

MENORES OFENSORES SEXUALES

Una guía para profesionales de la salud, la psicología o la fiscalía, que, trabajando con menores, necesiten diagnosticar o identificar variables con las que determinar conductas de ofensa sexual, abuso o maltrato psico sexual.

OFENSORES SEXUALES

Infanto juveniles.

Evaluación Psicológica Clínica (EPC)

ESQUEMA DE TRABAJO DESDE LA PSICOPATOLOGÍA

Entendiendo la problemática disfuncional de los Ofensores sexuales como una acción ocasionada por cualquier varón o mujer, entre las edades de 12 a 17 años, *que cometiendo cualquier acto sexual, con una persona de cualquier edad contra el deseo de esta y sin su consentimiento, hace esta de manera agresiva, explotadora o amenazante (coercitiva). Experto y Psiquiatra: Díaz Morfa 2009.*

Los costes de esta problemática social no solo son humanos, en términos de angustia, sufrimiento emocional y/o físico (tanto en la persona agresora, su víctima, como en la sociedad inmediata de ambas), sino que también financieros, por los elevados costes que como resultado de la involucración del sistema de justicia criminal y juvenil suponen en el bienestar del menor y de la intervención terapéutica tanto familiar como psico social, de ambos jóvenes (Prentky y Burgess, 1990), víctima y ofensor.

Desde Voces para Latinoamérica, respaldados por la experta sexual y psicóloga clínica **Concha Francés**, que para el diseño y abordaje de un buen diagnóstico, y fruto de este, de una buena propuesta interventiva, se han de abordar y tener presentes, y más previo a su entrada en centro o programa psico terapéutico, los siguientes aspectos:

Marco conceptual:

Según la Asociación **APECTO de Colombia**, en su material: **MODELO PARA LA ATENCIÓN DE OFENSORES SEXUALES MENORES DE 18 AÑOS**, y citando a Hunter, 2000 (1), se estima que los jóvenes son responsables de más de una quinta parte de las violaciones, y de la mitad de los casos de molestia de niños, cometidos en los Estados Unidos cada año. La mayoría de los casos de agresión sexual juvenil parecen involucrar a adolescentes masculinos; sin embargo, varios estudios clínicos han señalado la presencia de mujeres adolescentes y jóvenes pre púberes que se han comprometido en conductas sexualmente abusivas. La ofensa sexual juvenil parece atravesar los límites raciales y culturales (2).

Los citados autores, siguen en su análisis y nos hacen ver cómo, son ya varios investigadores y terapeutas los que han encontrado que por lo menos uno de cada dos ofensores sexuales adultos comenzó su conducta sexual abusiva en la juventud. Para

ASOCIACIÓN DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

de intervención preventiva, educativa y/o terapéutica en
problemáticas de des-estructuración y despersonalización social
que afecten a los niños-as y/o jóvenes.

ello citan a Knight and Prentky (1993) (3) quien encontró que, sólo el 37% de los ofensores sexuales adultos en su muestra tenía registros oficiales que documentaban las historias de las ofensas sexuales de jóvenes. En contraste, cuando estos sujetos completaron un cuestionario generado en computador y se les aseguró que sus respuestas permanecerían confidenciales, el 55% reconoció que llevaron a cabo conductas sexualmente abusivas desde jóvenes.

Prentky y Burgués, 1990 (4) analizan los costos económicos elevados que tiene la ofensa sexual no sólo para las víctimas y la sociedad, sino para los ofensores juveniles y sus familias, y para el sistema judicial y de protección para buscar el bienestar del niño y la intervención terapéutica requerida. Resaltan también los costos humanos de angustia, sufrimiento emocional y físico. Por esto se plantea que para reducir estos costos se hace necesario realizar intervenciones oportunas y apropiadas.

La revisión de la literatura en este aspecto muestra que muchos de los programas desarrollados para atender a los jóvenes ofensores se basan en los modelos aplicados con adultos ofensores sexuales. Estas propuestas no tienen en cuenta en la mayoría de los casos las características propias de los niños, niñas y adolescentes, sus necesidades y procesos de desarrollo, aplicando en muchos casos medidas coercitivas y sanciones penales como si se tratara de adultos.

La promoción y aplicación de los principios plasmados en la Convención de los Derechos del Niño también ha llevado a transformar la mirada respecto a las intervenciones y manejo que deben ser dados a niños, niñas y adolescentes que realizan conductas delincuenciales, entre estas las ofensas sexuales. En los últimos años se han realizado estudios que empiezan a insistir en no considerar a los jóvenes que han realizado ofensas sexuales como “una vez se es ofensor sexual, siempre se es un ofensor sexual” (Association for the Treatment of Sexual Abusers, 1997b (5); Becker, 1998 (6). Además, estudios adelantados señalan la existencia de distinciones importantes que diferencian a los ofensores sexuales adultos y juveniles (Association for the Treatment of Sexual Abusers, 1997 b; Becker, 1998; Bonner, 1997 (7).

Según The National Clearinghouse on Family Violence, que recoge el Dr. José Díaz Morfa (8), un ofensor sexual es: *“el ofensor sexual adolescente es cualquier varón o mujer entre las edades de 12 y 17 años de edad que comete cualquier acto con una persona de cualquier edad contra el deseo de la víctima, sin consentimiento, o de una manera agresiva, explotadora, o amenazante. Los ofensores sexuales adolescentes vienen de todos los entornos socioeconómicos, etnoculturales, y religiosos. También varían ampliamente en su nivel de funcionamiento intelectual, su motivación, las víctimas que eligen, y las conductas que cometen.”*

El uso del término “*ofensor sexual juvenil*” ha sido criticado por B. Bonner (9), quien prefiere decir que estos niños, niñas y adolescentes han sido *sexualmente abusivos*, resaltando de esta manera que son responsables de esta conducta, evitando rotularlos y condenarlos a ser siempre ofensores sexuales.

Los autores del informe nos hacen ver cómo “es importante que tengamos siempre en mente esta reflexión cuando nos referimos a un comportamiento de un niño, niña y adolescente, previniendo de esta forma las consecuencias que surgen de limitar la percepción de un individuo a sus comportamientos inadecuados, que llevan a asumir por parte de los que lo rodean y de el mismo que su único rol posible es aquel que le ha sido asignado y por el que es reconocido por todos”.

Desde VPlat como los autores del documento, hemos asumido el término “ofensores sexuales juveniles o adolescentes”, tomando el término más usado en la literatura consultada, pero sin dejar de llamar la atención sobre los riesgos que conlleva el rotular a los niños, niñas y jóvenes.

La etiología de conducta abusadora sexual en niños y adolescentes tan sólo recientemente ha sido abordada en toda su dimensión, teniendo en cuenta los diversos aspectos que involucran el desarrollo infantil, aunque no es posible realizar predicciones basados en las correlaciones encontradas entre las experiencias vividas, características personales, familiares y relacionales, es importante tener en cuenta algunos aspectos identificados por varios autores cómo de mayor incidencia entre este grupo de niños y jóvenes.

La experiencia del abuso sexual en la infancia se ha asociado con la conducta abusiva sexual juvenil, pero varios estudios con diferentes grupos de ofensores sexuales juveniles muestran resultados diversos al respecto donde se observa que estos jóvenes presentan tasas respecto al abuso sexual que varían entre el 40% y el 80% (Becker y Hunter, 1997 (10)). Estos estudios no han encontrado diferencias significativas entre otros ofensores juveniles y los ofensores sexuales juveniles respecto a la experiencia del abuso sexual en la infancia.

José Díaz Morfa (11) en su revisión y compilación de varios autores sobre los ofensores sexuales juveniles señala entre otros aspectos que: “*Smith y Monastersky (1986) encontraron que en su muestra, había una relación entre la experiencia en la infancia de abuso sexual y tasas más altas de reofensa no sexual pero tasas más bajas de reofensa sexual*”.

Las experiencias de la infancia de ser físicamente abusado, ser descuidado, y ser testigo de violencia familiar han sido asociadas independientemente con la violencia sexual en los ofensores juveniles (Kobayashi et al., 1995; Ryan et al., 1996). Las proporciones de ofensores sexuales juveniles que han experimentado abuso físico de niños varían desde el 25 al 50 por ciento (Becker y Hunter, 1997). Un estudio que compara ofensores sexuales juveniles con jóvenes que han cometido ofensas no sexuales sugiere que los ofensores sexuales pueden tener tasas más altas de abuso físico en la infancia.

Según Díaz Morfa además del maltrato infantil, se ha encontrado que factores como la inestabilidad familiar, la desorganización, y la violencia son prevalentes entre los jóvenes que se comprometen en conductas sexualmente abusivas.

La investigación sobre los factores familiares que afectan a los ofensores sexuales juveniles también ha examinado los estilos de comunicación familiar y los tipos de involucración familiar con el joven. Los estudios han encontrado que la comunicación y los comentarios de apoyo que facilitan el diálogo son limitados en las familias de los ofensores sexuales juveniles y los ofensores violentos, mientras que la comunicación negativa, tal como las afirmaciones e interrupciones agresivas, son frecuentes.

Igualmente, Miner y Crimmins (1995) encontraron que los jóvenes ofensores sexuales parecían estar más desconectados de sus familias de lo que lo estaban otros jóvenes y, consecuentemente, podían haber estado desconectados de posibles fuentes de apoyo emocional y ser menos capaces de formar apegos positivos. Esto último se ve apoyado con el hallazgo de Kobayashi et al. (1995) de que a más relaciones positivas entre los jóvenes y sus madres pueden estar relacionado con una disminución de los niveles de agresión sexual en los jóvenes. Weinrott (1996) informó que hay una fuerte evidencia de que la inestabilidad y los problemas familiares en el apego padre-hijo en la infancia están asociados con formas más intrusivas de ofensa sexual juvenil.

Stevenson y Wimberley (1990) opinaron, “la importancia de las influencias familiares en la vida del ofensor sexual adolescente no puede ser subestimada ya que a menudo es el barómetro de lo que puede o no puede ocurrir en el tratamiento”.

La investigación documenta repetidamente que los jóvenes con problemas de conducta sexual tienen déficit significativo en competencia social (Becker, 1990; Knight y Prentky, 1993). Las habilidades sociales inadecuadas, pobres relaciones con los compañeros, y el aislamiento social están entre las dificultades identificadas en estos jóvenes (Fehrenbach et al., 1986; Katz, 1990; Miner y Crimmins, 1995).

Los estudios típicamente informan que como grupo, los jóvenes que ofenden sexualmente experimentan dificultades académicas (Fehrenbach et al., 1986; Kahn y Chamber, 1991; Miner, Sieker, y Ackland, 1997; Pierce, citado en Bourke y Donohue, 1996).

La investigación que se focaliza sobre el funcionamiento intelectual y cognitivo de los jóvenes que han cometido ofensas sexuales es limitada. Los estudios existentes, sin embargo, sugieren que el deterioro intelectual y cognitivo son factores que deberían ser estudiados (Awad, Saunders, y Levene, citado en Knight y Prentky, 1993; McCurry et al. 1998).

Knight y Prentky (1993) señalaron que algunos factores observados en los niños abusados (por ejemplo, empatía reducida, incapacidad para reconocer emociones apropiadas en otros, e incapacidad para captar la perspectiva de otra persona) puede tener relevancia para los ofensores sexuales juveniles que han sido maltratados. Esta observación es consistente con la investigación que indica que las distorsiones cognitivas, tales como culpar a la víctima, están asociadas con la reofensa sexual en los jóvenes (Kahn y Chambers, 1991; Schram, Milloy, y Rowe, 1991)” (12).

Cómo se señaló estos factores de riesgo que se han identificado cómo más recurrentes en los jóvenes ofensores sexuales, aunque importantes para la comprensión y tratamiento de la problemática no son predictores por si solos, ni en su conjunto de las conductas sexuales inapropiadas. Esto no implica el que se descarten en el momento de realizar un trabajo preventivo con las poblaciones en mayor riesgo.

La violencia en sus múltiples manifestaciones es un aspecto que encontramos asociado a la mayoría de problemáticas infantiles y juveniles, lo cual nos plantea la urgencia de revisar a profundidad las múltiples violencias que han soportado los adolescentes ofensores sexuales, los cuales con mucha frecuencia por las circunstancias asociadas a su aprendizaje social han asumido un ejercicio disfuncional de “poder y control”, y han realizado aprendizajes distorsionados de las relaciones de género basadas en el ejercicio de la violencia cómo única forma de interacción social y afectiva.

Observándose con mucha frecuencia en estos una distorsión cognitiva que sólo le permite establecer relaciones afectivas con otros a partir del uso del poder y la fuerza.

Para delimitar más claramente el problema es necesario tener en cuenta las manifestaciones conductuales relacionadas con la elaboración de un lenguaje de socialización desigual y la aprehensión de modelos cognitivos distorsionados, ya que éstos agudizan las contradicciones y consecuencias inter-accionales entre los conceptos de: poder, género, prácticas sexuales, familia y sociedad. (13)

A la vez, se señala que el comportamiento des-adaptativo de algunos adolescentes, puede generarse en la aplicación defectuosa de pautas relacionadas con el comportamiento socio afectivo, tanto en la infancia como en la adolescencia, lo cual impide un manejo óptimo de las potencialidades del individuo, limitando su forma de accionar y de relacionarse para lograr una buena interrelación con los demás.

Otro aspecto que toma gran importancia son los imaginarios socioculturales y patrones culturales que se reproducen al interior de determinados grupos sociales, vinculados estrechamente a la concepción de género y de sexualidad que se tiene, en cuanto hacen referencia a lo que se permite, se obliga y se prohíbe (lenguaje de socialización desigual) para que una persona sea considerada como funcional dentro del grupo social. “Existen mensajes específicos que la sociedad trasmite a los adolescentes que contribuye a generar el comportamiento violento, como lo plantea Finkelhor y Russel (14).

A continuación se incluye un extracto del documento del Dr Diaz Morfa (15) con el que dar pautas en la creación de un tratamiento:

“Los programas específicamente diseñados para jóvenes que han ofendido sexualmente han proliferado, pero la evaluación de estas aproximaciones especializadas ha sido limitada. Por ejemplo, la mayoría de los programas se han desarrollado en su núcleo acerca del “ciclo del asalto sexual”, pero a pesar del hecho de que el ciclo del asalto sexual ha estado en uso en el tratamiento del ofensor sexual durante cerca de 20 años,

el modelo no ha sido empíricamente validado (Weinrott, 1996). Chaffin y Bonner (1998) alertaron contra la “convicción” de que aquellos que trabajan en esta área han encontrado la aproximación correcta y resumido las creencias acerca de las intervenciones específicas en la ofensa sexual que pueden ser incluidas en tal “dogma”. Chaffin y Bonner (1998) y Weinrott (1996) han observado que actualmente no es posible decir si un tipo de tratamiento es mejor que otro, con la posible excepción de que el tratamiento multisistémico focalizado en la delincuencia parecer ser más efectivo que el consejo individualizado con jóvenes que han cometido ofensas sexuales. Un estudio de Lab, Shields, y Schondel (1993) parece suscitar cuestiones acerca de la eficacia del tratamiento especializado para jóvenes que han cometido ofensas sexuales. El estudio de Kimball y Guarino-Ghezzi (1996), sin embargo, encontró que los ofensores sexuales juveniles en tratamiento específico contra la ofensa sexual demostraron actitudes más positivas y mayor adquisición de habilidad que aquellos en un tratamiento no específico (Los jóvenes en un tratamiento específico de la ofensa sexual, sin embargo, recibieron intervenciones más intensas y variadas que aquellos en un tratamiento no específico de la ofensa.)”

“El tratamiento para los ofensores sexuales juveniles varía desde instalaciones cerradas, para pacientes ingresados altamente estructuradas, hasta programas ambulatorios no estructurados”.

“Respecto de la selección paciente ingresado/ambulatorio, la mayoría de los artículos publicados han recomendado un programa comprensivo de tratamiento que consiste en varios métodos psicoterapéuticos utilizados concurrentemente”.

“Quizás en el estudio mejor controlado hasta la fecha, Borduin, Henggeler, Blaske, y Stein (1990) compararon la terapia “multisistémica” (un tratamiento intensivo, multifacetado que se objetiva en las características del joven y la familia, las relaciones con compañeros, factores escolares, y las características de la vecindad y la comunidad) con la terapia individual en el tratamiento ambulatorio de dieciséis ofensores sexuales adolescentes. Utilizando los registros de re-arresto como medida de la recidiva (sexual y no sexual), los dos grupos anteriores fueron comparados en un intervalo de seguimiento de tres años. Los resultados revelaron que los jóvenes que reciben terapia multisistémica tuvieron tasas de recidiva del 12,5% para las ofensas sexuales y del 25% para las ofensas no sexuales, mientras aquellos jóvenes que reciben terapia individual tuvieron tasas de recidiva del 75% para las ofensas sexuales y del 50% para las ofensas no sexuales.”

“Es recomendado para situar adecuadamente tanto las necesidades de los individuos jóvenes que han cometido ofensas sexuales y las necesidades de la comunidad, un continuum de cuidado (Bengis, 1997; NAPN, 1993). Ofrecer una gama de intervenciones y opciones de situaciones hace posible proporcionar intervenciones de coste efectivo mientras se aborda la importancia de la seguridad de la comunidad.”

“Las metas primarias en el tratamiento de jóvenes que han ofendido sexualmente han sido definidas ampliamente como de seguridad para la comunidad (NAPN, 1993), ayudar a los jóvenes a ganar control sobre sus conductas abusivas e incrementar sus interacciones prosociales (Cellini, 1995), y prevenir además la victimización, detener el desarrollo de los problemas psicosexuales adicionales, y ayudar a los jóvenes a desarrollar relaciones apropiadas a la edad (Becker y Hunter, 1997). Para lograr estas metas, son recomendadas intervenciones altamente estructuradas (Morenz y Becker, 1995). Las aproximaciones terapéuticas incluyen intervenciones individuales, de grupo, y familiares.

“Aunque la terapia de grupo a menudo es descrita como el tratamiento de elección y los equipos de coterapia también son recomendados (NAPN, 1993), falta la evidencia empírica de la superioridad de estas aproximaciones. Las ventajas y desventajas de estas aproximaciones han sido descritas en otra parte (por ejem., Marshall y Barbaree, 1990; Henggeler, Melton, y Smith, 1992).”

“Muchas otras intervenciones relevantes también han sido documentadas. Otras intervenciones destacables incluyen entrenamiento en habilidades vocacionales y de vida básicas, ayuda con profesionales, resolución de las experiencias de victimización personal, ayuda con trastornos o dificultades coexistentes, resolución de la disfunción familiar y mejora de las relaciones entre hermanos, desarrollo de relaciones prosociales con compañeros, habilidades para citarse, y una identidad sexual positiva (Becker y Hunter, 1997; Hunter y Figueredo, 1999; NAPN, 1993). La investigación que compara ofensores sexuales adolescentes con un grupo de fugitivos de casa encontró que los primeros eran especialmente deficientes en su conocimiento general acerca del SIDA y las prácticas de sexo seguro (Rotheram-Borus, Becker, Koopman, y Kaplan, citados en Becker y Kaplan, 1993). Dado este hallazgo, la importancia de focalizar el tratamiento sobre las enfermedades de transmisión sexual y el sexo seguro es obvia. Los líderes en el campo terapéutico han argumentado que los programas diseñados exclusivamente focalizados en las conductas de la ofensa sexual son de limitado valor y han recomendado una aproximación más holística (Goocher, 1994).”

“Rasmussen (1999) sostiene que un apoyo familiar adecuado puede ayudar a reducir la recidiva (reincidencia) y que los programas terapéuticos que involucran a las familias probablemente son más efectivos que otros que no las involucran. Como Gray y Pithers (1993) observaron, sin embargo, las familias varían en términos de su motivación y capacidad para facilitar efectivamente el tratamiento.”

“Hay una necesidad de proporcionar a las personas jóvenes información apropiada, relevante para su edad acerca del sexo y la sexualidad. Se debe poner énfasis no simplemente en el sexo, el control de la natalidad, o las enfermedades de transmisión sexual, sino también incluir información acerca de los sentimientos, la identidad, la intimidad, la construcción de la relación, sobre el poder y el control, acerca del hostigamiento sexual, el consentimiento, la fuerza, y sobre unas relaciones sexuales basadas en la confianza y el placer sin abuso o daño.

ASOCIACIÓN DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

de intervención preventiva, educativa y/o terapéutica en
problemáticas de des-estructuración y despersonalización social
que afecten a los niños-as y/o jóvenes.

”Segregar versus integrar a los jóvenes que han cometido ofensas sexuales históricamente, tratar a jóvenes que han cometido ofensas sexuales en un escenario específicamente diseñado para ofensores sexuales ha sido considerado “óptimo” (Morenz y Becker, 1995). La literatura, sin embargo, indica que la efectividad de esta aproximación no ha sido probada. De hecho, algunos estudios sugieren que otras aproximaciones pueden ser más beneficiosas.

Milloy (1994) indicó que se han publicado estudios no controlados que investigan el efecto de la segregación de los ofensores sexuales juveniles de la población delinciente en general. Si los jóvenes que han sido sexualmente abusivos deberían ser agrupados con jóvenes que han cometido ofensas no sexuales o con jóvenes que tienen otros problemas conductuales es un tema complejo.

Existen argumentos tanto a favor como en contra del uso de unidades de tratamiento segregado. Entre tanto, la importancia de la evaluación individualizada y el planeamiento del tratamiento no pueden ser sobre enfatizados. Milloy (1994) hizo la pregunta, “pero ¿qué es tratamiento especializado del ofensor sexual?. Ella señaló que el tratamiento “especializado” para ofensores sexuales típicamente incluye componentes tales como educación sexual, habilidades sociales, manejo de la agresividad, aceptación de la responsabilidad por las ofensas, y empatía por las víctimas. No obstante estos componentes pueden ser apropiados para los ofensores juveniles en general.

Como Milloy (1994) señaló, uno de los argumentos a favor de los programas de tratamiento del ofensor sexual segregado y especializado es que estos ofensores frecuentemente intimidan al personal y a otros residentes a través de sus conductas manipuladoras, o agresivas. Los resultados del estudio de Milloy, sin embargo, sugiere que los jóvenes que cometieron ofensas sexuales no era más probable que fueran más explotadores, manipuladores, o agresivos que los jóvenes que cometieron otros tipos de ofensas. La frecuencia de las amenazas verbales y físicas no diferían entre los grupos, y los ofensores sexuales no presentaron un incremento del manejo de los riesgos o riesgos de seguridad dentro de la institución.

En conclusión, Milloy (1994) indicó que se han publicado estudios no controlados que investigan el efecto de la segregación de los ofensores sexuales juveniles de la población delinciente en general. Ella afirmó, “el hecho, emparejado con los hallazgos de este estudio, sugiere que la segregación de los ofensores sexuales juveniles es una aproximación costosa cuyo valor no está aprobado”. www.ts.ucr.ac.cr

En la revisión realizada sobre experiencias para el tratamiento de ofensores sexuales adolescentes se encontraron en el ámbito latinoamericano, algunas experiencias documentadas especialmente en Costa Rica y Chile. De estas vale la pena resaltar el trabajo realizado en Costa Rica en el Hospital Nacional de Niños por la Trabajadora Social Laura Meza Peña en 1998 para optar el título de magistra en Trabajo Social con énfasis en intervención terapéutica denominado : “Terapia Grupal de Orientación

Cognitivo-Conductual con Perspectiva de Género para el Tratamiento de Ofensores Sexuales Juveniles”. Este trabajo recoge la experiencia de implementación de una terapia cognitivo-conductual a un grupo de jóvenes ofensores sexuales que fueron tratados entre octubre de 1997 y julio de 1998. Sistematiza varios aspectos del proceso adelantando, analizando los logros, fortalezas y debilidades del modelo terapéutico abordado, ofreciendo un análisis documentado de la terapia su impacto y caracterización de los ofensores, que aporta elementos útiles en la implementación de un modelo de atención de esta población.

Igualmente en Costa Rica en el Hospital Nacional de Niños en el año 2003 el Lic. Walter Ramírez Mora desarrollo el estudio de tipo exploratorio denominado: Caracterización de Ofensores Sexuales Juveniles: Experiencia de la Clínica de Adolescentes del Hospital Nacional de Niños. El objetivo de este era dar a conocer las características más importantes de los jóvenes ofensores sexuales que recibían tratamiento en el Hospital. Los resultados mostraron algunos factores asociados a esta problemática cómo son. La educación sexual con un énfasis en lo biológico, el acceso a la pornografía sin la guía de un adulto responsable, historia previa de violencia en los hogares, la falta de contención en el hogar, las distorsiones respecto a la sexualidad y la masculinidad y consumo de alcohol.

Extraído del material:

ASOCIACIÓN AFECTO,

“MODELO PARA LA ATENCIÓN DE OFENSORES SEXUALES MENORES DE 18 AÑOS“

Equipo de trabajo: Gloria Guzmán, María Consuelo Jáuregui, Carmen Consuelo Isaza, Luz Piedad López, Isabel Cuadros F. (Bogotá, Colombia -Mayo 2007-)

1 Hunter, J.A. 2000. Understanding Juvenile Sex Offenders: Research Findings and Guidelines for Effective Management and Treatment. *Juvenile Justice Fact Sheet Charlottesville, VA: Institute of Law, Psychiatry, & Public Policy, University of Virginia.*

2 OFENSORES SEXUALES JUVENILES. Estudios de Juventud nº 62/03. Dr. José Díaz Morfa.

3 Knight, R.A., and Prentky, R.A. 1993. Exploring characteristics for classifying juvenile sex offenders. In *The Juvenile Sex Offender*, edited by H.E. Barbaree, W.L. Marshall, and S.M.

4 Prentky, R., and Burgess, A.W. 1990. Rehabilitation of child molesters: A cost-benefit analysis. *American Journal of Orthopsychiatry* 60(1):108-117.

5 Association for the Treatment of Sexual Abusers. 1997a. Ethical Standards and Principles for the Management of Sexual Abusers. Beaverton, OR: Association for the Treatment of Sexual Abusers.

6 Becker, J.V. 1998. What we know about the characteristics and treatment of adolescents who have committed sexual offenses. *Child Maltreatment* 3(4):317-329.

7 Bonner, B. 1997. Child, adolescent, and adult sex offenders: Similarities and differences. Paper presented at the meeting of the Association for the Treatment of Sexual Abusers, Arlington, VA, October 1997. www.ts.ucr.ac.cr 3

8 OFENSORES SEXUALES JUVENILES. Estudios de Juventud nº 62/03. Dr. José Díaz Morfa. Pág. 94.

9 Bonner, B. 1997. Child, adolescent, and adult sex offenders: Similarities and differences. Paper presented at the meeting of the Association for the Treatment of Sexual Abusers, Arlington, VA, October 1997.

10 Becker, J.V., and Hunter, J.A. 1997. Understanding and treating child and adolescent sexual offenders. In *Advances in Clinical Child Psychology*, vol. 19, edited by T.H. Ollendick and R.J. Prinz. New York, NY: Plenum Press, pp. 177-197.

11 Op. Cita No.8 www.ts.ucr.ac.cr 4

12 Op. Cita No. 8 www.ts.ucr.ac.cr 5

13 Meza Peña, Laura, Universidad de Costa Rica, 1.998

14 Finkelhor y Russel, 1.984.

15 OFENSORES SEXUALES JUVENILES. Estudios de Juventud nº 62/03. Dr. José Díaz Morfa. www.ts.ucr.ac.cr 6

PROPUESTA DE INTERVENCION

Desde VPlat pretendemos acercar una propuesta interventiva seria con la que ayudar tanto a fiscales, como a peritos y técnicos psico terapéuticos en el abordaje, profundización, acompañamiento y reinserción de los jóvenes que habiendo sufrido alteraciones o daños psico sociales se ven ahora inmersos en el mundo de la Ofensa sexual. Todo desde un propósito que evite la re-victimización y daños mayores.

El peritaje. Instrumento inicial imprescindible para la acotación de la problemática y posible derivación del joven Ofensor sexual, al programa psico terapéutico. En este tipo de proceso es conveniente poder encontrar:

A.- Perfil psico pedagógico: Coeficiente Intelectual. Posibles elementos disfuncionales en el aprendizaje. Historial educativo o académico.

B.- Perfil social: Descripción del grupo de iguales (pareja). Hobbies y aficiones. Estilo de vida y costumbres. Dinámicas di-sociales y/o psico adictivas.

C.- Ofensa en sí: Edad y momento del acto/s (reincidencias). Previos o predispositores, Fecha y situación del último acto de ofensión. Recogida del momento de la detención y/o denuncia. Vivencia del proceso judicial del joven. Repercusiones psico familiares. Repercusiones escolares o sociales.

D.- Perfil psicológico: Datos básicos del joven. Genograma familiar. Previas relaciones psico terapéuticas. Enfermedades psicológicas o medicaciones psiquiátricas. Posibles precedentes familiares. Malos tratos o daños previos al acto u ofensa, o abuso sexual.

E.- Datos propios del joven: Motivación para el tratamiento y reconocimiento de la pauta, arrepentimiento, disposición y solicitud de ayuda, tanto por parte del juzgado, del joven como de su familia.

Para ello se debería tener en cuenta, el abordar los siguientes apartados:

I.- *¿Qué datos son imprescindibles para el clínico en su diagnóstico?:*

.- Situar el grado de la amenaza del que abusa hacia la comunidad y la víctima u otras potenciales.

.- Abordar los factores de riesgo de repetir el abuso sexual en el acusado.

.- Identificar las necesidades de tratamiento del individuo y su familia.

.- Explicar la necesidad o no de apartar al que abusa de su familia.

.- Criterio sobre el que se ha basado la decisión del programa de tratamiento elegido, y de no ser situado en un ambiente más restrictivo.

.- Definir el contexto donde se produce (Cultura, estructura etc.)

II.- ¿Cómo es el ambiente familiar de los niñ@s ofensores sexuales?: Posibles conflictos familiares, estabilidad familiar, funcionamiento familiar interno en límites y normas, posible exposición repetida a la violencia, modelos y actitudes paternas inconsistentes, posible maltrato previo físico y/o sexual, nivel de adaptabilidad y cohesión.

III.- Características de personalidad en los Ofensores:

Rasgos de personalidad severos que incluyen: conducta narcisista, límite y trastorno de conducta.

El 92% de los chicos presenta criterios para un diagnóstico de trastorno de conducta,

El 67% para un trastorno de personalidad narcisista,

El 72% para un trastorno de límite de la personalidad.

(Experto y Psiquiatra: Díaz Morfa 2009).

IV.- Factores que se repiten en la historia del ofensor sexual:

Deterioro en las relaciones sociales e interpersonales. Conducta delincuente anterior. Impulsividad. Problemas académicos y escolares. Inestabilidad y/o violencia familiar. Abuso o negligencia. Psicopatología.

“La relación psiquiátrica se ha hallado en aproximadamente el 60-90% de los adolescentes que abusan sexualmente”.

(Experto y Psiquiatra: Díaz Morfa 2009).

V.- Los trastornos psiquiátricos relacionados que más destacan son:

Posible trastorno de conducta,

Trastornos del humor,

Trastornos de ansiedad,

Abuso de sustancias,

TDAH

“El trastorno de conducta, 45-80%; Trastornos del humor, 35-50%; Trastornos de ansiedad, 30-50%; Abuso de sustancias, 20-30%, y TDAH 10-20%. Cuanto más joven es el niño cuando ha sido víctima de abuso sexual, mayor número de diagnósticos psiquiátricos coexisten”.

(Experto y Psiquiatra: Díaz Morfa 2009).

Respecto al peritaje, más que sugiriendo pautas de trabajo, y solo con la intención de ayudar a marcar pautas en el futuro proceso del joven, se entregaría una copia de este al director del programa a derivar el caso, junto a un contrato de derivación desde la entidad que hace esta solicitud (en el que se haría constancia de la no responsabilidad del centro, de los actos del joven, hasta poder presentar un diagnóstico definitivo con su correspondiente diseño de proceso, criterios, necesidades y pautas de la intervención). Tras este paso y previo coloquio con el joven en clave de primer contacto, consulta o encuentro (participan: técnico, joven y familia de este) donde se hará entender el proceso y mínimos del trabajo a realizar por ambas partes, ya estaríamos en buena disposición para abordar el trabajo con el joven en el centro psico terapéutico.

¿Primeros pasos en el tratamiento? (incluso previo al peritaje):

Iniciada la relación psico terapéutica y previamente habiéndose asentado el joven en el centro, se tendrá un mes y medio para la realización de la Evaluación Psicológica Clínica (EPC). Para ello nos remitiremos al esquema de estudio y abordaje que se hace en psicología clínica, eso sí, desde un enfoque ecléctico e integrador, por lo que no se apostará por el protagonismo de una escuela psicológica en concreto, sino que se apuntaría a mejorar el servicio y atención del paciente y sus familiares dentro de un marco ecléctico, marco que la psicología humanista de hoy en día nos ofrece y permite, académicamente hablando.

Uno de los primeros objetivos que se tendrán en el programa será diferenciar el tipo de perfil que porta el joven ha intervenir. Para ello se tendrá en cuenta la propuesta que nos hace el doctor Diaz Morfa en su informe Ofensores sexuales.

Existen 4 tipos de adolescentes que cometen abuso sexual:

- 1.- El verdadero parafilico con un modelo de excitación sexual desviado bien establecido.
- 2.- El joven antisocial cuya conducta de agresión sexual es una faceta de su oportunismo para explotar a los otros.
- 3.- El adolescente expuesto a un trastorno psiquiátrico o un trastorno por daño orgánico en sustrato neurológico/ biológico que interfiere con su capacidad para regular y modular los impulsos sexuales y agresivos
- 4.- El joven cuyo deterioro en las habilidades sociales e interpersonales tiene como resultado el dirigirse a niños más pequeños para conseguir la gratificación sexual no disponible en su grupo de amigos.

Tras la identificación del perfil, ya se puede decir que estamos en la posibilidad de continuar o no con el proceso, ya que debido a su posible disfuncionabilidad o deterioro, el centro se reservaría la posibilidad, o no, de continuar con el caso, pues los casos de lesión neuronal con tendencia agresiva o esquizoide violenta no se podrían

atender en este tipo de regímenes requiriendo espacios de mayor contención y seguimiento psiquiátrico.

El esquema o matriz de análisis psicopatológico, que se propone a continuación, consta de cuatro cuerpos descritos.

A.- Situaciones antecedentes. Son situaciones contextuales que influyeron con el desarrollo de la personalidad, con el inicio, curso y evolución de signos y síntomas. Para iniciar el análisis a este nivel se requiere información sobre:

Valoración del psiquiatra: tratamiento para el freno de la conducta y la gestión de la vivencia de la incautación o respuesta social- (se tendrá en cuenta posibles tratamientos previos).

Valoración del psicopedagogo: procesos psicoeducativos formales e informales (posibles tratamientos previo).

Valoración del sanitario: Procesos de salud – actuales tratamientos, alergias o enfermedades contagiosas, tratamientos y diagnósticos previos, etc.

Valoración del Psicólogo:

.- Genograma: Volcando los procesos familiares que brindando información de tres generaciones desde una visión sistémica, nos sitúan ante la familia. Antecedentes de enfermedades congénitas, anomalías genéticas y/o somáticas, defunciones o relaciones traumáticas o dañinas.

.- Desarrollo psico evolutivo del paciente: a nivel cognitivo, afectivo – sexual, social, etc.

.- Perfil disfuncional psico social:

A.- Situaciones de crisis personal, y cómo se resolvieron estos.

B.- Rasgos disfuncionales familiares (roles, normas, límites, responsabilidades, exigencias, castigos, violencia o abusos), y cómo se resolvieron estos.

C.- Rasgos disfuncionales respecto al grupo de pares según roles y códigos (vivencias de pareja), y cómo se resolvieron estos.

.- Creencias: religiosas o partidarias (políticas), convicciones personales, etc. Se puede hacer una lista extensiva, pero esta información cumple una función: identificación de **factores predisponentes** en el paciente y su contexto de desarrollo que hacen o incrementan la probabilidad (riesgo) de que desarrolle una psicopatología. Los factores predisponentes, dan cuenta también de **factores precipitantes o desencadenantes**, es decir situaciones que propiciaron la manifestación de un trastorno con la condicionante previa de los predispositores.

B.- Situación reciente. Son las circunstancias más próximas en el tiempo y espacio y que pudieron desencadenar la intención de ayuda (motivo de consulta). Las áreas de exploración involucran al paciente y su entorno, pero situando problemáticas, conflictos puntuales, su tiempo, personas vinculadas, etc en base a esta situación reciente se puede formular un diagnóstico presuntivo abordando:

Valoración de la vivencia traumática y consecuencias: Qué, Cuando ocurrió, cómo, con quién, posibles antecedentes, disparadores o reforzadores de la conducta o predispositores, quien lo descubre, que ocasiona, primeras respuestas del y sobre el joven.

Valoración de la experiencia policial y judicial: quien le incauta, cómo, a dónde va, quien le visita, como se siente, como le tratan, quien le explica y el que..., proceso perital del fiscal, proceso judicial, ante la sentencia?,

Valoración de la realidad actual psico afectiva del joven: uso de pornografía, relaciones sin ofensa, nivel de auto estima, auto erotismo, complicidad del grupo de iguales, juegos sexuales tanto familiares como de pares, internet, DVD's pornograficos, u otro tipo de uso frecuente de medios con potencial disfuncional, consumo de drogas....

C.- Consecuencias para el paciente a raíz del problema que presenta. Es decir, se debe describir los cambios, modificaciones y alteraciones que suponen para la vida actual del paciente en las esferas: personal, familiar, comunitaria, pareja, etc.

Valoración del impacto psico social tras el incautamiento a nivel social: Quien llama al joven, lo visita o mantiene relación con este, de que tipo, con qué fin u objetivo, que ha pasado con sus amigos del colegio, que actividades de ocio y T/l han cambiado, como responde su barrio o entorno próximo, que limitaciones o posibilidades le ocasionan al joven estas mismas.

Valoración del impacto psico social tras el incautamiento a nivel personal: Qué piensa ahora de sí mismo, que siente, que hace, que valor se da (posibles juicios de valor o sentimientos de culpa), cambios en su imagen, y auto imagen, auto concepto, auto control, auto modificación, autonomía.

D.- Observaciones durante el proceso de EPC. Implica la observación, aplicación de baterías de test u otras estrategias, la evaluación de la estrategia de investigación. Con esta información se tiene los siguientes productos:

Diagnóstico clínico: Los siguientes test han sido utilizados con agresores sexuales adolescentes:

Inventario sexual multifásico, (desarrollado por Nichols and Molinder en 1984).

Escala de cogniciones para adolescentes.

Test de tarjetas de interés sexual para adolescentes.

Autoinforme (de 64 ítems acerca del interés sexual)

Evaluación falométrica o de respuesta eréctil. (Los autores recomiendan precaución en su uso).

Inventario de conducta sexual infantil. Medida que utiliza el informe de los padres acerca del conducta sexual en niños de 2-12 años y proporciona información sobre un numero de ámbitos que incluyen la ansiedad sexual, interés sexual, conocimiento sexual, intrusismo sexual, conducta de género y problemas relacionados. Aunque está siendo revisado.

PROPUESTA Y SUGERENCIAS DE INTERVENCIÓN:

Freno en la pauta, factores de recaída, proceso de reinserción).

SEGUIMIENTO DEL CASO CON PRONÓSTICO:

Hoja de coloquios, grupos, y seminarios, actividades psico terapéuticas, educativas y preventivas, de ocio y T/L, familiares y sociales.

INTERVENCION INTEGRAL DEL JOVEN OFENSOR

Antes que nada, hemos de; prevenir o frenar la re-victimización del agresor. Ayudar al joven a aceptar su conducta. Propiciar su colaboración (motivación y objetivos). Ofrecer una formación sexual que desmitifique y evite ideas irracionales. Corrección de las distorsiones cognitivas. Entrenamiento en empatía y asertividad. Clarificación de los valores concernientes a la conducta sexual. Manejo y gestión de la agresividad. Control del impulso. Habilidades sociales. Reducción de la excitación sexual desviada. Prevención de la recaída. Resolución de la vivencia de victimización. Resolución de la vivencia disfuncional familiar. Desarrollo de relaciones pro sociales.

(Becker y Hunter 1997; Hunter y Figueredo 1990 y NAPN 1993)

Pasos en el tratamiento con jóvenes:

Manejo y gestión de la rabia. Entrenamiento en asertividad. Terapia de aversión. Grupo de supervivientes victimas de ofensa. A/A, Reestructuración cognitiva. Sensibilización encubierta. Terapia expresiva. Terapia sistémica familiar. Terapia individual y grupal. Farmacoterapia. Identidad psico-sexual. Prevención de recaídas. Auto control y manejo del impulso. Habilidades sociales. Manejo del estrés y ansiedad. Manejo en el abuso de

sustancias. Desensibilización sistemática. Entrenamiento en la empatía con la víctima.
Afectividad-sexualidad.

(Experto y Psiquiatra: Díaz Morfa 2009).

Pasos en el tratamiento con niños pequeños ofensores:

- 1.- Incrementar las habilidades de auto manejo.
- 2.- Abordar el trauma resultante de su victimización.
- 3.- Abordar las reacciones compensatorias asociadas ala externalización emocional disfuncional.
- 4.- Incrementar las variables preventivas internas y externas (Trabajo familiar y social) (Gray y Pithers 1993).
- 5.- Imprescindible que se establezca apego “sano” con el que se pueda identificar (Concha Francés 2010).

En este tipo de población, es más adecuado impulsar los abordajes psicodinámicos y del apego pero invitando siempre a métodos eclécticos y adaptativos.

¿De qué dependerá la aplicabilidad del tratamiento?:

Del nivel de entendimiento de la seriedad de la agresión, (C.I.). De la motivación para discutir y entender la agresión. De la capacidad para la empatía y las relaciones humanas. De la importancia o no de la psicopatología. Del afianzamiento de los modelos sexuales desviados. Del tipo y frecuencia de conducta sexual agresiva. De la agresividad del abuso sexual. Del grado de deterioro. De la naturaleza del programa de tratamiento.

¿Cuáles son los objetivos del tratamiento a estos jóvenes?: El tratamiento del agresor sexual juvenil se ha centrado en un número de objetivos:

- 1.- Confrontar la negación del agresor.
- 2.- Descender el nivel de sexualidad desviada.
- 3.- Facilitar el desarrollo de intereses sexuales no desviados.
- 4.- Promover la empatía a la víctima y/o a su propio proceso victimario.
- 5.- Aumentar las habilidades sociales e interpersonales.
- 6.- Ayudar al esclarecimiento de valores.
- 7.- Enseñar al joven a reconocer los antecedentes in - externos de la conducta de agresión sexual.
- 8.- Prevenir recaídas o recividas.

Intervención psico educativa

La aportación psico educativa en la intervención psico terapéutica de la ofensa sexual en jóvenes, primero y antes que nada, nos obliga a recordar que son jóvenes, en proceso de aprendizaje y con una personalidad todavía no definida, que estando en proceso ante todo requieren seguir siendo educados y por esto nos posicionamos en la afirmación de que no se ha de confundir educación con adoctrinamiento o dogma. Así pues los modelos psico educativos específicos para el abordaje y acompañamiento del joven tratado en la problemática de la ofensa sexual consistirían en:

Conocimiento de la víctima/ empatía. El foco está en comprender los efectos del asalto sexual de la víctima, identificando las distorsiones cognitivas y mitos que apoyan el asalto sexual, y promueve la participación en los esfuerzos terapéuticos.

Aclaración de valores. El terapeuta aclara los valores sexuales tal y como se relacionan al cese de relaciones de explotación sexual.

Reestructuración cognitiva. Trata de corregir las distorsiones cognitivas y las creencias irracionales que apoyan la conducta del agresor sexual y los reemplaza con creencias aceptables culturalmente y centradas en la realidad.

Tratamiento de la ira. Las instrucciones son proporcionadas para facilitar el reconocimiento y el desarrollo de estrategias de relación apropiadas para tratar la ira.

Entrenamiento en asertividad. Se proporciona entrenamiento para promover la conducta de autoafirmaciones más apropiada y satisfacer las necesidades de uno mismo de una forma orientada hacia la realidad y culturalmente aceptable.

Entrenamiento en habilidades sociales. El terapeuta facilita conductas prosociales más efectivas, habilidades de comunicación y conocimiento interpersonal.

Educación sexual. El terapeuta proporciona información relacionada con la sexualidad humana, mitos, roles sexuales y variaciones de conductas sexuales. Anticoncepción, maternidad, paternidad, responsabilidad sexual, auto erótica, etc...

Reducción del estrés/ tratamiento de la relajación. Las técnicas para relacionarse y reducir el estrés, ansiedad y frustración se facilitan al grupo.

Conocimiento autobiográfico. Se pone énfasis sobre el desarrollo individual de una comprensión de la trayectoria de su propia vida y cómo el modelo de conducta sexual agresiva se ha desarrollado en el tiempo.

Intervención conductual

Las intervenciones conductuales se han utilizado predominantemente para disminuir la desviación sexual, su control y cambio:

Sensibilización encubierta. En este paradigma condicionante, el agresor aprende a extinguir las respuestas placenteras al imaginar la estimulación a través de una conducta sexual desviada por medio de la imaginación de una reacción negativa o un estímulo aversivo. Se construyen escenas para cada agresor según sus fantasías sexuales preferidas.

Sensibilización encubierta asistida. Los estímulos, como los olores nocivos, son utilizados para facilitar una reacción aversiva.

Desensibilización imaginada. El agresor utiliza técnicas de relajación para interrumpir la imaginación sexual estimulante y para inhibir el ciclo sexual.

Condicionamiento olfativo. Se presenta, mediante la imaginación de la conducta sexual desviada que le resulta estimulante seguida por la presentación de olores nocivos

Técnicas de saciedad. Esto incluye la saciedad verbal o de masturbación. El agresor es alentado a masturbarse hasta la eyaculación como respuesta a fantasías sexuales socialmente apropiadas con los sentimientos conjuntos de afecto y ternura. Tras esta experiencia, el agresor se masturba con fantasías sexuales desviadas. Si el agresor se excita de alguna manera, se le dice que cambie a una fantasía apropiada o en algunos casos se le expone a estímulos aversivos. La saciedad verbal requiere el dictado sobre una cinta de cassette de la imaginación parafilica más estimulante durante al menos 30 minutos tras la masturbación 3 veces por semana. Se supone que la fantasía parafilica se convierte en algo aburrido y por tanto desaparece.

Recondicionamiento de la excitación sexual. Esto conlleva la asociación de la excitación sexual con una estimulación sexual no desviada apropiada o fantasías sexuales.

Prevención de recaídas:

La prevención de recaídas implica que los agresores sexuales son el producto de los desencadenantes contextuales y un arraigo de precursores emocionales y cognitivos.

En esta intervención, el que abusa sexualmente es consciente de cada fase de su asalto sexual y sus características únicas para convertirse en algo conocido sobre los desencadenantes que inician el ciclo. Los objetivos de la prevención de recaídas sirven para dar poder a los agresores a controlar su propia vida sexual a través de un entendimiento cognitivo de los antecedentes de su conducta sexual agresor y el desarrollo de estrategias de relación con las cuales interrumpir el ciclo de agresiones sexuales.

Intervención psicosocial:

Las terapias interpersonales incluyen las aproximaciones individuales tradicionales, terapia familiar, terapias de grupo, y el uso de la comunidad terapéutica.

La terapia de grupo.

La terapia de grupo con agresores sexuales jóvenes proporciona un contexto en el que los agresores son incapaces de restar importancia, negar o racionalizar sus conductas sexuales. La terapia de grupo con iguales como vía para las intervenciones terapéuticas es utilizada de formas diferentes dependiendo del emplazamiento, miembros del grupo, la importancia de las agresiones sexuales, objetivos del grupo, si los grupos son abiertos o cerrados, y la duración de la experiencia del grupo.

Los grupos terapéuticos comunitarios son utilizados en emplazamientos de tratamiento hospitalario o residencial como vehículo para la toma de decisión y para la observación de un sistema de control de conducta. Los grupos suelen ser de chicas o de chicos, muy pocas veces existe alguna ventaja en mezclar sexos en un grupo diseñado para el tratamiento de agresores sexuales.

En la terapia de grupo, el agresor sexual es enfrentado al grupo de iguales que están “habituados a la calle”, que no son fáciles de manipular y que son capaces de afrontar los intentos de minimizar y negar. La negación puede ser muy persistente, como si estuviera apoyada por distorsiones cognitivas y una visión estereotipada de las mujeres. La terapia de grupo es diseñada y configurada por un número de estrategias terapéuticas que pueden incluir intervenciones interpersonales, de conducta, cognitivo-conductuales, psicodrama e intervenciones psico-educativas.

Intervención psicoterapia individual.

Posee un valor limitado para el agresor sexual individual y probablemente nunca se debe considerar como modelo único de tratamiento. Las ventajas de una terapia individual son que proporciona un mayor sentido de la confidencialidad y una oportunidad para desarrollar la confianza en el proceso terapéutico; se brinda la oportunidad de ayudar al individuo a entender su dinámica, problemas del desarrollo sin resolver, conflictos y resistencias a las intervenciones terapéuticas. Lo más importante es que la terapia individual puede ser utilizada para desarrollar una alianza terapéutica que puede facilitar la participación del agresor en otras modalidades de tratamiento.

Entre las desventajas de la terapia individual destacan la facilidad de que el terapeuta sea manipulado, la negación, los temas sexuales quedan dentro de la relación terapéutica y hay una menor posibilidad de aprendizaje social, como puede ser la empatía por la víctima, las características del agresor, el ciclo de agresiones y los rasgos interpersonales y sociales.

La confrontación es necesaria para dirigir las minimizaciones, negaciones, racionalizaciones, y distorsiones cognitivas que el agresor presenta a la autoridad. La terapia individual es a menudo el tratamiento de elección para los más jóvenes, los niños sexualmente reactivos que se ha convertido en agresores sexuales. Esto es así para los niños que manifiestan altos niveles de conflictos personales, estrés emocional, confusión, y mecanismos de defensa. La terapia individual permite el desarrollo de una

relación en la que los factores de confianza, fantasías sexuales agresivas, vergüenza y culpa pueden ser trabajados en el contexto de la relación terapéutica. En la mayoría de los casos, la terapia individual está yuxtapuesta a otras intervenciones que incluyen terapia familiar y de grupo, terapia cognitivo-conductual e intervenciones farmacológicas.

Intervención familiar

Es en el contexto familiar donde se desarrolla y mantienen la mayoría de las creencias del agresor, mitos y distorsiones cognitivas sobre la sexualidad, la agresión y el rol de género.

La terapia familiar proporciona una oportunidad de entender el desarrollo del agresor y sus estrategias de relación, además de que proporciona una oportunidad de corregir las distorsiones cognitivas y los mitos familiares.

Se facilita el aprendizaje de nuevas formas de comunicar y construir un sistema de apoyo que ayudará a interrumpir el ciclo del abuso y ser, en último lugar, un apoyo que permita al agresor regular y modular la agresión sexual. La terapia familiar puede estar garantizada en aquellos ejemplos donde hay incesto, especialmente cuando el agresor permanece en la familia o volverá a unirse a ella tras un tratamiento.

La intervención farmacológica

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

Los ISRSs han demostrado disminuir el impulso, la excitación y la preocupación sexual. La disfunción serotoninérgica ha estado asociada con impulsividad, conducta suicida, y conductas agresivas. Los ISRSs son efectivos para el tratamiento de conductas obsesivo-compulsivas y su uso ha sido recomendado para individuos con preocupaciones parafilicas o no parafilicas sexual compulsivas. El comportamiento sexual compulsivo no parafilico está caracterizado por una conducta sexual convencional y normativa llevado a un extremo compulsivo. Los estudios afirman que los individuos con obsesión sexual muestran mejor respuesta a la medicación y, sugieren que la fluvoxamina, clomipramina y la bupiriona son efectivas.

La fluoxetina. Ha está asociada a una reducción del comportamiento parafilico y las obsesiones sexuales no parafilicas. La importancia y la frecuencia de las fantasías parafilicas se reduce significativamente.

Antiandrógenos. Según las diferentes investigaciones un nivel elevado de testosterona está asociado a mayor frecuencia en la excitación y aumento del orgasmo y las

conductas sexuales. Otros estudios han demostrado la relación entre un aumento en el nivel de testosterona con un aumento de la conducta sexual.

Los ensayos con fármacos **antiandrógenos** muestran que al producirse un descenso de la testosterona se provoca un descenso de la sexualidad, el deseo sexual, las fantasías y las relaciones sexuales 4-6 semanas después del comienzo del tratamiento. Los estudios han demostrado la eficacia del **acetato medroxyprogesterona (MPA)** (Depo-Provera) en los agresores sexuales adultos. La **Depo-Provera** desciende sustancialmente el serum de la testosterona y ha sido categorizado como “supresor del apetito sexual”. **Su utilización en adolescentes ha de considerarse con sumo cuidado** ya que los fármacos antiandrógenos como el acetato cyproterone (CPA) y el MPA pueden retrasar el comienzo de la pubertad. El CPA se ha asociado con gran número de efectos secundarios como la ginecomastia, hipersomnias, fatiga, depresión, y alteraciones en el funcionamiento adrenal. El MPA está relacionado con aumento de peso, perturbación gastrointestinal, dolores de cabeza, perturbación en el sueño e hiperglicemia. Se ha demostrado en adultos que las hormonas luteinizantes reducen los niveles de testosterona y por tanto, disminuyen las fantasías sexuales desviadas y las agresiones sexuales.

Consideraciones para evaluar y prevenir el riesgo de futuras agresiones sexuales desde la recaída:

Deberán tomarse en cuenta: la frecuencia y diversidad de las agresiones sexuales, la importancia de conducta sádico-agresiva, la planificación/ impulsividad del abuso sexual, la psicopatología, los deterioros neurológicos, la conducta anterior antisocial o violenta, la motivación para el tratamiento, la inteligencia, la disposición psicológica y la capacidad empática, el apoyo familiar, comunitario y social, la necesidad consistente de negar las agresiones sexuales, la falta de remordimientos y la empatía hacia la víctima, un modelo bien establecido de actos frecuentes y diversos de agresión sexual, el número de arrestos previos, el número de víctimas, importancia de la psicopatología, fallo en el tratamiento anterior, grado de compulsividad y sexualidad, una historia documentada de un comportamiento violento agresivo y sádico.

Fuentes:

ASOCIACIÓN AFECTO

“MODELO PARA LA ATENCIÓN DE OFENSORES SEXUALES MENORES DE 18 AÑOS”

Equipo de trabajo:

Gloria Guzmán, María Consuelo Jáuregui, Carmen Consuelo Isaza, Luz Piedad López, Isabel Cuadros F.
(Bogotá, Colombia -Mayo 2007-).

Parámetros prácticos para la evaluación y tratamiento de niños y adolescentes que abusan sexualmente de otros

(**Carolina Raheb Vidal**)

Ofensores sexuales, **Dctr Jose Diaz Morfa**

<http://www.injuve.es/contenidos.downloadatt.action?id=18356987>

Material gratuito- Equipo VPLat:

Concha Frances -Psicóloga Clínica y Sexóloga-

José Álvarez Blanco –Psicoterapeuta, educador sexual y Logoterapeuta

Fabricio Gumiel -Psicólogo Clínico-