

## **TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LOS OFENSORES SEXUALES: POSIBILIDADES Y LÍMITES**

Enrique Echeburúa Odriozola<sup>1</sup>, Javier Fernández-Montalvo  
y Karmele Salaberría Irizar  
*Universidad del País Vasco*

### **Resumen**

En este artículo se definen y describen, desde una perspectiva psicopatológica y demográfica, los tipos de ofensas sexuales extrafamiliares más frecuentes: exhibicionismo, pedofilia y violación, con los subtipos existentes en este último caso y el grado de peligrosidad de los mismos. La reincidencia es uno de los problemas más importantes implicados en todas las ofensas sexuales y, por ello, se analizan los factores predictivos de la misma. Se proponen las líneas generales de un programa cognitivoconductual de amplio espectro que puede ser la terapia de elección en este tipo de problemas. Los resultados son alentadores en el caso de los pedófilos y de los exhibicionistas, pero no en el de los violadores. Sin embargo, los estudios comentados son preliminares y requieren investigaciones ulteriores. Se comentan, asimismo, los problemas implicados con este enfoque relativamente reciente, así como las líneas de investigación futuras, con un énfasis especial en los problemas éticos y motivacionales.

**PALABRAS CLAVE:** *Exhibicionismo, violación, pedofilia*

### **Abstract**

In this paper extrafamilial sexual abusers (exhibitionists, child molesters and rapists) are defined and described from a demographic and a psychopathological point of view. Subtypes of rapists are also commented upon, as well as the extent in which they may be dangerous according to this classification. Relapse following treatment is a major problem for all sexual offenders and therefore predictive variables are discussed. The main features of a comprehensive cognitive-behavioral program which can guide research to determine the choice of therapy are suggested. The preliminary reports are encouraging for child molesters and exhibitionists,

---

Un primer borrador de este texto constituyó la ponencia del primer autor en el curso sobre «Aportaciones de la psicología al ámbito jurídico», celebrado en el marco del Plan Estatal de Formación de Jueces y Magistrados organizado por el Consejo General del Poder Judicial (Madrid, 1994).

<sup>1</sup> *Correspondencia.* Enrique Echeburúa Odriozola, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco, Avenida de Tolosa, 70, 20009 San Sebastián (Spain).

but not for rapists. Further research is however necessary to give empirical support to these pioneering studies in the area. Important questions raised by this relatively recent alternative to traditional approaches are discussed, along with some issues for future research, especially from an ethical and a motivational point of view. Implications of this study for clinical practice are commented upon.

KEY WORDS: *Exhibitionism, rape, child molestation*

## Introducción

Las *ofensas sexuales* constituyen un determinado tipo de parafilias —conductas sexuales poco comunes o extrañas— que tienen la peculiaridad de suponer una transgresión del libre consentimiento de otra(s) persona(s). Se trata, por tanto, de conductas coactivas más bien reiterativas, que no están bajo el control del sujeto y de las que éste se siente necesitado para excitarse sexualmente. Lo excitante de estas conductas parafilicas reside precisamente en la transgresión, en actuar sobre la otra persona en contra de su voluntad (Echeburúa y Corral, 1993a).

Las ofensas sexuales abarcan todo tipo de conductas eróticas que van en contra de la libertad o de la libre aceptación de las personas. En esta definición se incluye toda una serie de comportamientos sexuales en los que el *destinatario de tal práctica* —los niños en el caso de la pedofilia— o *la práctica sexual en sí misma* —por ejemplo, la violación o el exhibicionismo— suponen un claro atropello contra la libertad de las personas y tienen, por tanto, una consideración legal de delito.

Con cierta frecuencia las ofensas sexuales son reflejo de la existencia de parafilias múltiples. De este modo, los agresores sexuales, por ejemplo, pueden tener antecedentes de travestismo o de exhibicionismo. En general, los sujetos que muestran estos comportamientos sexuales son reiterativos en sus conductas y se muestran reacios a buscar ayuda terapéutica.

No es fácil conocer el alcance numérico de las ofensas sexuales, de las que se tiene noticia sólo en una pequeña proporción. Todas ellas —y muy en particular, el exhibicionismo, la violación y la pedofilia— suscitan un rechazo social muy acentuado y tienden, por ello, a ocultarse por parte de los ofensores —varones en su mayoría. Las víctimas —mayoritariamente mujeres— contribuyen a veces a esta ocultación, en parte por actitudes de vergüenza o de miedo a represalias y en parte por temor a ser incomprendidas o acusadas de seducción.

Desde la perspectiva psicológica de los ofensores sexuales, la gravedad del trastorno está en función del grado en el que la persona requiere de la imagen o fantasía parafilica para la excitación sexual, de la intensidad con que ha dañado a otras personas, del tipo de molestias subjetivas experimentadas y, por último, del deterioro social o profesional que es resultado directo de la conducta relacionada con la ofensa sexual.

Las reacciones psicológicas de los sujetos que manifiestan estas conductas sexuales pueden ser muy variables. Este tipo de comportamientos puede no provocarles ninguna alteración y ser sólo fuente de problemas la reacción de los demás frente a sus tendencias. En otros casos, si bien menos frecuentemente, pueden ma-

nifestarse sentimientos de culpa, de vergüenza y de depresión intensa por el hecho de tener que llevar a cabo una actividad sexual tan coactiva que es socialmente inaceptable o que ellos mismos consideran inmoral. Por lo general, estas personas muestran un cierto deterioro de la capacidad para la actividad sexual recíproca y afectiva libremente consentida y pueden también experimentar algunas disfunciones sexuales. Asimismo, sufren con frecuencia de alteraciones de la personalidad, en general de inmadurez emocional, o de trastornos de conducta (por ejemplo, alcoholismo o abuso de sustancias).

Desde una perspectiva etiológica, los factores causales de las ofensas sexuales, como los del resto de las parafilias, son en gran parte desconocidos y muy poco específicos. 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. La asociación reiterada de las fantasías parafilicas con el valor reforzante 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 (Echeburúa y Corral, 1993b).

En último término, y en todos los casos, las ofensas sexuales reflejan una dificultad instrumental —o mediada por la ansiedad— para el establecimiento de unas relaciones de ternura y eróticas plenas, simétricas y recíprocamente asumidas.

De acuerdo con los criterios anteriormente expuestos en la definición propuesta, las ofensas sexuales más significativas figuran clasificadas en la Tabla 1.

**Tabla 1.**  
Clasificación de las ofensas sexuales más frecuentes

---

1. *Según el destinatario de la conducta sexual*

- \* Pedofilia
- \* Incesto

2. *Según la conducta sexual en sí misma*

- \* «Voyeurismo»
  - \* Exhibicionismo
  - \* Llamadas telefónicas obscenas
  - \* Acoso sexual en el trabajo
  - \* «Frotteurismo»
  - \* Violación y agresiones sexuales
-

Si bien hay muchos puntos en común desde una perspectiva psicopatológica y terapéutica en todas las ofensas sexuales, la revisión presentada en este texto se refiere a los delitos más graves y que tienen lugar fuera del seno de la familia (violación, pedofilia y exhibicionismo). Los abusos sexuales intrafamiliares, como el incesto o la violación marital, presentan unas peculiaridades especiales y requieren, por ello, un tratamiento diferenciado.

### **Aspectos demográficos y psicopatológicos de las ofensas sexuales**

Las parafilias rara vez se presentan en la clínica como trastornos de conducta aislados. Lo más habitual es que los sujetos afectados presenten más de una parafilia —el 89% en la muestra de 561 parafilicos de Abel *et al.* (1988)— e incluso que estén aquejados en la mitad de los casos de otros trastornos, como el alcoholismo o el trastorno antisocial de la personalidad (Langevin *et al.*, 1988).

En general, las parafilias —y, en concreto, las ofensas sexuales— guardan, al menos en algunos casos, una estrecha relación con el trastorno obsesivo-compulsivo. Desde una perspectiva psicopatológica, en ambos casos los pensamientos intrusivos —acompañados de un fuerte impulso a la acción— son causantes de malestar, que puede eliminarse o reducirse mediante la conducta compulsiva. No es asimismo infrecuente una comorbilidad entre ambos tipos de trastornos. Desde una perspectiva terapéutica, los tratamientos psicofarmacológicos utilizados en las parafilias son similares a los usados en el trastorno obsesivo-compulsivo: la fluoxetina en algunos casos (Bianchi, 1990; Kafka, 1991) y la clorimipramina en otros (Kruesi *et al.*, 1992).

### **Exhibicionismo**

Este trastorno consiste en la obtención de excitación o placer sexual principalmente por medio de la exposición de los genitales (del pene erecto especialmente) a alguien del sexo opuesto, habitualmente desconocido, sin su consentimiento y fuera del contexto del acto sexual. La excitación erótica del exhibicionista deriva de la reacción del observador (miedo, huida, turbación, indignación, etc.) ante la conducta inesperada del sujeto (por ejemplo, abrirse la gabardina y mostrarse desnudo). La masturbación va habitualmente asociada al exhibicionismo, bien durante la exposición o bien ante la fantasía o el recuerdo posterior de la escena.

Los exhibicionistas suelen ser, en general, individuos inofensivos, que se muestran a cierta distancia de las víctimas y tienden a rehuir cualquier contacto personal con las personas ante las que se han exhibido. No obstante, un número indeterminado de exhibicionistas puede evolucionar a delitos sexuales más graves, incluso a la violación (Abel y Rouleau, 1990; Freund, 1990). La consideración clínica de este problema, que afecta fundamentalmente a varones y tiene lugar por víctimas a mujeres (sobre todo, a niñas y adolescentes), tiene lugar cuando se prefiere esta actividad al coito o a otro tipo de prácticas sexuales.

El exhibicionismo es la ofensa sexual más frecuente y supone, aproximada-

mente, entre el 30 y el 60% de las parafilias que tienen problemas con la justicia (Marshall, Eccles y Barbaree, 1991a). Los exhibicionistas típicos están casados, tienen un nivel intelectual medio, cuentan con un trabajo satisfactorio y no presentan muestras palpables de trastornos emocionales graves. No obstante, suelen tener menor número de relaciones sexuales en relación con su grupo de edad (y cuando las tienen, pueden ir acompañadas de fantasías de conductas exhibicionistas, como en las masturbaciones) y muestran ciertas dificultades para expresar emociones delante de sus mujeres (Lamontagne y Lesage, 1986). Al margen de que en muchos casos estén casados, las relaciones sexuales suelen ser bastante insatisfactorias.

El máximo de incidencia se aprecia entre los 25 y 40 años de edad. No debe confundirse el exhibicionismo con la pedofilia o la violación, ya que en estos últimos casos el exhibicionismo, cuando se produce, es un paso previo para una interacción sexual posterior con la víctima. El exhibicionismo adquiere un carácter compulsivo y, por tanto, las exposiciones pueden repetirse con bastante frecuencia e incluso en el mismo lugar y a la misma hora del día (por ejemplo, en un parque infantil o a la salida de un colegio). No es, por ello, infrecuente la detención de los exhibicionistas (Carrolles, 1985).

La adquisición de las conductas exhibicionistas puede estar relacionada, en algunos casos, con erecciones más o menos casuales en un período crítico de la infancia o de la adolescencia cuando el sujeto se encuentra desnudo delante de una niña o compañera de juegos y advierte la turbación causada en ella. Esto suele ocurrir, por ejemplo, en los juegos de «médicos y enfermeras» o en los juegos sexuales adolescentes en donde hay exhibiciones recíprocas. Asimismo, el placer de la masturbación ante las conductas exhibicionistas o ante el recuerdo o la anticipación de las mismas contribuye a mantener dichas conductas (Carrolles, 1985).

No obstante, y desde una perspectiva más global de la personalidad, el exhibicionismo está asociado a rasgos obsesivos y a déficits en las habilidades sociales y heterosexuales, junto a sentimientos de inseguridad e incapacidad, especialmente en relación con la masculinidad. No son, asimismo, infrecuentes la ansiedad de separación, la satisfacción ante las conductas de temor de las víctimas y, en último término, la presencia de impulsos agresivos. Desde este enfoque, conviene señalar que quizá se ha exagerado el papel de la activación sexual desviada en el caso del exhibicionismo y desempeñe un papel más importante la incapacidad para las relaciones de intimidad y de ternura, que puede ser, a su vez, resultado del rechazo o, al menos, de la falta de afecto o de apoyo por parte de los padres durante la infancia y que puede llevar a conductas agresivas y disfuncionales de distinto tipo (Marshall *et al.*, 1991b).

### **Pedofilia**

Este trastorno consiste en la excitación o el placer sexual derivados de actividades o fantasías sexuales repetidas o exclusivas con niños 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 más frecuencia que la atracción hacia los niños. La cronicidad

dad y la persistencia de la conducta, así como las recaídas, son, sin embargo, mayores en la pedofilia de orientación homosexual (Carrobles, 1985).

El abuso sexual infantil es un acto sexual *impuesto* a un niño que carece de desarrollo emocional, madurativo y cognoscitivo. El carácter de *impuesto* recalca la diferencia entre el abuso sexual y el sexo-juego entre niños de las mismas edades o similares. Con arreglo a la definición propuesta, los que cometen abuso sexual son, al menos, 10 años mayores que el niño, con mayor experiencia sexual y con una cierta relación de autoridad respecto a él (profesores, tutores, vecinos, etc.). El consentimiento del niño se consigue mediante juguetes, regalos, caprichos, viajes, etc. (Carrobles, 1985).

El abuso sexual infantil puede ser causado por *familiares*, que es el caso más frecuente, más duradero y sin conductas de violencia asociadas, o por *desconocidos*, que se da con menos frecuencia, se limita a ocasiones aisladas pero, sin embargo, puede estar ligado a conductas violentas o amenazas de ellas, al menos en un 10-15% de los casos (Lanyon, 1986).

No es fácil determinar la frecuencia de este problema. Según el National Center of Child Abuse and Neglect (1988), el abuso sexual ha sido detectado en el 0,25% de la población infantil norteamericana. Los casos registrados no son, sin embargo, sino una pequeña parte de los casos existentes. De hecho, en el informe de Finkelhor *et al.* (1990) (primera encuesta nacional de Estados Unidos, llevada a cabo en adultos, específica sobre la historia de abuso sexual), un 27% de las mujeres y un 16% de los hombres reconocían retrospectivamente haber sido víctimas de abusos sexuales en la infancia. El temor a no ser creídos, el miedo a las represalias por parte de los agresores o el temor a ser acusados de seducción pueden explicar el gran número de casos ocultos de abuso sexual.

Las conductas sexuales implicadas en la pedofilia pueden ser *sin contacto físico directo* por parte del adulto (exhibicionismo, masturbación delante del niño, etc.) o *con contacto físico directo* (besos, caricias, masturbación del niño, contactos buco-genitales, etc.). La penetración —vaginal o anal— es una práctica mucho menos frecuente. Por otra parte, y a diferencia de la violación, la pedofilia, a pesar del fuerte rechazo social de que es objeto, no va ligada habitualmente a conductas violentas.

Cabe hablar de una *pedofilia situacional*, cuando el sujeto tiene contactos sexuales *aislados* con niños y éstos son reflejo de una situación de soledad o de estrés (conyugal, laboral, etc.), y de una *pedofilia preferencial*, protagonizada por 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. Esta última es la que se puede considerar propiamente como pedofilia y la que resulta más resistente al tratamiento (Lanyon, 1986).

Desde una perspectiva cognitiva, los *pedófilos preferentes* 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 niños o considerar que este tipo de conductas son una forma de educación sexual para los niños. Por el contrario, los *pedófilos situacionales* pueden percibir este tipo de conductas como anómalas y las ejecutan de forma episódica e impulsiva más que de un modo premeditado y persistente (Lanyon, 1986).

Los pedófilos (por lo general, hombres casados de mediana edad, con rasgos marcados de neuroticismo e introversión) son habitualmente familiares y conocidos de la familia, que tienen fácil acceso al niño y con quien mantienen una relación de confianza anterior al incidente sexual. Sólo en muy pocos casos (alrededor del 10%) el abusador sexual es un completo desconocido para la víctima.

Los pedófilos son personas con apariencia normal, de estilo convencional, de inteligencia media y no psicóticos. En algunos casos pueden mostrar una fobia 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 pedófilo realizar un tipo de acto sexual pobre e incompleto. Estos elementos le autoafirman al ofensor en una supuesta hipersexualidad, que, sin embargo, es primaria y regresiva (García-Andrade, 1994).

Si bien la normalidad aparente es la característica más señalada, el origen de esta conducta anómala por parte del adulto puede estar relacionado con el aprendizaje de actitudes extremas negativas hacia la sexualidad o con el abuso sexual en la infancia, así como con situaciones de aislamiento, con sentimientos de inferioridad o con la incapacidad para establecer relaciones sociales y heterosexuales normales. Desde este punto de vista, las conductas paidofílicas 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. A su vez, la repetición reiterada de masturbaciones acompañadas de fantasías paidofílicas tiende a mantener este trastorno. Las situaciones de estrés (soledad, problemas laborales, desavenencias conyugales, etc.), así como el consumo de alcohol y/o drogas, pueden intensificar, a modo de desencadenantes, las conductas del pedófilo.

## **Violación**

La violación es cualquier agresión sexual a una persona, sin consentimiento de la misma, con penetración del pene en la vagina, el ano o la boca. Se considera violación cuando tal comportamiento se realiza por vía de la fuerza o de la intimidación, cuando la víctima no está en el uso de sus facultades (bien por una minusvalía psíquica, bien por una alteración mental transitoria) o cuando es menor de 12 años. En la violación se aúna un acto sexual junto a una acción de humillación y violencia.

La mayor parte de las violaciones se limitan al acto en sí, sin ir acompañadas de la muerte de las víctimas (y menos aún en el caso de las víctimas infantiles, que apenas ofrecen resistencia al agresor). Las escasas excepciones a este hecho suscitan, como es obvio, un fuerte impacto popular y pueden distorsionar la realidad social de este fenómeno.

Los agresores sexuales, que presentan a veces antecedentes de exhibicionismo o «frotteurismo», suelen ser hombres jóvenes, de 20 a 30 años de edad, con una autoimagen pobre y frecuentemente acomplejados ante las mujeres, con un bajo nivel cultural y económico, con tendencias agresivas, con un consumo alto de alcohol y/o drogas y con un historial familiar problemático, especialmente en la esfera afec-

tiva y sexual, así como con una tendencia alta a la búsqueda de sensaciones (Alario, 1993). No es fácil, sin embargo, determinar la motivación de la violación, ya que es una mezcla de sexo con una fuerte carga de agresión. De hecho, la violación guarda una estrecha relación a nivel de las características sociales de los violadores (jóvenes, solteros y de bajo nivel socioeconómico) con los índices de delincuencia y de criminalidad en general.

En los agresores sexuales pueden estar alterados los factores cognitivos (de tipo intelectual, por ejemplo), los factores emocionales (referidos al control de impulsos) y los factores socioculturales (de intolerancia y racismo, por ejemplo). Estas alteraciones pueden llevar a consumir la violación ante la presencia de ciertas variables situacionales, como una situación de estrés prolongada, el consumo de alcohol, un deseo urgente sexual, un grado alto de irritabilidad o la percepción de seducción o indefensión en la víctima, así como la probabilidad de que el acto quede impune (Garrido, 1993; Marshall y Barbaree, 1989).

Ha habido muchos intentos por distinguir subtipos de agresores sexuales (Cohen, Seghorn y Calmas, 1969; Groth, 1979; Knight y Prentky, 1987), pero, en general, son un tanto literarios, adolecen de una cierta imprecisión y son poco operativos desde una perspectiva psicopatológica, terapéutica y predictiva (Redondo, 1994a). Más que un grado mayor de excitación sexual, lo que diferencia a los violadores de los no-violadores es un fallo en los mecanismos de inhibición (Hollin, 1989). En un enfoque clínico parece más oportuno distinguir entre dos tipos de violadores (García-Andrade, 1994):

1. *Violadores ocasionales*. Se trata de personas jóvenes, con aspecto normal, que no planifican con antelación la violación y que están bajo el efecto del alcohol y/o de las drogas. En estas circunstancias no ponen en marcha los mecanismos inhibitorios de la conducta sexual forzada y dan salida a un acto violento en forma impulsiva e incontrolada. La violencia utilizada no va más allá de la estrictamente necesaria para doblegar la resistencia de la víctima, que en no pocas ocasiones es una persona conocida del agresor.
2. *Violadores psicopáticos*. Estas personas se caracterizan por ser impulsivas, frías emocionalmente, sin escrúpulos y carentes de remordimientos por la transgresión de las normas sociales o ante el sufrimiento ajeno (Corral, 1994).
  - 2.1. *Con una desviación sexual específica*. Se trata de violadores reincidentes, con fantasías sexuales y con ensayos cognitivos de agresión y que llevan a cabo una planificación detallada de las conductas de violación. La resistencia de la mujer estimula el impulso sexual y la conducta agresiva, que a veces puede llevar a la muerte de la víctima. A veces el comportamiento violento puede estar potenciado por el material pornográfico y el consumo de alcohol y drogas, así como por el anonimato de la actuación en grupo. La intolerancia y el racismo contribuyen a impulsar este tipo de conductas.

Entre los factores que explican el fallo en la regulación inhibitoria de los impulsos erótico-agresivos se hallan el abuso físico y sexual su-



frido en la infancia, los déficits de socialización y de escolaridad, así como la presencia de modelos familiares poco cohesionados y de padres agresivos, alcohólicos o con alguna desviación sexual (Knight y Prentky, 1987). No es infrecuente, asimismo, la existencia de otras parafilias en la historia sexual del agresor (exhibicionismo, travestismo, etc.), así como la presencia de comportamientos violentos.

- 2.2. *Conductas asociales y criminales.* Se trata de personas que no están aquejadas específicamente por déficits sexuales y que se caracterizan por cometer la agresión sexual en el contexto de una conducta de robo, de prepotencia y, en último término, de menosprecio de los derechos elementales de los demás. La conducta de violación forma parte en este caso de la carrera delictiva de un sujeto aquejado del trastorno antisocial de la personalidad, muy propio de subculturas delictivas, y hunde sus raíces en una historia de socialización deficitaria (Corral, 1994).

El pronóstico de los violadores ocasionales, si se lleva a cabo un tratamiento adecuado, es halagüeño, pero no así el de los violadores psicopáticos, que están muy poco motivados al tratamiento y que resultan muy reincidentes en sus conductas, si bien la probabilidad de reincidencia disminuye al aumentar la edad (García-Andrade, 1994).

Ha habido algún intento reciente infructuoso por ubicar en el *DSM-III-R* (American Psychiatric Association, 1987) a un subtipo de violadores dentro de las parafilias, concretamente en una nueva categoría diagnóstica denominada *trastorno coercitivo parafilico* (Abel, 1989). Los sujetos caracterizados por este trastorno presentan impulsos sexuales intensos y recurrentes generadores de malestar, así como fantasías sexuales activadoras relacionadas con la conducta sexual forzada con otra persona. A diferencia del sadismo sexual, en que la activación sexual requiere el uso de la violencia, en este trastorno no figura asociada la necesidad de utilizar la fuerza excesiva o de infligir dolor. Este trastorno, sin embargo, no se ha incluido en el *DSM-III-R* (APA, 1987), en parte por las implicaciones legales y sociales de un diagnóstico de esta naturaleza y en parte por la ausencia de datos precisos sobre el porcentaje de violadores afectados por este trastorno (Abel, 1989; Kafka, 1991).

### Reincidencia y ofensas sexuales

No es fácil estudiar el tema de la recaída de los delitos sexuales tras las estancias en las prisiones o tras las intervenciones clínicas. Como muchas ofensas sexuales no se denuncian, el porcentaje oficial de recaídas puede suponer una estimación excesivamente baja de las recaídas totales.

Los antecedentes penales y la tasa de reincidencia entre los ofensores sexuales sin delitos sexuales previos son más bien bajos (entre el 10 y el 21%), por debajo incluso de los existentes en los delitos contra la propiedad (Redondo, 1994b). Por el contrario, la recaída es muy alta en los ofensores sexuales reincidentes, independientemente del tipo de ofensa implicada, y puede oscilar entre un 33 y un 71% de

los casos (Marshall *et al.*, 1991c; Redondo, Funes y Luque, 1993). Este abanico tan amplio de recaídas puede estar relacionado, entre otras variables, con el tipo de tratamiento experimentado. En concreto, en lo referido al exhibicionismo, en el estudio de Frisbie y Dondis (1965) con un período de seguimiento de 3 años la recaída se daba en un 57% de los exhibicionistas reincidentes, pero sólo en un 9% de los exhibicionistas sin antecedentes.

En general, la aparición de una ofensa sexual hace más probable la aparición de ofensas ulteriores 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 conducta (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 extinguirse 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, de la violencia asociada, de la reincidencia previa, del consumo de drogas y de los recursos psicológicos (autoestima, cociente intelectual, control de la ira, estrategias de solución de problemas, etc.) y sociales (cohesión familiar, adaptación laboral, apoyo social, etc.) disponibles por parte del sujeto, etc. (Groth *et al.*, 1981). Asimismo, el peligro de reincidencia es mayor cuanto más grave haya sido la carrera delictiva previa del sujeto (Garrido, 1993).

En concreto por lo que se refiere a la pedofilia, la juventud del agresor (por debajo de los 40 años), un cociente intelectual bajo y el contacto genital con la víctima infantil, así como la presencia simultánea de otros trastornos (alcoholismo, adicción a las drogas, trastornos de personalidad, etc.), constituyen los mayores predictores de recaída (Lanyon, 1986; Marshall y Barbaree, 1988).

En suma, no es posible establecer un pronóstico fiable de recaída en el caso de las ofensas sexuales. No obstante, los enfoques clínicos sistemáticos —y quizá más en un tipo de ofensas que en otros— parecen una alternativa más rigurosa que la mera estancia en prisión, pero ésta es una conclusión que requiere una mayor evidencia empírica (Furby, Weinrott y Blackshaw, 1989).

### **Tratamiento de los ofensores sexuales**

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. Por ello, y al margen de la efectividad de las técnicas utilizadas, la motivación de los sujetos es muy débil —más débil aún en el caso de los violadores que en el de los pedófilos— y el número de abandonos muy alto (Wormith, 1983).

Desde una perspectiva clínica, los primeros programas de tratamiento estaban centrados exclusivamente —o al menos fundamentalmente— en la eliminación de la preferencia sexual desviada y, por ello, recurrían a fármacos antiandrógenos (Ber-

lin y Meinecke, 1981; Córdoba y Chapel, 1983), a terapias aversivas eléctricas (Quinsey, Chaplin y Carrigan, 1980) o a técnicas de sensibilización encubierta (McConaghy, Blaszczyński y Kidson, 1988). El reduccionismo de este enfoque restrictivo y la limitación de los resultados obtenidos han llevado más recientemente a la integración de programas cognitivoconductuales más amplios, que incluyen la reestructuración de las distorsiones cognitivas (Abel, Becker y Skinner, 1986; Enright, 1989), educación sexual y técnicas de autocontrol (Leger, 1989), habilidades sociales y de vida de amplio espectro (Marshall *et al.*, 1983) y, en los últimos años, a partir del modelo de las adicciones, estrategias de prevención de recaídas (Laws, 1989; Pithers, 1990). No es, asimismo, infrecuente en estos programas la inclusión de la descripción de las consecuencias psicológicas de las ofensas sexuales en las víctimas, con el objetivo de conseguir una mayor empatía con éstas (Gordon, 1989; Leger, 1989).

En concreto, los programas de intervención deben referirse tanto a la supresión de las conductas sexuales ofensivas como a la (re)instauración de impulsos eróticos «normales». En la sexualidad desviada, a su vez, conviene analizar tres aspectos: la excitación sexual en sí misma, las habilidades sociales del sujeto y la identidad sexual del mismo (Carrobles y Santacreu, 1985). Por ello, una modalidad de tratamiento de amplio espectro debe centrarse en los siguientes puntos (Tabla 2):

#### A) *Supresión o reducción de los impulsos sexuales ofensivos*

Las técnicas aversivas y los fármacos antiandrógenos han sido los procedimientos utilizados para controlar la impulsividad erótica de los ofensores sexuales. Resulta difícil suprimir por completo los impulsos, pero sí es posible reducir en gran medida su intensidad y frecuencia.

En las *técnicas aversivas* se asocian repetidamente fantasías y conductas sexuales de erección y/o acercamiento suscitadas por estímulos inadecuados (niños, personas sin su consentimiento, etc.) a una estimulación aversiva. Se trata, en último término, de que al sujeto se le elimine la excitación erótica ante dichos estímulos cuando aparece reiteradamente asociada a situaciones desagradables.

Los estímulos aversivos pueden ser emparejados con cualquier tipo de señal desviada (fantasías, fotografías, narraciones, situaciones de la vida real, etc.) en el momento de contacto con la misma o en el momento de aparición de las erecciones u otros signos de activación psicofisiológica (taquicardia, por ejemplo). La estimulación punitiva puede variar en la forma de presentación. Así, los estímulos aversivos pueden ser externos (químicos, olfativos, eléctricos, mecánicos, etc.) o internos (de tipo simbólico o imaginativo). La aversión externa ha caído en desuso actualmente en la psicología clínica. Por ello, los estímulos internos utilizados son de dos tipos:

- a) *Aversión «de vergüenza»*. Consiste en hacer que el paciente lleve a cabo la conducta sexual indeseada (por ejemplo, el exhibicionismo) delante de los miembros del equipo terapéutico. De este modo, la vergüenza o humillación experimentadas pueden actuar como un estímulo punitivo para el sujeto (Wickramasekera, 1980).

**Tabla 2.**  
Tratamiento de las ofensas sexuales

---

1. *Supresión o reducción de los impulsos sexuales ofensivos*

TÉCNICAS AVERSIVAS

Aversión «de vergüenza»  
Sensibilización encubierta

FÁRMACOS ANTIANDRÓGENOS

Acetato de medroxiprogesterona (Progevera)  
Acetato de ciproterona (Androcur)

2. *Aumento de la excitación heterosexual adecuada*

RECONDICIONAMIENTO MASTURBATORIO

Recondicionamiento orgásmico  
Saciación de la masturbación

3. *Desarrollo de habilidades sociales heterosexuales y/o reducción de la ansiedad social. Entrenamiento en solución de problemas*

4. *Modificación de las conductas inapropiadas respecto al rol sexual*

Instrucciones  
Modelado  
Ensayos de conducta  
Modificación de las fantasías y cogniciones inadecuadas

---

b) *Sensibilización encubierta.* Consiste en la asociación de imágenes de conductas sexuales inadecuadas con estímulos punitivos imaginados. La aplicación de la técnica es menos molesta para el paciente que en el caso de los estímulos externos y se puede integrar a modo de autocontrol, pero, sin embargo, requiere un grado de motivación alto. En caso contrario, el paciente puede apartar fácilmente las imágenes de la mente.

Los estímulos punitivos imaginados pueden ser físicos (por ejemplo, ganas de vomitar, intenso dolor de cabeza, etc.), pero parecen ser de mayor interés los estímulos simbólicos. Es el caso, por ejemplo, de un pedófilo que se imagina acercándose a un niño para masturbarle y siendo visto en ese momento por sus hijos y sus hermanos que pasan casualmente por allí o por

una patrulla de la policía. La utilización de notas escritas en las que figuran tales consecuencias negativas (ser sorprendido por la policía o por sus hijos, perder el trabajo, 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.

Ésta es la variante más utilizada actualmente de estimulación punitiva. Las ventajas son que es más fácil generalizar a la vida cotidiana el tipo de estímulos punitivos imaginados que los eléctricos y químicos, que la utilización de estímulos imaginados encaja bien con la importancia de la fantasía en la vida sexual y que, por último, se pueden incorporar dentro de programas de autocontrol, sobre todo cuando se aplican en los primeros eslabones de la cadena de conductas. Por ejemplo, el impulso de un exhibicionista a abrir la gabardina y mostrarse desnudo (el último eslabón de la cadena) a las 5 de la tarde a la salida de un colegio situado a las afueras de la ciudad puede ser imparable, pero no lo es si se actúa cuando comienza a excitarse pensando en la posibilidad de llevar a cabo la conducta en su casa a las 3 de la tarde mientras está leyendo el periódico y recordando el último acto de exhibicionismo (el primer eslabón de la cadena).

La sensibilización encubierta puede potenciarse en el papel supresor de la excitación sexual cuando se aplica en las primeras fases de la conducta desviada junto con las técnicas de control de estímulos, es decir, con la generación de conductas alternativas incompatibles con la desviación sexual (implicarse en actividades sociales, acudir a lugares en donde hay mucha gente, etc.) (McNally y Lukach, 1991).

En concreto, en el caso del exhibicionismo se ha intentado reducir esta conducta, desde otra perspectiva de control estimular, por medio de la *exposición limitada*, es decir, por la autorización de llevar a cabo exclusivamente la conducta de exhibicionismo integrada en la relación sexual con su pareja.

Se trata, por tanto, de permitir al sujeto exhibirse ante su mujer y después masturbarse o tener relaciones sexuales con ella (Lamontagne y Lesage, 1986).

Existen, por otra parte, *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 patológicamente exaltados (Bradford, 1990; McConaghy, Blaszczyński y Kidson, 1988).

La reducción de testosterona es notable a dosis que oscilan de 75 a 600 mg./día (media: 400 mg.) en el caso del acetato de medroxiprogesterona y de 50 a 100 mg./día en el caso del acetato de ciproterona. 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 psicológicas cognitivoconductuales, pueden estar indica-

dos sobre todo en el caso de ofensores sexuales peligrosos, como los violadores o los pedófilos reincidentes, que no tienen control sobre los impulsos o que han fracasado con otras técnicas psicológicas. 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 en las ofensas sexuales y cuando no están aquejados del trastorno antisocial de la personalidad ni consumen abusivamente drogas o alcohol (Walker y Meyer, 1981).

En resumen, las técnicas aversivas y los fármacos antiandrógenos son de interés para reducir la impulsividad sexual inadecuada. La actuación de los fármacos puede inhibir el deseo sexual al comienzo del tratamiento y facilitar el establecimiento de un programa propiamente psicológico, al tiempo que constituye una protección social (Bloom, Bradford y Kofoed, 1988; Marshall *et al.*, 1991a). No obstante, la prevención de la recaída a largo plazo requiere la actuación sobre otros dos frentes (el aumento de la excitación heterosexual adecuada y el desarrollo de habilidades sociales satisfactorias para relacionarse con personas adultas de otro sexo), así como la intervención terapéutica sobre situaciones conflictivas al margen del sexo (soledad, estrés, depresión, etc.) que podrían precipitar la recaída.

#### B) *Aumento de la excitación heterosexual adecuada*

La técnica más utilizada para conseguir este objetivo es el *recondicionamiento masturbatorio*, que consta del *recondicionamiento orgásmico* (Marquis, 1970) y de la *saciación de la masturbación* (Marshall, 1979). En muchos casos problemáticos (como el voyeurismo, el «frotteurismo» o el exhibicionismo), la masturbación —una conducta muy gratificante— aparece asociada reiteradamente a dichas ofensas sexuales y tiende, por ello, a perpetuarlas.

En la primera fase de esta técnica —el *recondicionamiento orgásmico*— se trata de asociar la eyaculación masturbatoria a fantasías, imágenes o conductas heterosexuales adecuadas. 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 adecuada (por ejemplo, de una pareja que hace el amor con signos externos 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 en el momento del orgasmo. Y así debe hacerse progresivamente 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, mostrarse desnudo repentinamente ante una mujer desprevenida). Se trata, en último término, de aso-

ciar las fantasías desviadas a una mínima activación y a una situación de malestar y aburrimiento (Marshall y Barbaree, 1988; McNally y Lukach, 1991).

C) *Desarrollo de habilidades sociales heterosexuales adecuadas y entrenamiento en solución de problemas*

Los déficits en las relaciones interpersonales, junto con aprendizajes tempranos en la infancia y adolescencia, facilitan la adopción de ciertas ofensas sexuales (como la pedofilia, el exhibicionismo, la violación, etc.), que, en el fondo, reflejan una autoestima erótica deficiente por parte del sujeto y una incapacidad percibida para establecer relaciones afectivas y eróticas *normales* con personas de otro sexo.

La supresión del impulso erótico anómalo y la generación de una atracción sexual normal ante personas de sexo opuesto en un pedófilo, por ejemplo, no garantizan unas relaciones satisfactorias con mujeres adultas. Desde esta perspectiva, el entrenamiento en habilidades sociales (cf. Kelly, 1987) y las técnicas reductoras de ansiedad social (cf. Echeburúa, 1993) 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 parafilias.

Por otra parte, el entrenamiento en solución de problemas, que, como en el caso de la terapia de habilidades sociales, se lleva a cabo de forma grupal, tiene por objetivo adquirir medios efectivos para enfrentarse con éxito a los problemas que cada sujeto se encuentra en la vida cotidiana: búsqueda de empleo, control de la ira, uso del dinero o del tiempo libre, consumo de alcohol, educación sexual, etc. El procedimiento utilizado es el análisis adecuado de dichos problemas, la generación de diversas soluciones posibles, el análisis de las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas y, por último, la toma de decisiones (cf. Becoña, 1993).

D) *Modificación de las conductas inapropiadas respecto al rol sexual asumido por el paciente*

En ocasiones el paciente puede haber adquirido mediante un aprendizaje temprano (por ejemplo, mediante una sobrerrepresentación femenina en el hogar) comportamientos que culturalmente se consideran inapropiados para el sexo de pertenencia, como es el caso de una conducta observable extremadamente afeminada.

En estas circunstancias los pacientes pueden ser objeto de rechazo por parte de las personas de sexo opuesto y buscar una salida a su impulso sexual en la homosexualidad, pero también en formas de sexualidad parafilica, como en la pedofilia.

Por ello, un aspecto de interés en algunos casos puede ser el entrenamiento en conductas «masculinas» en relación con la gesticulación, las posturas, el modo de andar, la forma de sentarse, el tipo de vestimenta, el estilo de hablar, etc. Las técnicas utilizadas en estos casos han sido similares a las del entrenamiento en habilidades sociales, con un cierto énfasis en las *instrucciones*, el *modelado* de conductas

apropiadas al rol masculino, los *ensayos de conducta* y la *modificación de fantasías y cogniciones*.

El lector interesado en este enfoque integrador de la terapia de las ofensas sexuales puede encontrar el desarrollo de un caso clínico referido a la pedofilia en Carroles y Sanz (1991) o al exhibicionismo en Cáceres (1990).

## Conclusiones

El conocimiento de las ofensas sexuales tiende a ser cada vez mayor en la actualidad. Las agresiones sexuales han comenzado a emerger con fuerza del submundo oculto y sórdido en que se encontraban gracias a la actitud enérgica de las víctimas y al cambio de mentalidad de la sociedad. El impacto psicológico de dichas agresiones sobre las mujeres o niños afectados es hoy bien conocido y en modo alguno menospreciable. Afortunadamente, el apoyo social y familiar de que son objeto en la actualidad, en contra de las sospechas de seducción o de imprudencia («por algo les habrá ocurrido»), es creciente. Asimismo, se dispone actualmente de terapias eficaces para hacer frente a las secuelas psicológicas y, en definitiva, para ayudar a las víctimas a encarar el futuro con optimismo (Corral et al., 1992; Echeburúa et al., 1990; Sarasúa, Echeburúa y Corral, 1993).

El tratamiento de las ofensas sexuales 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 el otro sexo. Y en tercer lugar, porque —más allá de una cierta ingenuidad inicial en el control externo— los programas más eficaces son los basados en el autocontrol.

Por ello, sólo el análisis cuidadoso de los factores desencadenantes internos y externos de la cadena estímulo-impulso-respuesta puede llevar, por un lado, a la interrupción de la misma en los primeros eslabones con una técnica aversiva (la sensibilización encubierta, sobre todo) y, por otro, a la implantación de un repertorio de conductas alternativas (llamar a algún amigo, hacer deporte, ir de compras, etc.) que sean atractivas y que frenen la *escalada de los impulsos*.

Desde el punto de vista del tratamiento psicológico de los ofensores sexuales (no sólo violadores), las perspectivas terapéuticas son menos halagüeñas que en el caso de las víctimas. Las técnicas psicológicas de las que hoy se dispone son razonablemente efectivas (en mayor medida aún si se cuenta con la colaboración de la pareja del paciente, en el caso de que la haya) (Marshall y Barbaree, 1990). La tasa de éxitos de los sujetos tratados, cuando están bien seleccionados, puede oscilar del 50 al 80% de los casos y es mayor en el caso de los exhibicionistas y de los pedófilos que en el caso de los violadores (Pithers y Cumming, 1989). Lo que suele fallar, sin embargo, es el grado de motivación de los sujetos para el tratamiento, que es fundamental, especialmente en el caso de las terapias psicológicas. Más que el deseo de cambio, es la presión social y judicial lo que les lleva habitualmente —cuando les lleva— a la terapia. De ahí el gran número de rechazos y de abandono-



nos del tratamiento, así como de recaídas. A un nivel ético y de eficacia terapéutica, la voluntariedad es, sin embargo, un requisito indeclinable para la terapia. Por ello, uno de los retos de la investigación para los próximos años es el desarrollo de estrategias de motivación para el cambio y el tratamiento.

En resumen, el estado actual de los conocimientos permite un optimismo terapéutico razonable en los ofensores sexuales motivados para el cambio. En cualquier caso, este optimismo puede mantenerse sólo en función del tipo de intervención (un programa cognitivoconductual amplio, junto con la utilización de antiandrógenos en los casos de hiperexcitación sexual) y del tipo de ofensores tratados (exhibicionistas y pedófilos) (Marshall *et al.*, 1991a). El tratamiento de elección para los violadores, así como los factores predictivos de éxito terapéutico en todas las ofensas sexuales, son cuestiones que hoy por hoy no están resueltas.

### Referencias

- Abel, G. G. (1989). Paraphilias. En H. Kaplan y B. Sadock (comps.). *Comprehensive textbook of psychiatry* (5ª ed.). Baltimore: William and Wilkins.
- Abel, G. G., Becker, J.V., Cunningham-Rathner, J., Mittelman, M. y Rouleau, J. (1988). Multiple paraphilic diagnoses among sex offenders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 16, 153-168.
- Abel, G. G., Becker, J. V. y Skinner, L. J. (1986). Behavioral approaches to treatment of the violent sex offender. En L. H. Roth (comp.). *Clinical treatment of the violent person*. Nueva York: Guilford.
- Abel, G. G. y Rouleau, J. L. (1990). The nature and extent of sexual assault. En W. L. Marshall, D. R. Laws y H.E. Barbaree (comps.). *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. Nueva York: Plenum Press.
- Alario Bataller, S. (1993). El violador. En S. Alario. *Intervención psicológica en víctimas de violación*. Valencia: Promolibro.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ª ed. rev.). Washington, DC: Author.
- Becoña, E. (1993). Técnicas de solución de problemas. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (comps.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Berlin, F. S. y Meinecke, C.F. (1981). Treatment of sex offenders with androgenic medication: Conceptualization, review of treatment modalities and preliminary findings. *American Journal of Psychiatry*, 138, 601-607.
- Bianchi, M. D. (1990). Fluoxetine treatment of exhibitionism. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1089-1090.
- Bloom, J. D., Bradford, J. M. y Kofoed, L. (1988). An overview of psychiatric treatment approaches to three offender groups. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 151-158.
- Bradford, J. M. (1990). The antiandrogen and hormonal treatments of sex offenders. En W. L. Marshall, D. R. Laws y H. E. Barbaree (comps.). *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. Nueva York: Plenum Press.
- Cáceres, J. (1990). Exhibicionismo. En M. A. Vallejo, E. Fernández-Abascal y F. Labrador (comps.). *Modificación de conducta: análisis de casos*. Madrid: TEA.
- Carrobes, J. A. (1985). Variaciones y ofensas sexuales. En J. A. Carrobes (comp.). *Análisis y modificación de la conducta II*. Madrid: UNED, vol. 1º.
- Carrobes, J. A. y Santacreu, J. (1985). Tratamiento conductual de las variaciones y ofensas

- sexuales. En J.A. Carrobles (comp.). *Análisis y modificación de la conducta II*. Madrid: UNED, vol. 1º.
- Carrobles, J. A. y Sanz, A. (1991). *Terapia sexual*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Cohen, M., Seghorn, T. y Calmas, W. (1969). Sociometric study of the sex offender. *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 249-255.
- Córdoba, O. A. y Chapel, J. L. (1983). Medroxyprogesterone acetate antiandrogen treatment of hypersexuality in a paedofiliac sex offender. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1036-1039.
- Corral, P. (1994). Trastorno antisocial de la personalidad. En E. Echeburúa (comp.), *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.
- Corral, P., Echeburúa, E., Sarasúa, B. y Zubizarreta, I. (1992). Estrés postraumático en ex combatientes y en víctimas de agresiones sexuales: nuevas perspectivas terapéuticas. *Boletín de Psicología*, 35, 7-24.
- Echeburúa, E. (1993). *Fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1993a). Variaciones sexuales y trastornos de la identidad sexual: concepto, clasificación y descripción. *Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología*, 7, 215-224.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1993b). Ofensas sexuales: concepto, clasificación y descripción. *Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología*, 7, 225-233.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasúa, B. y Zubizarreta, I. (1990). Tratamiento psicológico del estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales: una revisión. *Análisis y Modificación de Conducta*, 16, 417-437.
- Enright, S. J. (1989). Paedophilia: A cognitive/behavioral treatment approach in a single case. *British Journal of Psychiatry*, 155, 399-401.
- Farré, J. M. (1991). Parafilias: psicopatología y tratamiento. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 17, 28-41.
- Freund, K. (1990). Courtship disorder. En W.L. Marshall, D. R. Laws y H. E. Barbaree (comps.). *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. Nueva York: Plenum Press.
- Frisbie, L. V. y Dondis, E. H. (1965). *Recidivism among treated sex offenders*. California Mental Health Research Monograph nº 5. Sacramento, Calif. Department of Mental Hygiene.
- Furby, L., Weinrott, M. R. y Blackshaw, L. (1989). Sex Offender Recidivism: A Review. *Psychological Bulletin*, 105, 3-30.
- García-Andrade, J.A. (1994). *Lo que me contaron los muertos*. Barcelona: Temas de Hoy.
- Garrido, V. (1993). El tratamiento de los delincuentes sexuales. En V. Garrido. *Técnicas de tratamiento para delincuentes*. Madrid: Ramón Areces.
- Gordon, A. (1989). Research on sex offenders: Regional Psychiatric Centre (Praries). *Forum on Corrections Research*, 1, 20-21.
- Groth, A. (1979). *Men who rape*. Nueva York: Plenum Press.
- Groth, A., Hobson, W., Lucey, K. y Saint Pierre, J. (1981). Juvenile sexual offenders: Guidelines for treatment. *International Journal for Offender Therapy and Comparative Criminology*, 25, 265-272.
- Hollin, C. R. (1989). *Psychology and Crime*. Londres: Routledge.
- Kafka, M. A. (1991). Successful treatment of paraphilic coercive (a rapist) with fluoxetine hydrochloride. *British Journal of Psychiatry*, 158, 844-847.
- Kelly, J. E. (1987). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Knight, R. y Prentky, R. (1987). The development antecedents and adult adaptations of rapist subtypes. *Criminal Justice and Behavior*, 14, 403-426.
- Kruesi, M. J., Fine, S., Valladares, L., Phillips, R.A. y Rapoport, J. L. (1992). Paraphilias: a double-blind crossover comparison of clomipramine versus desipramine. *Archives of Sexual Behavior*, 21, 587-593.

- Lamontagne, Y. y Lesage, A. (1986). Private exposure and covert sensitization in the treatment of exhibitionism. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17, 197-201.
- Langevin, R., Bain, J., Wortzman, G., Hucker, S., Dickey, R. y Wright, P. (1988). Sexual sadism: Brain, blood, and behavior. *Annual New York Academy Science*, 528, 163-171.
- Lanyon, R. I. (1986). Theory and treatment in child molestation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 176-182.
- Laws, D. R. (1989). *Relapse prevention with sex offenders*. Nueva York: Guilford Press.
- Leger, G. (1989). Research on sex offenders: Regional Treatment Centre (Ontario). *Forum on Corrections Research*, 1, 21.
- Marquis, J. N. (1970). Orgasmic reconditioning: changing sexual choice through controlling masturbatory fantasies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1, 263-271.
- Marshall, W. L. (1979). Satiation therapy: a procedure for reducing deviant sexual arousal. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 10-22.
- Marshall, W. L. y Barbaree, H. E. (1988). The long-term evaluation of a behavioral treatment program for child molesters. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 499-511.
- Marshall, W. L. y Barbaree, H. E. (1989). Sexual violence. En K. Howells y C. Hollin (comps.). *Clinical approaches to violence*. Nueva York: Wiley.
- Marshall, W. L. y Barbaree, H. E. (1990). Outcome of comprehensive cognitive-behavioral treatment programs. En W. L. Marshall, D. R. Laws y H. E. Barbaree (comps.). *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. Nueva York: Plenum Press.
- Marshall, W. L., Earls, C. M., Segal, Z. V. y Darke (1983). A behavioral program for the assessment and treatment of sexual aggressors. En K. Craig y R. McMahon (comps.). *Advances in clinical behavior therapy*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Marshall, W. L., Eccles, A. y Barbaree, H. E. (1991a). The treatment of exhibitionists: A focus on sexual deviance versus cognitive and relationship features. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 129-135.
- Marshall, W. L., Payne, K., Barbaree, H. E. y Eccles, A. (1991b). Exhibitionists: sexual preferences for exposing. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 37-40.
- Marshall, W. L., Jones, R., Ward, T., Johnston, P. y Barbaree, H. E. (1991c). Treatment outcome with sex offenders. *Clinical Psychology Review*, 11, 465-485.
- McConaghy, N., Blaszczyński, A. y Kidson, W. (1988). Treatment of sex offenders with imaginal desensitization and/or medroxyprogesterone. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 199-206.
- McNally, R. y Lukach, B. M. (1991). Behavioral treatment of zoophilic exhibitionism. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 281-284.
- Pithers, W. D. (1990). Relapse prevention with sexual aggressors: A method for maintaining therapeutic gain and enhancing external supervision. En W. L. Marshall, D. R. Laws y H. E. Barbaree (comps.). *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. Nueva York: Plenum Press.
- Pithers, W. D. y Cumming, G.F. (1989). Can relapses be prevented? Initial outcome data from the Vermont Treatment Program for sexual aggressors. En D. R. Laws (1989). *Relapse prevention with sex offenders*. Nueva York: Guilford Press.
- Quinsey, V. L., Chaplin, T. C. y Carrigan, W. F. (1980). Biofeedback and signalled punishment in the modification of inappropriate sexual age preference. *Behavior Therapy*, 11, 567-576.
- Redondo, S. (1994a). Perfil psicológico de los delincuentes sexuales. En E. Echeburúa (comp.). *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.
- Redondo, S. (1994b). Delitos violentos y reincidencia. En E. Echeburúa (comp.). *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.

- Redondo, S., Funes, J. y Luque, M. E. (1993). *Justicia penal i reincidència*. Col·lecció Justícia y Societat, nº 9. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Sarasúa, B., Echeburúa, E. y Corral, P. (1993). Tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático en una víctima reciente de violación. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 189-213.
- Walker, P. A. y Meyer, W. J. (1981). Medroxyprogesterone Acetate treatment of paraphiliac sex offenders. En J. R. Hays, T. K. Roberts y K. S. Solway (comps.). *Violence and the violent individual*. Nueva York: SP Medical and Scientific Books.
- Wickramasekera, I. (1980). Aversive behavior rehearsal: A cognitive-behavioral procedure. En D. J. Cox y R. J. Daitzman (comps.). *Exhibitionism: Description, assessment, and treatment*. Nueva York: Garland STPM Press.
- Wormith, J. S. (1983). A survey of incarcerated sexual offenders. *Canadian Journal of Criminology*, 25, 379-390.