

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS ABUSADORES SEXUALES INTRAFAMILIARES: ESTUDIO DE UN CASO

Javier Fernández-Montalvo
Enrique Echeburúa

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Facultad de Psicología. UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO

RESUMEN

En este artículo se describe el tratamiento cognitivo-conductual (reestructuración cognitiva, control de estímulos y sensibilización encubierta, especialmente) de un hombre que ha cometido abusos sexuales hacia su hija de 15 años. El paciente, un hombre de 50 años, ejercía los abusos desde hacía dos años. El programa terapéutico consistió en 10 sesiones (9 individuales y 1 de pareja) de una hora de duración y con una periodicidad semanal. Tras un año de seguimiento, el paciente se encontraba muy mejorado, sin que se hubieran repetido los episodios de abusos y sin que se hubieran producido respuestas de excitación sexual ante estímulos relacionados con su hija. Se comentan las implicaciones de este caso para la investigación clínica y la práctica profesional.

Palabras clave: PEDOFILIA. ABUSO SEXUAL. CONTROL DE ESTÍ-
MULOS. SENSIBILIZACIÓN ENCUBIERTA. TRATAMIENTO.

Correspondencia: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. Avda. de Tolosa, 70. 20009 San Sebastián

Agradecimientos: Este trabajo forma parte de una investigación más amplia que ha sido financiada con el proyecto UPV 006.231-11A 177/97.

SUMMARY

In this paper the cognitive-behavioral treatment (most of all cognitive restructuring, stimulus control and covert sensitization) of a sexual abuser toward her 15-years-old daughter is described. The patient, a 50-year-old man, was perpetrating the sexual abuse for 2 years. The treatment consisted of ten weekly sessions (9 individual and 1 couple session) of 1 hour. At the end of 12 months follow-up, the patient was much improved, without sexual abuse events nor sexual excitation response from stimuli related to her daughter. The implications of this case for clinical research and practice are discussed.

Key words: CHILD MOLESTATION. SEXUAL ABUSE. STIMULUS CONTROL. COVERT SENSITIZATION. TREATMENT.

INTRODUCCIÓN

Las ofensas sexuales constituyen un determinado tipo de parafilias -conductas sexuales poco comunes o extrañas que implican la transgresión del libre consentimiento de otra persona. 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. En muchos casos lo excitante de las conductas parafilicas reside precisamente en la transgresión, es decir, 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 (Echeburúa y Corral, 1993b). En esta definición se incluyen 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 (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Salaberría, 1995).

En el caso concreto de la *pedofilia*, el 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 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 (padres, profesores, tutores, vecinos, etc.). El consentimiento del niño se consigue mediante juguetes, regalos, caprichos, viajes, etc. (Carrobes, 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, Hotaling, Lewis y Smith (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. En nuestro país se estima que la frecuencia de los abusos se sitúa en torno al 20% de la población (López, 1995, 1997). 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 (Echeburúa y Guerricaechevarría, 1998).

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 bucogenitales, 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 (Echeburúa *et al.*, 1995).

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 menores 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 que 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 pedófilas 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 pedófilas 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 (Echeburúa *et al.*, 1995).

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 (Echeburúa, Corral y Amor, 1997; 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 (Berlin y Meinecke, 1981; Córdoba y Chapel, 1983), a terapias aversivas eléctricas (Quinsey, Chaplin y Carrigan, 1980) o a técnicas de sensibilización encubierta (McConaghy, Blaszczynski 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 cognitivo-conductuales 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, Earls, Segal y Darke, 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 ha-

bilidades sociales del sujeto y la identidad sexual del mismo (Carrobbles y Santacreu, 1985). Por ello, una modalidad de tratamiento de amplio espectro debe centrarse en los siguientes puntos (*tabla 1*): supresión o reducción de los impulsos sexuales ofensivos, aumento de la excitación heterosexual apropiada, desarrollo de habilidades sociales heterosexuales adecuadas, entrenamiento en solución de problemas y, por último, modificación (en los casos precisos) de las conductas inapropiadas respecto al rol sexual asumido por el paciente.

Tabla 1.- Tratamiento de los ofensores sexuales (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Salaberría, 1995)

<p>1. Supresión o reducción de los impulsos sexuales ofensivos</p> <p><i>Técnicas aversivas</i></p> <p>Aversión «de vergüenza» Sensibilización circulatoria</p> <p><i>Fármacos antiandrógenos</i></p> <p>Acetato de medroxiprogesterona (Progevera) Acetato de ciproterona (Androcur)</p>
<p>2. Aumento de la excitación heterosexual adecuada</p> <p><i>Recondicionamiento masturbatorio</i></p> <p>Recondicionamiento orgásmico Saciación de la masturbación</p>
<p>3. Desarrollo de habilidades sociales heterosexuales y/o reducción de la ansiedad social. Entrenamiento en solución de problemas.</p>
<p>4. Modificación de las conductas inapropiadas respecto al rol sexual</p> <p>Instrucciones Modelado Ensayos de conducta</p> <p>Modificación de las fantasías y cogniciones inadecuadas</p>

En este artículo se presenta el tratamiento cognitivo-conductual de un caso de pedofilia, con atracción sexual por las mujeres, limitada al incesto y de tipo no exclusivo, según los criterios diagnósticos del *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994). En concreto, se trata de un caso de abuso sexual reiterado por parte de un padre hacia su hija.

La elección de este caso deriva de la relevancia clínica y social del tema, de la escasez de referencias bibliográficas sobre el problema analizado -tratamiento de un abusador sexual intrafamiliar-, así como del interés en presentar un programa de tratamiento integrado y secuenciado en diversas fases, que se ha puesto a prueba en este caso con un seguimiento a largo plazo (1 año).

MÉTODO

Sujeto

El paciente es un hombre de 50 años, casado desde hace 24, que tiene dos hijas de 22 y 15 años. Reside en Bilbao, trabaja como encargado en un taller mecánico y pertenece a un nivel socio-económico medio. Acude a la consulta derivado por la trabajadora social de su zona, debido a la existencia de abusos sexuales hacia la hija menor.

Los abusos se han producido durante los dos últimos años y se han detectado en el colegio donde estudia la menor. La víctima se dio cuenta de que la relación con su padre no era normal a partir de iniciar una relación afectiva con un chico. Por ello, se lo contó a unas amigas y éstas se alarmaron ante lo ocurrido. Una de ellas lo comentó al educador del centro y éste remitió el asunto a la trabajadora social correspondiente, quien, a su vez, una vez evaluada la gravedad del caso, lo derivó al Servicio de Violencia Familiar y de Agresiones Sexuales de la Diputación Foral de Vizcaya. En este Servicio es donde se inició el tratamiento tanto de la víctima -con el objetivo de valorar su estado y de ayudarla a superar las consecuencias del impacto psicológico sufrido- como del autor de los abusos. El programa de intervención ha tenido lugar entre septiembre y diciembre de 1996 y los controles de seguimiento se han llevado a cabo a lo largo de 1997.

Cuando el paciente acude a la consulta por primera vez, reconoce todo lo ocurrido. No obstante, minimiza la importancia de los actos, les da una atribución torcida y los enmarca dentro de una relación afectiva normal con

su hija. De esta forma, según el paciente, todo empezó cuando su hija cursaba 8º de EGB. En esta época les pusieron un vídeo de sexualidad en el colegio. A partir de ver este vídeo, su hija comenzó a hacerle muchas preguntas sobre sexualidad y, además, a pedirle que le diera masajes, a lo que él accedió. En un principio todo era normal y no hubo ningún tipo de abuso. Sin embargo, en una ocasión su hija le tocó el pene. Él le insistió en que no debía hacer eso nunca más. A raíz de este incidente, su hija, según el testimonio del paciente, comenzó a ser más reiterativa en la solicitud de masajes. Insiste en que era su hija la que quería que él la tocara y le acariciara todo el cuerpo.

Los principales actos de abuso han consistido en masajes corporales continuados, tocamiento de los pechos, caricias del vello del pubis y roce del clitoris. En concreto, uno de los incidentes más graves ocurrió hace 2 meses, en el que el paciente masturbó a su hija durante unos minutos. El paciente se excitó sexualmente. Sin embargo, según el testimonio del sujeto, ni en este caso ni tampoco en incidentes anteriores recurrió posteriormente a su propia masturbación. Por otra parte, los abusos, como suele ser habitual en las relaciones de incesto (Echeburúa y Guerricaechevarría, 1998), no se han visto acompañados de conductas violentas. El paciente no recurre habitualmente a la masturbación y niega la existencia de fantasías sexuales relacionadas con los abusos.

Según el relato del sujeto, la salida a la luz de este suceso le ha supuesto una liberación, porque ya no aguantaba más este tipo de relación y no sabía cómo terminarla.

Por lo que se refiere a la víctima, se trata de una persona con aspecto aniñado, muy inmadura e infantil, tanto física como psicológicamente, con grandes dificultades en las relaciones sociales y con un cierto grado de marginación en la escuela. En relación con los abusos, a la menor le gustaba estar con su padre, que era la única fuente de cariño que existía en casa, al ser la madre muy poco afectuosa y tener con su hermana una relación distante, en parte por la diferencia de edad. Desde muy pequeña su padre había mezclado el cariño y las muestras de afecto con los masajes corporales. Ella había aprendido que los masajes de su padre eran la única fuente de afecto familiar. De hecho, cuando se descubrió todo y cesaron los abusos, también cesaron las muestras de afecto del padre hacia su hija. En ningún caso, sin embargo, confería a los masajes el carácter sexual que les atribuía su padre.

La madre, en cambio, es una mujer muy fría y distante en las relaciones familiares. Tiene poca capacidad empática y no constituye una fuente de afecto para su hija. Asimismo se muestra muy dependiente de su marido. De hecho, cuando se descubrieron los abusos, su reacción fue la de intentar ocultar lo ocurrido. Minimizaba los abusos y justificaba a su marido. Desde su punto de vista, su hija era excesivamente cariñosa y le atribuía a ella la responsabilidad de todo lo ocurrido.

Por último, la hermana mayor vive fuera, está inmersa en sus estudios universitarios y no se ha enterado de los abusos. Una vez que éstos se han descubierto, apoya en todo a su hermana, a pesar de que está muy mediatizada por el excesivo interés de la madre por minimizar los hechos. No obstante, en la actualidad se ha convertido en la principal fuente de afecto y de apoyo psicológico para su hermana.

Por lo que se refiere a la relación de pareja, el paciente considera a su mujer una persona poco afectiva tanto con las hijas como con él mismo. Las relaciones sexuales no son satisfactorias. Desde que su mujer tuvo la menopausia, a ella no le apetece mucho tener contactos eróticos, por lo que éstos son escasos (1 vez al mes, aproximadamente). Esta frecuencia aumenta durante el mes de vacaciones. A pesar de ello, el paciente señala que lo ocurrido con su hija nunca ha sido una sustitución de las relaciones sexuales con su mujer.

Procedimiento

a) Evaluación

Se llevaron a cabo dos sesiones de evaluación de una hora de duración. En la primera de ellas el terapeuta llevó a cabo una entrevista abierta con el objetivo de analizar el nivel de conciencia y de responsabilidad que el paciente tenía sobre los abusos, así como su grado de motivación para recibir un tratamiento psicológico. En este sentido, se le permitió expresar libremente su opinión sobre el desarrollo de los acontecimientos. Asimismo en esta misma sesión se le explicaron las características del programa de intervención y las condiciones para someterse al mismo. Se trataba de lograr un compromiso firme por parte del paciente para acudir semanalmente a las sesiones de tratamiento y para cumplir las prescripciones terapéuticas.

En la segunda sesión se completó la evaluación por medio de cuestionarios y escalas. El objetivo era evaluar objetivamente las características

psicopatológicas del paciente, así como los síntomas presentes en la actualidad. De este modo, sería posible comparar estos resultados con los obtenidos más tarde tras la intervención terapéutica.

Con esta finalidad el paciente cumplimentó los siguientes cuestionarios: *Miniexamen Cognoscitivo* (Folstein, Folstein y McHugh, 1975). Se trata de un instrumento diseñado para evaluar la función intelectual del sujeto. En concreto, explora las áreas cognitivas más importantes (orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria, lenguaje y construcción, y nivel de conciencia). Una puntuación inferior a 27 refleja un déficit global cognitivo. Este instrumento de *screening* ha sido estandarizado en nuestro país por Lobo y Ezquerro (1979) y ha mostrado unas adecuadas propiedades psicométricas.

SCL-90-R (Derogatis, 1975). Es un cuestionario autoadministrado de evaluación psicopatológica general. Consta de 90 ítems, con 5 alternativas de respuesta en una escala de tipo Likert, que oscilan entre 0 (*nada*) y 4 (*mucho*). El cuestionario tiene como objetivo reflejar los síntomas de malestar

psicopatológico, se puede utilizar tanto en una única evaluación como en evaluaciones repetidas. El SCL-90-R está constituido por nueve dimensiones de síntomas primarios (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo). Además, ofrece tres índices globales que reflejan el nivel de gravedad global del sujeto. El punto de corte en el índice global de síntomas (GSI) es 63. La versión utilizada en este estudio puede encontrarse en Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998).

Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983; versión española de Vázquez y Sanz, 1991). Consta de 21 ítems y mide la intensidad de los síntomas depresivos, sobre todo en lo relacionado con las alteraciones cognitivas. El rango de las puntuaciones es de 0 a 63. El punto de corte más utilizado para discriminar entre la población sana de la población aquejada de sintomatología depresiva es 18. El coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades es de 0,93. Desde la perspectiva de la validez convergente, la correlación con la evaluación clínica de la depresión oscila de 0,62 a 0,66. La versión utilizada en este estudio puede encontrarse en Echeburúa (1995).

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; versión española de TEA, 1982). Consta de 20 ítems relacionados con el estado de ánimo en un momento dado.

cionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 relacionados con la ansiedad-estado. El rango de las puntuaciones es de 0 a 60 en cada escala. El punto de corte, según las muestras utilizadas, oscila en torno a 30. La fiabilidad test-retest es de 0,81 en la ansiedad-rasgo y, como es lógico, bastante más baja en la ansiedad-estado ($r=0,40$). El coeficiente *alfa* de consistencia interna oscila de 0,83 a 0,92.

Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965). Tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Este instrumento consta de 10 ítems generales que puntúan de 1 a 4 en una escala de tipo Likert. El rango del cuestionario es de 10 a 40, con una puntuación tanto mayor cuanto mayor es la autoestima, y el punto de corte en la población adulta es de 29. La fiabilidad test-retest es de 0,85 y el coeficiente *alfa* de consistencia interna es de 0,92. La validez convergente y la validez discriminante son asimismo satisfactorias (*cfr.* Zubizarreta, Sarasua, Echeburúa, Corral, Sauca y Emparanza, 1994). La versión española utilizada en este estudio puede encontrarse en Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997).

Escala de Inadaptación (Echeburúa y Corral, 1987a). Refleja el grado en que los problemas actuales del paciente afectan a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar. Este instrumento cuenta asimismo con una subescala que da cuenta del grado de inadaptación global a la vida cotidiana. El autoinforme consta, en total, de 6 ítems, que tienen una puntuación de 0 a 5 según una escala de tipo Likert. El rango total del instrumento es de 0 a 30, con una puntuación tanto mayor cuanto mayor es la inadaptación. La escala utilizada en este estudio puede encontrarse en Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997).

Test de Ajuste Marital (Locke y Wallace, 1959). Está formado por 15 ítems de puntuación variable que evalúan el grado de armonía que existe en la pareja según la percepción de cada miembro. El rango es de 0 a 145 y el punto de corte es de 100, con una puntuación tanto mayor cuanto mayor es el ajuste marital. Este instrumento sirve para discriminar a las parejas bien avenidas de las parejas mal avenidas. Los estudios de fiabilidad y validez llevados a cabo con esta escala han dado unos resultados satisfactorios. La escala utilizada en este estudio puede encontrarse en Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997).

Escala de Expectativas de Cambio (Echeburúa y Corral, 1987b). Este instrumento trata de valorar, desde una perspectiva global, la motivación del paciente ante el tratamiento y, desde una perspectiva más específica,

el grado en que el paciente confía mejorar como consecuencia del tratamiento que va a recibir o está recibiendo. El paciente tiene que puntuar en una escala de tipo Likert que oscila de 1 (*nada*) a 6 (*muchísimo*). La escala utilizada en este estudio puede encontrarse en Echeburúa (1995).

En la *tabla 2* figuran las puntuaciones obtenidas por el paciente en la evaluación pretratamiento. Los resultados reflejan la presencia, en general, de síntomas psicopatológicos acentuados y, más en concreto, de unos niveles de ansiedad muy elevados, así como de un bajo ajuste marital. Asimismo el nivel de inadaptación a la vida cotidiana es muy elevado. Todo ello es fruto de la situación personal por la que está pasando en estos momentos. Sin embargo, la motivación del paciente ante el tratamiento es alta.

Tabla 2.- Resultados de la evaluación pretratamiento

CUESTIONARIOS Y ESCALAS	PUNTAJACIÓN OBTENIDA
Miniexamen Cognoscitivo (<i>Rango: 0-35</i>)	35
SCL-90-R - GSI	72
Inventario de Ansiedad (<i>STAI-Estado</i>) (Spielberger <i>et al.</i> , 1970) (<i>Rango: 0-60</i>)	41
Inventario de Ansiedad (<i>STAI-Rasgo</i>) (Spielberger <i>et al.</i> , 1970) (<i>Rango: 0-60</i>)	22
Inventario de Depresión de Beck (<i>BDI</i>) (Beck <i>et al.</i> , 1979) (<i>Rango: 0-63</i>)	8
Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965) (<i>Rango: 10-40</i>)	29
Escala de Inadaptación (Echeburúa y Corral, 1987a) (<i>Rango: 0-30</i>)	21
Test de Ajuste Marital (Locke y Wallace, 1959) (<i>Rango: 0-145</i>)	77
Escala de Expectativas de Cambio (Echeburúa y Corral, 1987b) (<i>Rango: 1-6</i>)	5

La evaluación de la conducta sexual hace descartar la existencia de una *pedofilia preferencial* (orientación sexual dirigida primariamente a niños, sin apenas interés por los adultos). El nivel de excitación heterosexual del paciente es adecuado y no se observan signos indicativos de una excitación sexual general desviada. Por lo tanto, se trata de una *pedofilia situacional*, de mejor pronóstico que una *pedofilia preferente* (Echeburúa *et al.*, 1995). Estos datos, unidos a la ausencia de trastornos de personalidad y de signos de alteraciones en las funciones neuropsicológicas, junto al nivel previo de adaptación y las expectativas de cambio elevadas, constituyen factores facilitadores del éxito terapéutico.

b) Hipótesis explicativa y motivación para el tratamiento

Una vez llevada a cabo la evaluación, se le ofreció al paciente una información clara y detallada sobre lo inadecuado de sus actos -tanto desde una perspectiva legal como psicológica- y sobre las posibilidades de intervención.

Asimismo, debido a que el paciente se escudaba continuamente en que era su hija la que acudía a él en busca de un contacto erótico, se le aclaró la motivación de esta pauta de conducta inhabitual. La hija se encontraba marginada en la escuela y sufría insultos y desprecios por parte de sus compañeros. Por ello, tenía una gran necesidad de cariño y lo buscaba en casa. En este contexto su padre constituía una fuente de afecto para ella. Precisamente por este motivo, los contactos físicos eran una muestra de «cariño» -aunque totalmente inadecuada- para ella. Sin embargo, esto no justifica los abusos. El padre debía haber sabido controlar la situación y proporcionarle exclusivamente el afecto normal de un padre a una hija, sin aprovecharse de la situación de vulnerabilidad de ella.

El paciente acepta las explicaciones del terapeuta en este sentido. En este caso se habían juntado la falta de afecto y de aprecio que experimentaba su hija con la ausencia de cariño que sentía él mismo. Además, una vez puesto en marcha este tipo anómalo de relación, el paciente estaba deseando ponerle fin, pero no sabía cómo hacerlo.

Asimismo se le explicaron las razones por las que su hija no tenía síntomas psicológicos aparentes como consecuencia de los abusos. Ella no había experimentado los contactos físicos como algo traumático, sino todo lo contrario. Más bien los percibía como una forma de cariño por parte de

su padre, por quien siempre se había sentido querida, mientras que en el colegio se notaba rechazada. Ello no quiere decir, sin embargo, que en el futuro, cuando comience a tener relaciones con chicos, no se percate del alcance de lo ocurrido y no empiece a experimentar síntomas demorados del trastorno de estrés postraumático (embotamiento afectivo, reexperimentación, etc.) (*cf.* Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 1995).

Una vez comprendidas y aceptadas las explicaciones del terapeuta, se le expusieron al paciente el plan de tratamiento y la duración aproximada del mismo, así como las líneas generales de intervención. En concreto, se seleccionaron los siguientes objetivos terapéuticos: a) potenciar la responsabilidad del paciente sobre sus actos; b) aprender a identificar el límite entre unas caricias normales de padre a hija y un tocamiento que roza el abuso sexual; y c) eliminar la excitación sexual producida por el abuso a su hija y sustituirla por conductas eróticas adecuadas.

La principal motivación del paciente para acudir al tratamiento era el miedo que tenía de que llegara el caso al juzgado y lo metieran en la cárcel. De hecho, la trabajadora social que había detectado el caso había dado cuenta de lo ocurrido al Departamento de Menores de la Diputación de Vizcaya. Asimismo el paciente no quería que se rompiera su familia y estaba dispuesto a hacer todo lo posible para solucionar todos los problemas que había ocasionado con su comportamiento.

c) Tratamiento

El protocolo de intervención utilizado se basa en el programa de tratamiento de los ofensores sexuales descrito en Echeburúa *et al.* (1995). En este caso, el programa terapéutico, excluidas las sesiones de evaluación, constó de nueve sesiones individuales y de una sesión de pareja, de una hora de duración y con una periodicidad semanal. Las principales técnicas utilizadas fueron la reestructuración cognitiva, el control de estímulos, la sensibilización encubierta, una intervención educativa sobre la relación de padre a hija, así como unas estrategias generales de prevención de recaídas.

En la primera sesión, se procedió a realizar un control de estímulos, con el objetivo de impedir cualquier situación de riesgo que facilitara los abusos. Así, se le dieron instrucciones al paciente para que evitara estar a solas con la hija en casa, para que no entrara en la habitación de ella y para que no propiciara ninguna situación peligrosa.

Por otra parte, se comenzó una intervención de corte cognitivo, con el objetivo de que el paciente asumiera su propia responsabilidad sobre lo ocurrido. El sujeto justificaba continuamente los hechos aludiendo a que era su hija la que buscaba esta situación y a que a él no le quedaba más remedio que acceder a ello. De hecho, y como forma de autoexculparse por lo ocurrido, el paciente manifestaba sentirse muy mal después de cada contacto sexual. Asimismo destacaban sus creencias persistentes acerca de la ausencia de consecuencias psicológicas «visibles» en su hija. Lo que explicaba esta aparente normalidad, sin percatarse de los efectos que pueden presentarse a largo plazo, era, en su opinión, que él no había obligado directamente a su hija a este tipo de abusos. En este sentido, el paciente señalaba que «*si hubiese obligado a mi hija, sería como para que me metieran en la cárcel. Sin embargo, como no ha sido así, mi hija no tendrá ningún trauma*». Por todo ello, se realizó una reevaluación cognitiva de las ideas distorsionadas que presentaba el paciente en este sentido, que continuó en la segunda sesión.

En la tercera sesión -una vez eliminadas las ideas distorsionadas presentes-, se puso en marcha un entrenamiento en relajación muscular progresiva. El objetivo de esta técnica consistía en que -además de disminuir los niveles elevados de ansiedad- el sujeto la pudiese utilizar como paso previo a la *sensibilización encubierta*. Se realizó un ejercicio de 45 minutos y el paciente consiguió un nivel 7 de relajación en una escala subjetiva de 0 a 10 (10 es el nivel máximo). Como tarea para casa, el sujeto debía practicar la relajación dos veces al día.

En la cuarta sesión se prosiguió con el ejercicio de relajación, ahora con una duración de 30 minutos. Al igual que en la sesión anterior, el paciente consiguió un nivel adecuado. Asimismo se comenzó un entrenamiento en técnicas de imaginación. Para ello, se le hacía describir al sujeto, con los ojos cerrados y en estado de relajación, diferentes escenas neutras (la sala de espera, diferentes habitaciones de su casa, el recorrido realizado para llegar a la consulta, etc.). Se le insistía en que lo hiciera con todo lujo de detalles, incluyendo colores, olores, sensaciones subjetivas, etc. Durante estos ejercicios se comprobó que el paciente tenía una gran capacidad de imaginación, lo que facilitaba la utilización de la técnica de la *sensibilización encubierta*. En esta misma sesión se seleccionaron las imágenes que se iban a utilizar en la aplicación de la técnica. En concreto, las dos escenas habituales seleccionadas aparecen descritas en la *tabla 3*.

Tabla 3.- Escenas utilizadas en la sensibilización encubierta

<p>1ª escena seleccionada</p> <p><i>El paciente llega a casa después de trabajar. Está cansado, y cuando abre la puerta de casa, su hija sale de la habitación y le da un abrazo. Su hija le cuenta que tiene miedo porque los compañeros del colegio la han amenazado. Van los dos a la habitación de la hija y el paciente, para tranquilizarla, le da un masaje. El paciente comienza a acariciarle la espalda y poco a poco se va acercando a los pechos. Le acaricia los pechos.</i></p>
<p>2ª escena seleccionada</p> <p><i>Es domingo. Después de comer, el paciente se tumba en la cama para echar la siesta. Se tapa con una manta. Entra la hija en la habitación y le pide que le deje sentarse con él. Se tumban los dos en la cama, tapados con la manta. El paciente comienza a acariciarle la espalda y poco a poco baja la mano hasta el culo. Para que no se caiga su hija de la cama, le sujeta firmemente el cuerpo. El paciente da la vuelta a su hija y comienza a acariciarle el cuerpo. Lentamente baja la mano hasta el ombligo. En ese momento el paciente nota que se empieza su hija. El paciente cree percibir que su hija también se está excitando y considera que tanto él como su hija están a gusto. Poco a poco baja más la mano y comienza a acariciar el vello del pubis y busca el clítoris.</i></p>

Por otra parte, y debido a las quejas que presentaba su mujer respecto a un posible consumo excesivo de alcohol, se implantó un programa de bebida controlada (tabla 4). Como tarea para casa, el paciente debía seguir practicando la relajación dos veces al día. Asimismo, una vez relajado, debía ampliar esta técnica con ejercicios de imaginación.

Durante las sesiones quinta, sexta y séptima se realizaron los ejercicios de sensibilización encubierta. Para ello se llevaba a cabo una sesión previa de relajación de entre 10 y 15 minutos de duración. Una vez que el paciente se encontraba relajado, se introducían de forma alternativa las dos escenas seleccionadas, combinándolas con imágenes aversivas, entre las que figuraban las dos siguientes: a) ser descubierto por su mujer y su hija mayor mientras estaba en una actitud erótica con la hija pequeña (junto con las consecuencias familiares negativas que esto entrañaba); y b) sentirse mareado y con ganas de vomitar.

En cada una de estas sesiones se realizaban una media de 3 ejercicios de sensibilización encubierta. En el transcurso de los mismos el paciente,

que se encontraba muy motivado para el tratamiento, lo pasaba verdaderamente mal, hasta el punto de que durante uno de los ejercicios experimentó náuseas y hubo que suspenderlo porque le entraron verdaderas ganas de vomitar. Este hecho refleja el grado adecuado de imaginación que había adquirido el sujeto. Como tarea para casa, se le mandaba practicar los ejercicios de sensibilización encubierta una vez al día y, si existía alguna situación de peligro, debía practicarlos de inmediato.

Tabla 4.- Instrucciones del programa de bebida controlada

- * Beber como máximo 40 gramos de alcohol por día. Una consumición de vino o cerveza, en las unidades de medida de un bar, contiene 10 gramos; una consumición de otra bebida alcohólica (coñac, whisky, «gin-tonic», etc.), 20 gramos. Anotar el consumo en el registro correspondiente.
- * Beber como máximo 4 días por semana.
- * No beber nunca a solas ni en compañía de personas que abusan del alcohol. Hacerlo cuando se lleva a cabo alguna otra actividad: charlar, comer, jugar a cartas, estar con los amigos, etc.
- * No beber nunca en ayunas ni con el estómago vacío.
- * Beber solamente cuando se encuentre de buen humor y nunca cuando esté enfadado, preocupado o triste.
- * Llevar a cabo actividades que sean incompatibles con el consumo de alcohol: hacer ejercicio físico, ir al monte, etc.

En la octava sesión se realizó una intervención de tipo educativo. Se trataba de proporcionar al paciente información acerca de las necesidades de una adolescente de la edad de su hija y de cómo se debían afrontar por parte de los padres dichas necesidades. Asimismo, se incidió en la manifestación adecuada de muestras de afecto hacia su hija, a pesar de lo que había ocurrido. Este hecho era especialmente importante, puesto que el paciente presentaba una conducta excesivamente distante hacia su hija desde que habían salido a la luz los hechos.

La novena sesión se llevó a cabo en pareja. El objetivo de esta sesión consistía en establecer un control de estímulos menos férreo que en la primera sesión, pero lo suficientemente efectivo como para evitar situaciones peligrosas. Asimismo se trataba de valorar la viabilidad de una intervención de carácter sexual, debido a las divergencias existentes entre las necesidades sexuales y el grado de satisfacción experimentados por uno y otro miembro de la pareja.

Es destacable, sin embargo, la escasa colaboración por parte de la mujer del paciente. A pesar de que ella había recibido también unas sesiones de tratamiento con una psicóloga del mismo equipo, se empeñaba en quitar importancia a lo ocurrido con su marido y su hija y no veía la existencia de problemas. Por ello, se decidió no atenuar el control de estímulos establecido al comienzo de la terapia. En realidad, la actitud de la mujer no daba garantías de una vigilancia adecuada a su marido. Además, dado que el paciente había aceptado bien el control estimular establecido, se decidió no correr riesgos. Por la misma razón, fue imposible plantear una posible

básicas de educación sexual.

Por último, en la décima sesión, se hizo una intervención general orientada a la prevención de recaídas. Se analizó con el paciente la posibilidad de manifestar nuevamente los síntomas en un futuro, principalmente en circunstancias de estrés o de enfrentamiento fortuito a situaciones que le recordaran los hechos anteriores, y la necesidad de poner en marcha, si esto ocurriera, las técnicas aprendidas en la consulta. Se hizo un especial hincapié en estos aspectos debido a que el sujeto mostraba una excesiva seguridad de que nunca más se iban a repetir los hechos y de que jamás volvería a excitarse pensando en este tipo de situaciones. Asimismo se hizo un resumen de todo lo trabajado a lo largo de las sesiones terapéuticas y se preparó al paciente para comenzar los períodos de seguimiento.

En este caso, no fue necesaria la utilización de técnicas dirigidas al aumento de la excitación heterosexual adecuada -como el recondicionamiento masturbatorio, por ejemplo-, ni de técnicas dirigidas al desarrollo de habilidades sociales heterosexuales o a la modificación de las conductas inapropiadas respecto al rol sexual, puesto que el estado del paciente en todos estos aspectos era adecuado. Con la intervención realizada se trataba principalmente de eliminar los impulsos sexuales ofensivos y de tener bajo control las situaciones de riesgo para los abusos.

RESULTADOS

Los resultados se valoraron en función de si existían o no abusos, así como si en algún momento el paciente había tenido algún tipo de fantasías o deseos de contactos sexuales con su hija. En este sentido, el paciente, al concluir el tratamiento y en los diversos seguimientos llevados a cabo hasta 1 año después del alta, no había vuelto a tener ninguna conducta sexual ni ningún tipo de excitación relacionada con los abusos.

Desde otra perspectiva, el cambio terapéutico se valoró también mediante la aplicación de mediciones repetidas de los instrumentos de evaluación utilizados en el pretratamiento. Todas estas pruebas han mostrado su sensibilidad al cambio terapéutico en diversos estudios. Los resultados obtenidos en los diferentes instrumentos a lo largo de los períodos de seguimiento figuran en la *tabla 5* y en la *figura 1*.

Tabla 5.- Resultados de los instrumentos de medida en los diferentes momentos de evaluación

CUESTIONARIOS Y ESCALAS	PRE	POST	1 MES	3 MESES	6 MESES	12 MESES
Ansiedad	41	6	4	0	0	2
Depresión	8	5	0	3	1	2
Autoestima	29	35	30	31	33	32
Inadaptación	21	5	1	0	0	3
Ajuste marital	77	92	104	107	100	102

Como se puede apreciar, se ha producido una mejoría significativa en las variables psicopatológicas asociadas. En concreto, los niveles elevados de ansiedad y de inadaptación a la vida cotidiana que presentaba el paciente inicialmente han disminuido considerablemente durante el tratamiento y los períodos de seguimiento. Por otra parte, el ajuste marital ha mejorado de forma significativa. Los cambios en la autoestima y en la depresión han sido irrelevantes, en parte porque el nivel inicial de los síntomas en estas variables era más bien bajo.

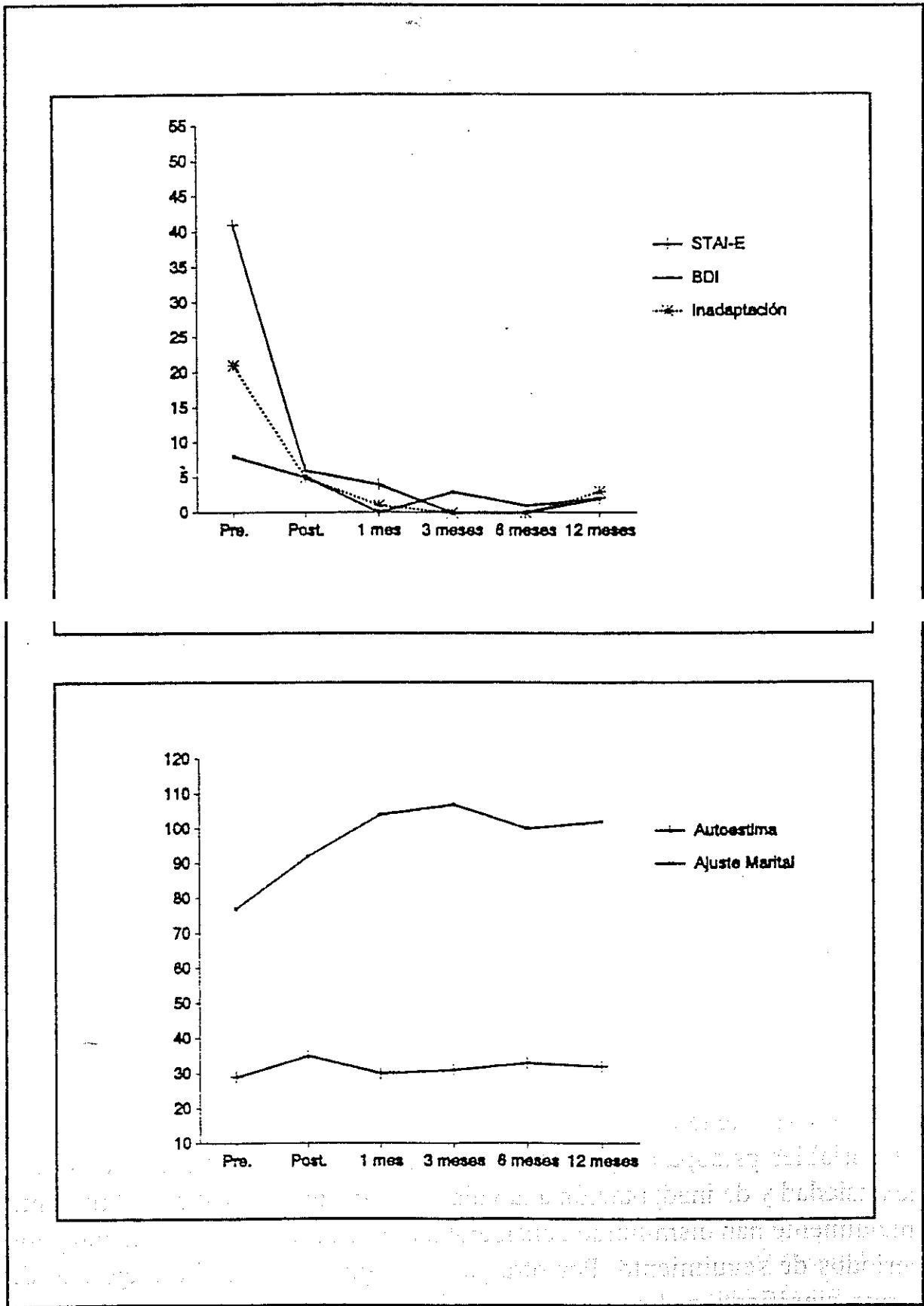


Figura 1.- Evolución de las variables psicopatológicas

Desde una perspectiva más cualitativa, sin embargo, y a pesar de que no se han vuelto a producir los abusos y de que el paciente manifiesta no haber sentido ningún deseo sexual en este sentido, la relación afectiva del paciente con su hija no es del todo adecuada. En concreto, el sujeto ha pasado de un polo (un excesivo acercamiento a su hija) al otro (una excesiva distancia afectiva de ella). En la actualidad se muestra distante y poco cariñoso en la relación paterno-filial. Si bien este aspecto se ha tomado en consideración en las intervenciones realizadas durante los períodos de seguimiento, no se ha podido conseguir un acercamiento adecuado de padre a hija. Este hecho ha influido negativamente en la menor, pues ha pasado «de todo a nada». No obstante, una terapeuta está realizando las intervenciones oportunas con la hija para encauzar adecuadamente la situación.

CONCLUSIONES

El tratamiento de los ofensores sexuales y de las personas aquejadas de una parafilia en general es un asunto complejo. Si bien en los últimos años se han realizado esfuerzos por diseñar protocolos de tratamiento concretos (Echeburúa *et al.*, 1995; Lamontagne y Lesage, 1986; Laws, 1989; Marshall y Barbaree, 1988; Marshall y Fernández, 1997), las perspectivas terapéuticas son menos halagüeñas que en el caso de las víctimas. La escasa motivación para el tratamiento es el escollo más difícil de salvar en estos sujetos. La tasa de éxitos de los sujetos tratados oscila del 50% al 80% de los casos y es mayor en el caso de los exhibicionistas y de los pedófilos que en el de los violadores (Pithers y Cumming, 1989).

En este artículo se ha expuesto el tratamiento de un hombre que abusa sexualmente de su hija de 15 años. Según los criterios diagnósticos del *DSM-IV* (APA, 1994), se trata de un caso de pedofilia, con atracción sexual por las mujeres, limitada al incesto y de tipo no exclusivo.

Según nuestra propia experiencia clínica, en este tipo de casos parece conveniente la presencia de un terapeuta varón. La implicación motivacional en el tratamiento y el establecimiento de límites parecen más fáciles de conseguir cuando se da esta circunstancia. Sin embargo, la víctima -la hija de 15 años- ha sido tratada por una terapeuta del equipo de los autores. En estas circunstancias una psicóloga clínica facilita más el acceso a las confidencias y la superación del pudor que la presencia de un terapeuta varón.

Las técnicas de tratamiento que se han utilizado con el sujeto son la reestructuración cognitiva -dirigida a eliminar las distorsiones cognitivas que presentaba el sujeto-, el control de estímulos -con el objetivo de eliminar las principales situaciones de alto riesgo-, la sensibilización encubierta -enfocada principalmente a la supresión de los impulsos sexuales ofensivos-, una intervención educativa sobre los aspectos implicados en una relación paterno-filial adecuada, así como una actuación general dirigida a la prevención de las recaídas. Además, en este caso ha sido necesario establecer un programa de bebida controlada. El sujeto, debido principalmente a las consecuencias sociales del descubrimiento de los abusos, había comenzado a tener un consumo excesivo de alcohol a modo de estrategia de afrontamiento inadecuada.

En cualquier caso, se trata de un programa de tratamiento de amplio espectro, que no se limita exclusivamente a la eliminación de la conducta sexual desviada (Echeburúa *et al.*, 1995). Los resultados obtenidos muestran la utilidad de este tipo de programas en el tratamiento de la pedofilia, si-
nentes de la terapia propuesta.

No obstante, en este caso existía una alta motivación para el tratamiento, así como un cumplimiento estricto de las prescripciones terapéuticas, que no es lo normal en los ofensores sexuales que acuden a consulta. En general, es la presión social y judicial lo que les lleva habitualmente a la terapia. De ahí el gran número de rechazos y de abandonos del tratamiento, así como las 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.

BIBLIOGRAFÍA

- 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.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th. ed.). Washington, DC: Author.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao. Desclée de Brower (original, 1979).

- 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.
- Carrobles, J.A. (1985). Variaciones y ofensas sexuales. En J. A. Carrobles (ed.). *Análisis y Modificación de la Conducta II*. Madrid: UNED, vol. 1º.
- Carrobles, J.A. y Santacreu, J. (1985). Tratamiento conductual de las variaciones y ofensas sexuales. En J.A. Carrobles (ed.). *Análisis y Modificación de la Conducta II*. Madrid: UNED, vol. 1º.
- 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.
- Derogatis, L.R. (1975). *The SCL-90-R*. Clinical Psychometric Research. Baltimore.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona. Martínez Roca.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987a). *Escala de Inadaptación*. Manuscrito no publicado.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987b). *Escala de Expectativas de Cambio*. Manuscrito no publicado.
- 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. y Amor, P. (1997). Características psicopatológicas de los ofensores sexuales. En M. Lameiras y A. López (eds.). *Sexualidad y salud*. Santiago de Compostela. Tórculo.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1995). *Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales*. La Coruña. Fundación Paideia.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. En E. Echeburúa y P. de Corral. *Manual de violencia familiar*. Madrid. Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Salaberría, K. (1995). Tratamiento psicológico de los ofensores sexuales: posibilidades y límites. *Psicología Conductual*, 3, 47-66.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (1998). Abuso sexual en la infancia. En M.A. Vallejo (ed.). *Manual de terapia de conducta*. Madrid. Pirámide.
- Enright, S.J. (1989). Paedophilia: A Cognitive/Behavioral Treatment Approach in a Single Case. *British Journal of Psychiatry*, 155, 399-401.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid. Pirámide.

- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I.A. y Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 14, 19-28.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. y McHugh, P.R. (1975). «Mini-Mental State». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- García-Andrade, J.A. (1994). *Lo que me contaron los muertos*. Barcelona: Temas de Hoy.
- Gordon, A. (1989). Research on sex offenders: Regional Psychiatric Centre (Praries). *Forum on Corrections Research*, 1, 20-21.
- 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.
- 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.
- Leber, G. (1989). Research on sex offenders: Regional Treatment Centre (Ontario). *Forum on Corrections Research*, 1, 21.
- Lobo, A. y Ezquerro, J. (1979). El «Mini-Examen Cognoscitivo». Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 189-202.
- Locke, H.J. y Wallace, K.M. (1959). Short marital-adjustment and prediction tests: their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21, 251-255.
- López, F. (1995). *Prevención de los abusos sexuales a menores y educación sexual*. Salamanca. Amarú.
- López, F. (1997). La prevención de los abusos sexuales. En M. Lameiras y A. López (eds.). *Sexualidad y salud*. Santiago de Compostela. Tórculo.
- 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., 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. y Fernández, Y.M. (1997). Enfoques cognitivo-conductuales para las parafilias: el tratamiento de la delincuencia sexual. En V.E. Caballo (ed.) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid. Siglo XXI. Vol. 1º.
- McConaghy, N., Blaszczynski, A. y Kidson, W. (1988). Treatment of sex offenders with imaginal desensitization and/or medroxyprogesterone. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 199-206.

- 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.
- Rosenberg, A. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey. Princenton.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto C.A., Consulting Psychologists Press (versión española, T.E.A., 1982).
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1991). Fiabilidad y validez factorial de la versión española del Inventario de Depresión de Beck. *III Congreso de Evaluación Psicológica*. Barcelona.
- Wormith, J.S. (1983). A survey of incarcerated sexual offenders. *Canadian Journal of Criminology*, 25, 379-390.
- Zubizarreta, I., Sarasua, B., Echeburúa, E., Corral, P., Sauca, D. y Emparanza, I. (1994). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. En E. Echeburúa (ed.). *Personalidades violentas*. Madrid. Pirámide.

