La **politoxicomanía** del informado se inició a partir de los 12 años de edad, y en dicho apartado psicopatológico que cabe diferencias los siguientes patrones diagnósticos según la Clasificación Internacional de Enfermedades **CIE-10** de la Organización Mundial de la Salud:

**Dependencia de alcohol,
Dependencia a la cocaína y cannabis.**

3. El conjunto de factores anteriormente reseñados constituyen una grave infiltración psicopatológica que afecta al sistema volitivo del paciente en determinados momentos de su biografía, así como ocasionalmente a la capacidad para el adecuado análisis reflexivo del alcance de sus actos (función cognitiva). Desde dicha tesitura estimamos que los comportamientos imputados han estado condicionados por la mencionada comorbilidad patológica, con la correspondiente **merma funcional en los sustratos psicobiológicos del conocimiento y de la voluntad**.
4. Las mencionadas consideraciones periciales son tributarias de ampliación o de ser complementadas una vez obtenidos los resultados de las pruebas toxicológicas que han sido solicitadas y de los tests proyectivos de personalidad a los que nos hemos referido en el correspondiente apartado dedicado a la psicometría.

Los peritos abajo firmantes declaran bajo juramento o promesa el decir la verdad [...].

Hacemos constar en Barcelona a 4 de julio de 2006.

Fdo. Dra. "N" y Dr. "C".

INFORME MÉDICO FORENSE - IMLC (12/02/2007)

Juzgado de Instrucción nº #

Sumario:

En Terrassa a 12 de febrero de 2007, comparecen los médicos forenses --- y ---, quienes en cumplimiento de lo solicitado, han realizado la exploración psicológica de Álvaro, con el siguiente resultado:

Objeto del informe

Valoración de imputabilidad en relación con los hechos de los que se le acusa.

Metodología empleada

La valoración se ha realizado mediante la información aportada por las entrevistas personales mantenidas con el acusado y sus padres, la realización de autoinformes para valoración psicopatológica y de personalidad, y teniendo en cuenta, además, la información extraída de la documentación médica y de los atestados y declaraciones obrantes en los autos.

ENTREVISTA PERSONAL

Datos de filiación y generales

Nacido en Terrassa el 17-10-1986. Es el 2º de una familia de 4 hermanos todos varones. Vive en el domicilio familiar junto con sus padres y sus dos hermanos menores (mellizos) de 15 años de edad. Un hermano mayor de 27 años. Estudios a nivel de ESO completos. Hasta su ingreso en prisión por la presente causa, trabajaba en una empresa como mozo de almacén en la que llevaba unos 3 meses.

Antecedentes patológicos

De su infancia recuerda que “le gustaba llamar la atención”, era “muy movido, muy malo, no paraba quieto”. Durante una temporada y hasta aproximadamente los 10 años, padeció pesadillas nocturnas frecuentes, con gritos y lloros nocturnos, aunque no recuerda los contenidos. No refiere problemas de control de esfínteres, excepto ocasionalmente (alguna vez que soñó que se encontraba en el lavabo). Era muy nervioso en su forma de expresarse con la gente, irritable, hiperactivo,... Su padre le castigaba con gran frecuencia. A los 7-8 años le llevaron al psicólogo (CAP de Mutua de Terrassa) por los problemas que tenía en el colegio. Después de asistir durante algo más de dos años, se negó a ir. Más tarde fue visitado por un psiquiatra que “le mandó unas gotas para los nervios que no le sentaban bien, le dejaban dormido”. A los 15-16 le volvieron a llevar al psicólogo, porque continuaba siendo rebelde y agresivo y además por el consumo de drogas. Fue una vez y se negó a volver.

Nunca ha sido internado por motivos psiquiátricos.

Refiere dos episodios de fuga del domicilio familiar debido a las frecuentes discusiones con los padres que casi siempre eran motivadas por el consumo de drogas (hachís). La primera vez, cuando tenía 13-14-años, se fue a una casa deshabitada. Estuvo dos semanas hasta que finalmente su madre se enteró de donde se encontraba y le llevó a casa. A los 15 años se volvió a ir (también a raíz de una fuerte discusión con sus padres), esta vez con una chica del colegio, vivieron en una torreta de tendido eléctrico durante 2-3 días hasta que les encontraron. Además en varias ocasiones ha permanecido de juerga durante un día entero sin volver a casa.

Refiere haber sufrido varios accidentes de moto (afirma que entre 20 y 30) ninguno de ellos con consecuencias importantes.

A los 14 años se intentó tirar por una ventana de la habitación donde le tenían encerrado sus padres. Reconoce que lo hizo para llamar la atención.

Afirma que con alguna frecuencia ha tenido ideas de suicidio (vagas) y que las sigue teniendo en la actualidad. Las explica por el malestar que siempre ha tenido de verse una persona distinta de los demás. El darse cuenta del daño que ha hecho a tanta gente (sus padres, sus hermanos, su novia, a sus amigos,...) le hace sentirse muy mal.

Vida de familia

El padre es recaudador de máquinas tragaperras. La madre se dedica a los trabajos de la casa. Nunca han pasados dificultades económicas.

No refiere antecedentes patológicos familiares.

Padre estricto en cuanto al mantenimiento de la disciplina y las normas. Con frecuencia imponía castigos pero nunca físicos. Lo considera muy buen hombre. Ahora lo aprecia más al tener conciencia de lo que “ha aguantado y sufrido por él”. Piensa que ha sido un “hijo desastroso”. Con la madre la relación era mejor al consentirle más. Discusiones frecuentes entre los padres por su culpa. Buena relación en general con los hermanos, sobre todo con el mayor en el que se ha fijado más. Han existido peleas frecuentes pero sin daño físico.

Niega haber sufrido abusos de tipo físico, emocional o sexual.

Ajuste escolar

De la primera escuela a la que fue le echaron por escaparse. De la segunda le echaron por problemas con el director. Volvió a la primera escuela y acabó la primaria.

En el ciclo de educación secundaria también le expulsaron por tirarle una silla al subdirector a la cabeza después de un enfrentamiento verbal. Le llevaron a un centro escolar para niños problemáticos (MAIN), primero en Rubí y luego en Terrassa. Estuvo dos cursos (14-15 años). Dice que cambió a mejor tanto en su conducta como en el rendimiento. No sabe muy bien como lo

hizo, pero no llegó a repetir ningún curso y finalmente acabó el graduado escolar

La actividad antinormativa y las gamberradas en la época de la preadolescencia las asocia a la influencia del consumo de hachís fumado. Faltaba y se escapaba de clase, ponía chinchetas en las sillas de profesores..... No tenía dificultad para hacer amigos.

De la época escolar tiene el recuerdo de que no se preocupaba por nada, todo le daba igual. En ese sentido cree que fue la época más feliz de su vida.

Vida laboral

A los 15 años acabó el graduado escolar. A los 17 años se puso a trabajar de paleta con un amigo de su hermano. Lo dejó para meterse en una escuela taller de albañil en el que permaneció un año. También ha trabajado como soldador, como aprendiz de calderería en una empresa de su tío y en muchos trabajos temporales, Dejaba los trabajos porque se cansaba o porque no aguantaba a sus jefes. En alguna ocasión le han echado por conflictos con los jefes. Le aburre la rutina en el trabajo. A pesar de todo ello se considera un “buen trabajador”. Le gusta “hacer las cosas bien”.

Vida de pareja

Afirma que “siempre le han gustado mucho las mujeres y que ha tenido facilidad para relacionarse y salir con ellas”. Con 14 años mantuvo una relación con una chica cuatro años mayor que vivía emancipada, que duró un año. Con ella mantuvo su primera relación sexual completa. A los 15 años salió durante 7 meses con una chica de su edad. Desde los 16 y hasta su entrada en prisión (durante unos tres años y medio) ha mantenido la relación más duradera y de la única “que se ha sentido realmente enamorado”. Durante 5 meses han estado conviviendo en casa de los padres de él. Admite que con cierta frecuencia ha sido infiel. Con su última novia en tres ocasiones (entre ellas con una prima y una amiga de ella), pero siempre se lo ha dicho. Sin embargo no admitía que ella pudiera serle infiel. Una vez le vio bailando con otro y se peleó a puñetazos con él. A otro chico que cree que “se la pegó con su novia” le rompió el tabique nasal. Siempre ha sido muy celoso, se “emparanoia” mucho si a su novia la miran otros chicos. Discutían mucho por celos (“le gustaba vestir de manera provocativa”) y también porque ella “iba a su rollo, hacía su vida”.

Reconoce varias (unas 15) relaciones sexuales esporádicas (de una sola noche).

No relaciones homosexuales.

La lencería y los zapatos de tacón le producen una especial excitación sexual, pero no exclusiva ni preferente.

Respecto a la educación sexual recibida, dice que en su casa nunca se hablaba de estos temas por vergüenza, pero él no ha tenido ningún problema de hablar de ello con sus amigos o sus parejas.

Uso de drogas

Ha consumido alcohol desde los 13 años, sobre todo los fines de semana. No cree que esta sustancia le haya dado problemas.

El consumo de hachís lo inició a los 12-13 años de manera esporádica y con frecuencia diaria desde los 13- 14 años. Fumaba constantemente como si fuera tabaco desde que se levantaba. Le tranquiliza.

Ha consumido cocaína desde los 14 años, por vía nasal o fumada, nunca por venas (refiere miedo fóbico a las agujas, se desmaya). Al principio sólo la consumía los fines de semana, en fiestas..... A partir de los 14-15 años el consumo ha sido muy frecuente (casi todos los días) y en cantidades altas (entre ½ y 5 gramos al día, aunque ha llegado a ponerse 20 gramos en un solo día). Reconoce que esta droga ha sido su perdición. Le gusta la persona en que se transforma cuando la consume. Se siente más seguro, se evade de los problemas. A los 15 su madre se dio cuenta de que se drogaba y le llevaron a un centro de desintoxicación. Estuvo dos meses de abstinencia pero volvió de nuevo al consumo anterior.

También ha consumido MDMA y Speed. Dependía del tipo de fiesta que fuera, (música máquina, tranquilas,.).

Respecto a los efectos adversos del consumo manifiesta que ahora cree que le ha perjudicado en el ámbito del trabajo (quedarse dormido, llegar tarde, problemas con el encargado) y en las relaciones con su familia y con su novia (ella no consumía). A veces, con la cocaína se le iba la cabeza, no era él, no controlaba. En una ocasión tuvo una pelea multitudinaria en la que se enfrentó con diez individuos. También cree que esta droga le facilitaba la comisión de robos.

Conductas antinormativas en la adolescencia

A los 15 años comenzó a cometer robos (algún bolso, motocicleta, entrar al interior de automóviles,...) y hurtos (dinero a su familia, cogerle el coche de su padre y conducirlo sin carné). Le divertía, le entretenía realizar estas conductas y la cocaína le facilitaba poder realizarlas. También refiere varias peleas, que se producían para “marcar el territorio”. Siempre le han gustado las actividades de riesgo (conducción de motos, tirarse de alturas,...). Ha sido condenado a dos años de libertad vigilada por el robo con intimidación a unos chicos. Nunca ha utilizado armas ni ha maltratado animales.

Cuestiones generales

Ha utilizado la mentira cuando le ha hecho falta, pero piensa que no tiene habilidad para ello, sus padres siempre le han pillado. Se considera desconfiado (“en este mundo cada uno va a lo suyo” “el mundo en sí mismo es una cárcel”). Opina que el trabajo es una esclavitud. En cuestiones como el consumo de drogas o los robos que ha cometido, es posible que se haya dejado influir por otras personas, pero cree que no hubiera realizado estas actividades si no pensara que “mola” hacerlo.

Hasta el día antes de entrar en la cárcel tenía un concepto de él muy bajo, pero desde entonces ha cambiado, ha vuelto a estudiar, se lleva bien con sus padres y tiene propósito de dejar las drogas, cambiar de vida y ser una persona normal.

INFORMACIÓN APORTADA POR LA MADRE

Define la dinámica familiar como normal. Ella es la que se ha ocupado especialmente de la educación de los niños. Su marido ha sido estricto en la aplicación de normas y en la exigencia de comportamientos (posturas, modales, palabrotas,...) y rendimiento escolar. Ella ha sido más permisiva. Cuando Álvaro empezó a darles problemas las situaciones que se creaban en la casa eran caóticas. Define a su hijo como un provocador de conflictos. Cuando finalmente le reñían por su comportamiento él se ponía muy agresivo hasta el punto que era muy difícil intentar contenerle porque podía llegar a darles golpes. El castigo más frecuente era aislarlo en su habitación. Esporádicamente reconoce que a ella se le ha podido escapar alguna bofetada (niega que esto le sucediera a su marido).

Desde que Álvaro era muy niño pensaron que se trataba de un niño especialmente travieso, muy movido, tiraba objetos al suelo, se metía objetos no comestibles en la boca y la nariz, comía insectos,...A los tres años le llevaron a preescolar y desde entonces no pararon de mandarles notas de profesores y quejas de otros padres porque pegaba a otros niños, les molestaba, quitaba o rompía objetos....Cuando llegó la adolescencia estas conductas se agravaron. Empezó a consumir primero hachís y después cocaína, sustraía dinero de la casa (en una ocasión – año 2003- hasta dos mil euros de una recaudación de su padre). Una característica suya ha sido que siempre ha negado haber realizado esas conductas aunque fuera evidente que había sido él. Era muy mentiroso. Fue pasando los cursos sin repetir pero si aprender nada. A los 15 años dejó de estudiar y empezó un curso de mecánicas de motos que no acabó.

En el ámbito laboral “ha sido un desastre”. Ha empezado muchos trabajos pero no solía durar más de una semana, Casi siempre le han despedido, decía que “no aguantaba que le gritara el jefe”.

En relación con las pesadillas nocturnas dice que se producían casi cada noche hasta los 8-10 años, se despertaba de ellas agitado y sudado. Nunca les ha comentado que tuviera miedos específicos ni tampoco su comportamiento ha sido evitativo sino todo lo contrario: temerario y arriesgado. Tampoco ha sido una persona maniática ni perfeccionista. Siempre ha sido algo descuidado con la higiene, sobre todo con la ropa, (“había que estar encima de él para que se cambiara”). No terminaba las tareas que empezaba. Se aburría con facilidad.

Afectivamente le considera una persona muy cariñosa. Con especial apego hacia ella y a su hermano mayor, a quien tenía idolatrado. Con los hermanos pequeños mostraba sentimientos de celos. También ha mostrado siempre cariño a los animales

Durante unos años evidenció bastantes tics motores con los ojos y también rascarse o hacer ruidos con la nariz. Tenía un vocabulario muy feo, impropio para su edad, pero solo fuera de casa (insultos a otros niños e incluso a la maestra). Admite que estos tics aumentaban en las épocas en las que parecía encontrarse más tenso e irritable.

Respecto a su autoestima piensa que ha sido baja (solía decir que era muy torpe, que no servía para nada).

Su estado de ánimo era más bien serio, apenas sonreía. Solo le ha visto llorar una vez en relación con una riña con su novia. No tenía muchos amigos. Tampoco le gustaban las relaciones sociales (pone como ejemplo que en Navidad no quería visitar al resto de su familia). Piensa que es una persona confiada, hasta un poco ingenua y no rencoroso.

Además de las conductas agresivas también ha realizado otras conductas inadecuadas como prender fuego en su habitación o escaparse de su casa, y con frecuencia poner en riesgo su integridad física (no tenía miedo de hacerse daño).

Desde pequeño ha tenido comportamientos sexuales inapropiados. Refiere como ejemplos que cuando tenía 9 años le vieron intentando que uno de los hermanos gemelos “le chupara el pene”. También sabe que se ha masturbado en el colegio. Él no les daba importancia a estas conductas, “como si no fuera malo hacerlo”.

A pesar de que su hijo no lo ha reconocido, afirma que persistió con enuresis (no contener la orina durante el sueño) con alguna frecuencia hasta los 11 años.

La relación con su novia la rompió nueve meses antes de que ingresara en prisión. Cree que el motivo fue que “los dos estaban metidos en la cocaína”.

DOCUMENTACIÓN MÉDICA APORTADA

-Informe emitido por el servicio de Obstetricia del Hospital de Sant Llatzer relativo a su nacimiento, en el que se informa de una gestación a término finalizada por cesárea por motivo de signos de sufrimiento fetal. El peso al nacer fue de 2.700 gr y el test de APGAR de 8-10.

-Ingreso en el servicio de pediatría del mismo hospital, el 20-3-89 (tenía 2 años y medio de edad). El motivo de consulta fue la fiebre alta y afectación del estado general de 24 horas de evolución y exantema petequial. En este mismo informe se hace referencia a un desarrollo psicomotor correcto. En la exploración realizada destaca los signos de hipotensión, el estado de conciencia algo obnubilado y la ausencia de signos meníngeos. Los cultivos microbianos, incluidos el de líquido cefalorraquídeo son negativos. El diagnóstico que se establece es el de “sepsis meningocócica”. Se le da el alta a los diez días asintomático.

-Informe de asistencia del CSMIJ Mutua de Terrassa emitido en fecha 6-2-06, en el que destaca la fecha de primera visita a los 7 años de edad por conducta disruptiva, impulsiva y oposicionista en el contexto familiar. Se realizó seguimiento durante aproximadamente un año. Vuelve a consultar cuando tenía 12 años (empezaba 1º de ESO), por agravación del comportamiento con conductas oposicionistas, desafiantes, agresivas y antinormativas tanto en el entorno familiar como en el escolar. También se constatan conductas sexualmente desinhibidas tanto con sus hermanos menores como en la clase (masturbaciones). Se mostraba avergonzado y rehuía la conversación relacionada con la sexualidad. A pesar de que el equipo terapéutico contempló la posibilidad de que hubiera padecido abusos sexuales, él siempre lo negó. El diagnóstico que se estableció fue el de Trastorno de conducta atípico. La última visita fue en mayo de 1999.

-Informe del psiquiatra Dr. AAA (emitido en fecha 27-3-06) que le trató en su consulta privada. Inicia la consulta a la edad de 9 años por los trastornos de conducta ya referidos en el informe anterior. Destaca la referencia a síntomas del tipo de “ansiedad persecutoria” a la que respondía con impulsividad y agresividad y también la intolerancia a los cambios y a la soledad. También se hace referencia a las conductas inapropiadas en la esfera sexual durante las sesiones de psicoterapia. El diagnóstico que realiza este psiquiatra es el de Trastorno Disocial, de inicio infantil.

-Informe del psiquiatra Dr. BBB del CAS de Toxicomanías del Hospital Mutua de Terrassa (emitido en fecha 21-2-06) en el que se constata primera visita el día 18-3-03. Según referencias del paciente había iniciado el consumo de cocaína a final de 2001, con un largo periodo de abstinencia y recaída en el consumo de cocaína base por vía pulmonar a inicios de 2003. El seguimiento se realizó con buena evolución hasta el mes de junio de 2003 por motivos personales-laborales. Se concertó una nueva visita de seguimiento en el mes de septiembre a la que no acudió.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Es presentado en situación de detenido por agentes de los Mossos d'Esquadra. Desde el primer momento se muestra abordable, colaborador y cómodo ante la situación de la entrevista. Aspecto externo correcto y cuidado. Onicofagia. Su expresión facial y verbal y psicomotricidad no son indicativas de ansiedad ni tampoco de depresión anímica, a pesar de que, subjetivamente, manifiesta encontrarse moral y anímicamente afectado por su situación personal actual. El contacto con él resulta sintónico y agradable.

La conversación se desarrolla con normalidad sin evidenciar alteraciones de la atención, memoria, comprensión o expresión del lenguaje, contenido del pensamiento y capacidad de juicio, ni tampoco alteraciones sensorio-perceptivas.

Lleva 11 meses en prisión. Cuando ingresó solicitó atención psicológica por “encontrarse deprimido”. Ha tenido dos visitas pero no le han puesto tratamiento. Afirma que se maneja bien en la prisión. En realidad no considera que la forma de relación haya variado demasiado de la que llevaba en la calle. Ha tenido un parte por no salir al patio.

Respecto de la cocaína todavía mantiene el deseo de consumirla pero verbaliza que tiene claro que no debe hacerlo.

HECHO DELICTIVO DEL QUE SE LE ACUSA

Niega los hechos, a pesar de las pruebas y evidencias en contra, pero no manifiesta contrariedad o indignación por encontrarse imputado. Refiere vagamente que cuando se sepa la verdad de lo ocurrido alguien será juzgado por lo que él está sufriendo.

AUTOINFORMES

MMPI-2

El MMPI-2 está formado por 567 frases diseñadas para evaluar distintos aspectos de la personalidad del sujeto.

En la estructura básica del test podemos distinguir unas escalas de validación (actitud del sujeto ante la prueba, estilo de respuesta, sinceridad,...) y unas escalas clínicas (informan de la existencia de psicopatología y síndromes clínicos).

Escalas de validez (PT)

-L: 65

-F: 82 -Fb: 116

-K: 37

Escalas de consistencia

VRIN: 8 TRIN: 8

Índice de Gough

F-K: 6

Escalas clínicas:

-Hs: 48

-D: 22

-Hy: 61

-Pd: 70

-Mf: 46

-Pa: 88

-Pt: 79

-Sc: 80

-Ma: 64

-Si : 50

La elevación de las escalas F y Fb junto con la puntuación baja en la escala K, sugiere que las respuestas dadas tratan de exagerar sus propios problemas o dificultades, aunque también es posible pensar que existan realmente sentimientos y experiencias inusuales derivados de la especial situación (prisión, causa judicial grave) en la que se encuentra. Hay que destacar en este apartado que las escalas de consistencia y del resto de escalas de validez se encuentran dentro de la normalidad.

El perfil obtenido en las escalas clínicas indica que se trata de un individuo que presenta una gran sensibilidad a las críticas, poca confianza en sí mismo y suspicacia hacia las intenciones y deseos de los otros. Ve el mundo como amenazante, se siente diferente e incomprendido y tiende a culpar a los demás de sus problemas y sus defectos. Es posible que busque actividades de riesgo para sentirse mejor y también que responda a la tensión aislándose en fantasías y ensoñaciones. Se muestra insatisfecho con la vida y admite pensamientos extraños y sentimientos de irrealidad. Siente que tiene poco control sobre sus emociones y sus impulsos.

Expresa sentimientos vagos de ansiedad y estrés y también de culpa y remordimiento por hechos pasados.

TCI-R de Cloninger

Este instrumento carece de escalas de validez por lo que los resultados han de ser interpretados con cautela.

Dimensiones del temperamento

El temperamento se compone de rasgos altamente heredables y estables. Son los aspectos de la personalidad que están ligados a sistemas neurobiológicos y se manifiestan precozmente en la vida.

Se registra una puntuación elevada en la dimensión “búsqueda de novedad”, indicando una facilidad para experimentar sensaciones de aburrimiento y la tendencia a la búsqueda de emociones y novedades. Tendencia al derroche del dinero.

En la dimensión “evitación del daño” la puntuación global es normal pero a costa de la compensación en las puntuaciones de las subescalas. Así obtiene una muy baja puntuación en la subescala “evitación del riesgo” indicativa de que no le preocupan las situaciones que implican riesgo físico. Sin embargo la subescala “timidez” se muestra algo elevada indicando cierta inseguridad en situaciones sociales y la tendencia a evitar el contacto con gente desconocida.

También la escala “dependencia a la recompensa” tiene una puntuación global dentro de la normalidad debido a la compensación de subescalas. La subescala “sentimentalismo” se encuentra discretamente elevada y las subescalas “apertura” y “conformidad” presentan puntuaciones en el rango bajo, lo que sugiere un trato interpersonal reservado y distante y también individualista.

Dimensiones del carácter

Se refiere a la adquisición de aprendizaje introspectivo y conceptual a través de la experiencia y la socialización. A través del pensamiento simbólico es posible establecer los valores, creencias y metas personales.

Se obtiene una puntuación en el rango bajo en la dimensión “autodirección” que se explica por un “locus de control” externo (se siente víctima de las circunstancias y culpa de sus dificultades a los demás). Sus propósitos y metas son inciertos o cambiantes. Se muestra insatisfecho consigo mismo, autoindulgente, con dificultades para controlar sus impulsos, con voluntad débil.

Obtiene una puntuación notablemente baja en la dimensión “cooperación”, que se explica por el egocentrismo, la intolerancia con ideas o personas diferentes a sus puntos de vista. Es desconfiado y percibe a los demás como hostiles o interesados. La subescala de capacidad de perdón es baja indicando rasgos de rencor y venganza. Sus principios morales son laxos.

CONSIDERACIONES MÉDICO FORENSES

En la biografía de Álvaro destaca la aparición muy precoz de alteraciones graves del comportamiento: indisciplina, desafío y provocación hacia las personas adultas en el entorno familiar y escolar, y agresividad tanto dirigida hacia sí mismo, en forma de autolesiones, como hacia otros niños e incluso profesores. A pesar de la consulta y atención profesional, este tipo de conductas se agravaron en los primeros años de la adolescencia con actividades delictivas (robos en el colegio, en su casa y también en la calle), fugas del domicilio, conductas de riesgo y abuso de diversas drogas. En el fondo de estas conductas parecen encontrarse rasgos de personalidad inadaptativos como la elevada impulsividad, la inestabilidad emocional y también sentimientos de hostilidad y recelo hacia el mundo externo. Además es una persona que ha utilizado habitualmente la mentira para esconder la responsabilidad de sus acciones y ha aprendido a justificar la agresión como forma de resolver conflictos (agresión como “forma de marcar el territorio”). En resumen lo más característico de su vida ha sido la irresponsabilidad en los diversos ámbitos (estudios, trabajo, actividades de riesgo excesivo, vivir “al día sin proyecto ninguno de futuro,...) y el comportamiento antinormativo precoz y prolongado.

Todo ello permite afirmar que esta persona presenta un trastorno de personalidad con rasgos predominantemente de tipo psicopático y, quizás, también de tipo límite.

En la esfera sexual, los datos aportados por la familia y los documentos médicos informan de la existencia de conductas sexuales llamativas por lo inadecuadas y precoces (masturbaciones fuera del ámbito privado, intento de contacto sexual con uno de sus hermanos pequeños...).

La información derivada de la entrevista personal evidencia que en el ámbito sexual destaca la precocidad y la promiscuidad, pero no se ha evidenciado una dificultad para iniciar relaciones o en el funcionamiento sexual, ni tampoco la existencia de deseos o comportamientos parafílicos patológicos.

En relación con los hechos de los que se le acusa y puesto que niega haberlos cometido, no es posible tener en cuenta la posibilidad de que durante los mismos pudieran existir circunstancias situacionales o ambientales añadidas capaces de modificar su estado mental. No obstante la información aportada por las diferentes víctimas es coincidente en cuanto a que las agresiones sexuales se realizaron con una mecánica de actuación similar (esperaba que entraran en el portal de sus casas, les abordaba en el ascensor, intimidación mediante amenaza con arma blanca, requerimiento de hacerle una felación,...) y también respecto a la apreciación de que la actitud del agresor era de gran normalidad y naturalidad. Estas características permiten inferir que la conducta se realizó de manera planificada y se ejecutó con gran frialdad, sin indicios de la existencia de afectación psicomotriz o emocional que pudiera sugerir la presencia de un estado mental alterado.

CONCLUSIONES:

1. La persona explorada no padece ningún tipo de trastorno mental ni déficit intelectual que pudiera alterar el contacto con la realidad o modificar su capacidad de conocer y comprender el funcionamiento de las normas sociales básicas.
2. De la valoración de su pasado biográfico y de la exploración realizada, se desprende que este

individuo presenta rasgos desadaptativos e inflexibles que configuran un trastorno de personalidad de tipo psicopático.

3. La historia de consumo de drogas referida es compatible con la existencia de una dependencia a cocaína por vía nasal y respiratoria, que se encontraba presente en la época en la que se produjeron los hechos de los que se le acusa.
4. Tanto los rasgos de personalidad citados como el consumo de sustancias psicoactivas, son factores que pueden favorecer o facilitar la realización de conductas agresivas, incluidas las de tipo sexual.

Leída, se afirman y ratifican, doy fe.

MATERIAL CONFIDENCIAL - Prohibida su reproducción

INFORMACIÓN PENAL (AGRESOR)

En la actualidad el Sr. Álvaro cumple condena por tres delitos de agresión sexual y un delito de abusos sexuales, cometidos entre los años 2005 y 2006.

Se adjuntan los hechos probados de uno de ellos (disponible mediante consulta en la base del CENDOJ), no se dispone del resto de sentencias:

SENTENCIA AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA (23/04/2007)

[...]

HECHOS PROBADOS:

Ha resultado probado y así se declara que sobre las 12.00 horas del 4 de febrero de 2006, Álvaro, nacido el 17 de octubre de 1986 mayor de edad, sin antecedentes penales se introdujo en el portal del inmueble sito en la CALLE000 NUM000 - NUM001 de Terrassa encontrándose al poco con Beatriz que en ese momento entraba.

Una vez que en el interior del portal el procesado le preguntó a la Sra. Beatriz si se disponía a subir empleando el ascensor a lo que esta respondió afirmativamente. Dentro del mismo y tras haber sido puesto en marcha por la Sra. Beatriz, el procesado con la única finalidad de satisfacer sus deseos sexuales y aprovechándose del temor que había inspirado en ella, abrió las puertas de seguridad del ascensor quedando este bloqueado y se dirigió hacia esta mientras le decía " mira llevo una navaja mi novia me ha dejado si me la chupas no te haré nada" accionando de nuevo el ascensor para bloquearlo enseguida e interponer su cuerpo entre las puertas del primer y segundo piso y obligando a la Sra. Beatriz a realizarle una felación, sin llegar a eyacular dentro de la boca de la misma. Esta accedió a las pretensiones del procesado ante el temor de que este le clavara la navaja que le manifestó portaba, pero que no llegó a exhibir.

[...]

FALLO:

CONDENAMOS a Álvaro como responsable en concepto de autor de un delito de agresión sexual ,como reo de violación, sin la concurrencia de circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal, a las siguientes penas:

1.- Por el delito de violación, PRISIÓN POR SEIS (6) AÑOS, con su accesoria de inhabilitación especial para el derecho de sufragio pasivo durante el tiempo de la condena y al pago de las costas procesales, incluidas las de la acusación particular.

Se impone asimismo al acusado la pena accesoria de la prohibición de aproximación a la Sra. Beatriz a su domicilio o lugar de trabajo por diez años no pudiendo establecer comunicación con ella por igual tiempo, por cualquier medio, cumplida la pena de prisión.

En vía de responsabilidad civil, el acusado deberá indemnizar a Beatriz en la suma de QUINCE MIL EUROS (15.000.- euros) por el daño moral causado.

Para el cumplimiento de la pena impuesta se abonará a los condenados el tiempo de prisión provisional sufrida por esta causa si no se le hubiere aplicado a otra.

Conclúyase conforme a derecho la pieza de responsabilidad civil [...].

MATERIAL CONFIDENCIAL - Prohibida su reproducción