

## PERFILES DE AGRESOR Y VÍCTIMA: ACTIVIDAD No. 2

“Abuso Sexual en la Infancia: Víctimas y Agresores” de Echeburúa y Guerricaechevarría

### Capítulo 4 - AGRESORES SEXUALES DE MENORES

Las víctimas de abuso sexual en la infancia, al ser ellas las principales afectadas por este problema, han sido objeto de muchos estudios en los últimos años. No se puede dejar de lado, sin embargo, el análisis de los agresores, tanto desde una perspectiva etiológica como terapéutica. Sólo así se podrá prevenir a tiempo el problema y, en el caso de que ya haya surgido, atajarlo tan tempranamente como sea posible.

La atención clínica a los agresores no es una propuesta arbitraria, sino que responde una serie de razones convincentes: la insuficiencia de las medidas judiciales, la continuación de la convivencia con el menor (en el abuso intrafamiliar) y la prevención de nuevas agresiones en otros niños (en el caso del abuso extrafamiliar).

#### 1. ¿Abusadores sexuales o pedófilos?

La pedofilia es un tipo de parafilia que consiste en la excitación o el placer sexual derivados principalmente de actividades o fantasías sexuales repetidas o exclusivas con menores prepúberes (en general, de 8 a 12 años). Si bien el pedófilo puede excitarse con ambos sexos, la atracción hacia las niñas se da con bastante más frecuencia que la atracción hacia los niños.

No hay que confundir, sin embargo, la *pedofilia* con el *abuso sexual infantil*, que representa un ámbito conceptual más amplio. Los pedófilos abusan sexualmente de los niños (a excepción de algunos, que limitan su actividad a las fantasías masturbatorias con menores) para llevar a cabo sus impulsos sexuales, pero hay abusadores que no son propiamente pedófilos. Se trata, en este último caso, de personas que presentan una orientación sexual encaminada a las personas adultas, pero que en circunstancias especiales de estrés, de ira o de aislamiento llevan a cabo conductas sexuales con menores.

#### 2. Perfil demográfico y psicopatológico

Trazar el retrato-robot de un abusador sexual de menores no es fácil. Al tratarse de un fenómeno relativamente frecuente, las diferencias entre los agresores son grandes. En cualquier caso, se va a tratar de precisar en los párrafos siguientes, por un lado, el perfil característico de los abusadores; por otro, las diferencias entre los agresores sexuales de menores y los violadores de adultos.

##### 2.1. Características generales

Los pedófilos, como también ocurre en la mayor parte de las parafilias, son mayoritariamente varones. Sólo en un 13 % de los casos el abuso es llevado a cabo por

mujeres. En estas circunstancias, la situación más frecuente es la de una mujer madura que mantiene relaciones sexuales con un adolescente.

La edad en la que se manifiesta con más frecuencia el abuso sexual es en la etapa media de la vida (entre los 30 y los 50 años). No deja, sin embargo, de ser preocupante que el 20 % de las agresiones sexuales sean cometidas por adolescentes y que el 50 % de los abusadores sexuales mayores hayan llevado a cabo sus primeras conductas cuando tenían menos de 16 años.

Los agresores suelen estar casados y habitualmente (del 65 al 85 % de los casos) son *familiares* (padres, hermanos mayores, tíos, etc.) o *allegados* (profesores, tutores, vecinos, etc.) de la víctima, lo que les permite un fácil acceso al niño, con quien suelen tener una relación de confianza anterior al incidente sexual (fig. 4.1). En estos casos, las situaciones de abuso son más duraderas en el tiempo, no llega a darse la penetración y no suelen plantearse conductas de violencia física ni amenazas de ejercerla. De todas las posibilidades, el incesto padre-hija es el más traumático por lo que supone de disolución de los vínculos familiares más básicos.

Sólo en una pequeña parte (del 15 al 35 % del total) el agresor es un completo *desconocido* para la víctima. En este tipo de casos, el abuso se da en ocasiones aisladas y puede estar ligado a conductas violentas o amenazas de ellas, al menos en un 10 %-15 % de los casos. No llega a darse habitualmente la violencia física, ya que los factores que más frecuentemente suelen ponerla en marcha —la resistencia física y la capacidad de identificación del agresor por parte de la víctima— no suelen estar presentes a causa de la edad del menor (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

Los abusadores son personas con apariencia normal, de estilo convencional y de inteligencia media y no psicóticos. Precisamente la aparente normalidad es la característica más señalada, si bien suelen presentar rasgos marcados de neuroticismo e introversión, así como de inmadurez (en forma de infantilismo, por ejemplo). No obstante, la pedofilia puede aparecer junto con otra parafilia —el exhibicionismo, por ejemplo— y estar asociada a otros trastornos, como el alcoholismo o la personalidad antisocial. No es infrecuente una relación entre la pedofilia y la personalidad obsesiva. Desde una perspectiva psicopatológica, en uno y otro caso los pensamientos intrusivos —acompañados de un fuerte impulso a la acción— son causantes de malestar, que puede eliminarse o reducirse mediante la conducta compulsiva.

## 2.2. Agresores sexuales de menores y violadores de adultos

Según un estudio llevado a cabo con agresores sexuales condenados en diversas cárceles de Cataluña y Valencia (Be-neyto, 1998), los abusadores de niños, sobre todo los intrafamiliar, tienden a ser mayores —con una edad media superior a los 35 años— y con una profesión más cualificada que los violadores. Éstos son más jóvenes, más impulsivos, están menos integrados socialmente y habitualmente forman parte de reductos más marginales, en los que no son infrecuentes los antecedentes delictivos y el consumo de drogas.

Respecto a las estrategias empleadas para atraer a la víctima, los agresores de menores tienden a recurrir al engaño y a la seducción y se valen de su posición de superioridad sobre una víctima conocida; los violadores, por el contrario, que no suelen conocer a la

víctima, recurren a la fuerza o a las amenazas e intentan llevar a cabo la penetración. No es raro en estos casos que se aproveche la violación para robar a la víctima.

Las distorsiones cognitivas en relación con el sexo son habituales en uno y otro tipo de agresores. Sin embargo, las distorsiones de los abusadores de menores suelen ser más intensas y más específicas. Por ello, estos sujetos, sobre todo cuando no hay violencia física de por medio, tienden a justificar lo ocurrido y a negar la comisión del delito.

Se trata de sujetos con una orientación sexual dirigida primariamente a niños, sin apenas interés por los adultos, y con conductas compulsivas no mediatizadas por situaciones de estrés. Generalmente poseen un campo limitado de intereses y actividades, lo cual les lleva a menudo a una existencia solitaria. Estas personas son, en el sentido estricto del término, pedófilos, que persiguen a los niños con el mismo ahínco que los perros a los huesos. A veces cuentan con ciertas estrategias de atracción (simpatía personal, comportamientos infantiles, sintonía con los intereses de los niños, entrega de regalos, etc.) y, desde este punto de vista, actúan como el flautista de Hamelín.

Desde una perspectiva cognitiva, los pedófilos consideran sus conductas sexuales apropiadas y las planifican con antelación. No son infrecuentes en estos casos algunas distorsiones cognitivas, como atribuir la conducta a la seducción de los menores o considerar que este tipo de comportamientos son una forma de educación sexual adecuada para los niños. Por ello, no presentan sentimientos reales de culpa o vergüenza por sus actividades pedofílicas.

Los pedófilos primarios pueden mostrar una fobia o rechazo al sexo en las relaciones con mujeres e incluso una cierta aversión a las características sexuales secundarias de las mujeres adultas, como el desarrollo de los senos, el vello en el pubis, etc. Los niños, al no «*exigir*» condiciones completas de virilidad y potencia en la relación, «*permiten*» al pe-dófilo realizar un tipo de acto sexual pobre e incompleto. Estos elementos autoafirman al agresor en una supuesta hi-persexualidad, que, sin embargo, es primaria y regresiva (García-Andrade, 1994).

El origen de esta tendencia anómala puede estar relacionado con el aprendizaje de actitudes extremas negativas hacia la sexualidad o con el abuso sexual sufrido en la infancia, así como con sentimientos de inferioridad o con la incapacidad para establecer relaciones sociales y heterosexuales normales. A su vez, la repetición reiterada de masturbaciones acompañadas de fantasías pedofílicas tiende a mantener este trastorno.

Ramón, de 35 años, está casado y tiene un hijo de 8 años. Reconoce la existencia de abusos sexuales a su sobrina de 6 años y a su hijo de 8. Según Ramón, los episodios de abuso comenzaron hace más de un año y se han dado, en ambos casos, en 4 o 5 ocasiones. Tuvieron lugar en su domicilio y consistieron en caricias en los genitales de las víctimas, de duración imprecisa, durante las cuales se sentía excitado. En alguna ocasión se llegó a masturbar delante de los menores, aunque sostiene que, de esto, su sobrina no se enteraba. No cree que, en el caso de su hijo, éste se sintiera molesto («no le hacía daño»), aunque la niña podía «notarlo más». Ramón ha tenido en el pasado experiencias sexuales muy variadas: con mujeres, con hombres y con un perro (el perro le hizo una fela-ción). Según cuenta, de muy pequeño fue abusado sexualmente en dos ocasiones. Por otro lado, se masturba con fantasías relacionadas con menores, principalmente con su sobrina. Asimismo son frecuentes las fantasías homosexuales. Él

cree que no tiene bien definida su orientación sexual. Le excitan las relaciones sexuales con animales, con dibujos de niños, con el terapeuta, etc.

Ramón no considera que sea inadecuado tener relaciones sexuales con menores, pues cuando él las tuvo en su infancia, éstas no le han traumatizado e incluso le han resultado placenteras.

#### b) *Secundarios o situacionales*

Son personas que tienen contactos sexuales aislados con niños, y éstos son reflejo de una situación de soledad o estrés. Las conductas habituales de estos sujetos son relaciones sexuales con adultos, normalmente heterosexuales, aunque suelen aparecer alteraciones en el curso de éstas, como impotencia ocasional, falta de deseo y algún tipo de tensión o conflicto con sus parejas.

A nivel cognitivo, suelen percibir este tipo de conductas como anómalas y las ejecutan de forma episódica e impulsiva más que de un modo premeditado y persistente. No es por ello infrecuente la aparición posterior de intensos sentimientos de culpa y vergüenza.

Las conductas de abuso pueden ser un medio de compensar la autoestima deficiente del sujeto o de dar rienda suelta a una hostilidad que no puede liberarse por otras vías. Las situaciones de estrés, así como el consumo excesivo de alcohol o drogas, pueden intensificar, a modo de desencadenantes, este tipo de conductas (Echeburúa *et al*, 1995).

Manolo, de 50 años, está casado y tiene dos hijas, de 22 y 15 años respectivamente. Reconoce la existencia de abusos sexuales a su hija menor desde hace aproximadamente 2 años. Los episodios de abuso se han dado en el domicilio familiar, con una frecuencia elevada, y han consistido en tocamientos y masturbación con el dedo. La niña, que tenía problemas en la espalda, le pedía con frecuencia que le diese masajes y él accedía a ello. Mientras él se los daba, le tocaba los pechos, la tripa y la espalda; en una ocasión llegó a acariciarle incluso los genitales. Si se negaba a dárselos, la niña lloraba o se enfadaba. Tras los abusos, Manolo se sentía culpable y avergonzado. Reconoce que lo que estaba sucediendo no era correcto y que él no supo darse cuenta de los límites.

Por otro lado, las relaciones sexuales con su mujer no son del todo satisfactorias. Además, desde que ella tuvo la menopausia, la frecuencia de contactos es muy baja. Por lo demás, la historia sexual de Manolo no recoge otras experiencias sexuales desviadas ni tampoco ha mostrado nunca un interés homosexual. Insiste en que él necesita que haya afecto para poder tener relaciones sexuales. Las fantasías durante la masturbación hacen referencia a películas o a imágenes eróticas con mujeres adultas. Nunca ha tenido fantasías sexuales con niñas en general ni con su hija en particular.

#### **4. Modelos explicativos**

La información disponible respecto a las causas de la pedofilia o del abuso sexual es muy limitada y, en ocasiones, contradictoria. En este apartado se hace una distinción entre los factores causales, más bien remotos en la biografía del sujeto, que podrían estar en el origen de estas conductas anómalas, y los factores precipitantes, más próximos en el tiempo, que pueden actuar a modo de desencadenantes de las conductas de abuso.

#### 4.1. Factores causales

No se conoce con detalle el origen de la pedofilia. No obstante, la existencia de trastornos de personalidad, sobre todo referidos al control de los impulsos y el desarrollo de una autoimagen deficiente en relación con una educación sexual culpabilizadora y negativa o con unos modelos familiares inadecuados, parecen desempeñar un papel importante. Un factor de gran interés lo constituyen las experiencias de aprendizaje observacional y directas en la infancia y adolescencia. En concreto, las primeras fantasías y excitaciones eróticas, si están asociadas casualmente o por alguna inducción o coacción externa a estímulos atípicos, pueden configurar la orientación sexual futura. Dicho en otras palabras, la asociación reiterada de las fantasías parafilicas con el valor gratificante de la masturbación, especialmente en los períodos críticos del desarrollo (segunda infancia y adolescencia), da lugar a un proceso de condicionamiento que puede ser responsable de la atracción sexual parafilica en la vida adulta.

Los agresores sexuales presentan un cierto grado de vulnerabilidad psicológica, que arranca frecuentemente de la ruptura de lazos entre padres e hijos. Los vínculos inseguros entre padres e hijos generan en el niño una visión negativa sobre sí mismo y sobre los demás y facilitan la aparición de una serie de efectos negativos: *a)* falta de autoestima; *b)* habilidades sociales inadecuadas; *c)* dificultades en la resolución de problemas; *d)* estrategias de afrontamiento inapropiadas; *e)* poco control de la ira, y *f)* egoísmo y ausencia de empatía. En último término, el fracaso en crear relaciones íntimas —mucho más si el sujeto ha sido él mismo víctima de abuso sexual— genera soledad crónica, egocentrismo y agresividad, así como una tendencia a abusar del alcohol.

Por lo que a la masturbación se refiere, los agresores sexuales se masturban a una edad más temprana y con mayor frecuencia que los otros varones. El sexo, además de ser una fuente de placer, puede convertirse en la estrategia de afrontamiento preferida para hacer frente al malestar emocional. Es decir, un adolescente puede masturbarse para obtener placer sexual, pero también puede hacerlo para olvidarse de un disgusto o para dar salida a la rabia contenida. De este modo, la conducta sexual queda fuertemente reforzada por medio de la masturbación (reforzamiento positivo) y como manera de escapar de los problemas cotidianos (reforzamiento negativo).

Lo que tiende a mantener la conducta desviada es el recuerdo activo de las fantasías anómalas de masturbación, con una atención selectiva a los aspectos positivos (el placer obtenido) y un olvido de los negativos (como el miedo a ser detenido o el pánico o resistencia de la víctima). A su vez, hay ciertos factores desinhibidores (como el abuso de alcohol, la irritabilidad o la soledad) que tienden a hacer más probable la aparición de las conductas de abuso.

#### 4.2. Factores precipitantes

Según Finkelhor (1984), el abuso sexual se produce realmente cuando coinciden una serie de factores:

- — Motivación alta para tener conductas sexuales con un menor, lo cual está asociado con frecuencia a la carencia de otras fuentes de gratificación sexual.

- — Superación de las inhibiciones internas para cometer el abuso sexual. Los desinhibidores externos (alcohol) o internos (distorsiones cognitivas) contribuyen a conseguir este objetivo.
- — Eliminación de las inhibiciones externas, lo cual se consigue por el alejamiento del niño de la madre o de otras figuras protectoras o por la existencia de oportunidades poco frecuentes de estar a solas con el niño.
- — Superación de la resistencia del niño, lo cual se logra por medio de la seducción o de otras formas —más o menos sutiles— de presión.

## 5. Tratamiento psicológico de los ofensores sexuales

La estrategia más frecuentemente utilizada por los abusadores sexuales es la negación o, cuando menos, la minimización del problema. El objetivo de esta estrategia es no ser identificados como tales por los familiares y amigos y, en general, por el conjunto de la sociedad. Se trata, en último término, de no reconocer una conducta que genera un fuerte rechazo social y que está sujeta a sanciones penales muy severas.

### 5.1. Motivación para el tratamiento

Por lo que se refiere a la intervención, el principal problema en el tratamiento de los ofensores sexuales es la escasa motivación para el cambio de la conducta y, en consecuencia, para la terapia. Son muy pocos los que acuden a la consulta. De ellos, algunos buscan ayuda terapéutica por los problemas emocionales asociados a las conductas sexuales, pero la mayoría lo hace por una presión judicial, social o familiar (Eche-burúa y Guerricaechevarría, 2000). Por ello, y al margen de la efectividad de las técnicas utilizadas, la motivación de los sujetos es muy débil y el número de abandonos muy alto (Eche-burúa, Corral y Amor, 1997). De este modo, resulta necesaria la implicación de la madre o de otros familiares para asegurar una protección total del menor.

Normalmente, los pedófilos niegan la autoría del comportamiento sexual, pero cuando se ven obligados a reconocerla, atribuyen su comportamiento, en la mayoría de los casos, a la seducción de la víctima. En concreto, según la experiencia clínica de los autores de este texto (que cuentan con un programa específico dedicado a este tipo de pacientes), únicamente el 58 % (7 de un total de 12) de los agresores sexuales derivados a este programa por los Servicios Sociales o por los juzgados en 1998 han reconocido la existencia de los abusos sexuales y sólo el 42 % (5 de un total de 12) han aceptado someterse a tratamiento psicológico (fig. 4.2).

Este es un punto crucial. Los abusadores sexuales intra-familiares deben admitir su responsabilidad, estar de acuerdo con el fin de ese comportamiento y aceptar la separación —o la presencia controlada— de la víctima.

### 5.2. Programas de tratamiento

En los casos en los que se da el reconocimiento del problema y existe una motivación para el cambio, el tratamiento psicológico —muy estructurado y similar al utilizado en la terapia del alcoholismo y de otras adicciones—, cuya duración puede oscilar de 3 a 12 meses, debe centrarse en las siguientes líneas fundamentales (con un mayor o menor énfasis en cada apartado según las características específicas de cada sujeto) (tabla 4.2):

Tabla 4.2. *Tratamiento de los abusadores sexuales*

a) *Prevención de nuevos episodios de abuso*

— Control de estímulos.

b) *Modificación de las ideas distorsionadas en relación con el abuso sexual*

— Reevaluación cognitiva.

c) *Supresión o reducción de los impulsos sexuales inadecuados*

— Técnicas aversivas (sensibilización encubierta).

— Fármacos antiandrógenos.

d) *Aumento de la excitación heterosexual adecuada y de las habilidades sociales requeridas*

— Recondicionamiento orgásmico.

— Saciación de la masturbación.

— Enseñanza de habilidades sociales.

e) *Entrenamiento en autocontrol y solución de problemas*

f) *Estrategias de prevención de recaídas*

a) *La prevención de nuevos episodios de abuso*

Se trata, sin duda, del objetivo prioritario del tratamiento, al igual que en el caso de las víctimas. Para ello, debe llevarse a cabo un estricto control de estímulos de todas las situaciones de alto riesgo para la reincidencia. Por una parte, es necesaria la implicación de todos los miembros de la familia, especialmente de la madre. Sólo de este modo se puede garantizar el cumplimiento adecuado de las restricciones necesarias. Por otra, el agresor debe evitar cualquier situación que facilite los abusos (como, por ejemplo, estar a solas con la víctima en casa, entrar en la habitación de ella, ayudarla a bañarse o vestirse, etc.) mientras dure la intervención. En los casos en los que no existe la garantía del cumplimiento de este control de estímulos, resulta conveniente la salida temporal del abusador del hogar familiar.

Los pacientes deben aprender a ejercer un estricto control en sus contactos con los niños, que van a mantenerlo —de una forma más o menos automatizada— el resto de su vida.

b) *La modificación de las ideas distorsionadas en relación con el abuso sexual*

Los agresores sexuales presentan con frecuencias ideas distorsionadas sobre los contactos sexuales con menores, especialmente en torno a su responsabilidad y a la repercusión del abuso sobre el desarrollo psicológico de las víctimas. En realidad, tienden a minimizar y/o a justificar lo sucedido. Estas distorsiones son funcionales: el ofensor evita la aceptación de la responsabilidad de los delitos.

Por ello, la actuación terapéutica debe centrarse especialmente en la aceptación y asunción de la responsabilidad personal de lo ocurrido, así como en la comprensión de los efectos de la agresión sobre la víctima y sobre el resto de la familia. En este sentido, no está de más incluir en esta fase la descripción de las consecuencias de los abusos sexuales en las víctimas, tanto a corto como a largo plazo, con el objetivo de conseguir una mayor empatía con éstas. Se trata, por tanto, de una forma de educación sexual.

La identificación de las ideas distorsionadas requiere que el agresor narre su versión de los hechos y describa no sólo las conductas que llevaba a cabo realmente, sino también los pensamientos y sentimientos que le llevaron a cometer el acto abusivo y su estado emocional en el momento de la agresión, así como su interpretación de los comportamientos y sentimientos de la víctima (tabla 4.3). Asimismo, se debe facilitar que el agresor describa sus creencias sobre las mujeres y los niños en general, así como la naturaleza sexual de dichas creencias. De este modo, el terapeuta reestructura los pensamientos erróneos, explica sus implicaciones y ofrece alternativas más prosociales (Marshall y Fernández, 1997). En concreto, las distorsiones cognitivas detectadas más frecuentemente en los abusadores sexuales intrafamiliares (y que, al ser necesario reevaluar, tienen mayores implicaciones terapéuticas) son las que figuran en la tabla 4.4.

Tabla 4.4. *Distorsiones cognitivas de los abusadores sexuales*

— *«La víctima desea el contacto sexual y lo busca activamente.»*

— *«El menor disfruta con la relación sexual.»*

— *«Los contactos sexuales son una muestra de cariño.»*

— *«Los contactos sexuales forman parte de la educación sexual de la víctima.»*

— *«Al no forzar físicamente a la víctima, ésta no va a desarrollar consecuencias psicopatológicas.»*

— *«Yo también sufrí abusos*

*sexuales en la infancia y no me ha ocurrido nada malo por ello.»*

c) *La supresión o reducción de los impulsos sexuales inadecuados*

Las técnicas aversivas y los fármacos antiandrógenos han sido los procedimientos utilizados para controlar la impulsividad erótica de los abusadores sexuales (sobre todo cuando éstos son pedófilos propiamente) (tabla 4.2) (Echeburúa/., 1995).

Una técnica aversiva muy utilizada actualmente es la *sensibilización encubierta*, en la que el paciente se imagina estímulos simbólicos punitivos asociados a la conducta o fantasía sexual inadecuada (tabla 4.5). Es el caso, por ejemplo, de un pedófilo que se imagina acercándose a un niño para masturbarle y siendo sorprendido en ese momento por su mujer y sus hermanos que pasan casualmente por allí o por un coche-patrulla de la policía. La utilización de notas escritas en las que figuran tales consecuencias negativas (ser sorprendido por la policía o por su mujer, perder el trabajo, ir a la cárcel, etc.) y que el paciente lleva consigo para echar mano de ellas en los momentos de máximo riesgo contribuye a potenciar la eficacia de esta técnica.

*ha sensibilización encubierta* puede potenciarse en el papel supresor de la excitación sexual cuando se aplica en las primeras fases de la conducta desviada (si se deja llegar al período crítico, la excitación sexual es prácticamente incontrolable) y se utiliza

Tabla 4.5. *Procedimiento de aplicación de la técnica de sensibilización encubierta*

1. *Explicación teórica por parte del terapeuta del papel de la asociación entre el impulso sexual y las fantasías en el inicio y mantenimiento de los abusos.*
2. *Explicación del objetivo de la técnica de la sensibilización encubierta.*
3. *Entrenamiento en relajación muscular progresiva.*
4. *Entrenamiento en visualización.*
5. *Descripción detallada de las escenas de abuso a través de los relatos descritos por el paciente (según lo expuesto en el punto 2 de la tabla 4.3).*
6. *Elaboración de las escenas definitivas en las que el terapeuta añade un final negativo (descubrimiento por familiares, aparición de la policía, denuncias, juicio, etc.).*

*Aplicación de la técnica de sensibilización encubierta.*

conjuntamente con las técnicas de control de estímulos, es decir, con la implicación en conductas alternativas incompatibles con la desviación sexual (desarrollar actividades sociales, acudir a lugares en donde hay más gente, etc.). El objetivo último es que los sujetos aprendan a abandonar las fantasías sexuales acerca de los menores.

Existen, por otra parte, los fármacos antiandrógenos, como el acetato de medroxiprogesterona (nombre comercial: *Progevera*) o el acetato de ciproterona (nombre comercial: *Androcur*) —más específicamente antiandrógeno—, que bloquean

la síntesis de testosterona y reducen el impulso sexual y las fantasías del sujeto cuando se encuentran exaltados patológicamente.

La reducción de testosterona es notable a dosis que oscilan de 75 a 600 mg/día (media: 400 mg) en el caso de la *Progevera* y de 50 a 100 mg/día en el caso del *Androcur*. Este tratamiento puede prolongarse durante varios meses e incluso más tiempo. Conviene, sin embargo, controlar los efectos secundarios, como la ganancia de peso, la hipertensión y otros síntomas similares a los de la menopausia (rubor, exceso de calor, sudoración nocturna, etc.) (Farré, 1991).

Siempre que haya voluntariedad por parte del sujeto, estos fármacos, junto con la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales, pueden estar indicados en el caso de pedó-filos reincidentes, que no tienen control sobre los impulsos o que han fracasado con otros tratamientos psicológicos. En suma, la actuación de los fármacos puede inhibir el deseo sexual al comienzo del tratamiento y facilitar el establecimiento de un programa propiamente psicológico, al mismo tiempo que constituye una protección social (Marshall y Barbaree, 1989).

En cualquier caso, estos fármacos sólo son efectivos cuando los sujetos son víctimas de una activación sexual elevada, cuando no hacen uso de la violencia y cuando no están aquejados del trastorno antisocial de la personalidad ni consumen abusivamente drogas o alcohol (Walker y Meyer, 1981).

d) *El aumento de la excitación heterosexual adecuada y de las habilidades sociales requeridas*

La técnica más utilizada para conseguir este objetivo es el *recondicionamiento masturbatorio*, que consta, a su vez, del *recondicionamiento orgásmico* y de la *saciación de la masturbación*. En muchos casos problemáticos la masturbación —una conducta muy gratificante— aparece asociada reiteradamente al abuso sexual y tiende, por ello, a perpetuarse.

En la primera fase de esta técnica —el *recondicionamiento orgásmico*— se trata de asociar la eyaculación masturbatoria a fantasías, imágenes o conductas sexuales adecuadas con personas adultas. Si estos estímulos no le resultan excitantes, el sujeto puede comenzar la estimulación manual con fantasías o imágenes *inadecuadas* para conseguir la excitación necesaria. Una vez conseguida la erección, y a punto ya de la eyaculación, el sujeto debe *cambiar* de imagen a una fantasía apropiada o ver una película socialmente aceptada (por ejemplo, referida a una pareja de adultos que hace el amor con signos evidentes de ternura).

En las sesiones siguientes, el paciente debe retrotraer el cambio de imágenes o de fantasías a fases anteriores dentro de la secuencia de conductas que llevan a la masturbación. De este modo, se llegan a generar imágenes heterosexuales cada vez con mayor anticipación al momento del orgasmo. Y así debe hacerse hasta que todo el ciclo de las conductas masturbatorias comience con las fantasías adecuadas.

En la segunda fase de esta técnica —la *saciación de la masturbación*— el paciente, una vez conseguido el orgasmo, debe seguir masturbándose durante 30 minutos aproximadamente mientras imagina o verbaliza repetidamente en voz alta el

componente más excitante de la imagen desviada (por ejemplo, hacer caricias eróticas a una niña mientras está dormida). Se trata, en último término, de asociar las fantasías desviadas a una mínima activación y a una situación de malestar y aburrimiento (Marshall y Barbaree, 1989).

Por otra parte, los déficit en las relaciones interpersonales, junto con aprendizajes tempranos en la infancia y adolescencia, facilitan la adquisición de tendencias pedofílicas, que, en el fondo, encubren una autoestima erótica deficiente y una incapacidad para establecer relaciones afectivo-eróticas *normales* con personas adultas.

Por ello, la supresión del impulso erótico anómalo y la generación de una atracción sexual normal ante personas adultas en un pedófilo no garantizan unas relaciones satisfactorias con mujeres adultas. Desde esta perspectiva, el entrenamiento en habilidades sociales (véase Kelly, 1987) y las técnicas reductoras de ansiedad social (véase. Echeburúa, 1995) contribuyen a aumentar la probabilidad de relaciones heterosexuales *normalizadas* y, por tanto, a canalizar de este modo los impulsos eróticos del sujeto, con una supresión (o, cuando menos, reducción) de las conductas parafilicas.

e) *El entrenamiento en autocontrol y solución de problemas*

Tabla 4.6. *Objetivos terapéuticos y técnicas de intervención*

<i>Aspectos psicopatológicos terapéuticos</i>	<i>Técnicas</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Consumo abusivo de alcohol</i> <i>Programa de bebida controlada.</i></li> <li>• <i>Déficit en el control de impulsos</i> <i>Técnicas de autocontrol.</i></li> <li>• <i>Problemas de ansiedad o estrés</i> <i>Técnicas de relajación.</i></li> <li>• <i>Depresión</i> <i>Reestructuración cognitiva.</i></li> </ul>	—	<p>Un aspecto crucial es la enseñanza de estrategias de afrontamiento prosociales. Se trata fundamentalmente de que el sujeto no necesite recurrir al sexo como estrategia de afrontamiento de la ira o como forma de búsqueda de poder o de control.</p> <p>En concreto, se debe facilitar al paciente la adquisición de medios efectivos para enfrentarse con éxito a los diversos problemas planteados (búsqueda de empleo, uso del tiempo libre, acceso a los recursos sociales y comunitarios, etc.) y que son variables de unas personas a otras. El procedimiento utilizado es el análisis adecuado de dichos problemas, la generación de las diversas soluciones posibles, el análisis de las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas, y, por último, la toma de decisiones,</p>
<p><i>Planificación de actividades re-creativas.</i></p> <p><i>Problemas de pareja de pareja y entrenamiento en habilidades de comunicación.</i></p>	—	<p><i>Terapia co-</i></p> <p>así como la evaluación posterior de las mismas.</p>

Por otro lado, en la mayoría de los casos, resulta necesario intervenir sobre determinados aspectos psicopatológicos que aparecen frecuentemente asociados a los abusos sexuales y que, en un momento determinado, facilitan su ocurrencia. Algunos objetivos terapéuticos y las técnicas psicológicas correspondientes figuran en la tabla

4.6. Una descripción detallada de estas técnicas, junto con un diario de sesiones, puede encontrarse en Echeburúa y Corral (1998). El interés de esta fase del programa radica en que son los problemas irresueltos o las situaciones de malestar los que actúan frecuentemente como factores precipitantes de la recaída (Pithers, 1990).

*f) Mejora de la autoestima*

Los sujetos deben referirse a sí mismos, no como *delincuentes sexuales*, sino como *personas que han cometido un delito sexual*. La *vergüenza* (por ejemplo, «soy una mala persona») es un obstáculo en el camino hacia el cambio; la *culpa* (por ejemplo, «he hecho cosas malas»), por el contrario, lo facilita.

El aumento de la autoestima tiene efectos beneficiosos sobre otras áreas, como la mejora de la empatía, el aumento de la intimidad, la disminución de la soledad y la reducción del interés por el sexo desviado.

Las técnicas para mejorar la autoestima pueden ser conductuales, orientadas a la ejecución de tareas positivas concretas, y cognitivas, centradas en la eliminación de distorsiones en el pensamiento referidas a uno mismo (tabla 4.7).

*g) Las estrategias de prevención de recaídas*

Tabla 4.7. *Mejora de la autoestima*

- *Técnicas conductuales*
  - Fijarse metas alcanzables.
  - Mejorar el aspecto físico.
  - Visualizar imágenes de éxitos.
  - Fomentar contactos sociales positivos.
- *Técnicas cognitivas*
  - Escribir los aspectos positivos de uno mismo.
  - Reevaluar las percepciones sesgadas en relación con los aspectos negativos de uno mismo.
  - Abordar sólo lo que puede solucionarse.

Tabla 4.8. *Prevención de recaídas*

<i>Situaciones de riesgo</i>	<i>Estrategias de afrontamiento</i>
Recordar o tener fantasías eróticas.	<i>Parada de pensamiento. Distracción cognitiva. Búsqueda de compañía.</i>
Abuso intrafamiliar	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bañar al niño o ayudarlo a vestirse.</li> <li>• Entrar en la habitación del niño cuando está dormido.</li> <li>• Estar a solas con el niño.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar esta situación cuando no hay nadie más en la casa.</li> <li>• Hacerlo sólo con un objetivo concreto.</li> <li>• Disfrutar de la compañía del niño junto con otras personas.</li> </ul>
Abuso extrafamiliar	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deambular por la calle sin rumbo fijo.</li> <li>• Merodear por las cercanías de un parque o de un colegio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salir siempre con una finalidad determinada o en compañía.</li> </ul>

- Eludir los entornos en los que sólo haya niños cuando se va solo.
- No detenerse en la sección de películas pornográficas.

Los objetivos de esta fase, que es fundamental por la similitud de este problema con las adicciones, son de dos tipos:

— En primer lugar, *normalizar las relaciones del abusador* (sólo en el caso del abuso sexual intrafamiliar) tanto con la víctima como con el resto de las personas significativas de su entorno. Es necesario incidir en la manifestación adecuada de muestras de afecto hacia la víctima a pesar de lo ocurrido. El agresor debe aprender a relacionarse de forma apropiada con el menor. No se trata de mostrar, como reacción, una excesiva distancia física y afectiva hacia el niño, sino de discriminar las muestras de afecto de lo que puede ser un comportamiento abusivo (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

— Y, en segundo lugar, *identificar situaciones de riesgo para la recaída y desarrollar las estrategias de afrontamiento* adecuadas para evitarla. En concreto, el paciente debe identificar, por un lado, las emociones, cogniciones y conductas que constituían su cadena abusiva y, por otro, las situaciones que, en su caso, podrían actuar como precipitantes de una recaída. De este modo, el siguiente paso debe centrarse en llevar a cabo un entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento orientado a facilitar las respuestas adecuadas del paciente ante una situación considerada como de alto riesgo (tabla 4.8).

En realidad, a medida que se va normalizando la vida del paciente en todas sus áreas (familiar, social, de pareja, laboral, etc.) y éste puede afrontar eficazmente las situaciones de riesgo, la percepción de control se incrementa de forma acumulativa y la probabilidad de una futura recaída disminuye notablemente.

El lector interesado puede encontrar la descripción de un caso clínico con este enfoque en Carrobles y Sanz (1991) y, más recientemente, en Fernández-Montalvo y Echeburúa (1998) y Mas (1995).

En cuanto a los factores precipitantes de la conducta desadaptada, hay un perfil diferencial en los agresores sexuales de adultos, por un lado, y en los pedófilos y abusadores de niños, por otro. En éstos lo que desencadena más frecuentemente la agresión sexual es la *depresión*; la agresión sexual de adultos, en cambio, está más bien motivada por la *impulsividad* y la *ira*.

La motivación para el tratamiento de los abusadores sexuales es muy escasa. A nivel cognitivo, su empatía (capacidad de sufrir con o ponerse en el lugar del otro) es muy limitada. Tienden a justificar su acción, bien *negando* la existencia de la misma («no ha sido un abuso sexual, ella lo quería», *vera simplemente una muestra de afecto*) o *culpando* a la víctima de la acción («ella se lo ha buscado»).

Los abusadores sexuales de niños cuentan con escasas habilidades sociales, estrategias de afrontamiento inefectivas, una mayor aceptación actitudinal de la violencia en todos los ámbitos y, al mismo tiempo, tienden a considerar que su acción no comporta ningún

riesgo para la víctima. Los ofensores sexuales tienden a ser reincidentes. En general, la aparición de una conducta de abuso hace más probable la aparición de otros comportamientos similares y en períodos de tiempo cada vez más cortos. La excitación sexual obtenida, el valor añadido de la transgresión de una norma y la impunidad de la acción (en el caso de que así sea, así como una insensibilidad creciente ante el sufrimiento ajeno, explican la reincidencia en la conducta, que, en todo caso, tiende a reducirse, al menos habitualmente, con el aumento de edad del agresor (Marshall y Barbaree, 1989).

La predicción de la reincidencia depende de diversos factores, entre ellos de la falta de reconocimiento de la ofensa, de las alteraciones psicopatológicas, del grado de violencia, del consumo de drogas y de los recursos psicológicos (autoestima, control de la ira, estrategias de solución de problemas, etc.) y sociales (cohesión familiar, adaptación laboral, apoyo social, etc.) disponibles por parte del sujeto. En concreto, por lo que a la pedofilia se refiere, la juventud del agresor, un cociente intelectual bajo, la persistencia de fantasías masturbatorias pedofílicas y el contacto genital con la víctima infantil, así como la presencia simultánea de otros trastornos (toxicomanía, personalidad alterada, etc.), constituyen los mayores predictores de recaída.

No obstante, el pronóstico terapéutico depende, entre otras variables, del tipo de abusador sexual. Así, por ejemplo, existen abusadores secundarios que tienen una menor probabilidad de recaída si reconocen el problema y se ponen en tratamiento. Ello no es óbice para que en todos los casos deban analizarse otros factores significativos, como la edad, los antecedentes psiquiátrico-penitenciarios, la integración familiar, el consumo de alcohol o drogas y los recursos psicológicos y sociales disponibles.

El tratamiento de los pedófilos es complejo. En primer lugar, porque el objetivo final no siempre debe ser necesariamente la heterosexualidad. Puede ser más fácil ayudar a un pedófilo a dirigir su orientación sexual a la homosexualidad que a la heterosexualidad. En segundo lugar, porque la intervención terapéutica no puede centrarse sólo en la eliminación de la conducta parafilica, sino que hay que desarrollar conductas sexuales y sociales orientadas a las relaciones normales con las personas adultas y afrontar los problemas específicos planteados. Y en tercer lugar, porque —más allá de una cierta ingenuidad en el control externo— los programas más eficaces son los que están basados en el autocontrol.

Si bien se están haciendo esfuerzos por diseñar guías de tratamiento concretas —una propuesta de nueve sesiones individuales y de una sesión de pareja, de una hora de duración y con una periodicidad semanal figura expuesta en Fernández-Montalvo y Echeburúa (1998)—, las perspectivas terapéuticas son menos halagüeñas en los ofensores sexuales que en las víctimas. Al margen de que los resultados obtenidos hasta la fecha no son del todo esperanzadores, conviene proseguir con el desarrollo de programas de tratamiento cada vez más depurados, especialmente en el ámbito de los abusadores sexuales intrafamiliares. En estos casos, en los que el mero enfoque jurídico-penal puede ser un elemento de desequilibrio para el resto de la familia, conviene combinar el tratamiento de la víctima y la terapia del agresor con el apoyo social a la familia.

Por último, la escasa motivación para el tratamiento es el escollo más difícil de salvar en estos sujetos. La presencia de un terapeuta varón, así como la confrontación del agresor

ante el dolor de la víctima (mostrándole, por ejemplo, un video donde la persona agredida relata el daño infligido), parecen facilitar el reconocimiento de la responsabilidad, la implicación motivacional en el tratamiento y el establecimiento de límites. En cualquier caso, uno de los retos de la investigación para los próximos años es el desarrollo de estrategias de motivación para la terapia.