

Sobre los posibles tratamientos para pederastas

EL MUNDO (SUPLEMENTO DE SALUD)

Se calcula que el índice de reincidencia de los agresores una vez que han cumplido su condena es de entre el 20% y el 40%. Este porcentaje puede reducirse de forma considerable aplicando medidas basadas en la psicoterapia de choque y la inhibición de la testosterona, junto con una mayor vigilancia

MARÍA SÁNCHEZ-MONGE

La mayoría de los agresores sexuales de menores lo serán durante toda su vida. ¿Esto significa que no se puede hacer nada por ellos? Todo lo contrario: existen multitud de medidas preventivas y de contención que, aunque no cambien sus inclinaciones hacia la infancia, sirven para mantenerles alejados de sus víctimas. La Justicia debe funcionar a la perfección, pero la comunidad médica también tiene mucho que decir. Desde la detección de abusos y la terapia de las secuelas en los afectados, hasta el tratamiento psicoterapéutico de los pedófilos, pasando por la mal denominada "castración química", que en realidad es la inhibición de la hormona masculina relacionada con el deseo sexual, la testosterona.

Para muchos expertos, el mayor escollo es que la legislación española no permita la terapia obligatoria cuando exista la certeza casi absoluta de que los agresores volverán a cometer abusos. Psicoterapia y administración de fármacos para inhibir el deseo sexual constituyen el arsenal terapéutico más eficaz para prevenir las agresiones sexuales.

Los profesionales sanitarios también tienen un papel crucial en el descubrimiento de los abusos. Es preciso tener en cuenta que la pederastia permanece oculta en muchos casos por diversos motivos, como el miedo del niño a denunciar a su agresor o la ausencia de daños físicos fácilmente identificables por el pediatra. Sin embargo, cuando se investiga el número de adultos que padecieron abusos sexuales durante su infancia sale a la luz la verdadera magnitud de estas conductas.

Un trabajo realizado a mediados de los años 90 por Félix López, catedrático de Psicología de la Sexualidad, dibujó la situación en nuestro país. El 18,9% de las personas entrevistadas manifestaron haber sufrido un abuso sexual en algún momento de su infancia (antes de los 17 años). En los hombres el porcentaje fue del 15,2% y en las mujeres del 22,5%.

Algunos estudios señalan que en los últimos años se ha incrementado el número de delitos de este tipo, al tiempo que se ha reducido la edad de las víctimas. Es difícil de saber. No obstante, casos como el de Mari Luz -la pequeña de Huelva recientemente asesinada por un presunto pederasta-, o el de Megan en Estados Unidos - una niña de 7 años violada y asesinada en 1994 por un individuo que ya había sido condenado por dos abusos sexuales a menores- dejan sin argumentos a quienes aún pudieran tener el atrevimiento de minimizar el problema.

Tal y como señala una revisión sobre esta materia publicada el año pasado en la revista 'Mayo Clinic Proceedings' por médicos del Departamento de Psiquiatría del Hospital Johns Hopkins de Baltimore (EEUU), "el pedófilo ha dejado de ser visto como el viejo solitario con gabardina que acosa a los confiados niños en los cines; o como el sacerdote débil que abusa de un monaguillo".

PSICOPATOLOGÍA

La creciente concienciación social de la gravedad de los ataques sexuales a la infancia ha llevado a la ciudadanía a reclamar a las autoridades una mayor firmeza. Muchos profesionales sanitarios coinciden en señalar que a ellos no les competen cuestiones como la reinstauración de la cadena perpetua.

En cambio, la necesidad de aplicar tratamientos médicos es algo unánime. El psicólogo clínico y forense Javier Urra puntualiza que en personas como Santiago del Valle -presunto asesino de Mari Luz- no se debe asociar patología con criminalidad. "Es un desalmado, pedófilo, manipulador, capaz de engañar, de programar, de huir, de buscar coartadas", afirma. Para Vicente Rubio, jefe del Servicio de Psiquiatría de Nuestra Señora de Gracia (Zaragoza), la pederastia, "más que una enfermedad es una forma de ser".

A este respecto, José Antonio García-Andrade, profesor de psiquiatría forense, cree que el escaso índice de curación no tiene que ser un factor disuasorio y el hecho de que sean psicópatas no quiere decir que no deban ser tratados.

Es más, muchos expertos abogan por que la terapia, tanto psicológica como farmacológica, sea obligatoria (las actuales normas españolas no permiten administrar ningún tratamiento sin consentimiento del paciente). Creen que la protección de la infancia es motivo suficiente para cambiar la legislación y mantener bajo control médico a delincuentes con una alta probabilidad de volver a cometer agresiones.

Rubio indica que es muy difícil evaluar el riesgo de reincidencia, pero lo que es seguro es que se produce. Todos los casos que él ha atendido han recaído. Urra también apuesta por cambios normativos porque los agresores en la cárcel "se portan muy bien, pero se niegan a reconocer su problema". Prueba de ello es

que aproximadamente entre un 20% y un 40% reinciden en el abuso de menores cuando salen de las instituciones penitenciarias. Pero estas cifras pueden bajar. El psiquiatra forense Luis Borrás aporta datos de un programa catalán que logró reducir del 18% al 5% el índice de repetición de estas conductas cuando los reclusos eran tratados.

¿Cómo se obtuvieron esos resultados? La parte psicológica de la terapia va encaminada a modificar los impulsos. Consta de un componente conductual en el que, entre otras cosas, se busca provocar un impacto en el sujeto a través de la saturación con imágenes. "Es como si a alguien a quien le gusta el marisco se le sirve para cenar todos los días de la semana", precisa Urra a modo de ejemplo. También se persigue un cambio cognitivo, es decir, intentar modificar su pensamiento para que dejen de deshumanizar y ver como un objeto a la víctima. En algunos casos se intenta indagar qué les llevó a desarrollar ese comportamiento.

El otro pilar terapéutico es el farmacológico. Se puede controlar la impulsividad con distintos medicamentos, como los antidepresivos, pero en este terreno la principal herramienta es la supresión de la libido. Eduard Ruiz, director del Servicio de Andrología de la Fundación Puigvert de Barcelona y miembro de la comisión creada por la Generalitat para estudiar medidas de prevención de la reincidencia grave, subraya que esta opción sólo es efectiva como complemento de otras (psicoterapia, vigilancia a través de pulseras con GPS, muestras de ADN que se puedan cotejar si cometen nuevos delitos...).

FÁRMACOS

Los medicamentos que se emplean para este fin inhiben la producción de testosterona en los testículos o bien actúan sobre las zonas cerebrales (hipófisis o hipotálamo) responsables de estimular esa actividad. Son de la misma familia que los que se emplean para tratar el cáncer de próstata, pero con la diferencia de que lo que supone un efecto adverso para los pacientes oncológicos -la supresión del deseo sexual- se transforma en el beneficio principal. Otros síntomas que producen son muy similares a los de la menopausia: cansancio, osteoporosis... Dos de los fármacos que se utilizan con más frecuencia son Procrin (acetato de leuprorelina) y Decapeptyl (triptorelina), que se administran trimestralmente mediante una inyección intramuscular.

Esta terapia logra una disminución de la libido y de las fantasías sexuales. No obstante, tal y como apunta Ruiz, estamos hablando de "agresores sexuales que no se relacionan normalmente". Pueden desplegar otros comportamientos igualmente peligrosos y lesivos para la víctima aunque ya no puedan violar. De ahí la importancia del refuerzo con atención psicológica. Esto también se ha observado cuando se aplica la castración quirúrgica (que en California se convirtió en 1996 en una opción para pederastas reincidentes que querían tener

acceso a la libertad condicional). García-Andrade asegura que esta medida tiene efectos muy nocivos en algunos casos, ya que "transfiere la violencia del pene a las manos".

Para Rubio, la eficacia de la supresión hormonal es muy limitada. "En los países en los que se ha puesto en práctica, como Alemania, no ha funcionado". Este experto abunda en que sólo disminuye el deseo sexual genital. Los resultados de un estudio publicado en 2005 en la revista 'Archives of Sexual Behavior' apuntan en este sentido: la psicoterapia cognitivo-conductual reforzada con un inhibidor de la testosterona redujo de forma significativa las fantasías sexuales relacionadas con menores y los impulsos, pero la inclinación pedófila no se modificó tras un año de tratamiento.

Muy pocos profesionales pondrían su mano en el fuego por el comportamiento de un agresor sexual sometido a inhibición hormonal. Ana Moriano, médico general, señala en un interesante trabajo uno de los puntos débiles que presenta la terapia: conviene averiguar "si los individuos tendrán acceso a testosterona exógena", algo que puede dar al traste con todo el plan de prevención de recaídas.

Aunque en ocasiones existirán dudas sobre la probabilidad de que alguien encarcelado por agresión sexual a niños reproduzca esta conducta -en cuyo caso los expertos apuestan, como mínimo, por una vigilancia estricta- habrá otros sujetos en los que quede meridianamente claro, para un psiquiatra o psicólogo, que va a volver a las andadas. Es en estos supuestos en los que se centran las demandas de tratamiento de por vida e, incluso, la reclusión permanente.

INTERNAMIENTO

En España hay en la actualidad 70.000 presos, el 5% de los cuales son agresores sexuales. Muchos de ellos cumplirían los requisitos para ingresar en un psiquiátrico penitenciario, pero en estos momentos sólo hay dos en España, el de Sevilla y el de Alicante. Por eso, diversos profesionales sanitarios han solicitado que se aumente el número y los recursos de estas instituciones.

Rubio expone una de las paradojas a las que puede llevar esta situación: "Un esquizofrénico que entra en la cárcel por un delito menor no recibe tratamiento adecuado, por lo que es fácil que experimente un brote psicótico y sea penalizado por mal comportamiento. En cambio, una persona con delitos sexuales sale antes porque muestra un comportamiento modélico".

García-Andrade también apuesta por recuperar los psiquiátricos penitenciarios, en los que algunos sujetos deberían permanecer de forma indefinida. Esto no requeriría grandes cambios en la legislación, pero Urra va incluso un poco más allá: "A veces el debate está en el lenguaje. Decimos no a la cadena perpetua,

pero yo digo sí a la custodia de seguridad -algo que legisló Alemania en su reforma penal de 1998-, que significa que el juez de vigilancia penitenciaria y su equipo de cumplimiento pueden formular la prórroga de la condena de por vida en base a la peligrosidad social". Y el psicólogo concluye lo siguiente: "¿Se debe juzgar reiteradamente por lo que se ha hecho o por lo que los expertos sabemos que más que posible es probable, por no decir seguro, que vuelva a realizar?"

LA LEY ESPAÑOLA PROHÍBE LA 'CASTRACIÓN QUÍMICA' OBLIGATORIA

De acuerdo con la legislación vigente, en España no se puede administrar a una persona un tratamiento farmacológico sin que haya dado su consentimiento tras ser informado sobre las ventajas y los posibles efectos secundarios de dicha medicación. Por lo tanto, la denominada "castración química" sólo se puede dar a aquellos delincuentes que acepten. La comisión de la Generalitat de Cataluña encargada de evaluar las medidas para evitar la reincidencia de delitos graves, que acaba de presentar sus conclusiones, recomienda "en los casos en los que esté indicado, el uso de tratamientos farmacológicos, incluyendo los de supresión hormonal reversible, siempre que se cumplan las condiciones de aceptación voluntaria y con el consentimiento informado del condenado, y siempre vinculado a otras medidas de tratamiento psicosocial". Pero muchos otros expertos reclaman que en algunos casos sea obligatorio.

EL APOYO FAMILIAR, CLAVE PARA QUE LA VÍCTIMA SALGA ADELANTE

Las secuelas de las víctimas dependerán, en gran medida, del tipo de abuso, de la duración del mismo y de la persona que lo haya perpetrado. Por esta razón, la terapia psicológica y psiquiátrica ha de ser individualizada. Las agresiones crónicas y de inicio temprano son las que pueden tener los peores efectos sobre el desarrollo de la propia identidad y a menudo provocan depresiones y trastornos de la personalidad. Es muy importante dar a los afectados (en su gran mayoría niñas) el tratamiento más adecuado, pero María José Parellada, psiquiatra de niños y adolescentes del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, recalca que tiene una relevancia mucho mayor de cara a la recuperación de la víctima "cómo reaccionan los padres de forma inmediata". El crío debe contar con el apoyo incondicional de sus progenitores, que validen su historia y hagan que se sienta protegido. La familia tiene que evitar por todos los medios culpabilizar en esos primeros momentos al niño. Evidentemente, los casos en los que el padre sea el agresor y la madre consienta serán mucho más traumáticos.

Una vez garantizada la correcta actitud de los más allegados del menor, lo primero que debe hacer el equipo encargado de atender al chaval es evaluar su personalidad y planificar la terapia. La intervención psicológica será necesaria siempre, y la médica en algunos casos, pero se realiza una valoración psiquiátrica para valorar la existencia de trastornos asociados, como el insomnio o la depresión, que pueden requerir tratamiento farmacológico.

Muchas veces, el enfoque psicológico será de corte introspectivo (que no es lo mismo que psicoanálisis) y consistirá en intentar averiguar qué le pasa al afectado, cómo es su personalidad y cómo reacciona ante lo que le ha ocurrido. Cuando la familia sea válida, es decir, no esté implicada en el abuso y haya reaccionado de forma adecuada ante el problema, también es importante realizar sesiones de psicoterapia con ella. Los resultados a largo plazo de estas intervenciones dependerán mucho, nuevamente, del tipo de abuso. Quienes han sufrido agresiones puntuales o en una edad más tardía suelen llevar una vida normal. En cambio, las secuelas pueden perpetuarse si el ataque ha sido crónico y se ha producido en un momento crítico, justo antes de la adolescencia, cuando aún no se ha conformado la identidad de la persona.