

Breves nociones sobre las bases neurológicas del agresor sexual, y la impostergable necesidad de incorporar mayores herramientas psiquiátricas al momento de juzgar sus crímenes

Sabrina E. Castro[1]

Los delitos de naturaleza sexual son considerados social y culturalmente (aunque no necesariamente legalmente, dando cuenta de ello las escalas penales que prevé el Código Penal argentino para los mismos) como los más atroces y aberrantes.

Por ello, y dado el peculiar interés y curiosidad que generan las personalidades de los autores de estos hechos (dicha curiosidad no escapa a quien escribe), me adentraré en el análisis de algunos aspectos de la personalidad de los agresores sexuales, así como de los factores biológicos que podrían predisponerlos a llevar a cometer esos crímenes, y su tratamiento (o insuficiente tratamiento) en el ámbito judicial.

Siendo los autores de delitos de naturaleza o contenido sexual de los más repudiados que puede haber, el análisis de su psiquis y sus bases neurológicas implica necesariamente explorar cuestiones no solo relacionadas con las características fácticas de los hechos cometidos, sino particularmente con las esferas biológicas, psíquicas (intelecto, afectividad, volición) y sociales (intrafamiliar y extrafamiliar) del agresor.

Sin embargo, el problema es amplio, debido a la gran variedad de tipos delictivos que quedan subsumidos bajo el Título “Delitos contra la Integridad Sexual” desde aquellos más leves, como tocamientos, acercamientos, frotamientos, de contenido libidinoso e impúdico que configurarían casos de abuso sexual simple, hasta aquellos de extrema gravedad, tales abusos sexuales agravados por el acceso carnal, corrupción de menores, entre tantos otros.

Más se amplía la problemática del desarrollo y tratamiento de estos temas, si no desatendemos la innegable realidad de las emociones y opiniones que generan estas cuestiones.

Ello así, toda vez que el pensamiento generalizado de nuestra sociedad se encuentra irremediablemente impregnado de pre-juzgamientos; algunas veces debido a la falta de conocimientos específicos (legales, psiquiátricos, estadísticos, etc.), y otras veces debido al repudio propio y natural que genera este tipo de conductas delictivas.

Se intentará durante el desarrollo del presente, desentenderse de tales prejuicios y repudios personales, y tomar a la objetividad como norte rector, tras plantear el interrogante de si son debidamente juzgados los imputados por crímenes sexuales.

A. El criminal Sexual [arriba]

Sabido es que la ciencia ha avanzado a pasos agigantados, y por ello no se exige, a modo de ejemplo, que las alteraciones morbosas a las que hace referencia el art. 34 C.P deban ser sólo aquellas enfermedades mentales con base somática, lo cual limitaba la inimputabilidad, y dejaba afuera de este campo a las alteraciones del ánimo tales como las llamadas psicopatías y las neurosis graves[2].

Pues bien, el primer propósito de las clasificaciones de las enfermedades mentales debe ser el de facilitar y guiar la comunicación entre todos los estudiosos del tema, como así también permitir la posibilidad de ser comprendida por otras ciencias -incluso no médicas-. La necesidad de que las clasificaciones psiquiátricas sean abiertas y mutables es de por sí evidente, dado que los esfuerzos actuales están aún lejanos de la perfección absoluta, como así también el ilimitado progreso de las neurociencias y disciplinas afines que impulsan e inspiran a constantes reformulaciones de los criterios diagnósticos ya establecidos. Ejemplo de ello son las diversas revisiones que han sufrido las dos clasificaciones universalmente aceptadas y utilizadas a la fecha: la Clasificación Internacional de los Trastornos mentales y del Comportamiento (CIE 10) de la Organización Mundial de la Salud, y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales de la American Psychiatric Association (DSM IV).

Por una cuestión didáctica y a fin de mantener un orden metodológico, muchos autores especialistas en Psiquiatría comienzan desarrollando las enfermedades mentales a partir de clasificaciones tradicionales (grupos amplios) a las que luego se introducen subgrupos.

Javier O. Cabello, considera de utilidad dividir a las enfermedades mentales en cinco grandes grupos, con sus respectivos subgrupos, a saber: Psicosis, Neurosis, Trastornos de la Personalidad, Retrasos mental y Parafilias[3].

Particularmente, en relación a este último grupo, el autor ut supra citado las define como: “las parafilias se conciben como una excitación sexual a situaciones u objetos que no responden a los estímulos adecuados, normativos o convencionales acorde a la población a la cual se pertenece. Según su intensidad, puede interferir con la capacidad para una actividad sexual afectiva y recíproca, fijando un patrón conductual recurrente, preferencial y a veces único de satisfacción, que tiene a imponerse compulsivamente[4]”.

Por su parte, el Prof. Dr. Juan Carlos Romi, refiere que “las parafilias se caracterizan por la excitación sexual como respuesta a objetos o situaciones sexuales que no forman parte de los estímulos convencionales y que en diversos grados pueden interferir con la capacidad para una actividad sexual afectiva recíproca”. Y agrega que: “Nosotros pensamos que el término parafilia subraya concretamente que la desviación (para) se encuentra en aquello por lo que el individuo se siente atraído (filia) fijando un patrón de conducta regular sistemática preferencial y a veces único. La imaginación o los actos inusuales o extravagantes son necesarios para la excitación sexual. Tales imágenes o actos tienen ser insistentes e involuntarios y por lo general suponen:

a) la preferencia por el uso de objetos no humanos para la excitación sexual.

b) la actividad sexual repetida con humanos en la que hay sufrimiento.

c) la actividad sexual repetida con parejas que no consienten o no son partidarios de ese tipo de expresión sexual, hecho puede tener significación psicopatológica y/o psicojurídica[5].

Hablando en forma general, agrega el autor citado que, si el comportamiento sexual no es nocivo para los participantes, si es llevado a cabo entre adultos que consienten (adultos que desean asumir toda la responsabilidad por sus actos) sin ninguna clase de coerción, deberá considerarse como un comportamiento privado y personal, aunque a otros tales

manifestaciones les desagraden o que no acepten participar en actos similares (derecho a la privacidad y libertad).

Por lo tanto, no se puede evaluar la significación de las parafilias en una persona desde el punto de vista médico, sino es en el contexto del perfil de la personalidad del individuo a investigar y con ello discutir la conducta médica a seguir. Así, no es lo mismo una parafilia en una personalidad sin mayores alteraciones y que muy posiblemente no requiera voluntariamente ayuda médica, a la parafilia que se dé en el marco de una franca patología mental que pueda llegar al médico en forma directa (conflicto "per-se") o indirectamente a través de las consecuencias -por lo general jurídicas- que surjan del conflicto de base. De manera que es imprescindible reconocer la metodología de la investigación clínica para poder determinar el diagnóstico correcto, la evolución esperable, el pronóstico y la eventual conducta a seguir.

B. Distintas perspectivas sobre el abusador sexual [arriba]

Autores como Alejandro Bevaqua, consideran que “el perpetrador de crímenes de índole sexual es ubicable en el último escalón de la especie humana; es el animal por antonomasia que se vuelve contra su mismo grupo, paradigma de la condición de ‘estado peligroso’ y por lo tanto, intratable (refractario a toda terapia), a la luz de los conocimientos actuales, pero, por otro lado, sujeto enfermo”[6].

En este punto, refiere el autor citado que disiente enormemente con el Prof. Dr. Miguel A. Maldonado, quien sostiene, por el contrario que: “Los violadores no son enfermos y comprenden perfectamente la criminalidad de sus actos; por lo tanto resultan plenamente imputables”[7].

Ahonda Bevaqua, en sus diferencias de perspectivas con la opinión de Maldonado, agregando que solo catalogando al Abusador Sexual como un “enfermo” se podrá tratarlo médicamente, “excepto que se pretenda cobijar bajo el concepto de enfermos sólo a aquellas personas con cuadros patológicos, con desvíos de lo fisiológico, de lo normal, que la ciencia médica puede tratar con efectividad y eficacia, casi entonces con ‘éxito asegurado’, en cada época socio-histórica dada y de acuerdo al conocimiento imperante en esa misma época”, y advierte que: “como este posicionamiento implica un riesgo fácil de advertir por el más ingenuo de los

lectores -habría que considerar como no enfermos a muchos que, siendo realmente tales, no tienen asistencia efectiva y eficaz- en términos de curación, creemos que no ha sido la intención del Maestro Maldonado expresarse en ese sentido, y que se trata sólo de una simplificación grosera de su pensamiento tomando por los más media”.

He aquí la base del desacuerdo y el debate entre especialistas que siguen el lineamiento de autores como Bevaqua, y quienes siguen una postura más acorde a la de Maldonado.

Para los primeros, el delincuente sexual que siempre, ó al decir de Bevaqua “sin excepción” es serial, tiene una alteración patológica en un aspecto de su personalidad por cuanto no se adapta a la vida en sociedad; asimismo, considerando su psiquismo no cabe duda –para estos autores- de la enfermedad en las esferas volitiva y afectiva, pero ya no en la intelectual.

Así, si hablamos de alteración en la esfera volitiva, no podemos dejar de recordar que según el concepto tradicional de la Doctrina finalista del delito, éste es una acción típica antijurídica y culpable. Entonces pues, el primero de estos eslabones -la Acción- siguiendo el tradicional concepto elaborado por Hans Welzel es una manifestación de la conducta humana, dominada justamente por la voluntad, y encaminada a la producción de un resultado.

Mientras tanto, y desde otro ámbito, Simon y Gold refieren: “Mental abnormality is defined in at least eight states [USA] as: ‘a congenital or acquired condition affecting the emotional or volitional capacity that predisposes the person to commit sexually violent act’ [8].

Es decir, que la anormalidad mental es entendida como una condición, congénita o adquirida, que afecta la capacidad emocional o volitiva que predispone a una persona a cometer actos sexuales violentos.

Como consecuencia del análisis concordado de estas dos concepciones -propios de la ciencia penal y la médica-, es que Bevaqua concluye que puede postularse lo que él denomina la “hipótesis del enfermo competente” para catalogar a los Abusadores Sexuales (ob. cit).

Por ello refiere que es esta condición de intelecto 'indemne' (aunque no necesariamente cultivado o desarrollado) la que permite al individuo, inicialmente comprender la criminalidad de sus actos y, sólo en teoría, dirigir sus acciones.

Siguiendo esta hipótesis, considerar al agresor sexual, como portador de una verdadera patología, como 'enfermo', da pie a que se lo pueda tratar "compulsivamente", es decir, contra su voluntad.

Lo opuesto en cambio, pensar a la persona que realiza actos de agresión sexual como estrictamente sana, supone sólo arrojarlo al medio penitenciario durante un plazo variable... con las innegables consecuencias ya conocidas que ello implica, contrariamente a la finalidad misma impuesta por la propia Constitución Nacional que manda a que "las cárceles de la Nación serán sanas y limpias, para seguridad y no para castigo de los reos detenidos en ellas..." (art. 18 in fine).

C. La problemática de la Reincidencia de los criminales sexuales [arriba]

Factores de riesgo y estadísticas

Obligadamente, debo detenerme al menos por un momento, al análisis de la relación entre estos delitos y la Reincidencia, dado que este instituto adquiere especial significancia y requiere especial análisis en el caso de los delitos sexuales, ya que, al decir de Bevaqua "En el caso de los delitos contra la integridad sexual de las personas, resulta una verdad de Perogrullo pensar en la reincidencia como factor de agravamiento de la pena, toda vez que, es sabido, el agresor sexual siempre reincide"[9] (el subrayado me pertenece).

Ahora bien, sin perjuicio de que me reservaré la opinión sobre lo tajante de tal afirmación, lo cierto es que no podemos dejar de reconocer que el tratamiento de la reincidencia merece un análisis especial en el caso de los criminales sexuales, más exhaustivo -si se quiere- que en relación a otro tipo de criminales. A ello me abocaré en los próximos acápite.

Como ya se mencionara al inicio, los delitos de agresión sexual, generan opiniones y sentimientos de connotación mucho más repulsiva que en relación a otras conductas criminales. Las opiniones que generan, van desde quienes se preguntan si no habría que considerarlos inimputables, hasta quienes contrariamente llegan a propiciar lisa y llanamente la aplicación de medidas extremas como la castración química[10].

Pero no puede abordarse el tema seriamente sin -cuanto menos- ahondar en el conocimiento de los “factores de riesgo” asociados a la reincidencia de los agresores sexuales. Ello resulta fundamental para realizar una revisión crítica, a los efectos que a este trabajo interesa, desde el abordaje psicológico y criminológico del agresor, y eventualmente a la relación con las Leyes N° 26.813 y N° 26.879.

En esta línea, la identificación de los factores de riesgo en agresores sexuales y los elementos asociados a su reincidencia son cruciales para aplicar las intervenciones más apropiadas y eficaces, no solo para la prevención, sino también para ser juzgados correctamente.

Enseñan Viviana Schweizer y Guadalupe Blanco[11] que existen tres evaluaciones que cubren todas las variables individuales: la funcional, el método estático o actuarial, y el clínico.

- La primera es la base de toda valoración de riesgo, ya que se focaliza en los pensamientos, sentimientos, decisiones y comportamientos que pueden aumentar el riesgo en agresores.

- La segunda es una escala de riesgo estático o actuarial que consiste en una lista factores de riesgo -identificados como predictores de reincidencia sexual- y se agrupan en tres categorías: bajo, medio y alto, contemplando que, a mayor riesgo, mayor probabilidad de reincidir en delito sexual.

Se entienden como factores de riesgo estático aquéllos que componen la historia del sujeto y por tanto no modificables, como puede ser el número de ofensas sexuales cometidas, el historial de abusos -físicos, emocionales y sexuales- sufridos hasta el momento de detención, victimización en la infancia, víctimas de sexo masculino, edad al cometer el primer hecho,

diagnóstico de trastorno de personalidad, conductas antisociales, problemas de consumo de alcohol o drogas, el incumplimiento de reglas de la libertad condicional, etc.

- Por último, los enfoques clínicos se basan principalmente en el juicio de los profesionales para evaluar el riesgo. No utilizan escalas actuariales, sino la experiencia clínica y el conocimiento del comportamiento ofensivo[12].

Parten de la base de que cada individuo posee una estructura particular, y hacen hincapié en los factores de riesgo dinámicos, los cuales son modificables, teniendo en cuenta que aumenta o disminuye la reincidencia.

Estas variables dinámicas sirven para planificar e identificar las metas del tratamiento, al igual que para medir las modificaciones en el riesgo. Entre ellas podemos encontrar la excitación sexual desviada, conflictos de pareja, identificación emocional con niños, insensibilidad al tratamiento, incumplimiento de tratamiento previo, falta de contención emocional, impulsividad, actitud negativa hacia el tratamiento, falta de insight, estrés hacia el entorno, etc.

D. Instrumentos de medición de riesgo de Agresores Sexuales [arriba]

A nivel mundial, se utilizan múltiples instrumentos validados científicamente para medir el riesgo de reincidencia sexual y violenta, siendo algunos de ellos:

- Violence Risk Appraisal Guide (VRAG),
- Rapid Risk Assessment for Sexual Offence Recidivism (RRASOR),
- Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG),
- Historical, Clinical, Risk Management (HCR-20),

- Static-99, Static-2002,
- Violence Risk Scale-Sexual Offender version (VRS-SO),
- Risk Matrix 2000 (RM2000),
- Risk Matrix 2000/Sexual (RM2000/S),
- Risk Matrix 2000/Violent (RM2000/V),
- Sexual Violence Risk-20 (SVR-20),
- Risk Matrix-Combined (RM-C),
- Structured Anchored Clinical Judgment scale (SACJ),
- Structured Anchored Clinical Judgment scale-Minimum (SACJ-Min),
- Minnesota Sex Offender Screening Tool-Revised (MnSOST-R),
- Psychopathy Checklist: Revised (PCL-R),
- Structured Risk Assessment (SRA),
- Sex Offender Need Assessment Rating (SONAR),

- Crime Scene Behavior Risk (CBR),
- Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI),
- The Denial and Minimization Checklist-III (DM- CL-III),
- Stable 2000, Stable 2007 y
- Phallometric-testing.

Sin embargo, explican Schweizer y Blanco, que son pocas las técnicas traducidas y adaptadas a nuestro idioma. Entre ellas se encuentra el HCR-20, el PCL-R y el SVR-20. A modo de ejemplo, este último es un procedimiento de valoración del riesgo de violencia sexual, que intenta sistematizar la evaluación de los individuos.

La administración y codificación adecuada del SVR-20 requiere de ciertas habilidades profesionales y de formación. La codificación se basa en 2 tipos de juicios, en primer lugar se debe comprobar la presencia o ausencia de cada uno de los 20 factores de riesgo individuales. En caso de presencia, es necesario indicar si se ha convertido en un factor al que se tiene que prestar más o menos atención o si ha permanecido invariable. En segunda instancia, integrar la información a nivel de ítem para formular un juicio acerca del riesgo de violencia.

Los tópicos son: desviación sexual, víctima de abuso en la infancia, psicopatía, trastorno mental grave, problemas relacionados con el consumo de sustancias, ideación suicida/homicida, problemas en las relaciones sentimentales de pareja, problemas de empleo, antecedentes de delitos vio- lentos no sexuales, antecedentes de delitos no violentos, fracaso en las medidas de supervisión previas, frecuencia elevada de delitos agresiones sexuales, tipo múltiple de delitos sexuales, daño físico a la(s) víctima(s) de delitos sexuales, uso de armas o amenazas de muerte en los delitos sexuales, progresión en la frecuencia y/o gravedad de los delitos sexuales,

minimización extrema o negación de los delitos sexuales, actitudes que apoyan o consienten los delitos sexuales, carencia de planes de futuro realistas; y actitud negativa hacia la intervención.

La utilización de estas técnicas es considerada “imprescindible” por las autoras citadas, para una correcta evaluación sobre el riesgo de reincidencia. Si bien hasta el momento ninguno de estos instrumentos puede ser aplicado a nuestro país, ya que los cuestionarios no son automáticamente utilizables por la falta de adaptación de las escalas en función de las diferencias interculturales entre el idioma y/o cultura originaria y aquel en el que se desea utilizar. Una solución posible es la realización de un estudio empírico que permita identificar las variables de riesgo en la población argentina y adaptar alguna de las técnicas según el contexto socio-cultural.

En general, los predictores más mencionados de reincidencia y de alto riesgo de abuso sexual son la desviación sexual, la personalidad antisocial y los problemas de auto-regulación (impulsividad, inestabilidad), considerando que la tendencia antisocial es el principal predictor de reincidencia violenta no sexual y de reincidencia general.

En resumen, los factores más fuertes en predicción de reincidencia por orden de importancia podrían decirse que son: desviación sexual, tendencia antisocial, problemas de autocontrol, estabilidad en las relaciones, influencia social, edad de ingreso/egreso de prisión y el número y tipo de antecedentes penales. Las dificultades en la infancia resultan ser un factor determinante, pero no suficiente para explicar el camino a la delincuencia, dando lugar a las variables dinámicas, siendo la respuesta al tratamiento un factor predictor de reincidencia sexual.

E. Discordancias estadísticas [arriba]

Empero todo ello, me resulta curioso los disímiles resultados estadísticos que se publican en distintos medios de comunicación, en nuestro país. Resulta particularmente llamativa la falta de concordancia en distintas publicaciones periodísticas. Hay desde quienes, sin informar la fuente estadística en que se basan, refieren que “entre el 95% y 98% vuelven a atacar”[13], hasta quienes afirman sin lugar a dudas ni posibles interpretaciones en contrario que el agresor sexual “siempre” reincide.

Mientras que, contrariamente, otros estudios publicados han arrojado resultados con porcentuales muy inferiores. Tal el caso de un estudio realizado por la Universidad Nacional de Córdoba[14], en el que tras estudiar a 44 presos por delitos sexuales, se determinó que la mitad no tenía ningún tipo de antecedente previo y solo el 20% era reincidente. De este último grupo, sólo el 5% es reincidente sexual (el resto tenía condenas anteriores por delitos contra la propiedad).

En definitiva, discordancias que poco aportan a la solución de esta problemática.

En la Argentina, mediante la Ley N° 26.879 que regula el Registro Nacional de Delitos contra la Integridad Sexual, el Congreso Nacional creó un Registro de Agresores Sexuales como respuesta política a las preocupaciones de la población sobre el presunto riesgo de reincidencia, sin contemplar la falta de estudios suficientes y estadísticas al respecto en nuestro país.

Igualmente, pese a no contar con estadísticas concretas, concordantes y determinantes en nuestro país, la reincidencia de abusadores sexuales existe y los casos son difundidos -como ya se dijo- en los medios de comunicación.

Empero, en estos casos, la pregunta que debería plantearse es si la reiteración de la conducta antisocial se debe o no a alguna alteración o disfunción psicopatológica que no ha podido ser revertida por el tratamiento penitenciario actual. Por tanto, se observan cambios estructurales en la personalidad del condenado, suponiendo así que la estructura de personalidad limitaría el grado de autonomía para producir conductas diferentes, encontrándose cercada su capacidad para dirigir su accionar y el ejercicio de su libre albedrío.

Las personas condenadas por delitos contra la integridad sexual no son consideradas enfermas a la hora de ser condenadas, pero sí alteradas, ya que se entiende como normalidad psíquica a la exclusión de patología alienatoria, tal como establece el art. 34 CP.

F. Anatomía del Agresor Sexual. Bases neurológicas y psicológicas [arriba]

Agresor Sexual y Psicópata

Tradicionalmente se ha relacionado al agresor sexual con la psicopatía. Es decir, se considera que un violador es, por lo general, un psicópata: personas que no sienten empatía ni remordimiento por los demás y los tratan como si fueran objetos, aunque conocen los usos sociales y, por eso, su comportamiento es adaptativo y pasa inadvertido.

Ahora bien, los diagnósticos de los condenados por delitos contra la integridad sexual en la cárcel de la ciudad de San Martín, en la provincia de Córdoba, no escaparon a esta asociación: dos de cada tres informes psicológicos y psiquiátricos -tanto forenses como penitenciarios- identificaron a la psicopatía y a la perversión como la principal característica de los agresores sexuales alojados allí.

Sin embargo, un estudio de la Universidad Nacional de Córdoba[15] bajo la dirección de proyecto de investigación del Dr. Alejandro Rostagnotto, encontró un dato que contradice esos diagnósticos previos. El trabajo indagó a 44 presos por delitos sexuales (de un total de 60) que cumplen condena en la Unidad Penitenciaria Nº 2 de la Ciudad de Córdoba. Todos de sexo masculino.

Estas personas -que aceptaron participar voluntariamente en la investigación. fueron evaluadas a través de tests internacionales y entrevistas clínicas, con registros fílmicos.

Los resultados señalaron que sólo el 30% encuadraba como psicópata, una cifra muy inferior al 70% que indicaban los informes originales.

En cambio, detectaron que una proporción significativa (el 50%) presenta rasgos de psicosis, como ideas autorreferenciales, exceso de sensibilidad interpersonal, auto concepto grandioso, rigidez de opiniones, suspicacia y actitudes morales. También presentan importantes dificultades para ver las cosas desde la perspectiva del otro.

Existe una tendencia histórica a vincular el delito sexual con la psicopatía, pero de acuerdo al estudio publicado, eso no es necesariamente así. No todos los psicópatas son agresores sexuales, ni todas las personas condenadas por delitos contra la integración sexual son psicópatas. Más bien, hay una heterogeneidad clínica que complejiza realizar un diagnóstico psicológico preciso[16].

Sobre la importancia del estudio, sus autores subrayaron la necesidad de obtener un diagnóstico certero sobre las características psicológicas y psicopatológicas de los abusadores sexuales en el ámbito carcelario. Se trata de conocer mejor al agresor para ofrecer también una mejor respuesta: implementar intervenciones más adecuadas según cada caso, con el fin de ayudar a su reinserción social y, sobre todo, prevenir que el delito sexual vuelva a reiterarse.

En cuanto al Perfil del agresor sexual local del Estudio que aquí se comenta, el 60% cometió abuso sexual con acceso carnal y el 9%, abuso sexual sin acceso; el 16% combinó el abuso sexual con delitos contra la propiedad (robo), y el 15% lo combinó con delitos contra las personas (homicidio y lesiones).- La mitad no tenía ningún tipo de antecedente previo y el 20% es reincidente. De este último grupo, sólo el 5% es reincidente sexual (el resto tenía condenas anteriores por delitos contra la propiedad). El 80% de las víctimas menores es familiar del victimario (padre o padrastro), el 17% es conocido (vecino, maestro, transportista y otros) y un 3%, desconocido.

Ahora bien, como vengo sosteniendo desde el inicio, los delitos sexuales siempre han desencadenado amplios debates y controversias por considerarse delitos aberrantes.

La complejidad en los mecanismos neurocognitivos que intervienen en los abusadores sexuales se vinculan a las diferentes formas de abuso que existen.

Como se adelantare en acápite anteriores, existen formas impulsivas y predatorias de ataque y ésta sería una de las diferencias que existen entre los abusadores, pero no la única.

Existen delitos sexuales incestuosos, pedófilos, homosexuales o heterosexuales, violentos y sádicos o sin uso de la violencia física, etc.

En el caso del cerebro del pedófilo por ejemplo, diversos trabajos hallaron dilatación de ventrículos laterales, anormalidades en la vía fronto-estriada y cerebelo, anormalidades en el polo temporal derecho en abusadores sádicos, disminución de tamaño del área prefrontal y temporal izquierda, lesiones encontradas en el lóbulo temporal anterior-inferior en abusadores violentos (Hucker, 1986 – Herzberg, 1988 – Wortzman, 1989 – Wright, 1990 - Schiltz 2007)[17].

- No es escasa la evidencia sobre alteraciones cerebrales en este tipo de psicopatología, pero lo que resulta interesante, es que en muchos casos los Delitos Sexuales presentan una buena planificación previa.

Algunas de las alteraciones cerebrales vinculadas a la inhibición del abusador sexual no se ubican en los lóbulos frontales, sino más bien en los temporales.

El polo temporal anterior (una región llamada corteza prepiriforme, específicamente) participaría en la inhibición específica de la conducta sexual. La disfunción en esa región provoca un comportamiento hipersexual y desadaptado, como se observó en los trabajos de Kluver y Bucy cuando realizaron ablaciones de los polos temporales en monos.

La corteza temporal basolateropolar (Corteza de Spatz) es donde se alojan los valores preventivos, por lo que las alteraciones en esa región provocan la producción de conductas desadaptadas, en las cuales no aparece el freno inhibitor del propio resguardo.

Con el uso de imágenes de Resonancia Magnética Schiffer y colaboradores[18] estudiaron el cerebro de pedófilos demostrando reducción del volumen de la sustancia gris en el estriado ventral (extensivo al núcleo accumbens), corteza órbita frontal y cerebelo. Estas alteraciones del circuito fronto-estriado, ubican según los autores a este tipo de patología sexual dentro del espectro de los trastornos obsesivos compulsivos.

Aunque a primera vista resultan evidentemente diferentes los trastornos obsesivos compulsivos y las parafilias, en el caso de los abusadores sexuales seriales aparecen algunos rasgos que los asemejan:

- Los abusadores seriales plantean una situación de tensión psíquica previa al ataque sexual.
- En la mayoría de los casos los ataques se desarrollan en una línea de tiempo en el cual la frecuencia aumenta.
- El “modus operandi” adquiere características de rutina procedural.
- Existen casos de rituales los cuales el abusador utiliza las mismas frases para amedrentar o excitarse y repite las mismas formas y posiciones sexuales en sus ataques.
- No resulta extraño encontrar casos en los cuales se realicen colecciones de “trofeos” de las víctimas (pelo, prendas íntimas, etc.).
- Las disfunciones del sistema fronto-estriado explicarían lo compulsivo y repetitivo del comportamiento del abusador sexual, que se entiende por la falla de inhibición de los ganglios basales, encargados de la producción de comportamientos repetitivos y automatizados.

El debido proceso exigido por la Carta Magna, no puede de ninguna ignorar estas disfunciones detectadas en autores de Delitos Sexuales. Por lo que cabe preguntarnos: ¿Sobre esta base científica, es correcto juzgarlos de igual manera que a un individuo al que no se le detecten ninguna de estas disfunciones de neto corte biológico? O cuanto menos, ¿es correcto destinarlos -tras un debido proceso que conlleve a su responsabilidad en el hecho- a los mismos establecimientos penitenciarios que a reos comunes?

G. A modo de conclusión [arriba]

Es claro que los aportes de la Psiquiatría Forense, Psicología Forense, Biología y Neurología, así como las Neurociencias integradas permiten, conocer cada vez más sobre las disfunciones que provocan o -cuanto menos- coadyuvana las conductas criminales; sea que tales disfunciones

estén vinculadas a alteraciones en los circuitos inhibitorios vinculados a las cortezas prefrontales del cerebro, a alteraciones o déficits endócrinos, a alteraciones en sistema de neurotransmisores cerebrales, etc.

A la luz de todo lo expuesto, no puedo dejar de considerar esto como verdaderos hallazgos científicos, y terminar de convencerme de que se necesita imperiosamente examinar más profundamente el cerebro del abusador sexual en cada caso en particular, antes de arribar a su condena. Sólo así la sentencia podrá ser justa (en sentido estrictamente jurídico, no moral), mal que nos pese.

Es por ello que, tal como mencioné durante el introito del presente trabajo, si el norte rector de esta presentación debió ser la imparcialidad, por encima de la repugnancia y desprecio que puedan provocar las conductas de agresión sexual, pues debo concluir, en base a las aproximaciones expuestas, que resulta inminente la necesidad de que los criminales sexuales deban ser sometidos a un tratamiento diferencial al momento de ser peritados, si se quiere más exhaustivo, debiendo los distintos estratos judiciales apoyarse con mucho más énfasis en los conocimientos, evaluaciones y tratamientos (incluso preventivos) que tiene para ofrecer y proporcionar la Psiquiatría Forense y las Neurociencias.

Ello implicaría necesariamente, un Estado más entrometido en el juzgamiento de delitos de esta naturaleza, puesto que requeriría mayores costos, insumiría más tiempo, exigiría instauración y aplicación de más y mayores políticas criminales... y en este punto me permito dudar si realmente hay predisposición del Estado para depositar tanta energía, recursos, tiempos y medios en aplicar medidas más justas para quienes la propia sociedad considera cuasi monstruos...

Naturalmente, no se puede diagnosticar a alguien con el rótulo de “abusador o criminal sexual”. Su diagnóstico nunca tuvo un “nombre” clínico específico a pesar de la enorme cantidad de estudios sobre “violadores” que existen, ya que se correría el riesgo casi inevitable de encuadrar su patología dentro de los “trastornos mentales” y ello conllevaría en muchos casos inexorablemente a su inimputabilidad...

Sin embargo, no puede negarse -más allá de las ideologías o políticas que se sigan- que el trastorno existe. La gente “normal” (en el sentido vulgar de la palabra) no sale a la calle a abusar sexual y salvajemente a nadie.

Mencioné antes que en mi opinión resulta inminente la necesidad de incorporar estudios más complejos y específicos con carácter obligatorio a cada imputado de un crimen sexual. Pero lo que también resultaría inminente, es el riesgo.

Riesgo a que resultados conlleven a la poco deseable conclusión de que quede abierto el camino a que muchos de estos criminales puedan ser declarados inimputables, aun comprendiendo la criminalidad de sus aberrantes actos, más no necesariamente pudiendo controlar sus impulsos sexuales.

Así las cosas, ya no solo se trataría de exigir un cambio profundizado de normas procesales y políticas criminales (que incorporen la obligatoriedad de estudios y test reconocidos internacionalmente para evaluar las bases neurológicas de estos criminales, entre otras cosas), sino un cambio de mentalidad a nivel socio-cultural que permita reconocer -objetivamente- que los criminales sexuales, no en todos los casos deben ser juzgados de la misma manera que una persona psíquica y neurológicamente sana.

No creo que la Argentina actual esté preparada para tanto. Sin embargo, el debate merece ser planteado.

Notas [arriba]

[1] Abogada especializada en Derecho Penal. Maestranda en Derecho Penal. Profesora de grado de Derecho Penal Parte Especial por la Universidad de Belgrano. Co-autora de varias obras bibliográficas.

[2] Donna, Edgardo en Prólogo al libro "Las enfermedades mentales", de Javier O. Cabello. Editorial de Belgrano.

[3] Cabello, Javier O, "Enfermedades mentales. Clasificación y Breves nociones" de Editorial Belgrano, Bs. As. 1997).

[4] Ob. cit. pág. 77.

[5] Romi, Juan Carlos "Las perturbaciones sexuales. Críticas a su inclusión como trastornos mentales en el DSM IV", publicado en www.psicopatia.com.ar.

[6] Bevaqua Alejandro A. "Delitos contra la Integridad Sexual. Perspectiva médico legal, Diagnóstico y Tratamiento" Edit. Scotti Editora. Buenos Aires, 2011, pág. 43).

[7] Maldonado, Miguel A, en "La Nueva provincia" 20/07/2008, pág. 1.

[8] Simon, Robert I. and Gold, Liza H.: Textbook of forensic psychiatry, American Psychiatric Publishing, USA, 2004, pág. 356.

[9] Bevaqua, Alejandro, Ob. cit.

[10] Editorial de Soledad Blardone del 27/1'/2012.- Entrevista al Dr. Jorge Luis Coppola, médico psiquiatra y legista quien explicó que los violadores no reciben ningún tratamiento para su recuperación y que no hay ninguna técnica específica indicada para ellos, ya que tienen "una condición biológica que es lo que lo que los hace reincidir". Afirmó que: "Aquellos países que tienen una estructura de investigación positiva importante y que tomaron una resolución basada en las conclusiones científicas aplican la castración química. Para mí es la única solución y hasta ahora dio resultado. En Argentina, tenemos mucho pensamiento intelectual que está del lado de los victimarios, ya sea dentro del ámbito del derecho como de la salud mental" afirmó. Coppola explicó también que la castración química, se utiliza en Estados Unidos y en algunos países europeos, donde el violador recibe una inyección cada cuatro semanas, de por vida, con el fin de disminuir su apetito sexual. Además aconsejó un seguimiento por parte del Patronato de Liberados o de otro organismo. "No se puede rehabilitar, lo más probable es que vuelva a reincidir, por eso su libertad siempre tiene que ser condicional ", declaró.

Respecto a los informes que produce el Servicio Penitenciario y en el que intervienen psicólogos, terapeutas ocupacionales, jefes de talleres y trabajadores sociales para determinar si el violador encarcelado está en condiciones de ser reinsertado en la sociedad, Coppola afirmó que "nunca se les debe dar valor porque siempre son positivos". "Estas personalidades siempre se estabilizan y funcionan perfectamente bien en prisión. Eso se debe a que, por las características del delito que cometen, tratan de pasar lo más inadvertidos posibles, ya que los que están en la cárcel tienen hijas y esposas y pueden tomar represalias contra ellos. Un juez nunca se puede guiar por ese informe, lo tiene que desestimar", enfatizó.

En la misma nota editorial, Infobae también entrevistó al Dr. Miguel Angel Maldonado, médico

psiquiatra y perito, quien precisó qué características tiene la personalidad de estos delincuentes. "Tienen una estructuración anómala de la personalidad. Un violador es un individuo que -por motivos que todavía están en estudio y que se presumen que podrían ser por factores como los socioambientales o familiares- va estructurando su personalidad con disminuciones en el desarrollo afectivo. Es una persona incapaz de sentir piedad por el sufrimiento ajeno y, aún más, lo disfrutan", explicó Maldonado.

El especialista afirmó que son individuos normalmente inteligentes en relación a su extracción sociocultural, muy fríos emocionalmente y que presentan una especial resistencia al dolor psíquico y físico. Disfrutan el sometimiento, la humillación y el dolor de la víctima mucho más que el acto sexual en sí, que resulta ser una consecuencia de todo lo demás. Maldonado también sostuvo que actúan como cazadores y depredadores. "Buscan una presa y, cuando la encuentran, la acechan y la inmovilizan a través del miedo o de medios físicos. Suelen llevarla a lugares que se denominan 'áreas de confort', un lugar que el violador conoce muy bien y que es de su fácil acceso. En general, lo hacen una vez, le toman el gusto y comienzan a repetir ese delito sistemáticamente". "Los violadores no son enfermos así que no hay tratamiento, ni medicamento para curarlos: por eso son inmodificables y reinciden sistemáticamente", sentenció Maldonado quien se refirió a la castración química como un elemento que -a diferencia de lo sostenido por su colega Coppola- no tendría un gran valor.

"En cuanto pueden interrumpen el tratamiento y, sin poder tener erección, suelen realizar actos similares penetrando a la víctima con un palo o algún objeto semejante a un pene, además de todos los otros tormentos que le provocan. El tema no está en imposibilitarlos para la realización del acto sexual sino que es necesario buscar una manera de tenerlos contenidos". Para ello se mostró partidario de la creación de institutos especiales que los contengan, sin fecha de salida y donde tengan que trabajar. "El egreso tendría que estar condicionado por juntas severas que constaten que han modificado sus rasgos de personalidad, cosa imposible de conseguir", finalizó. Editorial publicada en diario digital www.infobae.com, 27.01.2012.

[11] Schweizer Viviana y Blanco Guadalupe, "Aproximaciones a la problemática de la Reincidencia sexual" publicado en www.pensamientopenal.com.ar.

[12] Pérez Ramírez, Meritxel; Martínez García, Marian, y Redondo, Santiago, Evaluación y predicción del riesgo de reincidencia en agresores sexuales, Barcelona, Generalitat de Catalunya, 2007.

[13] Solo a título de ejemplo, El psiquiatra y médico forense Miguel Angel Maldonado indicó en una entrevista realizada Radio 10 que "entre el 95% y 98%" vuelven a atacar. (Entrevista publicada en www.infobae.com del 23.05.2009).

[14] Estudio publicado en www.argentinainvestiga.edu.ar con fecha 03.11.2014.

[15] Estudio publicado en: www.argentinainvestiga.edu.ar de fecha 03.11.2014.

[16] El estudio también analiza algunas características sociodemográficas y personales de los sujetos, que ayudan a definir la franja en la que se encuentra el problema. Entre los datos más

significativos se halló que la mayoría son sólo abusadores sexuales, es decir, no combinan éste con otro tipo de delito y, además, son familiares de la víctima (padre o padrastro). Por su parte, las víctimas son por lo general menores de edad y de sexo femenino.

Los resultados cobran importancia si se tiene en cuenta que la violencia sexual es una problemática de alta prevalencia en la sociedad y que frecuentemente permanece oculta, sin ser denunciada. Esto se profundiza en los abusos cometidos contra menores. Las cifras sólo dan cuenta de un diez por ciento de los casos y los especialistas coinciden en que la realidad de los chicos que padecen abuso todavía es socialmente invisible.

Los investigadores aclararon que, para el estudio, adoptaron un enfoque actual del concepto psicosis. Enseñan que la tradición psiquiátrica clásica consideró a la psicosis como una patología mental grave, que implica la pérdida de contacto con la realidad y síntomas como el delirio, la alucinación y el aplanamiento del afecto. Hoy, en cambio, a partir de desarrollos actuales del psicoanálisis lacaniano, se puede afirmar que la psicosis no se reduce a estos síntomas tradicionales, sino que se trata de una posición subjetiva que no necesariamente está ligada a la locura, explicaron. Además, mencionan que, por lo general, no son personas antisociales y desarrollan una vida familiar y social normal, aunque a veces pueden lesionar el lazo socio-familiar.

[17] Bertone, Matías Salvador en “Variables Asociadas a la Reincidencia Delictiva”, publicado en Psicopatología Clínica, Legal y Forense, Vol. 13, 2013, págs. 47-58. ISSN1576-9941.

[18] Schiffer, B. Peschel, T. Paul, T. Gizewski, E. Forsting, M. Leygraf, M. Schedlowski, M. Krueger, T. (2007). Structural brain abnormalities in the frontostriatal system and cerebellum in pedophilia. Journal of Psychiatric Research 41: 753–762, citado por Bertone Matías Salvador en op. cit.