CRIMINOLOGÍA

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DELINCUENCIA

TEMA 5

EL TRATAMIENTO DE LOS DELINCUENTES SEXUALES

Carmen Godoy Fernández
Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.

EL TRATAMIENTO DE LOS DELINCUENTES SEXUALES

La imagen más popular de la psicopatía se relaciona con el agresor sexual compulsivo, insaciable en su necesidad de ultrajar y/o asesinar a sus víctimas. Afortunadamente, y aun cuando estos casos existen, la gran mayoría de los agresores sexuales no toman la vida de sus víctimas, del mismo modo que los que utilizan a los niños para su disfrute sexual tampoco suelen ser homicidas de niños.

De hecho, la literatura nos sugiere la existencia de diferentes tipologías de agresores sexuales. En un caso, es posible dividirlos en función de la naturaleza del acto cometido: pedófilos, agresores de mujeres adultas, agresores de homosexuales, necrófilos, exhibicionistas y los que practican la zoofilia. Estas conductas sexuales tienen en común que son delictivas en nuestro país, pero hay otras parafilias que suelen considerarse desviaciones sexuales sin que la ley tenga nada que decir al respecto, como el fetichismo, el voyeurismo o el masoquismo. Este capítulo se circunscribe al grupo más violento de los parafilíacos, es decir, a los que violan y pueden llegar a matar a mujeres y niños.

Muchos individuos suelen describir un estado alterado de consciencia durante la comisión del acto sexual, un estado de hiperalerta durante el que no están particularmente excitados, pero sí muy conscientes de lo que ocurre en ese momento en el ambiente. Llegan a excitarse pensando acerca del acto que van a cometer. La satisfacción obtenida de éste se suele relacionar más con el placer fantaseado.

La conducta delictiva sexual suele manifestarse junto a dificultades en el establecimiento de emociones íntimas y de relación sexual. Karpman (1954) señala que parece haber una relación entre esta conducta y el control de impulsos hostiles y sádicos. MeGuire (1965) entiende que el delincuente sexual siente un fracaso crónico de impotencia y falta de asertividad con las mujeres. Sigmund Freud, en su obra *Tres contribuciones a la teoría del* sexo, vio la etiología de la conducta sexual desviada como una maniobra defensiva, el desarrollo de un estilo de personalidad en el que las fantasías sexuales infantiles resultan gratificadas, de modo que otras fantasías sexuales infantiles y deseos pueden mantenerse en el inconsciente. De este modo, como indican Freund *et al., (1974), los* síntomas desviados sirven tanto funciones sexuales como no sexuales. Otros factores psicodinámicos postulados son: hiperlibidinización innata, seducción en la infancia u otras experiencias traumáticas sexuales, que pueden predisponer a la persona a ser un delincuente sexual compulsivo en su vida adulta.

¿Qué sujetos han de ser objeto de tratamiento especializado? Para

Kentsmith (1981), es importante diferenciar entre estilos antisociales caracteriológicos de conducta, que podrían incluir la conducta sexual desviada, otros desórdenes mentales y la desviación sexual específica. Esta confusión suele darse cuando se pregunta al psiquiatra si el delincuente sexual está o no enfermo mental. Si la conducta es claramente compulsiva, y de una cualidad irracional, «uno suele quedarse más satisfecho si diagnostica un desorden mental» (232).

Los sujetos con un estilo de personalidad antisocial suelen exhibir una conducta perversa polimorfa; en tales casos tal conducta es un componente del comportamiento antisocial del sujeto, y no se relaciona con una reacción situacional o una psicosis. Hay dos cuestiones fundamentales que pueden guiar al especialista a la hora de distinguir entre la conducta antisocial y los síndromes desviados: 1. ¿La conducta sexual es indiscriminada, no relacionada con el impulso sexual, y/o el resultado de una falta de respeto por el derecho de los otros? Aquí se afirma el patrón antisocial. 2. ¿Hay un patrón sexual o de abuso que no suele variar? Aquí se afirma una desviación sexual específica o una neurosis compulsiva.

11.1. TIPOLOGIAS

Las tipologías de delincuentes, se ha dicho ya varias veces en el transcurso de esta obra, nunca suelen ser satisfactorias. Pero es igualmente cierto que nos ayudan, al menos inicialmente, a comprender mejor los aspectos fundamentales del fenómeno estudiado. Una de las clasificaciones más populares relativas a los violadores la ha desarrollado Nicholas Groth, donde aparecen tres componentes de modo necesario en la psicología de los agresores sexuales: hostilidad, poder y sexualidad (Groth, 1979). Las interrelaciones entre estos factores y la intensidad relativa con que son expresados varía de un sujeto a otro. Sin embargo, la agrupación de esas dimensiones le llevó a concluir tres patrones básicos de agresión:

1) En la violación de hostilidad hay más violencia de la necesaria para consumar el acto, de modo tal que la excitación sexual es consecuencia de la propia exhibición de fuerza del agresor, al tiempo que es una expresión de hostilidad y rabia hacia las mujeres (en desagravio por todas las afrentas recibidas de manos de las mujeres). El sexo es un arma, y la violación es el modo en que éste es usado para herir y degradar a sus víctimas. Estas personas suelen ser también violentas con las mujeres en otros contextos (familia, trabajo, etc.).

2) En la violación de poder la meta es la conquista sexual, como compensación a la vida rutinaria del agresor. Es decir, la violación es el medio por el que el sujeto afirma su identidad personal y su adecuación sexual. La satisfacción sexual alcanzada no parece elevada, ya que estos sujetos presentan una gran cantidad de fantasías masturbatorias como predecesoras del asalto.

3) En la violación sádica, a diferencia de la violación de hostilidad, no hay una explosión de agresión concomitante con la agresión, sino que el asalto es aquí totalmente premeditado, proporcionando la perpetración de las lesiones

una satisfacción sexual ascendente, en un *feed-back* a modo de espiral.

Otra de las tipologías más extendidas es la elaborada por el Centro de Tratamiento Bridgewater, de Massachusetts, debida a Cohen y su equipo (Cohen *et* al., 1969, 1971), en la que se hace una distinción entre cuatro grupos de violadores: 1) El violador de agresión desplazada no presenta ninguna excitación sexual inicial, ya que la violación tiene el sentido de agraviar y humillar a la víctima empleando con frecuencia el sadismo. Agresión desplazada significa aquí que la víctima no ha jugado ningún rol directo en el desencadenamiento de la agresión. Tendría semejanzas importantes con el tipo de violador sádico visto anteriormente. 2) El violador compensatorio está motivado fundamentalmente por el deseo de demostrar a su víctima su competencia sexual, en un intento de compensar su falta de adecuación para una vida socialmente ajustada. Se correspondería con la «violación de poder» de Groth. 3) El violador sexual-agresivo debe infligir daño físico para sentir excitación sexual, y se parece claramente al «violador hostil» de Groth. 4) El violador impulsivo, cuya acción es el resultado de aprovechar «una buena oportunidad» usualmente presente en el transcurso de otros hechos delictivos como el robo.

Así pues, parece haber un acuerdo significativo entre Cohen y Groth con respecto a los criterios básicos para clasificar a los violadores de mujeres. Más modernamente, Ronald Holmes (1989) ha completado con técnicas apropiadas de interrogatorio la tipología extraordinariamente descriptiva de Knight y Prentky (1987), donde se distinguen cuatro tipos básicos, un tanto diferentes de los anteriores:

1. El violador de afirmación de poder se correspondería con el compensatorio, y es el menos violento de los violadores, así como el menos competente desde el punto de vista social. De un bajo nivel académico, tiende a permanecer soltero y a vivir con sus padres. Tiene pocos amigos, sin pareja sexual y usualmente es una persona pasiva, poco atlético. Suele visitar las tiendas donde se vende material pornográfico, y puede presentar otras desviaciones sexuales como travestismo, exhibicionismo, fetichismo o voyeurismo. Por lo que respecta al proceso de violación, la motivación es básicamente sexual, buscando elevar su autoestima: «El se percibe como un perdedor. El control de otro ser humano le sirve para creer que es una persona importante. Por esta razón, sólo empleará la fuerza necesaria para dominar a su víctima» (Holmes, 1989, p. 104). Su agresión sexual es una materialización de sus fantasías, de ahí que opere bajo la idea de que sus víctimas realmente disfrutan de la relación sexual, razón por la que puede conservar un diario de sus asaltos. Estos continuarán periódicamente hasta que sea atrapado.

2. El violador por venganza quiere desquitarse, mediante su agresión, de todas las injusticias, reales o imaginarias, que ha padecido en su vida. Aunque es considerado socialmente competente, su infancia ha sido difícil, con sucesos habituales de malos tratos, divorcio de los padres, y diversas experiencias de residir con familias acogedoras y padres adoptivos. Su percepción de sí mismo es la de «macho» y atlético, suele estar casado, y es descrito por sus amigos como impulsivo y violento. En general, la violación es el resultado de una

discusión anterior con una mujer significativa en su vida, como su madre o esposa, produciéndose de forma impremeditada y con el fin de dañar a la víctima. En efecto, el violador por venganza puede llegar hasta el asesinato de su víctima; empleará cualquier arma que esté a su disposición, y exigirá de su víctima -a la que pretende aterrorizar- cualquier vejación y humillación. Los asaltos pueden sucederse cada seis meses o un año.

3. El violador depredador intenta expresar en su agresión su virilidad y su masculinidad. «Experimenta un sentido de superioridad simplemente porque es un hombre; está legitimado para violar. Esa es la forma correcta de tratar a las mujeres» (Holmes 1989, p. 108). Su infancia es similar a la del violador por venganza, pero su vida doméstica actual es más tormentosa que la de éste. Le gusta vestir de forma llamativa, y frecuenta bares de encuentros. La víctima suele estar en el sitio equivocado en el momento equivocado; es una víctima de la oportunidad. Empleará la violencia que sea necesaria para dominarla, y la someterá a múltiples asaltos. La agresión es un acto de depredación, y no se preocupa por ocultar su identidad. La violencia puede incrementarse en violaciones subsiguientes, llegando a planear ciertos aspectos de las mismas, como el ir provisto de un arma.

4. De todos los tipos, *el violador- sádico* es el más peligroso de todos. El propósito de la violación es la expresión de sus fantasías agresivas y sexuales. «Tiene el propósito de dañar a sus víctimas tanto física como psicológicamente. Muchos de ellos tienen personalidades antisociales y son bastante agresivos en su vida diaria, especialmente cuando son criticados o resultan obstaculizados en su búsqueda de satisfacción personal» (Holmes, 1989, p. 110). Como en los dos últimos casos, su infancia ha sido difícil, detectándose en la investigación de Knight y Prentky (1987) que seis de cada diez violadores de este tipo procedían de hogares con un solo padre, y muchos habían vivido en sus casas episodios de abuso físico, en las que su padre manifestaba episodios de desviación sexual. En la infancia-adolescencia manifiesta ya problemas sexuales, como excesiva masturbación y voyeurismo. En su edad adulta, suele estar casado y ostentar una posición de clase media, teniendo el respeto de sus vecinos. Se trata de una persona inteligente, que planea sus asaltos, difícil de apresar. Su agresión está dirigida a disfrutar horrorizando a la víctima, de ahí que utilice parafernalia variada y un ritual en su ejecución. Generalmente su violencia irá incrementándose, llegando probablemente a matar a sus víctimas, convirtiéndose en un asesino en serie. La periodicidad de sus ataques no está establecida, su perfil es el de un psicópata, y dependerá de su empleo de drogas, los planes que establezca, etc.

11.2. PSICOPATAS Y DELINCUENTES SEXUALES

¿Son todos los delincuentes sexuales psicópatas? La respuesta a esta pregunta exigiría conocer la biografía del individuo, así como el modo de obrar detallado en sus agresiones. Si nos atenemos a las características pergeñadas en el próximo capítulo de este libro, el tipo sádico de Knight y Prentky, descrito por Holmes, vendría a cumplimentar el cuadro característico de la

psicopatía. La psicopatía exige impulsividad, falta de remordimientos por lo realizado, incapacidad de vínculos afectivos reales, agresividad, encanto superficial, dificultad en aprender de la experiencia, inteligencia y manipulación... muchos de los violadores no pueden ser descritos de este modo. Es sorprendente por ello que Delin (1978) mantenga la hipótesis de que la mayoría de los delincuentes sexuales son psicópatas (p. 7), reservando el término de psicóticos (y, por consiguiente, no susceptibles de tratamiento) a los agresores sexuales que acompañan sus delitos con el asesinato o la mutilación de la víctima.

Psychopathia sexualis y violadores neuróticos

En 1886, Richard von Krafft-Ebing escribió un libro que fue muy influyente en la psiquiatría y en la psicología forense de los años venideros, titulado *Psychopathia sexualis.* En su concepción los violadores eran calificados, sin distinción, de psicópatas sexuales, e incluía también en este término a los exhibicionistas, homosexuales y voyeurs. Su idea fundamental era que los agresores tenían un apetito sexual desmedido, siendo la masturbación en edad temprana un síntoma de moralidad deficiente y depravada exhibida en la edad adulta en los ataques, especialmente en las modalidades de la violación y del incesto.

La creencia de que el violador actúa impelido por fuertes deseos sexuales se ha visto desacreditada en la actualidad, al menos como una explicación genérica, tal y como se ha comentado en las páginas anteriores. Otro tanto ocurre con la aseveración consistente en calificar a los agresores sexuales de enfermos. Quizá el máximo responsable de esta teoría haya sido Karpman (1954), un psicoanalista que hizo célebre su obra *The sexual offender and his ofenses,* donde argumentaba que los violadores padecían lo que él denominó neurosis parafiliaca, es decir, alteraciones emocionales de base sexual que eximen al sujeto que la sufre de responsabilidad psicológica por sus asaltos. Un español, González-Sánchez.(1948), había afirmado con anterioridad a Karpman que los psicópatas sexuales padecían una perversión del instinto sexual, de modo tal que su satisfacción se fijaba en objetos sexuales anormales (aberraciones). Puede verse que tanto von Krafft-Ebing como los psicoanalistas explicaban la agresión y la desviación sexual en términos de perversión de la energía sexual, bien en su intensidad, bien en su dirección.

Probablemente haya sido Amir (1971) quien, en su análisis de 646 delitos cometidos en Filadelfia entre 1958 y 1960, llamara en primer lugar la atención acerca de la normalidad de la violación, y del componente violento que subyace a este hecho en la mayoría de las ocasiones. La normalidad de la agresión -es decir, su no consideración como un síntoma excepcional originado en una enfermedad mental residía en el grado de relación que se obtuvo en su estudio, donde casi la mitad de agresores conocían de un modo u otro a sus víctimas, y residían en sus mismos barrios. Otros autores han subrayado la ausencia de enfermedades mentales en los violadores de forma general, y la creencia de que se trata de conductas aprendidas en un contexto de socialización deficitario (véase Garrido, 1989).

Un modelo para la comprensión de la agresión sexual

Marshall y Barbaree (1989), después de desacreditar las teorías psicodinámicas, situacionales (donde se pone el acento en la conducta provocadora de la víctima, el alcohol, una situación de enojo, un deseo urgente sexual o una perturbación mental transitoria como denotantes del ataque), feministas y conductuales como parciales en la explicación de la génesis de la agresión sexual, presentan un modelo comprehensivo que trata de ser útil especialmente en los casos de violación y de abusos deshonestos a niños, y que recoge los aspectos más válidos de las teorías anteriores.

1. Los aspectos biológicos. En nuestra constitución biológica existen dos elementos que tienen relevancia para comprender la agresión sexual. El primero radica en la semejanza de los mediadores neuronales y hormonales responsables de la conducta sexual y de la agresiva; esto es, los varones tendrán que enfrentarse a la difícil tarea de aprender a inhibir la agresión dentro de un contexto sexual, especialmente durante el período de la pubertad. El segundo hecho biológico relevante para nuestro tema es la relativa inespecificidad del impulso sexual innato, que nos obliga a aprender a seleccionar las parejas sexuales apropiadas para cada edad, poniendo de relieve el papel de la experiencia como modelador del apetito sexual del hombre. Por consiguiente, está claro que un ajuste sexual adecuado en nuestra sociedad exige que el individuo sea capaz de inhibir las tendencias agresivas y seleccionar las parejas apropiadas, que en el caso de los adultos ha de implicar siempre otro adulto que consienta en la relación sexual.

2. El fracaso de la inhibición. Estos controles inhibitorios, sin embargo, son más bien débiles, como se demuestra por las claves situacionales que tienden a asociarse con la agresión sexual (es decir, la embriaguez, el sentirse enojado, etc.). ¿Qué es lo que hace que determinados sujetos sucumban ante los estímulos provocadores, y otros no? Para los autores, la respuesta se halla en la investigación básica de la psicología criminal, donde se revelan una serie de factores que explican el menor aprendizaje inhibitorio de los violadores: pobres modelos educativos paternos, disciplina severa e inconsistente, padres agresivos y alcohólicos, abuso físico y sexual sufrido en la niñez... «Como resultado de esas experiencias no parece extraño que estos chicos [los violadores en su infancia] no desarrollen una gran preocupación por las necesidades y derechos de los demás; más bien esperaríamos que fueran egocéntricos, incapaces de aprender a inhibir la agresión y, a causa del aislamiento en que se introducen con respecto a chicos diferentes de ellos mismos, contarían también con notables déficit sociales. Esta falta de habilidades sociales puede ser un elemento crítico para explicar la incapacidad del adolescente y del adulto en establecer relaciones adecuadas a su edad» (p. 214).

3. Las actitudes socioculturales. Los chicos que han vivido una infancia deficiente tienen que enfrentarse, además, a normas culturales que apoyan la violencia como un cauce adecuado de expresión. Como afirma Sanday (1981), los estudios transculturales indican que las sociedades facilitadoras de la violencia y de las actitudes negativas hacia las mujeres tienen las tasas más

altas de violación. Sendos estudios de Burt (1980) y de Pascual et al. (1989) evidenciaron la vinculación que existe entre las actitudes proclives hacia la violencia a la mujer y el sostenimiento de los llamados «mitos» de la violación (en los que se contempla a la mujer «pidiendo» ser violada y disfrutando con ello).

4. La pornografía. La exposición a la pornografía desinhibe la actividad conducente a la violación, y aunque no todos los delincuentes sexuales emplean material pornográfico para instigar sus agresiones, es muy probable que los jóvenes que han padecido una socialización deficiente tengan una menor resistencia ante sus efectos, especialmente si consideramos que uno de los mensajes más importantes transmitidos por los «guiones» de este entretenimiento es el de otorgar un cierto sentido de poder y de dominio sobre mujeres débiles y deseosas. En el caso de los adultos que abusan sexualmente de los niños, la investigación revela que en su infancia muchos de ellos además de haber sido víctimas, a su vez, de abuso sexual, fueron expuestos a la pornografía para que se suscitara su interés sexual en beneficio del agresor. «Sin duda la combinación de exposición a la pornografía, un adulto modelando el abuso hacia el niño, y la propia activación sexual del niño en este contexto, proporciona una base para las fantasías sexuales futuras que pueden ejercer una atracción hacia las conductas desviadas sexuales» (Marshall y Barbaree, 1989, p. 215).

5. Circunstancias próximas. Hemos dicho que los varones que están deficientemente equipados por sus experiencias infantiles para enfrentarse a las influencias negativas socioculturales fracasarán a la hora de construir inhibiciones sólidas contra la agresión sexual. Pero esto no significa que el asalto sea inevitable; se precisan determinadas circunstancias, como la intoxicación etílica, una reacción de cólera (ambos aspectos, además, desinhiben el deseo sexual de la violación de varones normales), el sostenimiento prolongado de una situación de estrés o una activación sexual previa.

6. Distorsiones cognitivas. Hay ciertas formas de construir la realidad que ayudan, igualmente, a superar los controles internos de la agresión sexual: son las distorsiones cognitivas. Por ejemplo, el padre que abusa de su hija puede pensar que la está educando sobre la sexualidad, y el violador de mujeres percibirá a su víctima como deseosa del encuentro íntimo. Todo aquello que sirva para racionalizar el asalto es, sin duda, un elemento facilitador del mismo.

7. Finalmente, las circunstancias oportunas se refieren a la disponibilidad de una mujer o un niño para victimizar, sin que hayan riesgos evidentes de detectación o castigo.

Una vez que se ha producido el primer ataque, siguen Marshall y Barbaree, los delitos siguientes se cometerán con más facilidad, especialmente si las experiencias del individuo fueron reforzantes, y no hubo castigo. Igualmente es importante señalar el proceso de desensibilización que se va operando de forma cada vez más creciente, lo que permite una mayor exhibición de violencia ante la víctima.

¿Podemos generalizar en relación a los delincuentes sexuales?

Vimos al principio del capítulo que la delincuencia sexual es un concepto legal y, como tal, variable en el tiempo y en los diferentes países. No obstante, ciertos delitos como la violación, el abuso de menores o el incesto cuentan con una reprobación general en la actualidad. Los delincuentes castigados por estos hechos son también personas muy diferentes. Es verdad que en el caso de la violación fuimos capaces de señalar diferentes tipos, atendiendo a los motivos del asalto y a las características de perpetración del mismo, pero sigue siendo verdad que tenemos muchos problemas para hacer grupos de violadores, de abusadores sexuales de niños, de exhibicionistas, de *voyeurs,* etc. Muchas veces los factores individuales son demasiados como para adscribir el caso a una categoría dada. El que postuláramos una génesis común en términos de una interacción de patrones de excitación psicofisiológicos desviados y aprendidos, junto a actitudes y conductas sociales incompetentes, no ayuda a simplificar la cuestión.

Por otra parte, es muy común hallar diversas parafilias presentes en los delincuentes sexuales. Es decir, en su biografía figuran diversos actos desviados sexuales, con diversas combinaciones de las variedades mencionadas arriba (Abel *et al.,* 1985). E incluso determinados investigadores han señalado que la violencia sexual formaría parte de un cuadro más amplio de conducta antisocial, es decir, muchos agresores sexuales serían también delincuentes en otras áreas (Bauermeister, 1977), representando un patrón de conductas violentas propio de subculturas delictivas o de la violencia (Wolfgang, 1967).

11.3. PREDICCION Y DIAGNOSTICO

La reincidencia de los delincuentes sexuales suele ser menor que entre los delincuentes contra la propiedad (en torno al 20-30 por 100%, sin diferenciar delitos), pero esto no es así en el caso de los delincuentes reincidentes, cuyos porcentajes en diferentes estudios se sitúan en un rango entre el 35 y el 75 por 100 (Marshall *et al.,* 1991). Wormith (1983) llevó a cabo una investigación de 205 delincuentes sexuales pertenecientes a una región administrativa de los servicios correccionales de Canadá. Más de la mitad de los delincuentes estaba encarcelado por violación, y un 7 por 100 por intento de violación. Otros datos a tener en cuenta eran: el 60 por 100 provenía de ciudades con más de 50000 habitantes; el 27 por 100 estaba casado en el momento en que cometió su delito, y al menos un 25 por 100 tenía un coeficiente intelectual por debajo del normal, aunque se sospechó que el porcentaje podía ser mayor.

Por lo que respecta a su historia criminal, el 55,6 por 100 estaba encarcelado por vez primera por un delito sexual, mientras que los 91 sujetos restantes eran responsables de 199 delitos previos. Aparecía una relación significativa entre haber cometido un delito sexual en el presente (con violencia y sin violencia) y una historia previa de delincuencia sexual. Los violadores y los que habían sido condenados por intento de violación predominaban entre los que habían cometido por vez primera un delito sexual;

el resto tenía una mayor probabilidad de haber cometido un delito sexual previo, tanto agresivo como no agresivo. De forma contraria, los delincuentes que habían sido encarcelados por delitos sexuales no agresivos tenían una menor probabilidad de que éste fuera su primer delito sexual, así como una menor probabilidad de tener una historia delictiva sexualmente agresiva, pero una mayor probabilidad de haber cometido delitos sexuales no agresivos. Por otra parte, el alcohol y las drogas aparecieron como un factor relevante en los delitos, tanto violentos como no violentos (en torno al 70 por 100). Hubo una correlación positiva entre cantidad de violencia empleada y la edad de la víctima (0,24), y con víctimas femeninas (0,20).
Las tareas de predicción de la peligrosidad, por consiguiente, han de tener en consideración la gravedad y la frecuencia de las agresiones sexuales mostradas en su carrera delictiva. En concreto, Groth *et* al. (1981) indican, para los delincuentes juveniles sexuales, que la presencia de los siguientes indicadores está asociada a un riesgo elevado de reincidencia, desaconsejándose, por consiguiente, el tratamiento en la comunidad de los sujetos que los manifiestan: a) el delito incluyó violencia y puso en riesgo físico a la víctima; b) hubo acciones excéntricas y/o constituyendo rituales; c) ser reincidente; d) ha existe evidencia de psicopatología; e) el sujeto no reconoce el delito (lo racionaliza) y no está motivado para el tratamiento; y f) tiene unos recursos personales deficientes (esto es, muestra graves déficit sociales y excesivo aislamiento, o pobreza extrema). Puede verse cómo los criterios de Groth hacen difícil ser optimistas en la elaboración de diagnósticos de peligrosidad poco elevada.

Por su parte, Kentsmith (1981) propone la siguiente relación de factores que se relacionan con un buen pronóstico de tratamiento:

1. Desagrado con los síntomas y deseo de cambiar.
2. Acepta las bases psicológicas de la conducta
3. Es capaz de formar una relación positiva cercana
4. Buena capacidad verbal
5. Capaz de aprender por la experiencia
6. No asaltó a nadie físicamente
7. Es capaz de controlar su conducta desviada en algún grado
8. Está ajustado en su matrimonio, su trabajo u otras áreas de su vida
9. No es psicótico ni presenta deficiencia orgánica alguna.

Aun cuando no se cumplan todos los criterios, el sujeto debería tener los puntos 3 y 4. El éxito en la psicoterapia se relaciona con la abstención que haya mantenido mientras está bajo vigilancia en libertad. Además, el pronóstico es mejor si la conducta desviada ha sido precipitada por algún acontecimiento estresor, tales como (Mohr et al, 1964): Matrimonio, establecimiento de una relación heterosexual, emancipación de la familia (adolescencia) y el nacimiento de un niño.

En cualquier caso, es evidente que en materia de delincuencia sexual también se cumple la regla que afirma que el peligro de reincidencia es mayor cuanto más grave haya sido la carrera delictiva del sujeto en el momento de realizarse el diagnóstico. Ya que, como dijimos antes, la gran mayoría de los

delincuentes sexuales presentan diversas desviaciones a este respecto, así como una delincuencia previa a la sexual, el diagnóstico de peligrosidad debería poner especial hincapié en las áreas que siguen a continuación (Saunders y Awad, 1988):

En primer lugar se trata de establecer la naturaleza del delito: ¿Fue el delito un reflejo de desviación sexual, un ejemplo de explotación/dominación hacia otra persona, o una falta de inhibición ante un factor precipitante determinado?

Groth y Loredo (1981) sugieren que se exploren las siguientes 8 áreas: diferencia de edad víctima-delincuente; relación social existente entre ambos; tipo de agresión /actividad sexual; extensión de la persuasión, amenaza o coacción para lograr el contacto sexual; persistencia -frecuencia- de la actividad sexual; evidencia de progresión en la gravedad y frecuencia de la historia de agresión sexual del sujeto; naturaleza de las fantasías que preceden o acompañan al ataque; vulnerabilidad de la víctima.

En este punto cobra especial importancia el estudio de las distorsiones cognitivas del delincuente. Para Becker y Abel (1985) estas distorsiones son necesarias porque permiten al agresor trasladar sus fantasías a la acción, y tienden a perpetuar su conducta desviada.

También es importante el estudio de la historia sexual del agresor: sus experiencias, su conocimiento acerca de la sexualidad, así como la evaluación de las preferencias sexuales, esto es, su orientación sexual (varones /mujeres, niños/ adultos).

Más comprehensiva resulta, una vez más, la evaluación propuesta por Mashall y Barbaree (1989), quienes destacan los siguientes focos de evaluación:

1. Conducta sexual: Comprende las preferencias sexuales desviadas y el funcionamiento sexual. Estos autores comentan cuán común es encontrar una muy deficiente relación sexual entre el agresor y sus parejas.

2. Funcionamiento social. A pesar de que muchos violadores no parecen ser deficientes en las habilidades conversacionales, sí que resulta trascendental incluir en la evaluación éstas y otras variadas habilidades sociales y de vida *(living skills),* como empatía, asertividad, ansiedad social, habilidades de relación y ajuste conyugal, control de la ira, solución de problemas sociales y autoestima. Estos factores de «competencia socia>, son juzgados importantes en la génesis de la delincuencia sexual, pero quizá todavía más relevantes en el mantenimiento de la misma, ya que tal incompetencia impedirá al agresor el establecer relaciones satisfactorias con adultos, además de ocasionarle diferentes problemas en la vida, los cuales a su vez pueden dispararla agresión sexual.

3. Distorsiones cognitivas. Las actitudes negativas hacia las mujeres, como antes se apuntó, caracterizan el sistema de creencias de los violadores, mientras que los que abusan de los niños mantienen unas actitudes hacia la relación sexual que les permiten racionalizar su conducta, cuando no juzgan a los niños/ víctimas de provocadores.

11.4. TRATAMIENTO

El tratamiento de los delincuentes sexuales no ofrece resultados espectaculares, y sin duda son junto a la población de delincuentes adictos a las drogas, los sujetos que menos índice de éxito alcanzan en la literatura especializada. Esta afirmación se aplica especialmente a los casos donde la violencia sexual se acompaña de hechos agresivos más graves, denotadores de la existencia de una psicopatía sexual. Es decir, la *tipología de los violadores sádicos representaría el desafío más notable que han de abordar los especialistas en la rehabilitación de los delincuentes sexuales,* sin descartar aquí los sujetos responsables de agresiones repetidas y violentas a niños.

El estudio de Wormith (1983) pone de relieve la dificultad de tratar a los delincuentes sexuales. En su investigación de 205 delincuentes encarcelados por delitos sexuales en una región de Canadá, menos de un 65 por 100 de la muestra fue capaz de admitir su delito o incluso de poder recordarlo. Un 30 por 100 se negó en redondo a discutir su delito con su educador. Tan sólo un 17 por 100 de los encarcelados mostraban estar insatisfechos con su orientación sexual o con su historia sexual (los pedófilos, sin embargo, eran los que estaban más descontentos con el estilo de vida sexual que habían llevado, mientras que los agresores a mujeres eran los que menos expresaban descontento a este respecto). Finalmente, un 70 por 100 de los sujetos no estaba interesado en participar en programas de tratamiento en sus prisiones.

Hay en la actualidad, entre otros, tres trabajos importantes que nos ilustran las peculiaridades de la intervención psicoeducativa entre los delincuentes sexuales. El primero es el ya referido de Marshall y Barbaree (1989); el segundo es el de Marshall, Jones, Ward, Johnston y Barbaree (1991), y el tercero es el de Borzecki y Wormith (1987).

Tratamiento conductual integrador

Marshall y Barbaree (1989) nos previenen, en primer lugar, contra la excesiva selección de los sujetos a tratar. Desde su punto de vista, en la actualidad no se conoce con suficiente certeza qué individuos son los que tienen mayor probabilidad de resultar beneficiados por un tratamiento específico, por lo que una selección estricta de los individuos en función de una serie de indicadores que pueden parecer relevantes para un éxito posterior, como el número de delitos, historia de la desviación sexual, edad y relaciones sociales, etc., podría eliminar la posibilidad de que fuéramos capaces, en un futuro no muy lejano, de establecer predictores de rentabilidad terapéutica adecuados a las peculiaridades que presenten los clientes de la intervención.

El modelo de tratamiento propuesto por los autores, especialmente dirigido a los agresores sexuales de niños, busca modificar aquellos aspectos planteados previamente como fundamentales en el proceso evaluativo, a saber, la conducta sexual, la competencia social y las distorsiones cognitivas. Aun cuando no descartan el empleo de agentes químicos inhibidores del impulso sexual como la medroxiprogesterona y la ciproterona, su prescripción ha de orientarse, en lo fundamental, al tratamiento complementario de métodos psicológicos y educativos, ya que los primeros no pueden hacer nada por modificar los patrones de vida desadaptativos de los sujetos.

Por lo que respecta a la modificación de la respuesta sexual, Marshall y Barbaree (1989) identifican dos objetivos complementarios: la reducción de la activación sexual dependiente de actos o parejas sexuales inapropiados y el establecimiento de una activación hacia actos o parejas sexuales apropiados. En palabras de los autores: «Empleamos una combinación de procedimientos para alcanzar esas dos metas, que incluyen la terapia aversiva, el recondicionamiento masturbatorio y la saciación, la sensibilización encubierta y un procedimiento autoadministrado [autocontrol] para la reducción de los impulsos sexuales desviados espontáneos (...) Repetidamente estamos elaborando un modelo de la conducta sexual desviada que enfatiza el papel de mantenedor de la conducta desviada de los pensamientos acerca del sexo, y de las imágenes y fantasías sobre la pareja sexual y la agresión sexual. De acuerdo con esto, nuestros procedimientos en este componente del tratamiento [modificación de las preferencias sexuales] se centran en eliminar esos pensamientos y sustituirlos por otros que ejemplifiquen parejas y conductas apropiadas» (p. 229).

La terapia aversiva puede tomar varias formas, pero todos los sistemas tienen en común el emparejar los estímulos ahora atractivos para el sujeto pero inaceptables, como la violación o el abuso de menores, con una experiencia desagradable; el resultado pretendido es la disminución de la atracción de tales conductas a los ojos del sujeto tratado. Los eventos aversivos suelen ser, típicamente, pequeños shocks eléctricos o la percepción de olores nauseabundos. Por ejemplo, Abel et al. (1970) pidió a los sujetos que fantasearan sobre sus actos desviados al tiempo que les administraba una pequeña descarga, procedimiento que puede ser más ventajoso si se van completando las secuencias -hacia atrás en la cadena de estímulos conducentes al delito- hasta incluir la escena inicial en que el individuo empieza su motivación o la búsqueda de su víctima. Típicamente este sistema continúa hasta que el sujeto no muestra activación sexual hacia los estímulos desviados.

En su clínica, los autores suelen administrar dos sesiones de terapia aversiva a la semana durante tres semanas, seguidas de dos sesiones adicionales en un período de otras dos semanas. Cada sesión consta de 30 emparejamientos estímulo desviado-shock, a lo largo de veinticinco minutos, y después de cada emparejamiento se le presenta al individuo un estímulo adecuado, donde se representa una relación sexual consentida entre adultos.

Como técnicas complementarias de la terapia aversiva, Marshall y Barbaree (1989) emplean la saciación de la masturbación y el recondicionamiento masturbatorio u orgásmico, generalmente en combinación. Aquí, el sujeto es instruido para que se masturbe en su hogar, o en cualquier caso en privacidad, pero ha de tener en mente imágenes sexuales apropiadas; no obstante, él puede recurrir a sus imágenes desviadas si es incapaz de excitarse con los nuevos pensamientos no desviados, pero una vez lo haya logrado debe volver cuanto antes a los pensamientos o imágenes apropiados. Tan pronto como ocurre el orgasmo (con una imagen apropiada) y empieza el período refractario, el sujeto ha de parar la masturbación al tiempo que ha de verbalizar «cualquier variación en la que pueda pensar acerca de sus fantasías y actos desviados, durante veinte minutos. La idea fundamental es que el

emparejar la activación preorgásmica y orgásmica con pensamientos sexuales apropiados, junto a la asociación de los pensamientos inapropiados con un tiempo en que el paciente es refractario a la estimulación sexual, extinguirá la capacidad de provocación de las imágenes desviadas y aumentará la de las apropiadas» (p. 231).

Como se puede observar, los elementos cognitivos juegan un papel destacado en la terapia de los autores. Esto se pone de relieve una vez más cuando enseñan a los pacientes a reconocer la cadena de hechos que les llevan a cometer su delito, por ejemplo, desde sentirse aburrido o excitado y pensar en tener una relación sexual inapropiada, hasta forzar a la víctima y penetrarla. En el momento en que el paciente reconoce el inicio de su cadena desadaptada, se le instruye para que aspire sales con objeto de que interrumpa la secuencia conducente al delito, e inicie una conducta adaptada. Además, para favorecer el reconocimiento de tales secuencias, se le pide que escriba algunas de ellas en tarjetas u hojas de bolsillo, junto con algunas de las consecuencias desagradables que se derivan de realizar las agresiones sexuales (ser sorprendido por la policía, por un familiar, perder el trabajo, etc.), las cuales tiene que leer al menos tres veces al día, singularmente en situaciones de riesgo.

Este procedimiento suele enseñarse a los pacientes una vez que han participado en algunas sesiones de sensibilización encubierta, donde el sujeto ha de imaginarse la cadena de eventos que llevan a la agresión sexual al tiempo que aparecen una .serie de acontecimientos desagradables (por ejemplo, un ataque de ratas, vómitos incontrolados, etc.), los cuales técnicamente castigan las conductas que llevan al delito. Antes que consuma la violencia, la conducta desviada es abandonada, con lo que desaparecen los estímulos aversivos que el paciente estaba asociando a dicha conducta.

A lo largo de todo este proceso de tratamiento, al paciente se le instruye para que realice tareas entre sesiones, y se le exige su cumplimentación rigurosa.

En el incremento de la competencia social, así como en la modificación de los aspectos cognitivos irracionales, el segundo y tercer componente, respectivamente, del programa de tratamiento comprensivo de los autores, se emplea el tratamiento en grupo con una clara fundamentación en el modelo del aprendizaje social. Se presenta en cada sesión el tópico correspondiente, y su relevancia para la delincuencia sexual, pero se elicita la versión y las experiencia de cada miembro del grupo, todo lo cual es un prolegómeno para la discusión en grupo y la aplicación de la técnica de solución de problemas por todo el grupo. Los grupos se reúnen una vez a la semana, por espacio de tres horas, y durante seis semanas.

De la mano de dos terapeutas, uno de cada sexo, se enseñan habilidades de conversación para reducir la ansiedad y elevar la autoestima en el funcionamiento interpersonal. Con idéntico fin se trabaja también el entrenamiento asertivo, aunque se busca más en concreto aprender la capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos de forma correcta, y la defensa de los derechos personales. Finalmente, la técnica de solución de problemas enseña formas efectivas de enfrentarse a los problemas mediante el análisis de los mismos, la generación de diferentes soluciones y el análisis

de los resultados -consecuencias- probables de cada una de ellas. Cada uno de estos programas -habilidades de conversación, asertividad y solución de problemas- se enseña de acuerdo a los siguientes principios generales (Marshall y Barbaree, 1989, p. 233):

1) Se asiste a los pacientes para que identifiquen las situaciones problemáticas en las que puedan sentirse coléricos, inhibidos, torpes o ansiosos.

2) Se les instruye acerca de respuestas apropiadas y menos apropiadas a esas situaciones, junto a las consecuencias probables para cada una de esas respuestas.;

3) Los terapeutas modelan ejemplos de esas respuestas.

4) Los individuos realizan *role-payíng.*

5) El grupo proporciona *feed-back* (retroalimentación) sobre el ejercicio observado.

En estas prácticas grupales se pone el énfasis en la percepción correcta de los sentimientos y los mensajes del otro, ayudándose del cambio de roles entre los dos sujetos que protagonizan el *role-playing.* La ansiedad disminuye como consecuencia de estos ensayos de conducta, pero también puede emplearse técnicas sencillas de autorrelajación.

La práctica mediante el grupo permite muchas posibilidades. Sin duda que una de ellas es la comprendida en el establecimiento de nuevas relaciones, y el manejo de las dificultades propias en la interacción interpersonal. Otro ámbito de aplicación es el del entrenamiento en habilidades de vida *(life* skills), tales como búsqueda de empleo, de alojamiento, uso del dinero o del tiempo libre (véase también Marshall y Turner, 1987). La educación sexual y la educación para la salud -con la cuestión central de las toxicomanías y el alcoholismo- se ven igualmente beneficiadas por el aprendizaje en grupo. Teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, no sorprende que la educación sexual ponga de relieve lo erróneo de mantener actitudes hostiles y negativas hacia las víctimas de la agresión sexual, junto a la diseminación del conocimiento sobre el sexo sin ahondar en el lenguaje técnico, pero sí en el carácter lúdico y funcional que el sexo posee para el ser humano.

Pero la modificación de las creencias distorsionadas suele requerir también de la labor realizada mediante terapia individual, en donde aquéllas se confrontan siguiendo el modelo de la terapia cognitiva de Beck (1976)[1].

Finalmente, en la última sesión de trabajo en grupo se intenta instruirles sobre las situaciones de riesgo que pueden encontrar en el futuro, utilizando las sugerencias desarrolladas en la técnica de prevención de la recaída (donde se enseña al sujeto a identificar las circunstancias de riesgo -de nuevo delito sexual- y su evitación).

Los programas de tratamiento en Norteamérica

Norteamérica representa la zona geográfica donde más tradición tienen los programas diseñados para el tratamiento de los delincuentes sexuales. Borzecki y Wormith (1987) estudiaron las características de 34 de estos programas, de los cuales 22 pertenecían a Estados Unidos y 12 a Canadá. A

continuación comentamos algunos de los resultados más interesantes.

En primer lugar, las muestras seleccionadas para el tratamiento tendían a mostrar una composición poco heterogénea, la mayoría se centraba en los delincuentes sexuales peligrosos -violadores y abusadores de niños-, con tal de que no fueran psicóticos. Los delincuentes no violentos suelen ser derivados a programas comunitarios, si bien en general no suelen haber muchas oportunidades para tratar a este grupo de poco riesgo social -voyeuristas, exhibicionistas, etc.-. También es común la exigencia de una alta motivación para ser aceptado en los diferentes proyectos terapéuticos.

Por lo que respecta a la capacidad de los programas, los de ámbito estadounidense son muy variados, con ejemplos que pueden llegar a 300 sujetos tratados en un año, si se tratan de módulos o áreas de una prisión especializados en este tipo de terapia. En Canadá, sin embargo, son más habituales los programas reducidos, con capacidad para 25 internos, debido al hecho de que se llevan a cabo en unidades psiquiátricas o en áreas de salud mental especializadas.

El equipo habitual de tratamiento incluía, de forma típica, al menos un psiquiatra, un psicólogo clínico y un enfermero de psiquiatría. A veces también se contaba con trabajadores sociales. La ratio terapeuta-clientes era de más de 20 sujetos en Estados Unidos, mientras que en Canadá oscilaba entre la relación uno a uno propia de la terapia de condicionamiento, y los 8 ó 10 sujetos característicos de la terapia de grupo.

En cuanto a la duración e intensidad del tratamiento, en Canadá los programas comunitarios proporcionaban dos o tres horas a la semana; los residenciales eran más intensos, pudiendo llegar hasta las veinticinco horas semanales. La duración en este país dependía del tipo de paciente tratado. En cambio, en Estados Unidos los autores constataron que los delincuentes sexuales violentos y/o habituales pueden recibir hasta veinticinco horas de tratamiento a la semana, a lo largo de dos años. Aquellos que se dirigen a todo tipo de delincuente sexual, tienen una duración más limitada (en torno a un año) y un menor número de horas semanales (unas cinco).

La ubicación de los programas fue más variada en los Estados Unidos: allí los delincuentes violentos son tratados en módulos especiales o en departamentos de psiquiatría, mientras que los programas destinados a todo tipo de delincuente sexual se realizan dentro de prisiones de máxima seguridad, si bien desconocen los autores de esta revisión si los internos están segregados del resto de la población o sólo se agrupan para recibir el tratamiento. En Canadá la mayoría de los programas se llevan a cabo en unidades especiales o en departamentos de psiquiatría.

La mayoría de los proyectos hicieron constar el empleo de recursos comunitarios, especialmente en la fase de atención ambulatoria. Uno de ellos (el de Minnesota) introdujo un servicio telefónico de veinticuatro horas, para situaciones de crisis, mientras que otro (Alberta Hospital-Edmonto n) hizo uso de los centros de empleo para jóvenes en las tareas de apoyo ambulatorio y seguimiento.

En relación a la orientación terapéutica de los diversos programas, la mayoría de los canadienses se inscriben en el modelo de la competencia social

de Marshall, Christie y Lanthie (1977), reformulado posteriormente, como vimos en páginas anteriores, en términos de mayor comprensividad (Marshall y Barbaree, 1989), mientras que los estadounidenses se muestran más heterogéneos, ofertando diversos tipos de *counselling* grupal. Empero, en general en toda Norteamérica son muy populares los tratamientos siguientes: educación sexual, habilidades sociales, habilidades de vida *(life skills),* formación profesional y tratamiento para la adicción de drogas y alcohol. También se emplea la psicoterapia de grupo dirigida a que el sujeto asuma la responsabilidad de sus acciones y comprenda los factores precipitantes de su delito.

¿Son eficaces los programas?

En la actualidad tenemos datos para mantener buenas esperanzas en el caso de delincuentes sexuales paidófilos y exhibicionistas, pero con los violadores apenas sí sabemos mejorar los porcentajes de éxito esperados por el mero transcurso del tiempo (Marshall et al, 1991). Tal vez la pregunta relevante ahora no sea la de si los delincuentes sexuales pueden ser tratados con éxito, sino esta otra: ¿podemos extraer algunos resultados alentadores de las experiencias que tenemos hasta la fecha?

Las tasas de reincidencia se tornan descorazonadoras cuando señalan que la tendencia a incrementar se prolonga muchos años después de haber finalizado el tratamiento (Marshall et al., 1991), por lo que se recomienda que el período de seguimiento se extienda al menos cuatro o cinco años, junto a un mayor rigor en la evaluación de los programas de intervención, considerados en la actualidad bastante escasos en su diseño de investigación (Borzecki y Wormith, 1987) por lo que respecta a las conclusiones que pueden extraerse.

11.5.CUALIDADES DEL TERAPEUTA QUE ATIENDE A DELINCUENTES SEXUALES

O'Conell, Leberg y Donaldoson (1990) han desarrollado con detalle los requisitos necesarios de todo terapeuta para llevar a cabo programas de intervención con delincuentes sexuales, ciñéndose en especial a los agresores de niños que pueden ser objeto de tratamiento en la comunidad. Las diferentes cualificaciones se dividen en una serie de apartados.

Cualificaciones académicas

No existe en nuestro país una formación académica específica en esta área de intervención, pero ello no debería ser óbice para que el terapeuta dedicado a los delincuentes sexuales tuviera «una sólida formación en desarrollo de la personalidad, desarrollo y procesos cognitivos, teoría del aprendizaje, etc. (...) [además] debe poseer las habilidades necesarias para evaluar un amplio rango de conductas y describirlas de forma sensible y significativa, de forma tal que el que lea su informe tenga una imagen precisa del delincuente» (p. 35). Por otra parte, es útil aquí el haber asistido a seminarios y cursos especializados, y estar al corriente de la investigación y la tecnología interventiva más reciente.

Experiencia clínica

Probablemente la experiencia clínica más relevante es haber trabajado con clientes con escasa motivación para asistir a terapia, esto es, clientes involuntarios. Los delincuentes sexuales rara vez acuden a un tratamiento especializado si no es a instancias de las autoridades penitenciarias, judiciales o de otros servicios que puedan presionar legal o administrativamente. Ello significa que este tipo de personas exhiben con frecuencia un estilo de interacción defensivo, manipulativo y engañoso, por lo que una experiencia previa con delincuentes sexuales, y no sólo ocasional, es la mejor desde el punto de vista clínico para llevar a cabo programas de intervención. En particular, sería deseable que el terapeuta hubiera tenido: 1) oportunidad para tratar directamente a delincuentes de esta índole; 2) una gran variedad de patrones delictivos tratados o al menos con los que ha tenido relación; 3) una experiencia con diferentes modalidades de tratamiento, y 4) acceso a una supervisión de su trabajo por terapeutas expertos.

Conocimiento especializado

El terapeuta ha de conocer bien una serie de áreas especializadas, en concreto las siguientes: 1) la delincuencia sexual y los delincuentes sexuales; 2) las víctimas de estos sujetos, y 3) todo lo relativo a la justicia criminal relacionado con la delincuencia sexual y a los recursos comunitarios existentes en la zona de intervención. En relación con el primer punto, los autores puntualizan que:

«El terapeuta debe de comprender los patrones de activación sexual desviados, el modo en que se desarrollan y cómo sacarlos a la luz y moficarlos. Generalmente los delincuentes han cometido muchos delitos sexuales antes de que se les atrapara, así como han participado en diferentes conductas sexuales desviadas, en vez de seguir un único procedimiento. En realidad, cada tipo de delito tiene diferentes tasas de comisión en el momento en que el agresor es aprehendido (Abel et al, 1983). Los exhibicionistas, por ejemplo, suelen haber hecho cientos de estas acciones -con un número de víctimas similar- antes de ser arrestados. En cambio, los agresores intrafamiliares pueden tener sólo una víctima, la cual ha sido repetidamente abusada a lo largo del tiempo. Muchos delincuentes empiezan su delinquir en su adolescencia, y no cuando son adultos (Hindman, 1988) (...) Esta información es importante para el terapeuta porque le orienta tanto sobre el tipo de restricciones que puede recomendar para un sujeto en particular como para la adecuada selección de una modalidad de tratamiento» (p. 40).

Igualmente es importante que el terapeuta reconozca cuándo el tratamiento está siendo incapaz de horadar la barrera defensiva del sujeto y recomendar acciones alternativas. Esta defensividad suele tomar la forma de racionalizar sus actos mediante distorsiones cognitivas, pero también se muestra en intentos de manipulación, dominación, accesos de cólera, depresión, conductas de abandono y una gran variedad de déficit comportamentales.

Por lo que respecta a las víctimas, es importante que el terapeuta conozca la psicología de las personas agredidas, las secuelas físicas y emocionales que produce el asalto, así como el proceso por el que muchas veces el agresor intenta coaccionar física o emocionalmente a sus víctimas. Esto último se debe a que el delincuente suele emplear sus mecanismos de distorsión cognitiva para presentar a sus víctimas como inductoras o maliciosas, justificando de este modo su delito. De ahí que sea igualmente necesario que el terapeuta sea capaz de describir los efectos de la victimización ante los ojos del delincuente, en un intento por personalizar de manera nítida la verdadera naturaleza de la agresión cometida y los perjuicios en las vidas de los agredidos.

Finalmente, el terapeuta ha de valorar el modo en que el padre no agresor responde ante el descubrimiento de la agresión sexual de que ha sido víctima su hijo. En especial es muy relevante observar si su conducta es de apoyo ante las necesidades del niño o la niña, o bien si, por el contrario, intenta minimizar la agresión o justificarla de algún modo.

En lo que respecta al conocimiento del sistema legal y de los recursos comunitarios, se valora aquí la relación y vinculación con las agencias estatales y locales que intervienen en defensa del orden legal, y con aquellas que pueden contribuirse de modo directo o indirecto a supervisar y/o apoyar la reintegración del delincuente en su medio social, sin olvidar los servicios de atención a alcohólicos y drogadictos, muchas veces necesarios en este tipo de casos.

Habilidades y cualidades del terapeuta

En opinión de O'Connell et al (1990), la meta última de todo buen terapeuta implicado en el tratamiento de los delincuentes sexuales se concreta en estos dos puntos: 1) proteger a la comunidad de posteriores asaltos, y 2) atender acertamente al delincuente. Se entiende entonces que junto a las habilidades propias para cumplimentar estos dos objetivos también debamos de señalar toda una serie de rasgos personales y capacidades deseables. Todo ello se describe a continuación.

El trato directo con los delincuentes

Las habilidades necesarias aquí se solapan a aquellas necesarias con todo tipo de delincuente (véase Samenow, 1984; y Reid, 1986), y se concretan en asertividad, capacidad de confrontación y la capacidad para evitar la manipulación.

Pocos delincuentes sexuales son asertivos, esto es, capaces de expresar sus opiniones de manera franca y de obrar respetando los derechos de las otras personas. Muchos de ellos son abiertamente agresivos o pasivos, y es tarea ineludible del terapeuta el modelar en su interacción con el sujeto la conducta asertiva, «debiendo ser capaz de asumir una orientación directiva para establecer restricciones sobre la conducta que se le permite, obtener la información necesaria y establecer objetivos apropiados de tratamiento» (p. 48).

La confrontación es totalmente necesaria. Los delincuentes sexuales, como

hemos visto, obtienen su placer mediante sus actos desviados, y no es fácil que sean capaces de eliminar sus distorsiones para aceptar modificar su estilo de vida. La confrontación, precisamente, cumple este papel: «El terapeuta debe querer y ser capaz de confrontar la negación, minimización, racionalización y engaño característicos del delincuente, ya que aquélla es capaz de perturbarle, y en ocasiones incluso de infligirle dolor emocional. La respuesta inicial del delincuente suele ser la de que el terapeuta abandone esa línea de acción, diciéndole lo costoso que ello le resulta. Pero el terapeuta que abandona la confrontación actúa en contra de los intereses del propio sujeto y de la misma comunidad» (p. 48).

Finalmente, la habilidad para evitar la manipulación supone que el terapeuta ha de superar la negación, minimización, culpabilización y mentiras frecuentes que el delincuente emplea para intentar seguir sin cambiar. Pero hay otras formas de manipular. Por ejemplo, el delincuente puede intentar aparecer como una «buena persona», y solicitar que sus amigos, familiares y vecinos presionen sobre las agencias oportunas para que su caso se vea bajo una la luz favorable. En ocasiones esto se acompaña con un «reconocimiento sincero» del daño cometido, aparentando empatizar con la víctima y presentando el hecho como una aberración que nunca más se volverá a repetir. Obviamente, el terapeuta ha de estar atento, preparándose más para ver las acciones y la respuesta emocional del sujeto, y no. tanto para oír sus explicaciones.

En ocasiones, el sujeto puede reclamar ante el terapeuta que se ha convertido «a la auténtica verdad», es decir, que profesa ahora una religión determinada, y que su conducta pasada nada tiene que ver con él, por lo que el tratamiento está de más; él es ahora una «nueva persona» que tiene que rendir cuentas ante Dios, y no ante las instituciones «terrenales»; proceso que se acentúa tanto más cuanto que los delitos de los que se le trata de hacer responsable forman parte de una personalidad (prereligiosa) que ya no reconocen.

Los terapeutas han de evitar también, cómo no, este nuevo intento de manipulación. Ha de pretender que las creencias religiosas sean una ayuda a la terapia, aprovechando la fuerza interior que tales convicciones representan -cuando la «conversión» es algo con visos de realidad, y no un mero ardid empleado por el delincuente para evitar prestar su consentimiento a la terapia- para profundizar en la propia exploración personal y en el análisis del proceso delictivo.

Por último, la manipulación puede concretarse en ruegos ante las instituciones para que le permita volver cuanto antes a la vida en libertad, a su familia y a su trabajo, argumentando que la situación económica de los suyos es muy precaria. Ningún terapeuta debería elaborar un pronóstico y un plan de intervención que se supedite a estas cuestiones. Nada resulta más costoso que permitir que el sujeto pueda seguir victimizando a su familia o a otras personas.

El trato con la comunidad

Este punto se aplica a la actividad terapéutica que se ejerce directamente en

la comunidad, en donde habría que intentar que: 1) la terapia respondiera a una orientación de trabajo en equipo; 2) la confidencialidad de la terapia no fuera incondicional, de modo tal que no tuviera prioridad sobre el bienestar de las víctimas pasadas o futuras del sujeto, y 3) los objetivos del tratamiento pretendieran, siempre en primer lugar, la seguridad de la comunidad.

No es necesario extenderse sobre el primero de estos puntos. Siempre es aconsejable que el terapeuta comparta información y sus planes de acción con trabajadores sociales penitenciarios, de los equipos base o atención primaria (el nombre cambia según el lugar), y familiares o amigos responsables del delincuente. Con respecto a la confidencialidad, resulta útil señalar que el terapeuta debería compartir la información de que dispone con aquellas personas que necesitan saber tal información para su propia seguridad o la de las personas allegadas. Por consiguiente, el terapeuta debe de informar a su cliente de que, caso de que lo vea necesario, deberá de compartir con otras personas el conocimiento que posea sobre algunos de los hechos, tanto si él se los ha proporcionado o si lo han hecho -de forma fiable- otras fuentes o personas.

Finalmente, y como ya se ha indicado previamente, la seguridad de las posibles víctimas ha de ser un criterio máximo para el terapeuta. En ocasiones puede ocurrir que un delincuente juvenil o adulto, en situación de libertad vigilada o condicional, haya de ser objeto de una medida de internamiento si hay indicios fiables de que está realizando nuevas agresiones sexuales. Aunque en España nuestras leyes dificultan mucho este extremo, sobre todo en el caso de los delincuentes adultos, toda vez que no cuentan con la supervisión de agentes de libertad condicional, como ocurre en otros países, esta recomendación sigue teniendo la misma validez, en la medida de lo posible, también en nuestro país.

Habilidades y capacidades personales

No todos los terapeutas están capacitados para trabajar con delincuentes sexuales; como se ha indicado ya, son éstos personas de trato difícil, que requieren literalmente ser conducidos hacia patrones de pensamiento y de comportamiento que desafían a los que actualmente exhiben. O'Connell, Leberg y Donaldoson (1990) describen las siguientes cinco cualidades como necesarias para todo terapeuta de delincuentes sexuales.

1) La habilidad para enfrentarse al estrés. Muchas veces los que rodean al delincuente presionan al terapeuta de un modo u otro; así, puede que intenten convencerle de que «en realidad, no ha sido nada serio», o no colaboran en el programa de tratamiento establecido, dejando sin vigilancia a niños que corren el riesgo de ser victimizados de nuevo por el padre, por ejemplo. Además, el estrés y la ansiedad pueden derivarse de comprobar los propios efectos de la victimización en las víctimas, o de tener que asimilar razonamientos disparatados y descripciones de hechos ciertamente incómodos. En resumen, es un trabajo que requiere elaborar presiones y sentimientos encontrados inspirados por una persona que nos necesita, pero que al tiempo ha cometido hechos muy dolorosos.

2) La habilidad para discutir abiertamente cuestiones sexuales. El delincuente sexual es, precisamente, problemático en el manejo de las relaciones sexuales. El terapeuta no debería tener dificultades en ser franco y descriptivo cuando habla de aspectos sexuales del paciente, incluyendo el tipo de pensamientos e imágenes (fantasías) que colorean la excitación sexual del delincuente. Y por lo que respecta a la descripción sexual que puede incluir el delito por el que el sujeto ha sido juzgado u otros hechos, el terapeuta ha de procurar no conformarse con la versión del sujeto, sino que, bien al contrario, debe preguntar, cuestionar y buscar fuentes alternativas de validación. Es esencial una descripción lo más precisa posible de la historia de desviación sexual del sujeto, atendiendo inclusive a la propia definición de «sexual» que el sujeto posee, ya que ocurre muchas veces que «los delincuentes que se masturban frecuentemente pueden definir su conducta como un medio de aliviar la tensión, y cuando se les interroga por sus pensamientos sexuales, pueden negar tenerlos; la razón es que en sus mentes la masturbación y los pensamientos que la acompañan no cuentan, porque son medios de aliviar la tensión, y no de naturaleza sexual. Los delincuentes suelen no reconocer la naturaleza sexual de sus pensamientos, de ahí que los terapeutas que no sea explícitos *(...)* pueden correr el riesgo de dejar intacto el núcleo de la desviación sexual» (O'Connell *et* al,, 1990, p. 57).

3) La habilidad de ser preciso. El terapeuta ha de estar permanentemente atento a buscar la veracidad de los hechos que el sujeto le cuenta. Su labor investigadora no puede separarse de la pura terapéutica, porque «investigar» significa aquí desafiar las propias racionalizaciones del cliente y confrontarlas, al tiempo que establecer canales de comunicación apropiados y francos con agencias envueltas en el caso, o familiares y amigos cercanos al delincuente.

4) La habilidad de ser objetivo. La objetividad y el equilibrio personal son elementos fundamentales. El terapeuta no ha de juzgar ni ha de imponer sanciones al delincuente sexual. Su tarea es procurar que el sujeto cambie, comprendiendo con la máxima objetividad todas las características de la desviación sexual y de los personajes del caso estudiado.

5) La habilidad de ser realista en torno a los delincuentes sexuales. Algunos delincuentes sexuales volverán a delinquir mientras están en la terapia, si ésta se lleva a cabo en la comunidad, y es algo acerca de lo que el terapeuta ha de estar prevenido, quizá reconociendo cuándo el sujeto quiere utilizar la terapia sólo como un medio para asirse a sus patrones de conducta (incluyendo el delictivo) tradicionales. El «realismo» recomendado en este punto se refiere a la atención que debe darse a la elevada probabilidad de reincidencia que presentan los casos de delincuencia sexual. Ésta es una de las razones por las que, para ÓConnell *et al* (1990), los ex-delincuentes sexuales no deberían ser colaboradores en la terapia de delincuentes sexuales presentes:

«Comparados con individuos que han padecido otros tipos de conducta compulsiva, los delincuentes sexuales presentan unas dificultades particulares en tres áreas bien definidas, como son los límites de la propia conducta, las distorsiones cognitivas y la evaluación realista de la probabilidad de reincidencia, áreas que son críticas a la hora de evaluar y tratar la desviación sexual. Además, estas dificultades no suelen ser transitorias o situacionales, sino que son una parte básica de la personalidad y la estructura

comportamental del delincuente sexual (Nichols y Molinder, 1984). Esa es precisamente la razón por la que la desviación sexual nunca debería ser considerada "curada", sino sólo en remisión y bajo control» (pp. 59-60).

---

1 La terapia cognitiva de Beck se basa en la idea de que las conductas desadaptadas son el producto de creencias distorsionadas de la realidad. La terapia correspondiente emplea la contrastasción de la realidad, y el argumento racional, entre otros métodos, como medios de modificar tales creencias.