

PSICOPATÍA Y DELINCUENCIA SEXUAL GRAVE. EVALUACIÓN CLÍNICA Y PSICOMÉTRICA. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

Juan Carlos Navarro Pérez

PSICÓLOGO INSTITUCIONES PENITENCIARIAS.

SUMARIO: I. UN SALUDO.-2. A MODO DE INTRODUCCIÓN.-3. LA EVALUACIÓN Y LA PREDICCIÓN. 3.1 PREDICCIÓN ACTUARIAL VERSUS PREDICCIÓN CLÍNICA. 3.2 TIPO DE EVALUACIÓN EN FUNCIÓN DE LOS MOMENTOS. 3.3 ESTIMACIÓN DEL RIESGO EN FUNCIÓN DE LA MEDIDA A APLICAR. 3.4 EL RIESGO EN RELACIÓN A LAS TIPOLOGÍAS Y/O LOS PERFILES.-4. LAS HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN. 4.1 El testimonio de sentencia y las diligencias policiales. 4.2 La PCL-SV. 4.3 HCR-20. 4.4 El protocolo de evaluación de riesgo.-5. El tratamiento 5.1 Introducción y descripción del programa. 5.2 Objetivos. 5.3 La aplicación del programa 5.4 Los terapeutas. 5.5 Los sujetos objeto de tratamiento 5.6 La evaluación inicial. 5.7 El caso particular de los sujetos con perfil psicopático. 5.8 Eficacia del tratamiento.-ANEXO 1: EL TRASTORNO SÁDICO DE LA PERSONALIDAD.-ANEXO 2: EL VAMPIRISMO.

1. UN SALUDO

No es fácil responder en el breve espacio de tiempo de este curso a las expectativas que puede generar un título como el del tema que presento, tanto por su complejidad como por su amplitud. En ayuda de los lugares que no queden suficientemente explorados, les ofrezco esta pequeña guía que espero les resulte de utilidad.

Los ámbitos judiciales en los que nos manejamos psicólogos, psiquiatras y forenses en general van evolucionando en función de los requerimientos sociales; los jueces y tribunales esperan de nosotros informes cada vez más completos y mejor sustentados técnicamente. A esta evolución no son ajenos los juzgados de vigilancia penitenciaria que esperan generalizar en el futuro

la disposición de técnicos propios con que contrastar los informes en que sustentan sus resoluciones. A la par, es imprescindible detectar adecuadamente aquellos casos potencialmente más peligrosos para tomar las medidas que en cada momento procedan, dado que son esos casos (ciertamente pocos), los que ponen en crisis al sistema.

Trataremos de ofrecer una panorámica amplia de los perfiles de riesgo y su evaluación, tanto para asesorar medidas en régimen de internamiento como en otras periciales.

Para sus dudas, consultas, discusiones y aportaciones (sean todas ellas bienvenidas) les ofrezco mi dirección e-mail :

Gracias anticipadas por su atención.

2. A MODO DE INTRODUCCIÓN

Se han cumplido ocho años ya desde que en el «lejano» 1996 iniciamos con muchas más dudas que certezas la andadura en el difícil camino del tratamiento de los delincuentes sexuales y violentos. A lo largo de este tiempo las preguntas han ido cambiando y las respuestas multiplicándose, pero con la experiencia es también mayor el volumen de información de que disponemos.

Las ideas y comentarios que aquí se apuntan son en gran medida fruto de la reflexión sobre la práctica diaria y por tanto (y por supuesto) pueden ser objeto de discusión. La práctica diaria es el origen y la finalidad de este artículo, pues tanto la estructura cómo el contenido se presentan intencionalmente cómo un conjunto de recomendaciones dirigidos al lector cómo si éste estuviese interesado en iniciar mañana su trabajo con estos delincuentes. Algunas de las afirmaciones que se hacen hay que interpretarlas en este contexto, ya que lo que puede resultar útil cómo metáfora para representar un problema práctico concreto puede no resistir un análisis teórico profundo. Si se genera debate al respecto, ya me daré por satisfecho.

Finalmente, creo que las conclusiones que provienen del ámbito anglosajón no siempre son aplicables directamente a las circunstancias con las que nos encontramos en nuestro contexto cultural, y teniendo en consideración la todavía escasa investigación propia que producimos, no quisiera dejar pasar la oportunidad de animar a los participantes a que la emprendan, ya que es un campo con mucho por hacer. Para ellos vaya una oferta de colaboración.

3. LA EVALUACIÓN Y LA PREDICCIÓN

3.1 Predicción actuarial versus predicción clínica.

Cuando comenzábamos con los programas de tratamiento de delinquentes sexuales y violentos en prisión teníamos una cierta fijación con el problema de la evaluación.

En primer lugar, uno se preguntaba ¿qué tengo que evaluar? La respuesta admite muchas direcciones, especialmente en el complicado marco penitenciario. A saber:

– Tengo que valorar *el riesgo*. Esta primera respuesta ya contiene mas de un interrogante en si misma, porque, ¿a que riesgo nos estamos refiriendo? Podemos estar hablando del riesgo institucional, es decir de conducta inadecuada dentro de una prisión, que pueda poner en peligro a terceras personas y / o hacer necesaria la aplicación de medios de control mas potentes o alternativos. También podemos estar refiriéndonos al riesgo del sujeto en cuestión cuando salga al exterior (circunstancia que en nuestro ordenamiento legal se producirá inevitablemente, tarde o temprano). Este riesgo puede tener que ver con una predicción sobre la reincidencia futura en términos absolutos o con la estimación de si hará o no buen uso de una salida en concreto. No es exactamente lo mismo, es evidente, porque a menudo la administración penitenciaria pone especial énfasis en lo que hace el sujeto cuando aun se halla bajo su custodia, olvidando de tanto en tanto cual es el objetivo final que se pretende. Por otro lado, la predicción de riesgo que pueda hacerse puede decantar la decisión judicial en orden a tomar medidas preventivas.

Hacer una buena predicción de riesgo en todos estos niveles tiene importantes repercusiones. Por un lado, en cuanto a rentabilidad institucional. Los recursos, tanto materiales cómo humanos son siempre insuficientes, por lo que intervenir en exceso con personas que no lo necesitan lleva a dilapidar los limitados recursos e impide aplicarlos con mas intensidad dónde son imprescindibles. Por otro lado, para dar credibilidad a los programas y periciales, lo que permite paralelamente que los órganos de decisión acepten las indicaciones de los técnicos, ya que a menudo son proclives a orientarlas según el debate social. Todo ello sin olvidar las graves repercusiones que tiene cada episodio de reincidencia para las víctimas y sus familias (y también para los mismos sujetos y sus propias familias).

– Tengo que valorar *la personalidad* del sujeto. Bajo esta afirmación subyace la creencia de que los agresores presentan personalidades anó-

malas y son susceptibles de ser tratados en función de ellas. Sin embargo, la literatura no ha conseguido hasta la fecha establecer perfiles de agresores en relación a sus características de personalidad o orientados a tratamientos diferenciales. Aún así, no se establece por ejemplo, qué diferencia a un psicópata que comete delitos sexuales de otro que no lo haga. De hecho, según parece, el diagnóstico de psicopatía se ha venido utilizando sobre todo a efectos de la valoración del riesgo y de enunciar la imposibilidad de un tratamiento efectivo, en una especie de aseveración del tipo «con estos no hay nada que hacer». Todo ello nunca ha sido obstáculo para que los diagnósticos clínicos tradicionalmente hayan venido haciendo hincapié en esas presuntas anormalidades caracterológicas situadas en la base de las conductas de agresión y determinantes de las mismas.

– Tengo que valorar *la evolución* del sujeto. Si ya era complicado establecer un riesgo o describir una personalidad en relación a una determinada tipología delictiva, más aun lo es establecer una evolución. Sin embargo, es una de las valoraciones que mas se solicitan, incluso más que la de valoración de riesgo o de personalidad. La pregunta traducida a la simplicidad que se le hace al técnico vendría a ser: «si este señor hacia este tipo de delitos, ¿qué ha cambiado para que ahora no los haga?. La pregunta, en su ingenuidad simplificada, presupone varias cosas. En primer lugar, que se ha logrado determinar cuales son las variables que se encuentran en la base del delito. En segundo lugar, que se dispone de las herramientas para poder evaluarlas en el momento inicial y en el momento final, una vez transcurrido el proceso terapéutico (o en su caso el tiempo). Y en tercer lugar, que existe ese proceso terapéutico valido e indicado para la persona de la que se informa, que provoca cambios substanciales en su manera de comportarse o de ser. Y todo ello teniendo en cuenta que a menudo debe desarrollarse en el marco artificial de la institución penitenciaria,...

Por otro lado, ni la ingenuidad de la pregunta ni la dificultad de la respuesta significa que haya que renunciar a buscarlas.

Cada una de estas evaluaciones (probablemente necesarias todas ellas) presenta sus propias características y en consecuencia precisa de métodos diferentes. También es cierto que la cantidad de información disponible varia para cada una de ellas, y que este es otro de los aspectos relevantes a la hora de elegir procedimiento. El último eje a considerar seria el de la predicción versus evaluación, ya que no toda evaluación se realiza con fines predictivos (por ejemplo aquella que valora los aspectos del sujeto que han de ser objeto de tratamiento o la imputabilidad).

Los momentos evaluativos que parecen presentar menos dificultades parecen ser los que reúnen tres circunstancias: admiten valoraciones estáticas, la literatura provee de estimaciones estadísticas suficientes y las consecuencias de una predicción errónea no son graves.

Así, para determinar el riesgo inicial, tanto de conducta adecuada en prisión como de riesgo de reincidencia futura sin tratamiento, pueden utilizarse escalas actuariales, es decir basadas en la revisión de casos previos.

Sin embargo, no se han depurado de la misma manera para establecer el riesgo en salidas puntuales, permisos, o diferentes situaciones de semilibertad (provisional, condicional...) A la vez, puede percibirse como estas situaciones de progresivo aumento del contacto con el medio externo van precisando de valoraciones cada vez más dinámicas, que tengan en cuenta la incidencia de variables ambientales y contextuales y de una predicción de riesgo más ajustada. Para decisiones de este tipo se está al ojo clínico del profesional de turno, lo que conlleva un alto grado de responsabilidad y exige un nivel de formación y conocimiento del caso igualmente elevados. Aunque fuese deseable el desarrollo de escalas actuariales que auxiliasen estas decisiones, en el momento presente nos encontramos lejos de ello (soslayando el debate de si tal cosa es posible).

En la discusión anterior ya se hallan incluidas en cierta manera las ideas referentes al análisis de la personalidad o de la evolución del agresor. Si acaso lo que puede resultar pertinente es la cuestión de cómo valorar la efectividad de un tratamiento. En mi opinión, si que sería conveniente establecer qué perfiles de agresores existen (no necesariamente en cuanto a aspectos de personalidad, sino mas bien en cuanto a agrupaciones de variables comunes), para poder desarrollar programas de tratamiento mas específicos a ellos. Esta determinación creo que podría resultar útil a los efectos de establecer herramientas de medición sensibles a la evolución. Entre tanto, no nos asiste otro recurso que la evaluación clínica.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que en predicción clínica a menudo nos movemos *en las colas de la distribución*, es decir en los casos para los que los métodos actuariales no dan respuesta (o más limitada). En consecuencia, las predicciones son siempre mas arriesgadas.

En resumen:

En mi opinión, en evaluación (y predicción), en el debate entre métodos actuariales y clínicos hay que contar con el punto en que nos situamos en varios ejes:

- El objeto y el objetivo de la evaluación.
- La cantidad de información disponible y su grado de estructuración.
- El carácter estático o dinámico de lo evaluado.

Según el punto en que nos hallemos para cada uno de ellos debe escogerse un método u otro. Deben preferirse los métodos actuariales siempre que ello sea posible, pero tanto por el estado de la cuestión como por el hecho de que a menudo nos movemos en predicciones de caso único, el recurso a la evaluación o la predicción clínica es inevitable.

Tras esta breve discusión, pasamos a hacer un repaso a las diferentes posibilidades de evaluación.

3.2 Tipo de evaluación en función de los momentos:

a) Evaluación inicial: se trata de determinar la pertenencia a grupos de alto o bajo riesgo del sujeto, la adaptabilidad de su conducta, una indicación de temporalidad, y como consecuencia de lo anterior, diseñar el circuito por el que deberá pasar. Para ello se cuenta con:

— Análisis del testimonio de sentencia o de las diligencias policiales:

- Circunstancias del caso
- Número y tipo de víctimas
- Compulsividad. Con este término hacemos referencia al número de víctimas por unidad de tiempo.

- Hostilidad, sadismo, y otras parafilias.

- Detección de la fantasía

— Entrevista semiestructurada, que trata de recoger de manera amplia los antecedentes del sujeto.

— Protocolo de evaluación de riesgo

— PCL-SV de Hare (adaptación de R. Torrubia, y otros)

— HCR-20 de Webster y otros.

b) Evaluación para salidas: debe contemplar, además de todo lo ya mencionado y de la conveniencia respecto de la evolución en el tratamiento, la presencia o no de estresores circunstanciales. Resulta útil elaborar una línea base a partir de los resultados obtenidos en la evalua-

ción inicial con el HCR-20 e ir iluminando las decisiones pertinentes en función de la evolución de las puntuaciones en tal prueba.

c) Evaluación para progresión de grado u otras medidas que impliquen semilibertad. A tener en cuenta los factores de evolución y de estructuración del estilo de vida, a la vez que la consistencia de la motivación y de los cambios en proceso.

d) Evaluación para establecer programa de seguimiento. Que debe considerar cuales son los factores de riesgo con los que se va a encontrar el sujeto y una predicción de la temporalidad con la que van a aparecer. Deben contemplarse los recursos asistenciales de que el sujeto dispone ante la emergencia de factores de riesgo y la red social de apoyo.

3.3 Estimación del riesgo en función de la medida a aplicar.

Otro ángulo de visión posible de aspectos ya considerados en puntos anteriores es el de los diferentes riesgos:

— Riesgo de conducta institucional desadaptada: que puede motivar la aplicación de medidas de seguridad, de internamiento psiquiátrico, de aislamiento,...

— Riesgo de reincidencia: de comisión de nuevos delitos en caso de que el sujeto continúe en contacto con el medio externo

— Riesgo de quebrantamiento: de no cumplir con la condena o de intentar eludir la acción de la justicia.

No nos extendemos puesto que si no se ha hablado de todo ello, se va a hablar a continuación.

3.4 El riesgo en relación a las tipologías y/o los perfiles

Las predicciones actuariales permiten hacer hipótesis sobre los riesgos asociados a las subtipologías. Aunque no nos permiten afirmar como evolucionara un caso en concreto, si que nos ha de facilitar hacer una valoración del riesgo que se asume, y en consecuencia ilustrar el itinerario recomendable.

A continuación exponemos una tabla resumen de la estimación del riesgo de reincidencia en base a perfiles y tipologías en agresores sexuales y violentos

	Riesgo	Plazo
A Delincuentes sexuales:		
1. Trastornos de la personalidad:		
– trastorno psicopático:	muy alto	corto
– trastorno sádico	muy alto	corto
– trastorno antisocial:	medio	medio
– trastorno límite:	medio	corto
2. Agresores sexuales en serie:	muy alto	medio
3. Agresores sexuales situacionales:	bajo	largo
4. Agresores de menores:	muy alto	corto
5. Abusadores de menores:	bajo/medio/alto	largo
6. Paidófilos:	alto	medio
7. Trastornos psiquiátricos:	en función de la evolución del trastorno.	
B. Delincuentes violentos		
1. Trastornos de la personalidad		
– Trastorno límite:	medio	corto
– Trastorno psicopático	muy alto	corto
2. Trastornos psiquiátricos:	en función de la evolución del trastorno	
3. Violencia doméstica		
a) Dependiente	medio	largo
b) Dominante	alto	corto
4. Pandillaje	medio	largo
5. Profesionalidad delictiva	alto	medio
6. Alienación mental transitoria	bajo	largo
7. Déficit en autocontrol emocional	muy alto	bajo

Estos riesgos y plazos hay que entenderlos como orientativos, y se desplazan en un sentido u otro en función de las circunstancias y características inherentes al caso concreto.

Cualquier clasificación es discutible, y más cuando las categorías no son puras y excluyentes. Por ejemplo, un agresor sexual en serie puede perfectamente tener un perfil psicopático de base, así que lo mejor va a ser que definamos los criterios que hemos seguido para construir ésta. No tratamos de establecer los perfiles de manera amplia y profunda, ya que para hacerlo se necesitaría mucho más espacio.

– Trastornos de la personalidad. No describimos todos sino los que nos hemos ido encontrando con el paso del tiempo de manera más frecuente:

— Trastorno límite: lo consideramos tal como aparece enunciado en el DSM-IV. No creemos que haya una mayor incidencia entre los

agresores sexuales que en la población general, aún así, consideramos útil establecer los niveles de riesgo diferencial cuando ambos aparecen asociados.

— Trastorno psicopático. El DSM-IV no establece la psicopatía de manera diferenciada respecto a lo que sería el trastorno antisocial (sería más bien casi un subgrupo), pero para hacer predicción respecto a reincidencia en delitos graves resulta útil tenerla en cuenta como categoría diferenciada. Nosotros seguimos el concepto de Hare y lo establecemos cómo el grupo de sujetos que obtienen una valoración entre 18 y 24 en la PCL-SV.

— Trastorno sádico. Es otra entidad que el DSM-IV no reconoce en la actualidad, y que en algunos casos podría pasar como subgrupo del trastorno psicopático según Hare. Sin embargo, en muchos casos no saturarían el factor 1 y en otros harían lo propio con el factor 2. En mi opinión, más bien se dan casos de comorbilidad, es decir que algunos psicópatas pueden tener también un trastorno sádico asociado (así como otras parafilias). Más por la gravedad de los delitos que cometen (lesiones graves y homicidios) que por el número de sujetos que nos hemos encontrado, merece la pena tenerlos en consideración como un grupo diferenciado. Por ello, en casos de comorbilidad los consideramos cómo formando parte de este grupo. Por eso mismo, por la potencial gravedad de sus delitos, en el anexo 1 se especifican más ampliamente sus características.

— Trastorno antisocial (TAP). Consideramos integrantes de este subgrupo a los sujetos que reúnen los requisitos que marca el DSM-IV (prácticamente coincidentes con lo que sería el factor II de Hare), y no tienen el diagnóstico de psicopatía en los términos ya indicados. Suelen cometer sus delitos sexuales en el transcurso de otros delitos, generalmente un robo.

– Agresores sexuales en serie. Nos referimos al grupo de personas que sin presentar un trastorno de la personalidad claro han cometido al menos dos agresiones sexuales a mujeres adultas, independientemente de su intensidad. Suelen presentar características comunes en cuanto a déficit en habilidades de relación, baja autoestima y bajo nivel de competencias psicosociales en general. Los niveles de asertividad son también bajos y en las épocas de crisis experimentan fuerte inseguridad e incapacidad para el autocontrol.

– Agresores ocasionales o situacionales. Son sujetos que han cometido una sola agresión (a mujeres adultas), y no reúnen requisitos para formar parte de ninguno de los subgrupos ya descritos. Suelen ser sujetos

que han valorado inadecuadamente una situación o una relación. Sus víctimas son conocidas o las han conocido recientemente en un contexto ambiguo para ellos. Acostumbran a presentar distorsiones cognitivas y creencias erróneas sobre el rol de la mujer, las relaciones de pareja o el matrimonio, con dificultades para interpretar, integrar y valorar los mensajes que reciben.

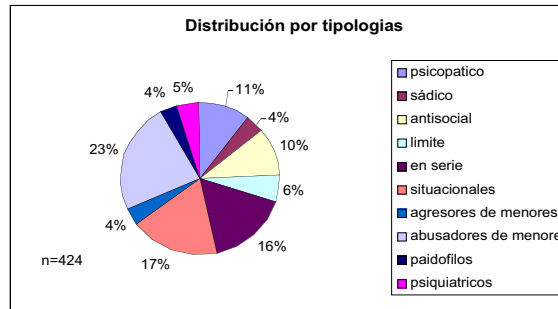
– Abusadores de menores. Consciente de que me meto en terreno resbaladizo, defino esta categoría como compuesta por aquellos que se aprovechan de la posición de confianza y superioridad para cometer sus delitos, que por tanto no necesitan de la coerción física o de un grado elevado de amenaza verbal para conseguir sus propósitos, e independientemente de la gravedad de los hechos (conviene recordar que no estamos tratando de establecer categorías a efectos jurídicos sino de evaluación y para el tratamiento). Las víctimas acostumbran a ser de sexo femenino y a estar ligadas a su agresor por una relación de dependencia. A menudo los abusos se han prolongado largo tiempo y han sido progresivos en su intensidad. Aunque las víctimas sean menores no se da en general una orientación sexual única o predominante hacia ellos en el agresor.

– Agresores de menores. Es el grupo en el que incluimos a aquellos que agreden a menores desconocidos, por lo que la coerción suele ser más intensa, ya sea física o verbal. A menudo utilizan el engaño para conducir a sus víctimas a lugares apartados. En esta categoría solemos encontrarnos a personas con un deficiente desarrollo emocional, que se sienten incapaces de interrelacionarse de manera adulta con los demás, que recurren a la agresión como forma de sentirse fuertes y poderosos, dominadores de la situación. Sus víctimas suelen ser de sexo masculino y pueden llegar a ser muy compulsivos y acumular gran cantidad de delitos. Suelen encontrarse homosexualidades egodistónicas, y es el grupo en el que más se detectan agresores que a su vez fueron víctimas en su infancia (ver anexo 2, sobre el *vampirismo*). Tampoco acostumbran a presentar una sexualidad que coloca a los menores como objeto exclusivo o predominante, aunque dados sus déficit en habilidades de relación sus relaciones de pareja son insatisfactorias.

– Paidófilos. Presentan un elevado grado de fijación en los menores cómo objeto sexual de preferencia y se movilizan de diferentes maneras para conseguir satisfacer sus impulsos. A menudo toman decisiones vocacionales que le ponen en contacto habitual con menores y les permite ganarse su confianza. Suelen ser estos casos los que acaban judicializados, pues es más habitual la compra de servicios (redes de prostitución

infantil), el uso de internet y el turismo sexual. Evidentemente, cuantificar la cifra oculta es difícil y no constituye el objetivo de este trabajo.

No hay que olvidar que esta clasificación sólo tiene como objetivo facilitar los esquemas predictivos y tractamentales. Sin usar demasiado el calzador hemos encontrado estos porcentajes entre los internos que han seguido el programa de tratamiento para delinquentes sexuales:

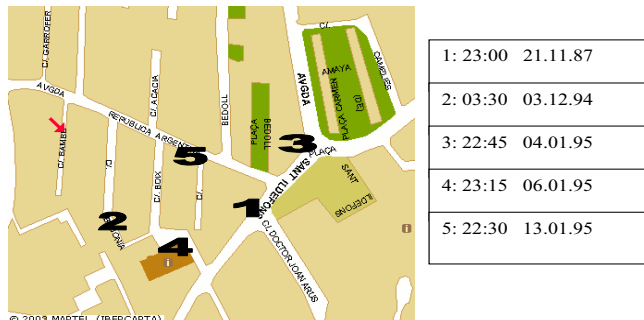


4. LAS HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN

4.1 El testimonio de sentencia y las diligencias policiales

Tanto uno como otro contienen información que puede ser de utilidad en relación a los datos objetivos que contienen, pero también para realizar inferencias que pueden servir en ulteriores evaluaciones. Para mejor ilustrarlo, se reproduce un caso práctico de análisis de un testimonio de sentencia.

CASO 1: ANÁLISIS DEL TESTIMONIO DE SENTENCIA



En el plano aparecen marcados con un número los lugares dónde cometió cada uno de los 5 delitos de violación por los que fue condenado. La flecha indica su domicilio. La distancia entre su casa y el delito más alejado no llega a los 200 metros.

El primer delito lo cometió siendo todavía menor de edad, día 21.11.87. Consistió en una violación con altas dosis de agresividad innecesaria, ya que agredió a su víctima con un arma blanca en diversas partes de su cuerpo, de manera superficial. La víctima estuvo retenida alrededor de 1 hora, y todo el episodio sucede en la calle. De hecho cesa cuando la víctima pudo escapar al pasar cerca unos transeúntes.

Lo detuvieron ese mismo día, porque en el transcurso de la agresión se hizo unos cortes con el arma que llevaba en una mano y acudió al ambulatorio del barrio. Allí la víctima estaba siendo atendida, acompañada de la policía, y se lo encontró en la sala de espera.

El testimonio de sentencia explícita que no se encontraron circunstancias modificativas de la responsabilidad en cuanto a capacidades cognitivas o volitivas, siendo plenamente imputable.

En la época en que ingreso en prisión no se efectuaban programas de tratamiento, y su comportamiento intramuros fue excelente. Empezó a salir de permisos en la primavera de 1994, y progreso a tercer grado a finales de noviembre del mismo año. Poco después, entre el 3.12.94 y el 13.1.95 (fue detenido el 14.1.95), cometió 4 nuevas agresiones muy similares a la cometida 7 años atrás. En ese momento tenía 24 años.

Si analizamos únicamente el primer testimonio de sentencia, y sólo los datos que éste contiene y suponiendo que no conocemos al sujeto, veremos que a pesar de tener constancia de un único episodio tendríamos motivos para estar preocupados:

– Comete el delito siendo muy joven. La temprana edad de comisión de delitos sexuales es uno de los predictores más potentes.

– La agresividad innecesaria puede indicar baja capacidad de auto-control o sadismo. El hecho de que las heridas sean superficiales nos decanta hacia el sadismo: quería hacer sufrir a la víctima, no se trata de lesiones provocadas por el descontrol sino frías, calculadas.

– La duración de la agresión es considerable para estar produciéndose en la calle y en zona habitada. El agresor disfrutó no solo por el daño sino también por la sensación de poder absoluto sobre la víctima y el terror que debió provocarle.

– El hecho de que llevase un arma blanca con él implica planificación. Es decir, que debió fantasear largo tiempo con la comisión del delito y prepararlo.

– El lugar donde se comete la agresión, tan cercano al domicilio, unido a lo dicho hasta ahora, indica un elevado grado de *compulsividad*. Dicho de otra manera, no pudo esperar a alejarse más de su domicilio para ejecutar sus fantasías.

– Y tomado todo conjuntamente y con la forma de la detención, implica que es un sujeto que no valora el riesgo o que éste le produce una excitación suplementaria.

Como vemos, el análisis del primer delito ya podía ilustrarnos que nos encontramos ante un sujeto peligroso con el que se deben tomar precauciones. Los delitos cometidos posteriormente vendrían a corroborar lo dicho.

De hecho, creo poder afirmar que se trata de un sujeto que con la edad, el perfeccionamiento del método y la profundización de las fantasías podría llegar a convertirse en homicida serial.

4.2 La PCL-SV

El concepto de psicopatía ha sido ampliamente discutido a lo largo del tiempo, e incluso en la actualidad sigue sin ser incluido en el DSM-IV. Sin embargo, los numerosos estudios de Hare y sus colaboradores, y los que de éstos se han derivado, han conseguido construir una escala (la PCL-R y su versión de screening, la PCL-SV) que se ha mostrado potente tanto en evaluación de los sujetos como en la predicción de reincidencia. Sin ánimo de entrar en la polémica, que escapa a los objetivos de este trabajo, definiremos la psicopatía al modo de Hare como un trastorno de la personalidad que se manifiesta en tres niveles o componentes:

– Relaciones interpersonales: sujetos egocéntricos, manipuladores y dominantes

– Componente afectivo: emociones superficiales e lábiles, dificultades para mantener lazos afectivos estables, ausencia de empatía, de ansiedad o de remordimientos por los delitos.

– Área conductual: personas impulsivas y buscadoras de sensaciones, con tendencia a subvenir las normas sociales, lo que les lleva a la comisión de actos delictivos y al consumo de drogas.

Según parece, lo más probable es que las personalidades psicopáticas surjan de la combinación de factores predisponentes genéticos, un proceso de socialización inadecuado y un medio social que promueve los comportamientos egocéntricos y violentos.

La prevalencia de este trastorno en muestras de la población general se sitúa alrededor del 3% en hombres y en el 1% en mujeres. En centros de tratamiento de abuso de sustancias y en prisiones se han encontrado porcentajes que oscilan entre el 15 y el 30%. En los estudios realizados en la prisión de Brians (Barcelona), nos sale un porcentaje cercano al 20% de la población reclusa.

Ítems de la PCL-SV

La Psychopathy Checklist-Revised, Screening Sersion de Hare consta de 12 ítems que se valoran con puntuaciones 0,1,2 según se denote la presencia total (2), parcial (1), o ausencia de los criterios para cada uno de ellos.

Para otorgar la valoración no sólo se utiliza una entrevista semiestructurada, sino que conviene disponer de fuentes de información colateral.

La versión española ha sido adaptada por Torrubia, R. y otros , y por la información de que disponemos será publicada en breve.

Los ítems se agrupan en dos factores (hay una cierta discrepancia en cuanto al número de factores, dos, tres o cuatro, pero aquí mantendremos la opinión de Hare). El primer factor haría referencia al área emocional – afectiva y caracterial, la segunda a la conductual.

Los ítems son los que siguen:

FACTOR 1	FACTOR 2
Superficial	Impulsivo
Pretencioso	Pobre control conductual
Falsario/mentiroso	Ausencia de objetivos
Ausencia de remordimiento	Irresponsable
Falta de empatía	Conducta antisocial adolescencia
No acepta responsabilidades	Conducta antisocial adulta

Se considera diagnóstico de psicopatía con puntuaciones de 18 o superiores.

4.3 HCR-20

Es una escala de reciente introducción en nuestro país, que en estos momentos se encuentra en fase de adaptación y validación por el GEAV (Grupo de Estudios Avanzados en Violencia) en la Universidad de Barcelona. Trata de valorar el riesgo de conducta violenta en base a factores estáticos y dinámicos, y que por tanto a diferencia de la PCL, permite observar la evolución de los sujetos.

Se compone de 20 ítems distribuidos en tres escalas (histórica, clínica y de riesgo) que se valora según los mismos criterios que la PCL en 0,1,2 en función de la presencia total o parcial, o ausencia del criterio. Los ítems son los siguientes:

HISTÓRICOS

1. Violencia previa
2. Edad primer incidente violento
3. Relaciones inestables
4. Problemas laborales
5. Consumo de drogas
6. Trastornos mentales mayores
7. Psicopatía (PCL)
8. Desadaptación juvenil
9. Trastorno de la personalidad
10. Quebrantamiento, incumplimiento de condicional

CLÍNICOS

1. Falta de autoconciencia
2. Actitudes negativas
3. Trastorno mental activo
4. Impulsividad
5. Falta de respuesta al tratamiento

GESTIÓN DEL RIESGO

1. Falta de expectativas realistas
2. Exposición a factores de riesgo
3. Falta de apoyo social-familiar
4. Incumplimiento de pautas terapéuticas
5. Exposición a situaciones estresantes

4.4 El protocolo de evaluación de riesgo

Se trata de una escala que hacia 1997 se introdujo en las prisiones catalanas para valorar el riesgo de reincidencia de los delincuentes sexuales, clarificándolos en sujetos de alto, medio y bajo riesgo. En el siguiente capítulo se describe a modo de ilustración.

5. EL TRATAMIENTO

En el ámbito de las conductas violentas, en el C.P. Brians, se desarrollan programas de tratamiento específico para los agresores sexuales, los maltratados domésticos y los delincuentes violentos.

Como sería largo resumir los tres, a continuación describiremos el programa de tratamiento para delincuentes sexuales.

5.1 Introducción y descripción del programa

De orientación cognitivo-conductual, se basa en el trabajo previo desarrollado por Vicente Garrido y María José Beneyto (El control de la agresión sexual, 1995), en el que tras un detallado estudio de las técnicas que se aplicaban en países anglosajones (Canadá, USA, Nueva Zelanda, Inglaterra y Australia), aislaron aquellos componentes que se demostraron más efectivos. Con ellos, tamizados por las necesarias adaptaciones, elaboraron el programa de tratamiento que se ha aplicado.

Tratando de dotarlo de la flexibilidad suficiente para su posible adaptación a diferentes realidades quedó estructurado en 6 módulos más otro adicional que constituye el eje central del programa: mecanismos de defensa, conciencia emocional, empatía hacia la víctima, distorsiones cognitivas, educación sexual, estilo de vida positivo y prevención de recaídas (módulo central).

En el programa aplicado se mantuvo la misma estructura modular, pero se eliminó la parte de educación sexual (en las evaluaciones previas los internos demostraron tener un suficiente conocimiento del tema). La prevención de recaídas continuó constituida como el eje central de la intervención. Aprovechando la flexibilidad del diseño original, se alteró el orden de aplicación de los módulos en aras de obtener un mejor rendimiento práctico de los sujetos. Finalmente, el programa quedó estructurado de la siguiente forma (entre paréntesis aparece el número de sesiones):

DISTORSIONES COGNITIVAS

(44)

□

MECANISMOS DE DEFENSA

(15)

□

CONCIENCIA EMOCIONAL

(18)

□

EMPATIA CON LA VICTIMA

(27)

□

PREVENCION DE RECAÍDAS

(47)

□

ESTILO DE VIDA POSITIVO

(17)

El resto de sesiones hasta un total aproximado de 200 se dedicaron a la evaluación de los sujetos, a sesiones de introducción y otras de dinámicas de grupo que tenían como objetivo conseguir un ambiente de trabajo propicio.

La duración total del programa en su fase grupal ha venido siendo de 10 a 12 meses a razón de cuatro sesiones semanales de dos horas cada una. El quinto día se ha dedicado a entrevistas individuales de seguimiento y orientación.

5.2 Objetivos

Los objetivos generales del tratamiento son los siguientes:

- Favorecer la evaluación realista por el sujeto tanto del delito en sí como de las consecuencias en las víctimas, fomentando la responsabilización.
- Mejorar la capacidad de auto-observación del sujeto, para que le sea posible detectar sus estados emocionales alterados, las distorsiones

cognitivas, las fantasías desviadas, y cualquier otro factor personal implicado en su ciclo de recaída.

- Establecer formas realistas y adecuadas de enfrentarse a las situaciones que pueden provocar recaídas.

- Mejorar las habilidades de relación social.

- En definitiva, mejorar sus posibilidades de reinserción social y de llevar un estilo de vida alejado del delito.

Los objetivos específicos de los módulos (columna derecha), con una breve indicación de su fundamentación (columna izquierda) son los que a continuación se explicitan:

- Distorsiones cognitivas:

<ul style="list-style-type: none"> - Terapia cognitiva de Beck y otras aportaciones sobre pensamientos automáticos y erróneos y reestructuración cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Modificar la percepción del sujeto sobre los demás en general y sobre posibles víctimas en particular. - Reestructurar los pensamientos deformados - Mejorar la competencia para valorar la realidad y para que reaccione de manera más adecuada a sus exigencias. - Modificar las creencias erróneas sobre el rol de la mujer y la sexualidad infantil
---	--

- Mecanismos de defensa:

<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de neutralización de Matza - Terapia de realidad de Glasser 	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminar el uso de justificaciones - Favorecer la asunción realista de los hechos - Promover la responsabilización respecto de la propia conducta y sobre sus consecuencias.
---	--

- Conciencia emocional:

<ul style="list-style-type: none"> - Educación en autoexploración emocional 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la percepción de las propias emociones - Ampliar el repertorio emocional del sujeto - Mejorar la comprensión de la relación existente entre pensamiento, emoción y conducta - Facilitar la elaboración alternativa de las tensiones internas - Mejorar la capacidad de autocontrol emocional y para diferir el refuerzo.
--	--

– Empatía con la víctima:

<ul style="list-style-type: none"> – Técnicas role-taking de Platt – Trabajos de Marshall sobre la sensibilización hacia el dolor y las emociones ajenas 	<ul style="list-style-type: none"> – Promover el reconocimiento sentido del daño causado – Mejorar la capacidad de reconocer emociones y sentimientos en los otros – Aprender a colocarse en el lugar del otro
--	---

Prevención de recaídas

<ul style="list-style-type: none"> – Técnicas de Pithers y Laws derivadas de los trabajos previos de Marlat y Gordon con alcohólicos. 	<ul style="list-style-type: none"> – Estructurar los aprendizajes realizados en los módulos anteriores – Hacer consciente al sujeto de su ciclo de recaídas, para que sea capaz de anticipar los factores de riesgo (ambientales, fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales) y enfrentarse adecuadamente a ellos. – Entrenar al sujeto a evitar o salir de situaciones de alto riesgo.
--	--

Estilo de vida positivo

<ul style="list-style-type: none"> – Técnicas psicoeducativas según el modelo del aprendizaje estructurado de Goldstein : instrucción, modelado, role-playing, feedback y generalización 	<ul style="list-style-type: none"> – Favorecer la aparición de un estilo de vida estructurado y satisfactorio para el sujeto – Mejorar la planificación de vida y de las rutinas y hábitos cotidianos – Mejorar la implicación del sujeto en su medio social – Proveer paralelamente una autoimagen positiva
---	--

5.3 La aplicación del programa

El tratamiento se compone de tres fases secuenciales:

1. Fase ambiental: el sujeto a su llegada al centro es ubicado en el departamento (MR-1) en el que se alojan todos los internos que han sido condenados por delitos de la misma tipología. En él permanecerán hasta que su situación permita el tránsito al medio abierto. A su llegada la persona es informada de que en el momento en que lo aconseje su situación procesal-penal-penitenciaria se le incluirá en un grupo de tratamiento. Se pretende que en su interacción con el resto de internos del MR-1 vaya integrando conceptos básicos que se tratarán en profundidad

más adelante y que se familiarice con los requerimientos del programa. La experiencia demuestra que, por ejemplo, el grado de aceptación de los delitos en el momento de iniciarse el trabajo en grupo es elevado con este diseño.

2. Fase grupal: constituye el núcleo central de la intervención y se dirige hacia la adquisición de los aprendizajes y desarrollo de destrezas de que debe disponer el sujeto. Se corresponde con la descripción de los módulos de tratamiento ya realizada.

3. Fase de seguimiento: entroncando con la fase grupal, se trata de ofrecer orientación al sujeto en la generalización al medio externo de los aprendizajes realizados y apoyo en los momentos de crisis. Se inicia con salidas programadas con acompañamiento del terapeuta, y sigue con permisos penitenciarios y régimen abierto. Se trata de favorecer que el sujeto continúe asistiendo al recurso cuando se encuentre en libertad, por su propia voluntad. Se concreta en entrevistas individuales y sesiones de grupo en locales externos al centro penitenciario.

La fase grupal y la de seguimiento no constituyen estrategias separadas aunque por claridad de exposición así se hayan presentado. En la mayoría de los casos, una vez superados los primeros meses de participación en la fase grupal del programa, empiezan los contactos con el exterior de manera progresiva y con la finalidad de propiciar la generalización. Estos contactos deben relacionarse de alguna manera con los objetivos del programa y se ejecutan bajo la premisa de no exponer al sujeto a situaciones de riesgo que no este preparado para afrontar, procurando estabilizar los logros conseguidos antes de emprender nuevos retos.

Por otro lado, el programa se concibe a partir de dos ejes que confluyen (Navarro, 2004): 1) el eje individual, que se basa en lo que se ha venido a denominar *hipótesis del mecanismo del delito*, (análisis funcional para cada sujeto de los mecanismos que probablemente sustentan y mantienen la conducta delictiva y el conjunto de actuaciones que pretenden modificarlos), y 2) el eje grupal, que se basa en todos aquellos conocimientos, habilidades, cambios cognitivos y emocionales que el sujeto debe asimilar y modificar, y que se trabaja en los módulos de tratamiento.

La *hipótesis del mecanismo del delito* constituye una herramienta de predicción y a la par de tratamiento. Consiste en plantearse una hipótesis plausible de cómo se engarzan los elementos etiológicos: como empezaron las agresiones sexuales y que factores las mantienen, que importancia relativa tienen los factores de personalidad y los situacionales, cuál es su estilo de pensamiento y cómo afectan al sujeto los estresores

de la vida cotidiana, cómo funciona su sistema emocional, sus fantasías sexuales y su capacidad de autocontrol. También se exploran las posibles interacciones entre los factores. Sólo a partir de esa hipótesis puede hacerse una primera predicción de la evolución del sujeto y anticiparse a la aparición de situaciones de riesgo graves, así como establecerse el plan terapéutico. La hipótesis se va validando o modificando a medida que se va conociendo mejor al sujeto, y el plan de tratamiento individual puede irse adaptando al caso concreto.

5.4 Los terapeutas

Los terapeutas principales del programa, a lo largo del proceso son dos psicólogos, que ejecutan tanto la evaluación previa de los sujetos como la aplicación de las técnicas y el seguimiento posterior.

En éste caso el responsable del programa y terapeuta principal ha sido la misma persona desde sus inicios en 1996, lo cual ha permitido mantener la homogeneidad e integridad del mismo.

5.5 Los sujetos objeto de tratamiento

Cada grupo se halla formado por un número de sujetos comprendido entre 10 y 15, todos ellos condenados por delitos sexuales. No se exige el reconocimiento previo del delito.

Los sujetos son seleccionados en función de la lejanía a la posibilidad de que le sea aplicada la libertad condicional: se toma como parámetro orientador una distancia máxima de tres años a tal circunstancia. La razón estriba en que tiempos mayores dificultan la generalización de aprendizajes y la toma de decisiones que impliquen contacto con el exterior.

5.6 La evaluación inicial:

Se realiza a través de entrevista semiestructurada y la pasación de algunas pruebas estructuradas.

En algunos casos (en diferentes ediciones) se han pasado pruebas como las que siguen: inventario multifásico de la sexualidad, test de alcoholismo de Michigan, escala de evitación y ansiedad social, cuestionario de fantasías sexuales, escala de actitudes hacia la mujer y una prueba de competencia psicosocial que trata de evaluar la capacidad de enfren-

tamiento de situaciones de riesgo para los sujetos. Todas estas pruebas en la actualidad están en desuso ya que sus resultados eran demasiado afectos de deseabilidad social y por ello poco válidos.

Para todos los casos se ha pasado la PCL-SV de Hare (ya descrita) y el protocolo de evaluación de riesgo (Navarro, 1997).

El protocolo de evaluación de riesgo se construyó para tratar de homogeneizar las evaluaciones iniciales que se hicieran en los diferentes centros penitenciarios de Cataluña, tanto para la adscripción de los sujetos a grupos de alto o bajo riesgo como para orientar las decisiones que pudiesen tomarse en relación a los casos. Consta de 9 ítems que incluyen tanto factores dinámicos como estáticos, y que se valoran en función del peso que cada uno de ellos tiene según la literatura en la estimación del riesgo potencial. La puntuación obtenida clasifica a los individuos como de bajo, medio o alto riesgo. Los ítems son los siguientes:

1. Número de delitos sexuales en distintas víctimas (5 puntos por episodio)
2. Parafilias (0,1,2)
3. Grado de agresividad en los delitos (0,1,2)
4. Distorsiones cognitivas (0,1,2)
5. Drogodependencia o alcoholismo (0,1)
6. Bajos recursos personales (0,1,2)
7. Arousal sexual ante estímulos desviados (0,1,2,3)
8. Puntuación PCL-SV (0,1,2)
9. Estilo de vida inestable (0,1,2,3,4)

5.7 El caso particular de los sujetos con perfil psicopático

En cada grupo se incluye un solo sujeto que presente perfil psicopático (evaluación comprendida entre 18 y 24 en la PCL-SV de Hare). La razón para adoptar esta medida estriba en facilitar de este modo un mejor control por el terapeuta de los posibles intentos de manipulación que puedan efectuar personas con alto nivel de psicopatía, a la vez que a los restantes miembros del grupo les resulta más fácil también reconocer dichos intentos. Para estas personas se prevén circuitos más controlados y dilatados en el tiempo. A la vez, se pone el énfasis de su tratamiento en los aspectos que constituyen el factor II de la escala de Hare (impulsividad, control de conducta, ausencia de objetivos, irresponsabilidad y

conducta antisocial). Ello es debido a que está ampliamente aceptado que los componentes afectivos y de personalidad de la psicopatía (factor D) presentan una mayor resistencia a ser modificados (Hare, 2000). Así pues, se intenta intervenir fundamentalmente sobre componentes conductuales, volitivos y de estructuración del estilo de vida. En cierta forma, se pretende cuando menos, que el sujeto aprenda a hacer compatibles sus características personales con los requerimientos sociales, buscando alternativas válidas para dar salida a aspectos tales como la necesidad de estimulación.

5.8 Eficacia del tratamiento

En la tabla que sigue se presentan los principales resultados de la investigación realizada en cuanto a la evaluación de la reincidencia de los sujetos, y por tanto de la efectividad del tratamiento.

	Grupo control	Grupo tratamiento
Periodo de seguimiento	3,6 años	4 años
Reincidencia sexual	18,2 %	4,1 % *
Reincidencia no sexual	13,6 %	2,0 % **
Reincidencia total	31,8 %	6,1 % **
Gravedad de la reincidencia	2,8 %	1,33 %
Tiempo transcurrido hasta la reincidencia	756,8 días	571,0 días

Como puede observarse, para el periodo de seguimiento de cuatro años la reincidencia sexual de los tratados se sitúa en el 4,1 % y la no sexual en el 2 % para un total de 6,1 % de reincidentes en cualquier tipo de delitos. En el grupo control (seguimiento de 3,6 años) estas cifras se sitúan en el 18,2 % para la reincidencia sexual y 13,6 % en reincidencia no sexual, con una reincidencia total acumulada del 31,8 %. Todas las diferencias observadas entre los grupos resultan significativas.

En cuanto a la gravedad de la reincidencia, en una escala que va de 1 a 4, no se observan diferencias significativas, si bien cabe indicar una tendencia a la menor gravedad en el grupo que fue objeto de tratamiento.

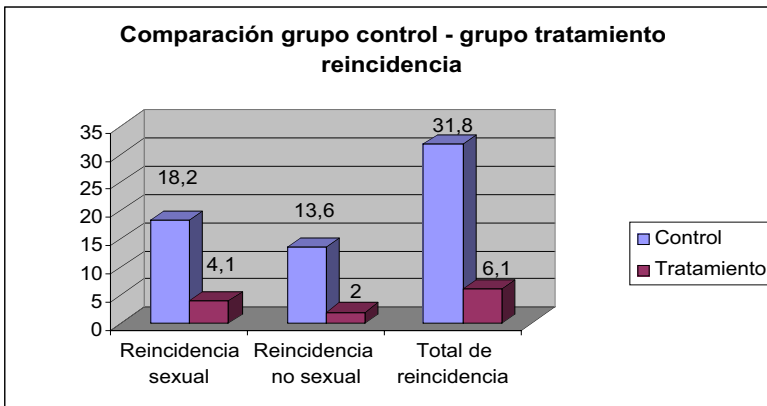
En el tiempo transcurrido desde la puesta en libertad hasta la reincidencia cabe observar el menor tiempo transcurrido como media en el grupo tratamiento, si bien las diferencias tampoco son significativas

(en torno a los dos años en el grupo control y al año y medio en el de tratamiento).

Los resultados obtenidos vienen a confirmar que el tratamiento cognitivo-conductual aplicado a los agresores sexuales en el centro penitenciario Brians es eficaz para reducir la reincidencia sexual de los sujetos. La tasa de reducción observada se sitúa en un 14,1 %, que constituye la diferencia entre los dos grupos.

Paralelamente, y aunque no constituía una hipótesis de partida, puede afirmarse que también contribuye a disminuir la reincidencia no sexual de los sujetos, con una disminución del 11,4 %. La disminución total de la reincidencia ha sido del 25,7 %.

Todos estos efectos pueden observarse en el gráfico que a continuación se reproduce.



Una vez establecida la potencia del tratamiento aplicado para reducir la reincidencia se ha tratado de determinar la influencia de las variables moduladoras en la reincidencia de los sujetos. Para ello se han comparado los sujetos reincidentes con los no reincidentes con independencia del grupo al que originalmente pertenecían (control o experimental). Una vez realizadas las comparaciones, se encontró capacidad explicativa de la reincidencia sexual en 26 variables. A partir de ellas se presenta la tabla que sigue, de perfiles de reincidentes y no reincidentes:

Reincidentes	No reincidentes
Edad primer delito sexual condenado: 25 años	Edad primer delito sexual condenado: 34 años
Condenados por 4 delitos sexuales y 7 en total	Condenados por 1-2 delitos sexuales y 3 en total.
Duración carrera criminal previa: 9 años	Duración carrera criminal previa: 3 años
Varios ingresos a prisión. Reclusión: 8 años	¾ partes con un solo ingreso. Duración: 5,5 años.
Edad al salir de prisión: 33 años	Edad al salir de prisión: 40 años
Más de la mitad han tenido trayectorias laborales inestables	La mayoría tenían trayectorias laborales estables
Menos del 40 % tienen hijos	Más del 60 % tienen hijos
Suelen abusar del alcohol, pero 1/3 consumían también otras drogas.	Suelen abusar del alcohol
Víctimas: desconocidas, mayores de 14 años, sexo femenino	Víctimas: en la mitad de los casos previamente conocidas
Psicopatía (PCL-SV): más de la mitad puntúan en el Factor II (antisocial), y un 38,5 % tienen perfil psicopático.	Psicopatía (PCL-SV): la quinta parte puntúa en el Factor II, y sólo el 3,7 % tiene perfil psicopático.
Protocolo de evaluación de riesgo: puntuación total media: 45,07 Puntúan más alto en todos los ítems. – Número de víctimas – Parafilias – Bajos recursos personales – Arousal sexual desviado – Estilo de vida inestable	Protocolo de evaluación de riesgo: puntuación total media: 13,19 Puntúan más bajo en todos los ítems. – Número de víctimas – Parafilias – Bajos recursos personales – Arousal sexual desviado – Estilo de vida inestable

Los datos vienen a confirmar en buena medida que los factores de riesgo estáticos (inmodificables) interactúan con los índices de reincidencia de los sujetos, con independencia de que éstos hayan sido o no tratados. Es decir, que los sujetos reincidentes presentan en mayor grado factores de riesgo estáticos que tienen un papel relevante en la prolongación de sus carreras criminales.

ANEXO 1

EL TRASTORNO SÁDICO DE LA PERSONALIDAD

Constituye un cuadro poco conocido y no demasiado abundante en los centros penitenciarios, pero que conviene mencionar atendiendo a la gravedad de los delitos que pueden llegar a cometer. Los criterios para su diagnóstico serían DSM-III-R:

A. Patrón patológico de conducta cruel, vejatoria y agresiva que comienza en los inicios de la edad adulta, y que se manifiesta por la presencia reiterada de como mínimo cuatro de las siguientes características:

1. Ha utilizado la crueldad física o la violencia con la finalidad de establecer una relación dominante (sin que necesariamente sirva para otros fines, como cometer un robo).

2. Humillar o tratar vejatoriamente a alguien en presencia de un tercero

3. Tratar o castigar con excesiva dureza a un subordinado.

4. Divertirse o disfrutar con el sufrimiento físico o psicológico de los demás (también se incluye animales)

5. Decir mentiras con la finalidad de provocar daño a alguien.

6. Conseguir imponer la propia voluntad a otros atemorizándolos con intimidación, causando terror.

7. Restringir la autonomía de la gente más próxima

8. Mostrar fascinación por la violencia, las armas, las artes marciales, las heridas o la tortura.

B. La conducta descrita en A no se ha dirigido únicamente hacia una persona, ni ha tenido como finalidad única la excitación sexual (como en el caso del sado-masochismo sexual).

La existencia de delitos graves o la gravedad y el estilo de los hechos descritos en el testimonio de sentencia nos pueden poner en la pista de la presencia del trastorno, pero es útil conocer el perfil descriptivo, ya que por sus mismas características pueden pasar desapercibidos a lo largo del cumplimiento de la condena, e incluso puede llegar a pasar como personas totalmente adaptadas y modélicas. Los parámetros básicos serían:

- Casi siempre es de sexo varón.
- Introspectivo y distante. Escasas relaciones de amistad y poco profundas.

- Tiende a evitar las actividades de grupo.
- Puede parecer estudioso, tímido, pedante, como con falta de impulso.
 - A menudo se presenta como pseudos-intelectual.
 - Puede ser descrito por los demás como una persona tranquila, reservada, poco comunicativa, retraída, distante, bondadosa, agradable.
 - Generalmente no responde a ataques violentos, por lo que raramente se le asocia a conductas de violencia extrema de motivaciones sexuales.
 - Puede manifestar rasgos obsesivos relacionados con el orden, la limpieza o su apariencia.
 - Se siente diferente de los demás hasta el punto de aislarse.
 - Generalmente no bebe ni fuma.
 - Sentimiento de inferioridad, con excepción de lo relacionado con los delitos, que le hacen sentirse superior.
 - Propensión a cometer delitos en los momentos de pérdida de autoestima o atentado a su masculinidad, en especial si proviene de una mujer.
 - A menudo puede tratarse de una persona vanidosa, narcisista y egocéntrica, con tendencia a sentirse inmune a la acción de la justicia.
 - Vida de fantasía muy activa. Imagina escenas sádicas que después interpreta en los delitos. Las fantasías le llenan más que la vida ordinaria, disminuyendo la importancia que da a la vida externa y a las personas.
 - Emocionalidad plana ante las fantasías y actos de crueldad que comete.
 - Sin remordimientos por sus delitos. Puede llegar a expresar arrepentimiento, pero no lo sentirá realmente.
 - Muestra disociación entre la conciencia y la emocionalidad: puede ser consciente del dolor infringido, pero no sentir nada al respecto.
 - Durante las entrevistas puede presentarse como una persona totalmente normal. Solo un estudio más profundo de su personalidad desvelará los rasgos sádicos.
 - Pueden sentir placer hablando de lo que han hecho, consiguiendo una satisfacción de tipo exhibicionista.
 - En prisión tienden al aislamiento, evitando crear relaciones que le comprometan. Generalmente el comportamiento es muy adaptado y

de buena conducta. La trampa es que con el tiempo puede utilizar esto para conseguir beneficios penitenciarios que supongan un mayor acercamiento al exterior sin que se haya podido incidir adecuadamente en su problemática.

La presencia de estos rasgos nos debe alertar en el sentido de tomar las medidas oportunas para evitar las graves consecuencias que puede representar su contacto con el medio externo.

ANEXO 2: EL VAMPIRISMO

Vamos a llamar vampirismo al proceso por el cual una persona que fue agredida en su infancia o adolescencia acaba cometiendo delitos parecidos a aquellos de los que fue víctima. A lo largo del tiempo he podido comprobar que es un fenómeno que se da a menudo entre los agresores de menores de sexo masculino, por lo que creo que merece que se le preste una mayor atención.

El enunciado inicial ya contiene dos ideas que pueden resultar sorprendentes a primera vista, que trataremos de analizar.

En primer lugar, puede parecer extraño que alguien que haya padecido una agresión pueda cometer hechos semejantes, en el sentido de que siendo consciente de las repercusiones que para él tuvo pueda someter a alguien a un sufrimiento similar. Sin embargo, ellos acostumbran a ser poco conscientes del daño que recibieron. Como en general no recibieron apoyo ni tratamiento psicológico adecuado en su momento, tuvieron que adaptarse a la vida cotidiana por sus propios medios y con los pobres recursos de que disponían en aquellos momentos. Como puro mecanismo adaptativo minimizaron la agresión recibida y sus consecuencias. La memoria selectiva hizo el resto y fue reestructurando el recuerdo en función de las necesidades homeostáticas del sujeto.

En segundo lugar, nos encontramos a menudo con agresiones que son prácticamente calcadas a aquella que el sujeto sufrió, de manera que la concordancia no puede ser casual, y en cierta manera pone en la pista de lo que buscamos.

La tesis principal y la razón de ser de este artículo es que estos agresores sólo podrán dejar de serlo si son primero tratados como víctimas y son tratadas las consecuencias de la agresión de que fueron objeto. La cuestión va más allá que el mero hecho de que ganen en empatía hacia los demás por el hecho de entender lo que a ellos les supuso.

Trataremos de exponer como entendemos el proceso por el que se transmite la agresión. Para que mejor se entienda lo descompondremos por fases, aunque en la realidad el proceso se un continuum y algunas de las características puedan encontrarse en más de un momento.

Fase 1: victimización

El sujeto es obligado a mantener una relación sexual que no desea y que no esta preparado para entender. Se siente profundamente humillado y utilizado, y en contraposición a su propio estado desválido coloca al agresor en una situación de poder y dominio. Experimenta un miedo intenso a lo que le pueda pasar y sigue las instrucciones del agresor. Una de ellas acostumbra a ser la de no explicar nada a nadie, porque lo matará si lo hace. Por un lado siente ese miedo intenso y una gran ansiedad, por otro le da vergüenza explicárselo a alguien, el ya sabe que los hombres que tienen relaciones entre si son «desviados». En consecuencia, calla.

Fase 2: síndrome de estrés postraumático

Como consecuencia de la agresión el niño sufre una gran ansiedad y vergüenza. Con la vergüenza aparece también el sentimiento de culpa, empieza a pensar en todas las cosas que no tendría que haber hecho para no sufrir la agresión. Se pregunta si se resistió lo bastante, o si en cierta manera él lo provocó, o si también lo quería (recordemos que los agredidos acostumbran a encontrarse en la preadolescencia, época en que ya ha despertado la curiosidad sexual).

Él trata de esconder todo este sufrimiento para que los otros no le noten nada y no le pregunten, y por eso mismo se va aislando progresivamente bajo una máscara de inexpresividad. A su vez, se trata de una etapa clave en el desarrollo emocional y en la socialización secundaria. Se produce un estancamiento en estas dos áreas, y en el futuro tendrá dificultades para relacionarse como adulto con los demás, y en particular con las mujeres. En otro sentido, tiene importantes dudas respecto a su identidad sexual. Con pensamientos recurrentes e importantes dosis de ansiedad, el fracaso escolar es casi inevitable.

Por otro lado, no hemos de menospreciar el hecho de que el primer aprendizaje de la sexualidad ha sucedido en un contexto agresivo.

Fase 3: adaptación

El niño convive con estados emocionales muy alterados que no puede mantener de manera indefinida, por lo que llega a una especie de compromiso: por un lado reprime su mundo emocional, como si decidiese no sentir; por otro comienza el proceso de minimización de la agresión ya descrito en la introducción. Además, este quitar importancia a la agresión coadyuva a profundizar las dudas en torno a la identidad sexual, y puede instaurarse una bisexualidad u homosexualidad observable en muchos de estos casos.

En este lugar toma cuerpo la inmadurez emocional y relacional, y se establece como un rasgo estable de su personalidad.

Fase 4: latencia

Esta etapa es la que correspondería a la segunda adolescencia y primera juventud del sujeto, hasta que emite las primeras conductas desviadas. Se caracteriza por la aparente calma, ya que aparte de que la persona pueda parecer «extraña», esta extrañeza puede pasar como factor caracteriológico. A pesar de todo, los pensamientos recurrentes alrededor de la sexualidad continúan y aparece la fantasía desviada. Pueden haberse dado las primeras aproximaciones a las relaciones sexuales «normales», que habrá vivido probablemente como poco satisfactorias, ya que no aprendió en su día el intercambio emocional entre iguales. Se siente diferente de los demás, aislado y sólo, ya que partiendo de su incompetencia relacional se siente inseguro y a disgusto en situaciones sociales y las rehuye. Tendrá pocos amigos y a menudo las dificultades serían empiezan cuando desaparecen ciertas figuras relevantes de su entorno, pues tienen verdaderas dificultades para hacer amistades nuevas.

Fase 5: agresión

Recordemos que nos encontramos con una persona que presenta un mundo emocional inmaduro y empobrecido, que ha aprendido a reprimir las emociones e ignorarlas. Podríamos afirmar que se trata de un mundo emocional que se comporta como una especie de magma indiferenciado, con efectos acumulativos a través de las tensiones de la vida cotidiana. Pocas cosas le resultan gratificantes, en cambio, y cada vez tiende más a refugiarse en la fantasía, que refuerza con masturbación. En esta época aparecen las primeras conductas desviadas, todavía de baja

intensidad, pero que irán progresivamente escapando a su control. En aquellos sujetos que conserven una cierta capacidad de empatía o para el autocontrol, es probable que aparezca consumo de alcohol o otros desinhibidores de forma instrumental.

Paralelamente sucede otro fenómeno: él se da cuenta de que va perdiendo el control, se siente inseguro y percibe su mundo emocional como perentorio, necesitado de una satisfacción inmediata. A la par, se quiere sentir seguro, fuerte y potente, tanto como desde su posición de humillación interpretaba que se sentía su agresor. Por otro lado, a él no le pasó nada cuando le agredieron...

Tratando de sentirse como debía sentirse su agresor, acaba por poner en marcha conductas similares, a veces idénticas. Pero la satisfacción es fugaz...

De los 157 sujetos tratados, el 4% (es decir 6 sujetos) corresponden al grupo denominado «agresores de menores» (ver subtipologías). Aunque constituye un número pequeño de individuos, la cifra de víctimas reconocidas supera ampliamente el centenar. De ellos 5 manifiestan haber sido objeto en su infancia o adolescencia de agresiones sexuales, en todos los casos muy similares a las que después cometieron.

En otras subtipologías también aparecen sujetos que manifiestan haber sufrido abusos o agresiones, pero sin este nivel de significación.