



Save the Children

**Tratamiento de Jóvenes Agresores Sexuales.
Posibilidades y Retos**

**Madrid, España
6-8 Abril 2000**

Un programa europeo organizado por el Grupo Europeo de la Alianza Internacional Save the Children y financiado por el Programa Daphne de la Comisión de la Unión Europea.

Apoyado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España.

Participaron las siguientes organizaciones de Save the Children:

Save the Children España (Coordinadora del Seminario)

Red Barnet - Save the Children Dinamarca

Redd Barna - Save the Children Noruega

Barnaheill - Save the Children Islandia

Rädda Barnen - Save the Children Suecia

Salvati Copiii - Save the Children Rumanía

Informe realizado por Kate Holman

CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN Y BASES DE LA CONFERENCIA

Burkhard Gnärig, Director Ejecutivo de la Alianza Internacional Save the Children

Lars Lööf, Rädga Barnen, Save the Children, Suecia

Diana Sutton, Directora de la Alianza Internacional Save the Children

2. LA SITUACIÓN ACTUAL DE ALGUNOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA

España Purificación Llaquet

Elena Hayward

Alfonso Marina

Suecia Anders Nyman

Noruega Informe del encuentro de expertos noruegos

Svein Mossige

Thore Langfeldt

Dinamarca Vernon Jones

Islandia Dr. Jon Fridrik Sigurdsson

Rumania Dra. Violeta-Olivia Stan

3. ESTABLECIENDO EL CONTEXTO - EL CONOCIMIENTO ACTUAL

Jóvenes agresores sexuales: Visión panorámica de las investigaciones actuales.

Dr. Richard Beckett

Visión panorámica de los tratamientos: Desarrollos en Gran Bretaña durante los años 90 y establecimiento de una investigación en el ámbito europeo.

Dr. Hilary Eldridge

4. TRATAMIENTO: POSIBILIDADES

Tratamiento de jóvenes agresores en el caso de pacientes no internados: Adecuación de la intervención a los factores de riesgo y a las necesidades de tratamiento de los jóvenes.

Dra. Hilary Eldridge

La fuerza de la Negación: Agresores adolescentes en terapia.

Anders Nyman y Olof Risberg

5. TRATAMIENTO: RETOS

Adolescentes agresores: Tratamiento residencial - La experiencia Harreveld.

Margot van Heteren

Experiencias españolas de tratamiento: **Victoria Noguero**

Josefa Sánchez Heras

6. EVALUACIÓN DE RIESGOS

Evaluación de riesgos de reincidencia: **Dr. Richard Beckett**

7. TRATAMIENTO: RETOS

"... mejor que un helado". Comportamiento sexualizado en jóvenes.

Börje Svensson y Margaretha Erixon

8. RESUMEN - CONCLUSIONES Suecia

Dinamarca

Islandia

Noruega

España

Rumanía

9. CONTINUANDO HACIA ADELANTE

Anexo 1 Test Psicológicos

Anexo 2 Participantes

Anexo 3 Programa

1. INTRODUCCIÓN Y BASES DE LA CONFERENCIA

[Introducción por Lars Lööf y Burkhard Gnärig.]

[Vernon Jones sugiere insertar también el siguiente párrafo:]

Las investigaciones muestran que muchos ofensores sexuales adultos inician su comportamiento desviado cuando son adolescentes y que han llevado a cabo conductas sexualmente ofensivas durante muchos años. Existe en estos momentos un consenso en debate entre investigadores y terapeutas en cuánto a que el tratamiento en etapas tempranas del desarrollo puede evitar que los jóvenes agresores se conviertan en adultos agresores. Save the Children cree que estos niños y adolescentes pueden cambiar sus conductas. Los profesionales deben cuidar el desarrollo sexual normal de los niños, pero el comportamiento abusivo debe ser tomado en serio y no se puede confundir con la simple experimentación propia de ese desarrollo.

Burkhard Gnärig, Director ejecutivo de la Alianza Internacional Save the Children, dio la bienvenida a los participantes y resumió el papel de la Alianza. "Una de las mayores prioridades de Save the Children es recuperar el liderazgo en cuanto a las políticas relativas a los derechos de los niños", dijo. "Este tipo de conferencia es parte de ese proceso".

Lars Lööf, Daphne coordinador del proyecto psicólogo clínico de Save the Children Suecia.

El programa Daphne de la Unión Europea constituye una de las respuestas de la Unión Europea a la conferencia de la ONU referente a la Explotación y Comercio Sexual infantil que se realizó en Estocolmo en 1996 y a los hechos que rodearon la detención del pedófilo Marc Dutroux en Bélgica. Se desarrolla para apoyar a las ONG en la creación de programas novedosos dirigidos a combatir el abuso y la violencia hacia los niños, jóvenes y mujeres y para incrementar el conocimiento de estos temas.

El proyecto de Save the Children relativo al tratamiento de Jóvenes Agresores Sexuales es una ramificación de un proyecto anterior desarrollado en 1998 consistente en la celebración de cinco seminarios en diferentes países de la UE acerca del abuso sexual infantil.

"Se planteó claramente que el tema de los jóvenes agresores era un asunto importante y que el conocimiento que se tenía y los enfoques que había eran muy diferentes en cada país", explicó Lars Lööf. "Dado que sabemos que el salto de ser una víctima a un agresor puede ser muy pequeño, es importante que Save the Children considere no sólo a las víctimas sino también a los agresores. ¿Qué es exactamente una víctima y qué es un agresor?"

"Sentimos que a los jóvenes agresores en Europa no se les ofrece el tratamiento y la posibilidad de rehabilitación a la que tienen derecho. Queremos realzar el derecho que tienen todos los niños a ser tratados igualmente y que estos niños tienen necesidades que deben ser atendidas".
Lars Lööf

Diana Sutton, Directora de la Alianza Internacional Save the Children.

“Uno de los descubrimientos más importantes del primer proyecto de Save the Children enmarcado en la línea Daphne fue que muchos agresores sexuales -quizá el 30%- eran menores”, dijo Diana Sutton. Claramente se necesitaba un análisis más profundo del fenómeno del abuso sexual, que se centrara específicamente en varones jóvenes. Recoger más información es crucial para desarrollar políticas tanto en el ámbito nacional como europeo y para armonizar la legislación del la UE.

Si se lleva a cabo de forma satisfactoria el trabajo de rehabilitación de ese tipo de agresores existe una posibilidad real de romper el ciclo del abuso que incita a las víctimas a abusar de otros niños.

La labor europea de Save the Children muestra la existencia de métodos de trabajo diferentes según los países. En algunos de éstos, se desarrollan formas de trabajo muy avanzadas, en cambio en otros o bien existe una “cultura del silencio” o el tema de los abusos sexuales es un problema “fuera de agenda”. Por lo tanto, se hace necesario diseñar conclusiones políticas más amplias. Save the Children espera emplear la conferencia para establecer una agenda política de ámbito nacional y europeo.

2. LA SITUACIÓN ACTUAL EN ALGUNOS PAÍSES DE LA UE

España: País anfitrión

Purificación Llaquet, Presidenta de Save the Children España.

“España acaba de empezar a asumir la problemática del abuso sexual infantil”, afirmó Purificación Llaquet. Hasta ahora existen muy pocos programas diseñados para prevenir el abuso sexual. Pero considerando que existe un interés creciente, en gran medida debido a los reportajes en los medios de comunicación y a las investigaciones del profesor Felix López, el trabajo ahora se dirige a encontrar las formas óptimas de tratar los casos de abuso sexual y la formación de los colectivos cuyo trabajo se centra en los menores. “No es frecuente que la población entienda que los agresores necesitan ayuda, especialmente aquellos que se sitúan en una franja de edad inferior a la edad de consentimiento”, señaló.

En España se acaba de aprobar la ley reguladora de la responsabilidad penal de los menores que entrará en vigor en 2001. Ésta permite implementar medidas destinadas a la rehabilitación de menores que han cometido abusos. Llaquet enfatizó que es crucial formular durante los próximos meses las mejores formas de tratamiento para ayudar y rehabilitar a los jóvenes agresores, al objeto de que la ley pueda ser considerada como una medida eficaz, complementaria a la legislación de los derechos de la infancia.

Save the Children España fue fundada hace 10 años y entró a formar parte de la Alianza en 1998.

Elena Hayward, Psicóloga, Save the Children España.

Elena Hayward afirmó que el sistema legal actual no ofrece tratamiento al agresor sino persecución. Es extremadamente difícil imponer un tratamiento y las intervenciones terapéuticas son prácticamente imposibles. Ella reclamó el establecimiento de reformas en el Código penal que permitan acortar los límites temporales, el desarrollo de infraestructuras, la unificación de intervenciones legales y sociales, el establecimiento de tratamientos mediante mandato judicial y una definición clara del abuso sexual.

En este momento, cuanto más jóvenes sean los menores que ingresan en prisión, más probable es que reincidan y queden, por lo tanto, atrapados en la “rueda del sistema legal”.

Hayward hizo hincapié en la reforma actual del proceso judicial en lo relativo a menores. La nueva ley ofrece intervenciones educativas y procedimientos para la mediación y la reconciliación entre la víctima y el agresor. Un equipo técnico asesorará al juez sobre los intereses del menor. La ley distinguirá entre jóvenes de entre 18 y 21 años y 14 a 18 años (con una subdivisión a los 16).

Se necesitan mejores herramientas de detección y diagnóstico para evaluar si las agresiones son básicamente sexuales y determinar el tratamiento correcto. España sufre la falta de formación de los profesionales y la falta de apoyo a las víctimas. El seguimiento sobre los jóvenes agresores en las prisiones es también inadecuada. Existen centros trabajando en

este tema en Sevilla, Barcelona, Valencia, Madrid y Cádiz. Excepto en Sevilla y Cádiz, en los centros se sigue un enfoque cognitivo conductual. Se trabaja tanto de forma individual como en grupo y se intenta integrar a las familias e implicar a las autoridades locales. El centro de Barcelona es de internamiento cerrado. Los centros de Madrid, Sevilla y Cádiz son privados y los dos últimos pertenecen a Vínculos, una ONG que trabaja con los servicios de protección infantil.

“Existe una necesidad real de establecer una red de trabajo entre los profesionales. Ellos no tienen ningún cauce hasta ahora para compartir su trabajo”, argumentó Hayward. “También necesitamos fomentar la toma de conciencia de los representantes nacionales sobre la necesidad de la rehabilitación. La gente tiende a pensar que criminalizar a los jóvenes agresores es una solución adecuada. Esperamos que este encuentro nos permita desarrollar nuevos enfoques y prácticas que tengan impacto.”

Alfonso Marina, Subdirector General de Acción Social, del Menor y la Familia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España.

Alfonso Marina afirmó que el objetivo principal de la nueva ley española reguladora de la responsabilidad penal del menor es el educativo. Durante el proceso de su implementación se están llevando a cabo un amplio abanico de actividades, incluyendo programas experimentales e investigaciones, en un esfuerzo de obtener modelos y aplicar las mejores prácticas de otros países.

En lo que se refiere al abuso sexual infantil, los esfuerzos gubernamentales en el campo de la educación y la prevención son vitales. El ambiente del agresor es un factor importante en su desarrollo posterior y algunas medidas podrían reducir la probabilidad de que tuvieran lugar futuras agresiones. Cuando los agresores son menores es aún más importante intervenir para poder cambiar sus pautas de conducta.

“A pesar del sentimiento de repugnancia que sentimos hacia estos abusos, el énfasis fundamental debe residir en la educación”, insistió. El gobierno está apoyando financieramente a las ONG que trabajan en favor de los niños y coordina encuentros con las autoridades regionales españolas. Se está discutiendo la posibilidad de elaborar un protocolo para informar de los casos de abuso sexual, en la línea de los existentes para las intervenciones policiales y sanitarias, al objeto de que cualquier profesional que tenga conocimiento de la existencia de un caso de abuso sepa cómo y dónde informar del hecho. Se están dando los pasos necesarios para evitar que los niños tengan que enfrentarse a su agresor en los procedimientos legales.

En un contexto europeo, el trabajo en torno al programa Daphne es muy significativo. Es vital que los gobiernos, las ONG y los expertos persigan los mismos objetivos para así asegurar un enfoque coordinado en toda la UE.

Suecia

Anders Nyman, Psicólogo y psicoterapeuta del Centro de Räd Barnen para niños y adolescentes en crisis en Estocolmo.

Como campo de investigación y conocimiento, el problema de los jóvenes agresores sexuales está relativamente poco explorado en Suecia. De todas formas, durante los últimos cinco años se han iniciado algunos trabajos-

escasos- si los comparamos con los 20-25 años que llevan en estudio las víctimas de abusos sexuales.

Se han publicado dos informes, el más reciente del Instituto Nacional de Salud. Se documentan menos 150 casos individuales. "Esta carencia de estudios comparativos implica que dependemos de grupos como éste, que trabajen en red", afirmó Nyman. No hay disponibles medidas preventivas o de tratamiento para ofensores potenciales.

"En Suecia, parece que tuvieras que cometer un crimen para que se te ofrezca cualquier tipo de ayuda. A todos los agresores sexuales detenidos, se les ofrece la posibilidad de recibir tratamiento psicoterapéutico en prisión. Aunque la edad de responsabilidad penal se establece en los 15 años, en ocasiones la policía puede interrogar a niños de 13 ó 14 años.

No existe un consenso sobre las pautas de tratamiento más efectivas, las causas y los factores de riesgo. "En estos momentos estamos describiendo y comprendiendo las diferencias", afirmó Nyman. Durante los últimos dos años se está debatiendo acerca de si los agresores debieran recibir ayuda médica o psicoterapéutica.

Pero también existe en la sociedad sueca una toma de conciencia e interés creciente en el desarrollo de tratamientos en este campo. En estos momentos, tres instituciones gubernamentales ofrecen tratamiento y puestos de trabajo a jóvenes agresores y se planea que este número se incremente. Pero aún es muy difícil encontrar puestos de trabajos destinados a jóvenes con un retraso mental leve, que realmente constituyen un gran porcentaje dentro de los jóvenes agresores. Existe una carencia de recursos y competencias en lo que se refiere a sus necesidades y su capacidad para beneficiarse de un tratamiento. La cobertura que los medios de comunicación dan al tema de los jóvenes agresores se centra en los aspectos más sensacionalistas como violaciones realizadas por pandillas y pornografía y el resultado es que sólo los profesionales son realmente conscientes del drama que supone este tema. Aún así, existen redes de trabajo formales e informales (y que realmente están haciendo un buen trabajo) formadas por clínicos, investigadores, trabajadores sociales...

La experiencia en Rädga Barnen indica que se están incrementando los informes acerca de jóvenes agresores, con un aumento del número de niños de entre 7 y 12 años que se ven forzados a mantener relaciones sexuales con otros. Es, por lo tanto, crucial entender lo que aparenta ser una conducta sexualizada entre niños de edades tempranas.

Noruega

Informe del encuentro de expertos noruegos organizado en Oslo, con anterioridad a la conferencia, por Redd Barna (Save the Children Noruega).

En Noruega, el tema de los jóvenes agresores todavía se ve rodeado de muchos tabúes que refleja el funcionamiento de los departamentos de psiquiatría infantojuvenil de los hospitales. Es fundamental confrontar estos prejuicios dentro del sistema sanitario. Se necesita mucha más cooperación entre los servicios de salud mental y de bienestar infantil, pero en este momento ninguna de las dos partes quiere tomar la iniciativa. Probablemente esto sea debido a una falta de conocimiento y de expertos trabajando en el tema y ello muestra claramente la necesidad

de formación. La aproximación al tema de los jóvenes agresores deberá ser holística, interdisciplinaria, y debería incluir los servicios de bienestar infantil, la familia y la terapia individual.

Actualmente en Noruega, los niños y los jóvenes han de esperar meses para recibir ayuda cualificada y esta espera puede dañar sus potencialidades. Cuando se conoce un caso de abuso, tanto la víctima como el agresor, deberían poder tener acceso inmediato a un tratamiento y los centros sanitarios deberían ser los responsables de ofrecerlos.

El primer requisito para que esto ocurra es un cambio de actitud. Las instituciones de bienestar social y de psiquiatría infantil deben aumentar la cooperación entre ambas y el trabajo conjunto. Se deben desarrollar competencias en todas las áreas relacionadas con los jóvenes agresores y para ello es necesario que se forme a psicólogos, profesores, policías y políticos. En el caso particular de los profesores, si éstos no entienden el problema, pueden empeorar mucho la situación. Se necesita además una mayor investigación de los aspectos éticos de este problema. Los expertos convocaron un encuentro de ámbito nacional que incluía terapeutas, profesionales de los servicios de bienestar infantil y demás profesionales de esta área. Éste encuentro deberá ser seguido de encuentros de ámbito local: se necesitan establecer pautas de actuación para manejar un caso en el ámbito local.

Los expertos concluyeron que:

- Es necesario que se mejore la cooperación interdisciplinaria de todos los colectivos de profesionales.
- Es crucial que se fomente la formación de profesionales.
- Es imprescindible un cambio de actitud en el trabajo con jóvenes agresores.
- Tanto la terapia como otros tipos de apoyo debe estar accesibles a los menores en un plazo de tiempo corto: los niños no deberían tener que esperar meses para conseguir apoyos.

Svein Mossige, Psicólogo clínico, profesor e investigador del Instituto de Psicología de la Universidad de Oslo.

Mossige expuso un estudio realizado en Noruega con el apoyo del Ministerio de la Familia, para evaluar la actitud "normal" de la población adolescente con respecto al sexo con niños y otros aspectos a tener en cuenta acerca de la prevención del abuso. Se distribuyó un cuestionario a una muestra de adolescentes de más o menos 18 años y se les preguntó si, en el caso que supieran que no iban a ser castigados, les gustaría tener relaciones sexuales con niños:

- (a) de edad indeterminada;
- (b) de 13-14 años;
- (c) de menos de 12 años.

Respuestas:

		Chicos	Chicas
Quizá tendrían relaciones con:	(a)	28.6%	7.8%
	(b)	19.1%	3%
	(c)	5.9%	0.8%

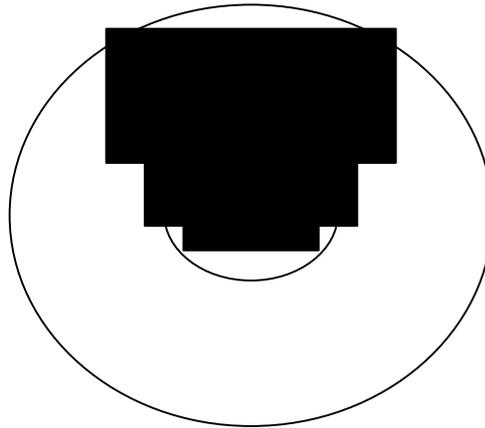
El grupo de 19.1% en la categoría (b) incluía a 58 chicos de un total de 300. El estudio, por lo tanto, se centró más en estos sujetos dado que potencialmente podían convertirse en agresores.

Se encontró que:

- ✓ 32 estaban solos.
- ✓ 53 usaban pornografía infantil.
- ✓ 43 habían tenido algún problema de conducta.

Mossige concluyó que los jóvenes agresores sexuales están a su vez rodeados por un grupo más amplio de jóvenes que "quizá" podrían abusar de niños. Podemos visualizar esta realidad así:

Figura 1



Se necesitan más investigaciones para determinar qué podemos hacer para impedir que el grupo de "quizá abusen" no se desplace hacia el grupo de "agresores" y para averiguar el impacto que el abuso sexual tiene en los roles de género.

Thore Langfeldt, Psicólogo clínico y director del Instituto de Sexología y Terapia Clínica de Oslo.

Noruega es un gran país poco poblado. Esto significa que algunos agresores sexuales deben recorrer hasta 500 Km para recibir una o dos horas de terapia.

El Instituto de Sexología y Terapia Clínica ha tratado a 50 chicos de entre 8 y 17 años de edad, descritos por Langfeldt como "en crisis sexual". Él evitó los términos "abusador" o "agresor" dado que estos niños son inmaduros sexualmente y se corre el riesgo de identificarlos con agresores adultos.

Langfeldt llamó la atención acerca de que:

a) Una proporción relativamente alta son abusos homosexuales. Langfeldt relacionó estas actividades abusivas con la negación de la homosexualidad en el interior de la sociedad. Aunque los chicos sean realmente homosexuales existe una gran presión para que el tratamiento se dirija a "hacerles" heterosexuales. Los terapeutas deben trabajar mucho el ser "activamente empáticos". Esto supone tal desgaste que los terapeutas sólo trabajan con estos niños la mitad de su jornada laboral.

b) La conducta sexual es una "construcción" y el objetivo del tratamiento es crear una nueva construcción de la sexualidad.

El instituto ha recogido información de más de 100 agresores sexuales adultos sobre el momento en que comenzaron a cometer los abusos y espera desarrollar nuevos programas. Es especialmente importante identificar grupos de riesgo.

"Empatía" y "esperanza" son conceptos muy poderosos en terapia. Es importante centrarnos en el dolor de los agresores y en como han sufrido antes de pensar en todo el mal que han hecho. Durante la terapia puedes perder esta empatía y, por lo tanto, debes volver una y otra vez al principio del proceso. Es muy efectivo". Thore Langfeldt

Dinamarca

Vernon Jones, Trabajador Social, Red Barnet (Save the Children Dinamarca).

El abuso sexual cometido por niños y jóvenes es un problema social serio que permanece oculto y que ha sido descuidado y negado en Dinamarca por los académicos, los profesionales y los políticos durante demasiado tiempo. "Los agresores de cualquier edad opinan que para ellos es mucho mejor formar parte de una sociedad que ignora el sufrimiento de sus víctimas puesto que niega que el abuso sexual exista a niveles tan alarmantes", argumentó Jones. "Los jóvenes agresores se merecen mejores servicios de tratamiento profesional que los que tienen en este momento."

Dos casos recientes de violación de un menor por una pandilla de adolescentes atrajeron un tipo de cobertura sensacionalista de los medios de comunicación, que puede ser realmente destructiva.

Ocurre que la intervención coordinada para este tipo de usuario no existe en el Estado del Bienestar danés. Aunque Dinamarca se considera a sí mismo uno de los países más progresistas de Europa, todavía no existen facilidades para poder evaluar el alcance del problema.

En cualquier caso, el Parlamento danés ha constituido recientemente un Comité Interministerial para investigar los diferentes tipos de abuso infantil, con representantes de los ministerios de Justicia, Educación, Interior y Asuntos Sociales. El Consejo de los Niños (Børnrådet) ha propuesto, además, una estrategia nacional para la prevención del abuso sexual infantil. En un reciente encuentro en el Parlamento danés, el presidente del Comité, Brian Nichols, llamó la atención sobre la necesidad de llevar a cabo más investigaciones sobre el abuso sexual cometido por jóvenes agresores, al objeto de tener la esperanza de que en el futuro y con esos datos se desarrollen mejores tratamientos.

Hace cuatro años, el gobierno danés estableció un sistema para el tratamiento de jóvenes agresores sexuales en tres centros del país.

Los profesionales que trabajan con jóvenes agresores sexuales necesitan aprender de sus contrapartes internacionales tratamientos y modelos de evaluación que pueden ser adaptados para su aplicación en Dinamarca.

Islandia

Dr. Jon Fridrik Sigurdsson, Psicólogo forense y clínico.

El Dr. Sigurdsson describió los procedimientos existentes en Islandia para el tratamiento de jóvenes agresores sexuales:

1. Para los casos leves: las autoridades para la protección infantil derivan al agresor directamente al terapeuta profesional (por ejemplo, un psicólogo) como un paciente ambulatorio.
2. Para los casos de gravedad media: las autoridades para la protección infantil realizan los trámites para que el agresor sea evaluado y admitido en un centro para su tratamiento. Hay ocho residencias de este tipo en Islandia, que acogen cada una de 6 a 8 niños.
3. Para los casos más graves: se procede a la persecución policial. Si se detiene al agresor, éste permanece un tiempo en prisión o bien obtiene un aplazamiento en el cumplimiento de la sentencia o bien la libertad condicional, pudiendo ser derivado a un centro de tratamiento.

**Número de agresores sexuales reconocidos en Islandia
Entre noviembre 1998 y diciembre 1999**

Edad del agresor	Número
4-8 años	6
9-11 años	4
12-14 años	6
15-17 años	11
Sin información	2
Total	29

La edad media era de 12 años. La única chica tenía 14 años.

Se conocen con detalle veintiséis de estos casos:

- Ocho de estos niños recibieron algún tipo de terapia.
- Seis de ellos recibieron "apoyo", por ejemplo, de un consejero.
- Cuatro fueron evaluados en el Centro de Evaluación infantil de Reykjavik.
- Uno fue admitido en un pabellón de psiquiatría infantojuvenil.
- Cinco están en la actualidad en centros de tratamiento en régimen interno.

La policía interrogó sólo a dos de los agresores.

La edad de responsabilidad penal en Islandia es de 15 años. En los últimos 10 años, nueve chicos de entre 15 y 17 años fueron enviados a prisión acusados de abuso sexual. A los dos chavales que tenían 15 años se les condenó por violación y abuso sexual a menores. Los delitos sexuales de los que se acusaba a los chicos de 17 años incluían abuso sexual, intento de violación, violación y comportamientos indecentes. Otro chico de 15 años recibió un aplazamiento en el cumplimiento de la sentencia por intento de abuso sexual a un menor.

En estos momentos se está llevando a cabo una evaluación muy meticulosa de los jóvenes agresores sexuales. Los sujetos incluidos en el estudio están siendo tratados en pequeñas residencias en el norte de la isla.

Posibles acciones futuras - bajo evaluación

1. Establecer un centro especial de tratamiento cerca de Reykjavik.
2. Usar los recursos disponibles (centros de tratamiento), pero
 - ofreciendo supervisión psicológica especializada;
 - y dando formación al personal de los centros cuando sea necesario.
3. Ofrecer a los pacientes ambulatorios facilidades para que puedan ser atendidos por todo el país.

Rumanía

Dra. Violeta-Olivia Stan, Profesora Adjunta en el Departamento de Psiquiatría Infantil (Universidad de Medicina y Farmacia de Timisoara) y Vicepresidenta de Salvati Copiii (Save the Children Rumanía).

“En Rumanía hay una gran necesidad de que se desarrollen más conocimientos en este campo”, afirmó la Dra. Stan. Save the Children creó un centro para el asesoramiento y la intervención en casos de abuso sexual infantil en la parte oeste del país, cerca de Timisoara. El gran número de niños abandonados constituye un grupo de riesgo para el abuso sexual: muchos de esos niños no se identifican con sus iguales. El abuso institucional es algo enraizado y conocido en Rumanía. Existe todavía mucha ignorancia y desconocimiento (además de negación) y no hay estadísticas que revelen el alcance del problema. Las universidades tendrán que comenzar a estudiar el abuso sexual. Los profesionales que trabajan con niños en Rumanía tienen una fuerte necesidad de compartir información y la Dra. Stan solicitó apoyo para llevar a cabo investigaciones.

3. ESTABLECIENDO EL CONTEXTO – EL CONOCIMIENTO ACTUAL

Jóvenes agresores sexuales: Visión panorámica de las investigaciones. Dr. Richard Beckett, Jefe del Servicio de Psicología forense, Reino Unido

El equipo del Dr. Beckett está realizando un trabajo pionero en el campo de la identificación de factores de riesgo y la evaluación del tratamiento a jóvenes agresores.

Señaló que él estaba refiriéndose a la gente joven que ha sido victimizada. "Lo primero en lo que tenemos que pensar es en por qué se comportan así".

Él planteó una serie de preguntas:

- ❑ ¿En qué se diferencian estos agresores de otros jóvenes que no agreden? Muy pocos estudios han establecido comparaciones entre jóvenes agresores sexuales y otro tipo de agresores.
- ❑ ¿Cuántos jóvenes agresores reinciden? Aproximadamente un tercio de todas las agresiones sexuales se cometen por jóvenes. La mayoría no vuelven a cometer abuso sexual. **Es importante saber cuáles de estos jóvenes llegan a ser agresores adultos.** Estos deben constituir el grupo al que se dirigirá nuestro tratamiento.
- ❑ Cuando estamos evaluando a los jóvenes, ¿en qué debemos fijarnos? Por ejemplo, ¿el comportamiento criminal o violento es relevante? Los estudios muestran que un gran número de agresores adultos comenzaron con problemas en la adolescencia. Por lo tanto, el tratamiento en esta edad es muy importante.
- ❑ ¿El tratamiento funciona? ¿Podemos medir los avances en el tratamiento y están éstos relacionados con la reducción de riesgos?
- ❑ ¿La actitud de la familia marca una diferencia?

Estudios sobre las víctimas

Las víctimas de abuso sexual son:

- mayoritariamente femeninas (56-79%);
- mayoritariamente menores.

David Finkelhor, USA (1979)¹

Se contó para la investigación con 10. 000 personas. De ellas, el 34% de las mujeres y el 39% de los hombres afirmaron haber tenido un "encuentro sexual" de niño con una persona de entre 10 y 19 años.

David Glasgow, Reino Unido (1994)²

Durante un periodo de dos años, un tercio de las denuncias de abuso sexual identificaron que el agresor tenía 17 años (o menos).

Estudio en Irlanda del Norte (1990)³

El 36% del abuso sexual infantil es cometido por adolescentes. En lo que se refiere a las víctimas, el 50% tenía menos de 9 años y el 65% tenía menos de 12 años.

Beckett and Brown (en proceso)

La edad media de las víctimas es de 9 años.

¹ Finkelhor, D. *Sexually Victimized Children*, Free Press, New York, 1979.

² Glasgow, D. et al, 'Sexual Abuse of Children by Children', *Journal of Child Law*, 1991, 3 (4), 147-151.

³ Northern Ireland Research team, *Child Sexual Abuse in Northern Ireland*, Greytstone, Belfast, 1991.

Otros trabajos en Norteamérica plantean que la edad media de las víctimas es de 7 años.

"El hecho de poder identificar un grupo de jóvenes agresores que se encuentren en riesgo de convertirse en agresores adultos sería realmente útil. Pero nuestra capacidad para predecir es aún muy pobre." Dr. Richard Beckett

Hasta ahora se ha hecho muy poco seguimiento de los jóvenes agresores para comprobar si reinciden. La mayor parte de ese trabajo ha sido retrospectivo, trabajando con agresores adultos. Por ejemplo: **Abel et al. (1986)**⁴, estudió a 561 agresores adultos y encontró que el 53% mostraba un "comienzo de intereses desviados en la adolescencia". Pero esta muestra no refleja la cantidad de adolescentes con intereses parecidos pero que no se convierten en agresores sexuales. El perfil alto de la Clínica Abel quizá explique que el grupo estudiado no sea representativo más que de una desviación determinada y persistente, presente en algunos agresores adultos, que desarrollaron intereses desviados de forma temprana en el tiempo. Sólo existe un estudio publicado que examine a los agresores que no han sido tratados. **Elliot (1994)**⁵ realizó un estudio longitudinal durante 15 años a 66 jóvenes "violadores", que no habían sido detenidos por la policía y que ellos mismos reconocieron haber cometido abuso. Un 22% informó que habían reincidido en ese periodo y un 78% informó que habían agredido (pero no sexualmente) en ese tiempo. Esto sugiere que la mayoría no vuelve a agredir aunque no reciban tratamiento. Una revisión de los estudios publicados sobre reincidencia en los adolescentes llevado a cabo por **Weinrott (1996)**⁶ confirmó que, entre adolescentes, el riesgo de reincidencia en agresiones violentas es mayor que la probabilidad de reincidencia en agresiones sexuales, según explicó el Dr. Beckett.

¿Qué ocurre después del tratamiento?

O'Brian, USA (1990)

Muestra de 200 jóvenes agresores. El seguimiento de los pacientes ambulatorios muestra que el 6% volvió a cometer abusos.

Steiger y Dizon (1991)

De un total de 105 jóvenes agresores que recibieron tratamiento en régimen de internamiento, el 12% fue detenido por volver a cometer abusos sexuales, mientras que el 68% fue detenido por otro tipo de agresiones.

Por lo tanto, aquellos que reciben tratamiento tienen índices de reincidencia muy bajos.

El Dr. Beckett se refirió a un estudio de 1943 acerca de adolescentes a los que "se les había avergonzado" en el juicio. Entre el 8% y 9% fueron detenidos de nuevo.

La conclusión general es que el porcentaje de agresores sexuales que vuelven a ser detenidos tras el tratamiento no es superior al 12% durante los seis años siguientes. ¿Pero como identificamos este 12%? ¿Qué características pueden tener en común los jóvenes agresores que son reincidentes?

⁴ Abel, G. et al, 'Self-reported Crimes of 561 Non-incarcerated Paraphiliacs', *Journal of Interpersonal Violence*, 1987, 2 (6), 3-25.

⁵ Elliot, 1994.

⁶ Weinrott, 1996.

Existe un rango de predictores "estáticos" (fijos, no sujetos a cambios durante todo el tratamiento) para agresores sexuales adultos:

- Agresiones sexuales previas.
- Agresiones no sexuales previas.
- Agresiones sexuales sin contacto.
- Que las víctimas sean varones.
- Que las víctimas sean extrafamiliares.
- Variedad en el tipo de víctima (hombres y mujeres/intra y extra familiar/adultos y niños).
- Separados de la familia antes de cumplir los 16 años.
- Nunca han estado casados.

Si se juntan todos estos factores, existe un 40% de riesgo de reincidencia durante los siguientes 5 años.

Las "variables estáticas" que apuntan hacia la reincidencia en agresores sexuales adultos incluyen también la preferencia sexual por niños; intereses desviados y antecedentes penales anteriores. De todas formas, y dada la escasez de estudios acerca de agresores sexuales adolescentes, no se sabe si los criterios anteriores son aplicables, a excepción de los casos con antecedentes penales previos, que parece ser un indicador importante. **(Thornton and Travers 1991).**⁷

Los sujetos con alto riesgo de convertirse en agresores sexuales infantiles también comparten una serie de "predictores dinámicos" (susceptibles de ser modificados por el tratamiento).

- Intereses sexuales desviados.
- Soledad emocional.
- Se relacionan con niños muy fácilmente.
- Altos niveles de distorsión cognitiva, como creer que los niños pueden dar su consentimiento para practicar el sexo, que los niños son sexualmente activos o que el sexo no daña a los niños.
- Baja autoestima.
- Pocas habilidades sociales.

No sabemos si los agresores adolescentes también comparten estas características. El Dr. Beckett ofreció una lista de test psicológicos para agresores sexuales adolescentes. (Ver anexo 1).

Contemplando a todos los delincuentes adolescentes, observamos que la mayoría de ellos no mantendrán sus conductas delictivas cuando sean adultos. Crecen fuera del delito. En el Reino Unido, por ejemplo, el 40% de la población ha cometido algún delito alguna vez pero la mayoría fueron perpetrados durante la adolescencia. Sólo un 5% de los delincuentes juveniles se convertirán en agresores adultos, aunque ese 5% constituirá el 50% de los criminales adultos. Los factores de riesgo para una delincuencia "persistente durante toda la vida" son:

- Mala conducta durante la infancia (robos, etc.) .
- Bajo nivel de inteligencia verbal.

⁷ Thornton, D. and Travers, R. *A Longitudinal Study of the Criminal Behaviour of Convicted Sex Offenders*, paper presented at Prison Psychologists Conference, Scarborough, UK, 1991.



- Bajo nivel de vinculación con la escuela.
- Abuso de drogas y alcohol.
- Alta impulsividad.
- Búsqueda de sensaciones fuertes.
- Agresivo/hostil, negativo emocionalmente.
- Psicopatía.

El Dr. Beckett planteó que se deberían evaluar a los jóvenes agresores sexuales sobre la base de estas características para establecer una radiografía del adolescente agresor sexual. **Prentky y Knight (1993)**⁸ encontraron que los agresores sexuales que comenzaron a cometer abusos durante su adolescencia tenían más probabilidad de tener una historia de comportamiento antisocial, impulsivo y de menores habilidades sociales que aquéllos que comenzaron a cometer abusos siendo adultos.

Perfil de adolescentes en riesgo de convertirse en agresores sexuales (basado en un estudio sobre agresores sexuales adultos):

- Preferencias sexuales dirigidas hacia niños.
- Altos niveles de distorsión cognitiva (por ejemplo, pensar que a los niños les gusta el sexo).
- Problemas graves de competencia social y problemas en la relación con sus iguales.
- Soledad emocional.
- Historia de grave maltrato físico. Los estudios muestran que el maltrato físico es un factor de riesgo importante para los agresores infantiles, mientras que la negligencia y el maltrato psicológico es un factor de riesgo para los violadores.

“Estas son algunas de las características que creemos que vamos a encontrar en los adolescentes que reinciden en el abuso sexual infantil”, afirmó el Dr. Beckett.

También sugirió un posible perfil de adolescentes en riesgo de convertirse en agresores sexuales hacia personas de su misma edad y/o mujeres adultas:

- Psicopatía.
- Trastornos de conducta en la infancia.
- Comportamiento antisocial, delincuencia, agresión y alta impulsividad.
- Tener amigos delincuentes.
- Abuso de alcohol y drogas.
- Historia de negligencia.

Señaló también que muchos violadores adultos tienen antecedentes penales de otro tipo.

El Dr. Beckett afirmó que su trabajo indicaba que éstas eran las bases desde las cuáles se puede construir un perfil de adolescentes en riesgo de convertirse en agresores sexuales.” Estos son los puntos que tendremos en mente a la hora de diseñar nuestras investigaciones en los próximos 5 ó 6 años”, concluyó.

8 Prentky and Knight (1993)

Visión panorámica de los tratamientos: Desarrollos en Gran Bretaña durante los años 90 y establecimiento de una investigación de ámbito europeo. Dra. Hilary Eldridge, Directora de la Fundación Lucy Faithfull, Reino Unido, y Directora del Grupo Harreveld

La Dra. Hilary Eldridge enfatizó la importancia del trabajo diseñado para cambiar a los jóvenes agresores antes de que se embarquen en una vida centrada en el abuso. Ella expuso:

- a) En qué estaban equivocados los expertos del Reino Unido antes de los años 90.
- b) En que puntos seguían equivocados en la década de los 90.
- c) Cómo se está trabajando ahora.

Qué hicieron de forma equivocada los expertos del Reino Unido antes de los años 90:

- * Creían que los agresores estaban simplemente "experimentando".
- * Creían que la agresión era más leve que en los adultos.
- * Creían que dejarían de hacerlo a medida que fueran creciendo.
- * Trabajaban sólo de forma individual, no con las familias.

El asumir que los jóvenes agresores dejarían de cometer abusos cuando fueran creciendo fue un error, pero no era descabellado ya que la evidencia indica que los jóvenes dejan de tener las mismas conductas conforme van creciendo. Las investigaciones muestran que los adolescentes son los responsables de, al menos, un tercio de las agresiones sexuales; que algunos adolescentes cometen abusos sexuales más graves que los adultos; y que muchos agresores adultos informan que comenzaron a interesarse por el sexo "desviado" siendo adolescentes. Por lo tanto, aunque para algunos de estos adolescentes sus actividades sexuales no tengan un impacto fuerte en sus vidas y vayan a dejar de cometer abuso al ir creciendo, para otros el no poder identificar y tratar su desviación equivalió a una negligencia por parte de los expertos.

Caso de estudio 1: "George" (no es su nombre real) había cometido abusos sexuales en 14 ocasiones con la edad de 18 años, mientras hacía de canguro. Usaba tácticas muy sofisticadas para atraer a los niños. Cuando hablaba después de los abusos, él afirmaba que simplemente estaba "jugando" con los niños y hablaba de ellos como si tuvieran los mismos recursos y la misma capacidad de consentimiento que él. Aunque los niños protestaran, él no tenía en cuenta estas protestas.

En 1992, la **National Children's Homes** (Hogares Infantiles Nacionales) en el Reino Unido llevó a cabo un estudio basado en los datos del Ministerio del Interior acerca de todos los agresores sexuales conocidos en 1989. Encontraron que el 32% de los agresores detenidos tenía menos de 21 años y el 17% tenía menos de 16. En cualquier caso hay muchas agresiones de las que nunca se tiene constancia. La negación y la minimización de la magnitud del problema de los jóvenes agresores es una cuestión muy seria.

Durante los años 90, las actitudes cambiaron y el trabajo con los agresores se basó en gran medida en las experiencias de los EEUU, donde a los niños menores de 6 años se les describía como "mini-agresores".

Que hicieron erróneamente los expertos en esta década:

- * Creer que *ningún* agresor estaba experimentando.
- * Creer que *todos* eran agresores peligrosos.
- * Creer que ninguno de ellos dejaría de cometer abusos al crecer.
- * Trabajar con ellos en grupos de edades variadas.
- * Llamarles agresores sexuales en el Reino Unido y "mini-perversos" en los EEUU.

Información acerca de las agresoras sexuales adolescentes.

Otro error fue el asumir que todos los agresores eran varones. "De hecho - dijo la Dra. Eldridge- las chicas son una minoría dentro de los agresores pero no conocemos el porcentaje exacto." Ella llamó la atención hacia el problema - aún existente- de la negación social de que las chicas puedan ser agresoras.

La Dra. Eldridge planteó los datos de algunos estudios incluyendo **Risin y Koss (1987)**⁹, **Hunter y Mathews (1997)**¹⁰ y **Mathews (1997)**¹¹.

El 20% de los casos tienen lugar en situaciones en las que un adolescente hace de canguro. Los estudios no muestran diferencias significativas de la gravedad de las agresiones en función de si el agresor es varón o mujer. Los adolescentes tienden a usar más la fuerza que los adultos y es más probable que lo hagan solos. Entre los adultos, el 60% de los casos de abuso sexual ocurre dentro de las familias. En conclusión, todavía se conoce muy poco acerca de la magnitud del abuso femenino, especialmente entre chicas jóvenes.

La Dra. Eldridge planteó qué es lo que ahora se está corrigiendo.

Qué están corrigiendo los expertos del Reino Unido:

- * Evalúan los casos de forma individual.
- * Usan medidas de evaluación apropiadas.
- * Usan programas basados en los datos que se disponen.
- * Adecuan la duración, la intensidad y el programa al joven, considerando:
 - el nivel de riesgo,
 - las necesidades terapéuticas,
 - y ¡la vida real!.

Evaluaciones

Uno de estos métodos de evaluación se desarrolló en 1991 cuando **Ryan and Lane**¹² identificaron "cuatro niveles de comportamiento" en las relaciones, centrándose en la naturaleza de las interacciones y no sólo en la edad de los participantes:

Normal = No hay coerción, la misma edad, divertido.

⁹ Risin y Koss, 1987

¹⁰ Hunter y Mathews, 1997

¹¹ Mathews, 1997

¹² Ryan, G. and Lane, S. *Juvenile Sexual Offending – Causes, Consequences and Corrections*, Lexington MA, Lexington Books, 1991.

Bandera Amarilla = Manipulación, presión de los iguales, no dirigida hacia lo físico.
Bandera Roja = Coerción, amenazas, sobornos.
¡No hay preguntas!= Uso de fuerza física, armas y otras amenazas físicas.

La Dra. Eldridge recordó que cuando se evalúa la información hay que pensar en términos de "re-agresión" más que en términos de "reconocimiento de culpabilidad". Las declaraciones de culpabilidad no son frecuentes entre agresores ni adultos ni jóvenes.

Práctica basada en los datos.

Lo que funciona: práctica basada en los datos

- * Programas basados en aquellos aspectos que la evaluación rigurosa ha probado que disminuyen la reincidencia.
- * Programas que pueden ser aplicados usando los manuales.
- * Programas que pueden ser monitorizados para asegurar su fidelidad a los manuales.

En el Reino Unido la prisión y los servicios de libertad vigilada se han unido para evaluar como se deberían realizar los programas para agresores y para asegurar que efectivamente esos programas disminuyen la tasa de reincidencia. Existe una comisión que otorga un reconocimiento a programas que cumplen este requisito. Un seguimiento cuidadoso asegura que se llevan a cabo exactamente como se diseñaron. Esto es básico, ya que los cambios en el estilo y el contenido de los programas pueden hacerlos fallar. Las mejoras han de ser introducidas tras un periodo de rigurosa evaluación.

Criterios a tener en cuenta al considerar la eficacia del programa

Criterios para la acreditación de un programa

1. Un plan realista para introducir cambios, basado en la investigación.
2. Selección de participantes que puedan responder con más probabilidad a lo que el programa ofrece.
3. Enfoque a las áreas de riesgo que pueden y deben ser reducidas.
4. Métodos que la investigación ha probado como efectivos.
5. Enfoque basado en las habilidades que pueden emplearse para construir una vida libre de abuso.
6. Duración, intensidad y pautas de intervención diseñadas para maximizar la eficacia.
7. Un enfoque destinado a motivar y fomentar una respuesta positiva de cada individuo.
8. Continuidad entre los programas y las instituciones para maximizar el impacto del tratamiento.
9. Seguimiento eficaz de los elementos alrededor del programa.
10. Evaluación continua de los efectos e investigación destinada a formular mejoras.

Estos programas deben basarse en las mejores investigaciones de ámbito mundial y deben estar sujetos a una evaluación muy rigurosa. Es mucho más complicado aplicar estos esquemas a programas para adolescentes. En el Reino Unido no se emplea el sistema de acreditación en programas para adolescentes, aunque sí se debería utilizar.

“El Reino Unido ya no tiene puesta su mirada en los EEUU y cada vez tiene más en cuenta el trabajo de Europa en la búsqueda de modelos para una buena práctica”, dijo la Dra. Eldridge. El **Grupo de Harreveld** se constituyó en 1995 en un intento de estandarizar las herramientas y medidas de tratamiento en toda Europa. Fue fundado por la Dra. Hilary Eldridge y Ruud Bullens, de la Oficina Ambulatoria Jeugdwelzijnzorg (ABJ) en los Países Bajos. En la actualidad, participan en el grupo expertos de 8 países y probablemente se expanda, en parte como resultado del trabajo de red que se realizará en este encuentro.

El Grupo pretende identificar una batería de tests psicológicos destinados a jóvenes agresores, que midan el riesgo, las necesidades de tratamiento y los resultados, para traducirlos y estandarizarlos en los países participantes y así construir una base de datos para compartir información.

En su última reunión, el Grupo de Harreveld constituyó la **ESSAY (sociedad europea de trabajo con la juventud agresora sexual)**. Este es un grupo multidisciplinar y europeo que promueve investigaciones y tratamiento para disminuir el abuso sexual cometido por jóvenes y lleva a cabo actividades para fomentar la toma de conciencia de este problema. Sus objetivos incluyen el proporcionar y compartir información, la elaboración de un boletín y la realización de talleres internacionales. La Dra. Eldridge describió estas iniciativas europeas como “realmente emocionantes”.

“Vamos a tener buenas herramientas de evaluación e intervención que realmente funcionen, ésta va a ser la única manera”, concluyó.

4. TRATAMIENTO: POSIBILIDADES

Tratamiento a jóvenes agresores en un contexto ambulatorio: Adecuación de la intervención a los riesgos personales y a las necesidades de tratamiento. *Dra. Hilary Eldridge*

La Fundación Lucy Faithfull trabaja en el Reino Unido con agresores sexuales adultos, tanto varones como mujeres. La Dra. Eldridge ha trabajado con hombres durante al menos 26 años y con mujeres durante 10. Los agresores de alto riesgo se tratan en un centro residencial en Wolvercote, Surrey. A las mujeres y a los agresores jóvenes se les trata de forma ambulatoria.

La terapeuta Alix Brown lidera el trabajo con gente joven de entre 10 y 20 años, mientras Robert Tucker trata a niños desde los cuatro años que actúan de forma sexualmente agresiva. La Dra. Eldridge advirtió que estos niños no debían ser considerados "agresores sexuales" o, como en los EEUU, "mini-pervertidos". La edad de responsabilidad penal en el Reino Unido es de 10 años.

La Dra. Eldridge describió el tratamiento de los jóvenes agresores en el Reino Unido como de "muy desigual". Por ejemplo, en algunas áreas un chico puede ser llevado de forma inmediata a juicio y ser condenado, mientras que en otros lugares no se producía su personación en juicio. Esto contrasta con el régimen de tratamiento de los adultos agresores que es "bastante bueno". Existen buenos programas (bien llevados y monitorizados) en 25 prisiones. Este sistema no tiene paralelismo en el mundo. "Tenemos motivos para sentirnos orgullosos de ello", dijo la Dra. Eldridge.

En Wolvercote, los agresores no son encerrados sino supervisados durante 24 horas al día. Y necesitan permisos para poder salir. Los hombres han sido derivados por las prisiones o por los servicios de libertad condicional y tienden a ser personas con soledad emocional y dificultades en la relación con los otros en un plano de intimidad. "Les enseñamos las habilidades necesarias para llegar a tener una vida libre de abusos", explicó la Dra. Eldridge.

El tratamiento para adolescentes no está tan bien organizado. Poco había cambiado hasta que recientemente:

- El gobierno constituyó un Consejo de Justicia Juvenil para establecer procedimientos tipo en el ámbito nacional.
- Se han establecido equipos para Jóvenes Agresores (YOTs) para formular planes locales de justicia juvenil con el objetivo de prevenir el abuso sexual infantil y juvenil.

Uno de los errores cometidos en el Reino Unido y en los EEUU ha sido el de usar las mismas técnicas para los adultos y los jóvenes - "intentar tratar a los jóvenes agresores como si fueran pequeños adultos". Por ejemplo, los jóvenes agresores están incluidos en un sistema por medio del cual los agresores sexuales están registrados en las oficinas locales de la policía. Esto puede ser contraproducente. Es importante que los padres puedan ser capaces de pedir ayuda cuando se dan cuenta de que algo va mal, pero si piensan que su hijo será registrado automáticamente por la policía al admitir su agresión sexual, es obvio que no van facilitar que el niño confiese.

Modelos de Buena práctica para el tratamiento:

1. El Modelo Shrosphire desarrollado por Alix Brown.

- Cualquier niño puede ser derivado por "comportamiento sexual inapropiado", para ayudarlo a librarse de su estigma.
- Una evaluación preliminar que posibilita una intervención inicial de 8 sesiones individuales.
- Existen opciones para un tratamiento individual más largo o una intervención familiar o un breve tratamiento en grupo.

Este modelo evita colocar a los jóvenes en programas complicados si realmente no son necesarios. "No es correcto contemplar a todos los jóvenes como figuras necesitadas de una intervención más extensa; no es cierto".

Evaluación Preliminar

1. Visitar al joven y a la familia y explicarles que ofrece la Unidad.
2. Escuchar la historia de boca del joven.
3. Comprobar la actitud del joven y de la familia hacia el abuso.
4. Identificar diferencias entre víctima y el agresor.
5. Indagar sobre el ambiente del joven agresor y observar si existen factores de riesgo.
6. Realizar recomendaciones.

Las áreas clave de la evaluación incluyen:

1. El tiempo durante el cual la persona ha estado cometiendo abuso.
2. El nivel de congruencia entre fantasía y realidad.
3. Si las creencias del agresor sugieren que éste está interpretando el comportamiento de la víctima como legitimador de la agresión.

Intervención inicial

1. Sesiones de recogida de información.
2. Conocimiento y experiencias sexuales e informe inicial de la agresión.
3. Exploración de patrones abusivos.
4. Identificación de actitudes o fantasías abusivas, toma de conciencia de lo que significa ser víctima y asuntos personales relevantes.
5. Elaboración de un plan para el manejo de los factores de riesgo que será discutido con todas las personas involucradas.

Intervención a largo plazo

1. Aceptación de responsabilidad.
2. Empatía hacia la víctima.
3. Trabajar la fantasía.
4. Educación sexual y de las relaciones interpersonales.
5. Autoconfianza y autoestima.
6. Consecuencias de la agresión.
7. Pasos a seguir para llegar a una vida positiva, libre de abusos.
8. Trabajo personal adicional.

Nota: Hay que involucrar a la familiar, a los cuidadores y a los trabajadores sociales.

Trabajo en grupo a corto plazo.

Seis semanas para cada grupo:

1. Se forman grupos de jóvenes:
 - a) cuando lo necesiten;
 - b) cuando haya gente joven que se considere que puede trabajar junta.
2. Areas de trabajo que se cubren:
 - 2.1. Patrones de abuso.
 - 2.2. Educación sexual.
 - 2.3. Empatía hacia la víctima
 - 2.4. Construcción de una vida sin abusos.

En el grupo puede ser necesario incluir personas de otras localidades si en uno de ellos no hay suficientes jóvenes. Es importante no poner gente inadecuada en los grupos, por ejemplo, niños de 10 años con chavales de 15. En este caso es mejor trabajar de forma individual, con el apoyo de la familia.

Caso de estudio 2: "Graham" fue la víctima de un abuso organizado por un profesor que pertenecía a un grupo de pedófilos. Él a su vez dirigía un equipo de fútbol para atraer a niños. "La suya fue una historia trágica", afirmó la Dra. Eldridge y era importante empatizar con él y con su sufrimiento. Por medio del tratamiento empezó a empatizar con él mismo como un niño y con sus víctimas. Al mismo tiempo y dado que era un caso de alto riesgo, había que tratarle con mucho cuidado. Las personas que habían abusado de él habían resultado ser expertos a la hora de convencer que lo que estaban haciendo era simplemente prácticas homosexuales y no abuso infantil. "Es muy difícil para un niño averiguar eso, encontrar a alguien a quien preguntar ¿soy o no soy gay?, dada la homofobia de la sociedad", argumentó.

"Si tú no muestras empatía quizá sea mejor que lo dejes. No se trata de coincidir con el agresor sino de ser capaz de identificar el dolor, mostrar a la persona que te preocupa."
Dra. Hilary Eldridge

2. El modelo del Gran Proyecto de Manchester para los Adolescentes (G-MAP)

Este modelo establece trabajo en grupo durante un largo tiempo, tras una evaluación que se hace de forma individual. La evaluación examina problemas de conducta no sexual, funcionamiento social, personas influyentes para la participación en el tratamiento, sexualidad, funcionamiento familiar y problemas relacionados de forma específica con los abusos. El tratamiento se enfoca a cada uno de estos aspectos de análisis.



La Dra. Eldridge dio algunos detalles acerca de las investigaciones que se han realizado acerca del bagaje de los casos de alto riesgo: no más del 50% de los agresores sufrieron en su día abusos sexuales. En general, son las agresoras mujeres las que más frecuentemente han sufrido abusos sexuales y maltrato emocional cuando eran niñas.

Un equipo del Hospital **Great Ormond Street** de Londres¹³ investigó los factores que hacen que niños que no han sufrido abusos agredan sexualmente a otros niños. Estudiaron 86 adolescentes de entre 11 y 15 años. Los clasificaron en:

- *Víctimas*: Niños que han sufrido abuso pero que ellos no han agredido a otros.
- *Agresores*: Niños que han sufrido abusos y ellos a su vez han agredido a otros.
- *Agresores no victimizados*: Niños que han agredido a otros niños pero que no han sufrido abusos.
- *Niños antisociales*: Grupo de niños con problemas de conducta que no eran ni agresores ni víctimas.

Encontraron que los factores de riesgo claves para los agresores no victimizados eran:

1. Estar expuestos a un clima de violencia en casa.
2. Experiencia de violencia física.
3. Sentimientos de ser rechazado.
4. Discontinuidad en los cuidados.
5. Que la madre ha sido víctima de abuso sexual *.

* Los padres normalmente no tenían contacto con estos jóvenes, por tanto no tenemos información con respecto a ellos.

3. Terapia Multisistémica (MST)

Se centra en variables comúnmente asociadas a los jóvenes agresores sexuales.

- **Individual**: En el 50% de los casos hay una historia anterior sin agresiones sexuales, en la mayoría de los casos no han sufrido abusos, existen algunos síntomas internalizados y aparecen distorsiones cognitivas relacionadas con las tasas de reincidencia.
- **Familiar**: Muy poco cálida, dificultades entre los padres, uso de violencia, abuso de sustancias.
- **Pares**: Aislamiento, socialmente poco habilidosos, inmaduros
- **Colegio**: Problemas académicos y de conducta, dificultades de aprendizaje, expulsiones del colegio...

¹³ Bentovim, A. *Trauma-organized systems in practice: implications for work with abused and abusing children and young people*, 1996.



Principios de la MST

- 1.Necesidad de evaluación para entender la relación entre los problemas y un contexto sistémico más amplio .
- 2.Enfatizar lo positivo y emplear las dinámicas sistémicas como potenciadores del cambio.
- 3.Promover la responsabilidad y hacer disminuir las conductas familiares irresponsables.
- 4.Centrarse en el presente, orientarse en la acción, definir el objetivo del tratamiento y acotar los problemas.
- 5.Existencia de pautas de comportamiento entre los múltiples sistemas que perpetúan los problemas identificados.
- 6.Las intervenciones deberían tener en cuenta las necesidades evolutivas del joven.
- 7.Requiere un esfuerzo diario o semanal de los miembros de la familia.
- 8.La eficacia se evalúa permanentemente desde varias perspectivas.
- 9.El mantenimiento del cambio se obtiene fomentando que las figuras de afecto cubran las necesidades de los miembros de la familia.

La MST incluye un contacto diario entre el terapeuta y el joven y su familia. El equipo está disponible las 24 horas al día, 7 días a la semana. El tratamiento dura de 4 a 8 meses y de forma inmediata se plantea la necesidad de un esfuerzo, tanto de la familia como del personal que trabaja con el menor para identificar objetivos.

Los objetivos podrían ser, por ejemplo, mejorar las estrategias de solución de problemas, fomentar la competencia parental, cambiar el grupo de pares, conseguir la colaboración de la escuela y establecer redes sociales de apoyo.

Los estudios¹⁴ acerca de los agresores juveniles crónicos han demostrado que las MST reducen las tasas de reincidencia a largo plazo. Si comparamos la MST con una terapia individual, la tasa de reincidencia es mucho menor en aquella (12.5% comparada con un 75%).

El adaptar la MST a agresores sexuales significa que se toma en cuenta el ambiente social y el tratamiento se lleva a cabo a través de los padres o cuidadores. La Dra. Eldridge señaló que la mayoría de los jóvenes son sacados de sus casas y llevados a casas de acogida para continuar el trabajo. La posibilidad de compromiso con el tratamiento es muchas veces más sencillo con familias de acogida que con familias naturales en las que pueden existir problemas de culpa, actitudes parentales o incluso otros tipos de abuso. Es importante involucrar a los padres de acogida, si no el trabajo sería ineficaz. Los agresores adultos deberían ser tratados con precaución aun cuando se muestren arrepentidos. En ocasiones, tratan de "manipular" a los terapeutas y siguen cometiendo abuso.

La Dra. Eldridge concluyó que la MST es atractiva porque plantea muchos enfoques diferentes. A la hora de tratar a un agresor

¹⁴ Borduin, 1995; Henggeler et al, 1992,1993,1997.



adulto es muy difícil tener impacto en todas las áreas, pero en el caso de los jóvenes los terapeutas pueden trabajar con ellos, con la familia, con la escuela, con la comunidad y tienen una posibilidad real de cambiar el comportamiento futuro.

"Nuestro objetivo debe ser construir una vida libre de abuso. La gente necesita pensar que hay algo mejor ahí fuera. La noción de evitar cosas no ayuda en absoluto. La gente necesita pensar en todas las cosas que puede hacer. Una nueva vida significa no solo no abusar, sino no sufrir abusos. Dr. Hilary Eldridge

Preguntas y discusión

Cuando se le preguntó acerca del papel de la prevención de recaídas, la Dra. Eldridge afirmó que no le gustaba nada el término ya que implicaba "todo lo que no se puede hacer". Ella maneja el término de una "vida libre de abusos". Por esta razón, su próximo libro acerca de mujeres agresoras se titula *Manual para una nueva vida*. En cualquier caso, ella estaba de acuerdo en que la prevención de recaídas está basada en un modelo de adicciones y que los jóvenes no deben ser considerados como adictos. Esto les ofrece a ellos mismos una excusa para seguir actuando.

Se planteó alguna discusión acerca del papel del clima sexual en la familia, por ejemplo, si el sexo es un asunto que se trata o no en la familia, como se trata...Si existe vergüenza en el interior de la familia respecto a ese tema para los agresores puede ser difícil establecer relaciones en un contexto íntimo y puede llevarles que tener un contacto "a distancia". La Dra. Eldridge afirmó que el hecho de que la madre haya sufrido abusos es un factor particularmente importante ya que para estas mujeres es difícil manejar la evolución de la sexualidad en sus hijos. Con relación al grupo de pares, ella afirmó que los niños necesitan desarrollar las habilidades necesarias para ser más asertivos que agresivos.

Una vez planteados los errores que se cometieron anteriormente, se le preguntó a la Dra. Eldridge que la hacía estar tan segura de que sus técnicas eran ahora las correctas. "No lo sabemos", replicó "Todo lo que podemos hacer es intentar trabajar lo mejor que sabemos. Estamos abiertos a una gran cantidad de enfoques".

Dada la enorme importancia de la empatía, la Dra. Eldridge enfatizó de nuevo que el terapeuta no debe ser cómplice de la agresión. Los agresores tienen que admitir la responsabilidad de sus actos, *sin* ser responsables de lo que han sufrido. "Caminamos sobre un alambre, empatizamos con alguien que ha sufrido y con su sufrimiento".

La fuerza de la negación: Agresores Adolescentes en Terapia. Anders Nyman y Olof Risberg

Nyman y Risberg describieron el trabajo de la Clínica de Niños, inaugurada hace 10 años por Rädde Barnen en Estocolmo, para ayudar a niños que habían sufrido abuso sexual¹⁵.

¹⁵ Descrito con detalle en *Boys - Sexual Abuse and Treatment*, Nyman and Svensson, Rädde Barnen, Stockholm, 1995.

La clínica ha tratado a 55 jóvenes agresores (54 niños y 1 niña). Son derivados de los servicios sociales, de la policía, de los juzgados, de los padres o los psiquiatras infantiles y muchos no han recibido ayuda con anterioridad. Las edades van desde los 8 a los 19 años y la media son los 14 años. La edad de las víctimas se amplía de 4 a 35 años. En este caso, la media es de 7 años con una mujer de 35 años. Hubo 39 víctimas femeninas y 35 masculinas.

Las 74 víctimas, a excepción de 3, conocían a su agresor; en 19 de los casos había relaciones de parentesco (incluidos hermanastros). Cuatro de las víctimas eran retrasados mentales.

Figura 2: Tipo de Abuso

Los datos muestran que dieciséis sufrieron abusos sexuales, dieciocho tenían antecedentes penales y veintitrés usaron la violencia en la agresión. Cuatro tenían alguna dificultad de aprendizaje. Con estos niños es especialmente importante entender su mundo, jugando y estando mucho tiempo con ellos e investigar el ambiente que rodea a la persona.

Según Risberg, si estudiamos con detenimiento los patrones de estos casos, comprobamos que las agresiones de chicos mayores a niñas prepúberes incluyen más abrazos que penetración, sugiriendo un episodio que tiene más que ver con la experimentación. Por otro lado, las agresiones de chicos más jóvenes incluyen más la penetración. Algunos afirman que disfrutan durante la agresión mientras que otros afirman sentirse culpables.

Los centros y las familias de acogida parece ser ambientes de alto riesgo. Un estudio sueco encontró una alta proporción de niños en familias de acogida que o bien sufrían abusos sexuales o bien eran agresores. Veinte de las 74 víctimas tenían algo que ver con el proceso de acogida. Los casos más dramáticos son aquellos en los que el niño abusa del hijo de sus padres de acogida.

Los jóvenes agresores son en general niños que han sufrido negligencia. "Trabajamos con perdedores", admitió Risberg. El hecho de que las ideas acerca del tratamiento estén en permanente cambio hace el reto aún más difícil.

"Puedes hacer lo que quieras mientras sepas lo que estas haciendo o al menos creas saberlo". Profesor Tillman Färniss, citado por Anders Nyman

Anders Nyman dio una serie de ejemplos del tipo de agresiones que llevan a los niños a la clínica. Estas incluían:

- Cinco niños, de entre 14 y 17, tomaron parte en una violación en pandilla de una niña de catorce años.
- Un chico de 15 años con ligeros problemas de aprendizaje que abusó de un niño de seis años mientras era su canguro.
- Tres niños de 9 años que agredieron a una niña de 9 años, ayudados por dos niñas de la misma edad.
- Un niño de 6 años que insertaba palos en las vaginas de las niñas y en los anos de los niños de una guardería.
- Un grupo de niños de 8 años que participaban en juegos sexuales: algunos obligaban a otros, o les asustaban o les molestaban...

Principios del tratamiento

“Párate y piensa” es el principio más importante tanto para el terapeuta como para el agresor. Éste debe desarrollar responsabilidad y empatía, ¿pero se puede enseñar la empatía? El escritor y terapeuta canadiense **Bill Marshall** sugiere que los agresores no carecen de empatía, simplemente la niegan.

La terapia con jóvenes agresores no es una terapia clásica, sino que es más bien educacional. El joven es a veces un paciente y a veces un alumno. Cada caso tiene motivos, patrones y causas diferentes. El tratamiento psicoterapéutico-educacional debe llevar a producir cambios. Dado que su tratamiento se realiza a través de un mandato judicial, los jóvenes rara vez reconocen la necesidad de un cambio. Por tanto, el cambio se producirá en la medida que entiendan la necesidad del mismo.

En el tratamiento, las necesidades y motivaciones del paciente interactúan con las decisiones y valoraciones del terapeuta. “La relación es crucial”, afirmó Nyman.

En cualquier caso, el supuesto subyacente en el programa es el mismo que para adultos agresores: el agresor sigue un patrón personal que puede ser identificado y por tanto puede ser posible que el paciente identifique señales de peligro y situaciones de riesgo.

El “ciclo del abuso” que presentamos está basado en un trabajo de **Ryan and Lane**¹⁶.

¹⁶ Op cit.

Figura 3: El Círculo del Abuso

Componentes del tratamiento y objetivos

Entre los asuntos tratados durante el tratamiento se encuentran: el ciclo del abuso, las distorsiones cognitivas e inicios del comportamiento sexual desviado, la empatía hacia la víctima, las actitudes y creencias que predisponen a cometer violaciones, la educación sexual, la autoestima y el autoconcepto, la prevención de recaídas y la motivación para el cambio.

El comportamiento sexual abusivo puede estar causado por una sexualización traumática, impotente, en la que haya cabido la traición, la estigmatización, en la que se haya sufrido violencia, se haya sido testigo del empleo de la violencia en el interior de la familia, se haya sufrido rechazo o vínculos mal realizados. Las "dinámicas del abuso" explican lo que ocurre con el agresor mientras tiene lugar el tratamiento, que le ayuda a "poner fuera" el sufrimiento, a reducir la ansiedad y obtener el control; algunas veces "destruyendo" aquello que le ha dañado logra trasladarse del trauma al triunfo. Los objetivos para el joven agresor incluyen la descripción verbal del abuso, la aceptación de la responsabilidad, la comprensión del ciclo de abuso, el rechazo de la negación o la minimización del episodio de abuso, la empatía con la víctima, la no culpabilidad de ésta y la adopción de la decisión de "nunca más".

Técnicas de tratamiento

El tratamiento incluye una gran variedad de técnicas que incluyen hablar, dibujar, leer libros, ver películas, realizar tareas para casa, hacer genogramas y mapas familiares, jugar a las cartas, examinar cuidadosamente el interrogatorio de la policía y hacer sesiones en las que se pide perdón. "Hemos tenido muy buenas experiencias a través de la escritura y contestación de los cuestionarios", añadió Nyman. Lo fundamental es encontrar vías de comunicación "si no, no se darán cambios". Él expuso un ejemplo de un niño que escribió una carta poniéndose en el papel de sus víctimas:

Querido Nicky,

¿Por qué nos hiciste todas esas cosas malas? ¿No sabías que nos harías mucho daño en ese momento y en el futuro?

El mismo elaboró su respuesta:

Fue un error. No fue culpa vuestra y realmente lo siento.

"La relación interpersonal es crucial", recalcó Nyman. El terapeuta debe ser gentil, específico y debe asumir que siempre se puede decir algo más. Debe estar preparado para oír cualquier cosa, debe retar a "la fuerza de la negación" y tener muy presente siempre a la víctima. Ayuda mucho compartir el caso con alguien más.

Caso de estudio: "James" vivía con sus abuelos después de que sus padres se separaran y su padre muriera. Después del colegio trabajaba en la tienda de sus abuelos, asumiendo responsabilidades de adulto. No tenía amigos y sus abuelos le maltrataban físicamente. Él era bueno reparando motos y sus padres se aprovechaban de esta habilidad. Conoció a un hombre que le enseñó a cazar y que, después, junto con dos adultos más, abusó de él.

En el colegio, los chicos le tomaban el pelo, pero las chicas le protegían, escondiéndole en el baño. Llegó a identificar los baños de las chicas con sentimientos de seguridad y excitación. Nyman mostró ejemplos de los dibujos que había hecho de estos baños. James no sabía masturbarse y expresaba todas sus energías a través de los sueños. Cuando se le enseñó a masturbarse, esto supuso un punto de inflexión en el tratamiento.

La fuerza de la negación

Nyman mostró diferentes ejemplos de cómo se puede manifestar la "Fuerza de la Negación". La negación y la minimización del daño son dos aspectos muy frecuentes en las pautas de comportamiento de los agresores adolescentes.

"No lo recuerdo" (*Alexitimia o mentira*). *Alexitimia* es el nombre que se le da a la incapacidad para explicar lo que a uno le ocurre. No se tiene un lenguaje para procesos internos. Es más simple que la negación. La mentira también puede ser una estrategia.

"Simplemente ocurrió". (*Negación*)

"Yo estaba controlado por.....". (*Disociación*)

"Sólo pasó una vez. Simplemente la abracé". (*Minimización*)

"Ella sonrió así que le debió gustar" o "nos enamoramos". (*Reinterpretación*)

"Al ser un varón heterosexual, es natural excitarse con una chica desnuda" o "ella no lo entenderá ni lo recordará, por tanto no se sentirá dañada". (*Distorsión de pensamiento*)

"Ella quería que lo hiciera". (*Culpabilización*)

"Ella se lo merecía". (*Culpabilización/proyección*)

Conclusiones

Nyman llamó la atención sobre cuestiones específicas. Las pérdidas tempranas, las traiciones y el maltrato son factores de riesgo importantes. La negligencia puede llevar al "síndrome de Hansel y Gretel" (**Fürniss 1991**) en el que los hermanos desarrollan una dependencia emocional similar a algunas relaciones adultas. En estas circunstancias, terapéuticamente no tiene sentido hacer tratamientos separados para la víctima y el agresor.

Nyman se preguntaba si la actual "lluvia pornográfica" -la excesiva cantidad de material pornográfico a la que los chicos tienen acceso ahora- puede estar interfiriendo en su desarrollo psicosexual.

"Un agresor peligroso se crea así mismo", concluyó. La forma en que la persona desarrolla las pautas del abuso indica el grado de peligrosidad que desarrollará el agresor. Pero Nyman señaló que se necesita seguir investigando acerca de los factores de riesgo y de los resultados de los tratamientos y es necesario que se desarrollen nuevos métodos y estrategias de evaluación.

Preguntas y discusión

Tras ser preguntado acerca de los recursos que la sociedad necesita desarrollar para fomentar unas estrechas relaciones entre paciente y terapeuta, Nyman aseguró que es una aportación cara (tanto en términos de recursos humanos como económicos) pero al mismo tiempo, un trabajo preventivo ahorra muchos costes a largo plazo. Aunque el tratamiento pueda durar años se debería considerar que el tener a alguien en una institución internado supone un coste de unos 500 dólares al día.

Este dato fue corroborado por otros expertos, que dijeron que un buen programa de tratamiento ambulatorio podría costar un décima parte de lo que cuesta tener a un chico internado en un centro de acogida. "Es importante ahorrar a la sociedad esta enorme cantidad de dinero".

Otro participante señaló que **Marshall** había enfatizado la necesidad tanto de desarrollar empatía como respeto por uno mismo. ¿Cómo podemos desarrollar ambos? Nyman afirmó que la clave es la relación con el terapeuta. El joven agresor, que normalmente nunca ha recibido atención por parte de un adulto, empieza a entender que él es merecedor del tiempo que el terapeuta pasa con él, y que es posible llevar otro tipo de vida, libre de humillación y de abuso. "A estos niños se les debe decir que tienen que cuidarse más y cuidar a los otros", añadió Risberg. Este es un mensaje de amor y la clínica es un lugar cálido y amable. También es importante decirles las consecuencias de volver a cometer abusos e insistirles: "Te mereces algo mejor que la prisión".

5. TRATAMIENTO: RETOS

Agresores Adolescentes: tratamiento residencial. La experiencia Harreveld.

Margot van Heteren, Directora de Harreveld, Países Bajos

La Dra. Van Heteren admitió que ella era bastante pesimista con respecto a las perspectivas de los jóvenes agresores, dado el clima prevalente en la sociedad occidental.

En los Países Bajos, el Ministro de Justicia estableció que los agresores no debían ser identificados. Esto significa que los terapeutas "están trabajando en la sombra" y que el tratamiento no puede ser comunitario. Existe también una gran presión social para que los jóvenes agresores sean castigados.

Harreveld es la institución con tratamiento residencial más grande de Europa. Tiene 271 plazas divididas en dos ubicaciones diferentes. Existen 80 "plazas seguras" que están reservadas para chicas, que ingresan ya sea por protección o como condena. Hay además 100 "plazas seguras" para chicos (incluyendo 20 para agresores), 67 plazas ambulatorias y 24 semi-ambulatorias. En este momento se está tratando a 40 jóvenes agresores sexuales, pero no todos son agresores de alto riesgo. En Harreveld también hay chicos con problemas de violencia o de adicciones, pero realmente constituye un ambiente en el que ser agresor sexual es "bastante normal".

La Dra. Van Heteren enfatizó la importancia de "hacer las cosas al estilo europeo". El tratamiento para que pueda ser satisfactorio debe estar matizado por la cultura local y la situación real.

En Harreveld un 70% de los agresores ha sufrido abusos sexuales previamente, en la mayor parte de los casos, en el marco de su propia familia. Por tanto, y dado el problema de las "lealtades conflictivas", los terapeutas no trabajan con las familias y, además, algunos chicos deciden no volver con ellas.

La Dra. Van Heteren subrayó los diferentes caminos por los que los jóvenes llegan a ser agresores sexuales. Aquellos que siguen "el camino de la delincuencia" cometen delitos y posteriormente reinciden en el abuso, mientras que aquellos que se ven en "un callejón sin salida" no vuelven a abusar. Además, aquellos que se encuentran en el "camino de las pautas de intereses sexuales desviados" además de cometer abusos desarrollan un patrón parafílico. Estos son los casos de alto riesgo. Es importante:

- a) Desarrollar herramientas para evaluar en cuál de los "caminos" se encuentra un agresor tras el primer episodio de abuso.
- b) Y adaptar el tratamiento, dado que es obvio que una misma aproximación no puede ser válida para los tres tipos de agresores.

La primera cuestión a tratar es si se ha cometido el abuso. La Dra. explicó la distinción entre experimentación sexual y la transgresión de las barreras sexuales.

Características de la experimentación sexual:

- Comportamiento apropiado para la edad, normal, no verbal, con consentimiento.
- Reconocimiento del comportamiento (empatía).
- Motivación sexual.
- Vergüenza cuando se habla de ello.
- Relación psicológica equitativa.
- Inexistencia de consecuencias dañinas.

En estos casos la terapia no sólo no es necesaria, sino que podría causar un trauma adicional.

Agresiones que transgreden las barreras sexuales:

- Comportamiento objetivamente inaceptable, no hay consentimiento.
- No reconocimiento del comportamiento (no hay empatía).
- Motivaciones no sexuales y oportunistas.
- Negación psicológica cuando se habla de ello.
- Una o varias víctimas.
- Secuelas en las víctimas: impotencia y/o ansiedad.

En estos casos lo adecuado para confrontar este comportamiento es la terapia, no la persecución.

Ella distingue entre tres tipos de agresiones¹⁷:

- a) **Agresiones situacionales:** Comportamiento inaceptable con una o más víctimas, junto con vergüenza o ansiedad por ser descubierto y habilidades sociales inadecuadas. Estos jóvenes son "perdedores". La terapia les enseña habilidades sociales y enseña diferentes formas de control. Las recaídas son poco frecuentes.
- b) **Agresiones oportunistas:** Comportamiento inaceptable con muchas víctimas en función de las ocasiones que se les presenten. Los agresores muestran falta de empatía, habilidades pseudosociales exageradas y manejan el ser descubiertos desde la negación. La terapia tiene más que ver con el control de la ira que con la educación sexual y la Dra. Van Heteren informó de un nivel relativamente alto de éxitos al tratar este tipo de casos en Harreveld. "Proporcionamos un ambiente cálido y no les castigamos. A los chicos les gusta. Les cuidamos mejor que sus propias madres", explicó.
- c) **Agresiones sexuales desviadas y premeditadas:** Son los agresores más peligrosos, con un índice de reincidencia del 20%. Las agresiones normalmente se planean cuidadosamente, se dirigen hacia niñas de la misma edad o menores. Según la Dra., éstos son los casos más difíciles y el personal de Harreveld ha considerado otras formas de tratamiento como la medicación (antidepresivos) o la terapia aversiva, que requiere que el sujeto sea mayor de 18 años y dé su consentimiento.

El tratamiento residencial comprende 3 ó 4 fases. Tras un periodo que va de 3 meses a un año en una unidad de seguridad, los agresores están un año en una unidad abierta para facilitar su proceso de resocialización. A través de terapias individuales y de grupo (con un enfoque cognitivo-conductual) el programa está diseñado para progresar del control externo

¹⁷ Bruinsma, Frits. Three Way Typology, ATSA, Vancouver, 1998.

a un control interno. Los niños pueden llevar cartas en los bolsillos que les recuerdan que situaciones tienen que evitar.

El control opera a muchos niveles:

- **El control situacional** implica control externo, el trabajo sobre el papel a jugar, la construcción de nuevas habilidades sociales y manejo de contingencias.
- **El control moral** desarrolla el razonamiento moral del agresor, por ejemplo, por medio de terapia narrativa y aplicación terapéutica de algunos cuentos. Algunos niños han adquirido ya el sentido del bien y del mal a través de sus padres. El control moral es interno y refleja la idea del individuo acerca de cómo debería ser el mundo.
- **El control cognitivo** implica un cambio de actitud, reestructuración cognitiva y desarrollo de la empatía. Los agresores que han sufrido aislamiento emocional en su propia familia no saben como actuar hacia otras personas.
- **El control emocional** enseña al joven a reconocer sus emociones. La mayoría de los niños no saben la diferencia entre ira y vergüenza, por ejemplo. Esto se hace a través del teatro, las teleseries, la terapia racional emotiva y el manejo de la ira. El manejo del estrés se usa para ayudar a los jóvenes agresores a enfrentarse al hecho de salir y fortalece su autoestima para manejar encuentros con personas del otro sexo. En Harreveld los chicos tienen acceso a practicar fitness, a tener ropa nueva y objetos como lentillas, lo que les permite parecer y comportarse como si fueran diferentes y dejar el centro no sólo con un certificado, sino además con una nueva imagen.
- **El control biofísico** incluye terapia de relajación (nadar y bucear) y terapia creativa y psicomotora. El karate es un método usado en la desensibilización sistemática porque ofrece una forma adecuada de tocar al otro. Se enseña también a controlar la excitación sexual y a masturbarse.
- **El control comportamental** incluye entrenamiento en asertividad, control de impulsos y toma de responsabilidades. El control externo implica la búsqueda de ayuda cuando sea necesario, mientras que el autocontrol y el entrenamiento en conductas alternativas les prepara para la vida en sociedad.
- **El control relacional** incluye el aprendizaje de habilidades de comunicación y empatía cognitiva y emocional. En la unidad abierta, por ejemplo, los chicos pueden ir a discotecas con su cuidador, pero se les acompaña al servicio.

La Dra. Van Heteren cuestionó la visión prevalente de que no se puede "curar" a los jóvenes agresores y que probablemente reincidirán a menos que exista una supervisión externa de forma permanente. Ella subrayó las diferencias que existen entre agresores adultos y adolescentes y dijo que era crucial tomar en consideración la naturaleza del abuso a la hora de desarrollar un tratamiento. "Pensamos que los agresores sexuales pueden aprender a aceptar responsabilidades y a desarrollar empatía", explicó, urgiendo a los expertos en este campo a superar la "desconfianza inicial" y trabajar para desarrollar el bagaje que lleva al individuo a desarrollar comportamientos desviados.

Citó a los psicólogos **Graeme Richardson** y **Finlay Graham**: "Es crucial para los agresores y para sus padres/cuidadores establecer una motivación que

dirija su comportamiento y demostrarles optimismo al ir venciendo su problema”.

Preguntas y discusión

Los participantes que habían visitado Harreveld comentaron el ambiente cálido y la sensación de que todos trabajan de forma conjunta. La Dra. Van Heteren afirmó que el personal intenta enseñar con el ejemplo. Muchas de las personas que trabajan ahí llegan de diferentes carreras y existe también un perfil multiétnico. Por ejemplo, un joven dirigente de una banda de La Haya que había sido ya detenido por dos asesinatos era descarado y agresivo cuando llegó. A través de la actitud realista del personal pronto empezó a comportarse de forma “natural”.

La mayoría de los residentes con problemas de conducta serios ha recibido tratamiento antes de ser admitidos. Aproximadamente una vez al año, Harreveld pierde a un joven que no está respondiendo al tratamiento y esto tiene un impacto negativo tanto en niños como en el personal. Pero dado que la única alternativa es estar seis semanas (prorrogables) en un correccional, los residentes tienen un fuerte incentivo para colaborar.

Experiencias españolas en el tratamiento.

Victoria Nogueroles, Directora del Centro de Psicología Nogueroles de Madrid y Coordinadora de la Comisión Española para el Estrés Postraumático y el Maltrato.

Victoria Nogueroles afirmó que en el centro del país había aumentado la demanda de tratamiento para jóvenes agresores dado el incremento en el número de casos que habían salido a la luz. Muchos de los agresores habían sufrido abusos sexuales. Ella expuso tres casos que habían sido muy difíciles pero que se habían resuelto de forma satisfactoria porque los niños fueron capaces de entablar lazos afectivos. Este fuerte vínculo les permitió construir una nueva vida sin experiencias traumáticas.

Caso de estudio 1: Tres niños de 4, 6, y 8 años se convirtieron en agresores sexuales tras sufrir la violencia física y sexual del padre que les forzaba a cometer abusos sexuales sobre sí mismos. Después de que su padre les abandonara, su comportamiento continuó. En un dibujo, el hermano mediano retrató a toda la familia muerta.

Los terapeutas manejaron la situación trabajando en la casa de los niños todos los días y estableciendo un sistema de apoyo emocional que pudo ser mantenido por la madre.

Caso de estudio 2: Un niño de 8 años comenzó a cometer abusos sexuales tras ser violado oral y analmente por su padre durante un periodo de dos años. Su padre era miembro de una secta satánica, que practicaba rituales sexuales con grupos de niños y usaba la hipnosis para controlar al niño. Aunque el padre fue condenado a 10 años de cárcel, se las arregló para seguir abusando del niño durante las visitas.

El niño fue muy resistente al tratamiento, ya que estaba atrapado en un círculo de víctima-agresor. Había sido sexualmente estimulado desde que era un bebé y su vínculo emocional con el padre le había llevado a desarrollar distorsiones cognitivas y falta de empatía hacia sus víctimas. En un momento determinado ofreció comprometerse con la terapia y seguir abusando de sus víctimas al mismo tiempo.

Para escapar de su victimización, el niño necesitaba identificarse con una persona con poder. En muchas familias incestuosas la madre está ausente pero, en este caso, la madre y su nueva pareja cooperaron en el tratamiento y el padrastro jugó un papel clave al construir un fuerte vínculo con el niño, desplazando la influencia de su padre. En momentos de estrés el vínculo emocional del niño hacía el padre volvía a ser intenso y fantaseaba acerca de abusar de su madre. "Al violar, me olvidaba de que era una víctima", decía.

Este caso muestra la importancia de imponer un nuevo modelo masculino. Sin él, la terapia no hubiera funcionado.

Caso de estudio 3: Un chico de 13 años fue arrestado y enviado a un correccional tras cometer 35 violaciones a mujeres adultas. A primera vista, su familia parecía muy convencional y los terapeutas no encontraban disfunciones que pudieran explicar su comportamiento. Posteriormente se supo que había sufrido negligencia por parte de los padres que tenían una relación difícil entre ellos. La preocupación fundamental de los padres en lo que concernía a las agresiones era lo que tendrían que decir a sus vecinos. El padre nunca ayudó al hijo, sino que constantemente le decía que era estúpido. El chico culpaba de todo a su padre.

Él fue iniciado en la pornografía fuera de casa, sufrió abusos sexuales extrafamiliares y comenzó a violar en un intento de compensar su baja autoestima. Necesitaba alguien en quien confiar y que creyera en él. Un miembro del personal jugó ese papel "maternal" del cuál carecía.

*"En la condición humana, este problema siempre estará presente. La mejor forma de contrarrestarlo es querer a nuestros hijos y enseñarles como vivir adecuadamente. La falta de afecto crea monstruos". **Victoria Noguero***

Josefa Sánchez Heras, Psicóloga y criminalista en la residencia juvenil Colonia San Vicente Ferrer, Valencia.

Todos los jóvenes con los que trabaja Josefa Sánchez Heras están en régimen de internamiento cerrado o semiabierto. El proyecto está ahora en su segundo ciclo y se están introduciendo algunas modificaciones basadas en la experiencia.

Los jóvenes agresores comparten ciertas características:

- Habilidades sociales deficientes, especialmente cuando hablan con chicas.
- Ineficacia en la solución de problemas personales: no piensan en las consecuencias.
- Creen en los mitos sexuales y tienen ideas equivocadas acerca de los niños.
- No pueden distinguir sus emociones.
- Baja empatía con las víctimas.
- Algunos han sufrido maltrato físico, pero es más frecuente la falta de afecto.

El programa de intervención consiste en la evaluación de las familias y los educadores, seguida de terapia individual y grupal e intervención

familiar y comunitaria. Los jóvenes asisten a dos sesiones voluntarias a la semana, de hora y media. El enfoque es más conductista que cognitivo, puesto que se ha demostrado que funciona mejor y evita que los niños piensen que se les "lava el cerebro". Ninguno de los chicos ha reincidido.

La terapia de grupo tiene como objetivos:

- **Desarrollar habilidades sociales:** Aunque ninguno de los jóvenes del centro es muy agresivo, esto les ayuda a escapar de la espiral de la ira.
- **Educación sexual:** Tienen muchas lagunas en su conocimiento del sexo y quieren información acerca de la contracepción, las enfermedades de transmisión sexual y otras cuestiones.
- **Educación emocional:** Aprenden a distinguir emociones (ira de tristeza...)

La terapia individual se centra en el reconocimiento de la ofensa, el confrontamiento de la negación y la enseñanza de estrategias para evitar la reincidencia.

Trabajo con la familia. Algunas familias no quieren tomar parte. Entre aquellos que cooperan no es raro el caso del padre que piensa que todo habría ido mejor si no hubiera tenido un hijo. En estos casos, se fomenta que el padre pase más tiempo con el niño, para permitir que el niño se identifique con su padre más que con su madre. A los padres que no escuchan a sus hijos se les ayuda a hablarles directamente y a decirles lo que quieran. Es evidente que en ocasiones los niños manipulan a sus padres.

Sánchez Heras afirmó que es importante elevar la autoestima del niño mostrándole que se le quiere y aprecia. Esto se puede hacer a través de pequeños gestos como recordar su cumpleaños.

El trabajo comunitario todavía se está desarrollando. Uno de sus objetivos es sustituir el comportamiento abusivo por hobbies y actividades.

Sánchez Heras dijo que las necesidades más urgentes son la mejora de los instrumentos de evaluación de jóvenes agresores y de la formación de los educadores para que puedan reconocer un problema de este tipo.

6. EVALUACIÓN DE RIESGOS

Evaluación de los riesgos de la reincidencia. Dr. Richard Beckett

“Existen muchos asuntos relativos a la evaluación de los factores de riesgo de jóvenes agresores que se deberán tener en cuenta durante los próximos 5 años”, dijo el Dr. Beckett.

Aspectos culturales

La posición del niño en nuestra sociedad: Los niños tienen muy poco poder y su voz apenas es escuchada. En muchas culturas se les considera una propiedad de sus padres y no como seres independientes con sus propios derechos.

La sexualización de los niños: Siempre se ha sexualizado a los niños, al menos en alguna medida y este proceso comienza en la temprana infancia. Pero ahora también son consumidores. Muchos manejan su propio dinero, les gusta vestir bien, con frecuencia para parecer mayores de lo que son. La industria de la moda viste a modelos de 12 ó 13 años de forma provocativa y los anuncios de televisión en ocasiones presentan a niños de 3 ó 4 años interesados en el sexo.

La pornografía afecta a cada persona de forma diferente. Para un subgrupo muy específico, el porno tiene un significado muy especial, en torno al cuál se construyen valores y creencias. Por tanto, para algunas personas la pornografía constituye un factor de riesgo.

La legitimación de la violencia y de la fuerza: La cultura de la sociedad en la que vivimos pone demasiado énfasis en la violencia a la hora de resolver los conflictos. Algunos niños canalizan esa violencia que aprenden viendo películas violentas. “Vivimos en una cultura que valora el uso de la violencia para satisfacer las necesidades y esto es aplicable también a la violencia sexual”, argumentó el Dr. Beckett.

Asuntos familiares

La presencia de un agresor sexual o de padres física o emocionalmente maltratadores o negligentes indica que el niño crecerá con problemas en su vinculación. Los padres que no son protectores fallan a la hora de mantener a su hijo alejado del interés sexual de otros.

Otras actitudes sexuales distorsionadas constituyen también factores de riesgo.

“A menos que tengamos buenos instrumentos de medida, no sabremos qué podemos hacer para que las cosas cambien.” Dr. Richard Beckett

El Dr. Beckett volvió recalcar el riesgo que corremos si asumimos que los mismos factores de riesgo (dinámicos y estáticos) detectados para agresores adultos pueden ser aplicados a los jóvenes agresores. Por ejemplo, la negación no es un predictor de la reincidencia en el caso de los adultos. Los pedófilos son bastante abiertos en cuanto a sus deseos de practicar sexo con niños, pero eso no disminuye el factor de riesgo. La congruencia emocional (la identificación con el niño) es común en los agresores adultos, pero ¿es una característica de los jóvenes agresores?

Problemas en la evaluación del riesgo en agresores adolescentes.

- Ausencia de datos normativos. No tenemos un retrato estandarizado de cómo son los adolescentes "normales". No conocemos el grado medio de conocimiento que los adolescentes tienen del sexo. Existe una gran variedad de problemas prácticos asociados con el ir a visitar colegios, preguntando a la gente joven acerca de sus creencias y sentimientos acerca del sexo y necesitamos este tipo de información para hacer comparaciones.
- Naturaleza de la adolescencia. Las personas se desarrollan rápidamente durante este periodo. En los chicos la testosterona se quintuplica. Los cambios que tienen lugar afectan radicalmente a su tamaño, al crecimiento del vello, a sus genitales y a su voz. Pero todas estas cosas no cambian al mismo tiempo en todas las personas. Necesitamos ser capaces de distinguir los cambios que ocurren de forma natural y los que son debidos al tratamiento.
- Ausencia de grupos de control y de comparación. Necesitamos ser capaces de comparar a los agresores sexuales adolescentes con otros grupos de delincuentes.
- Ausencia de medidas de evaluación fiables y válidas. Las áreas que se deberían examinar incluyen la empatía hacia la víctima, las distorsiones cognitivas, la negación, los intereses y la excitación sexual, las habilidades sociales y las actitudes hacia la violación. El equipo de investigación del Reino Unido ha desarrollado medidas adecuadas para perfilar y evaluar el tratamiento para agresores adultos, indicando que el tratamiento produce pocas recuperaciones. El equipo se está centrando ahora en violadores y asesinos sexuales. El Dr. Beckett señaló que algunos de los más sangrientos violadores son "jóvenes caballeros". No hay nada que indique que sean violadores. Por eso, muchos violadores en serie no son detenidos. Sus actitudes hacia las mujeres sólo se manifiestan cuando están enfadados o excitados. "Tenemos que investigar más". Para los jóvenes agresores se han adaptado las medidas del tratamiento para adultos. La pregunta esencial es "¿estamos evaluando las áreas correctas?"
- Tasas bajas de detección y de reincidencia. La tasa del 12% significa que solo 120 de cada 1.000 jóvenes agresores reincide. Esto hace muy difícil el estudio de la causas que les hace volver a cometer abusos.

Proyecto de agresores sexuales adolescentes (Reino Unido)

Objetivos:

1.- Estandarizar medidas para:

- Construir un perfil de los adolescentes agresores: ¿en qué se diferencian de la gente joven "normal"?
- Evaluar los progresos del tratamiento y su impacto en las recuperaciones.

2.- Evaluar programas de tratamiento de jóvenes agresores para examinar el impacto de los mismos.

3.- Establecer un marco de trabajo para el estudio de la reincidencia.

El Dr. Beckett llamó la atención sobre el problema de encontrar una muestra de jóvenes agresores (entre 100 y 300) para hacer un estudio fiable. La mayoría de los programas solo ven de 20 a 30 agresores en un año. Por tanto, el proyecto vincula a treinta centros de tratamiento en el Reino Unido y seis en Irlanda, como también programas de otros países

Europeos presentes a través del Grupo de Harreveld. El equipo ha evaluado cerca de 300 personas que han abusado de niños. Se han entrevistado a 70 jóvenes violadores en prisiones.

El proyecto se centra en:

- Agresores adolescentes: De edades comprendidas entre 12 y 18 años:
 - a) que han abusado de niños y;
 - b) agresores de gente de su misma edad y violadores.

Estos dos grupos tienen diferentes características.

- Adolescentes no agresores: Tres grupos de edad: 11-13, 14-16 y de 17 en adelante.
- Delincuentes no violentos.
- Delincuentes violentos.

Y pretende determinar las características iniciales de los agresores sexuales adolescentes y evaluar la prevención de riesgos identificando los adolescentes que tienen más probabilidad de llevar a cabo agresiones violentas y abusos sexuales.

Las medidas desarrolladas por este estudio deberían ser específicas - diferenciando entre niños agresores, caracterizados por la negación y las distorsiones cognitivas- y los agresores de niños de su edad-que muestran una actitud sexual de "macho". Las escalas de validación deberían poder comprobar si la gente está diciendo la verdad y deberían medir la "apertura sexual". Muchos adolescentes pueden no querer ni oír hablar de sexo.

Datos que proporcionan las investigaciones

El Dr. Beckett presentó algunas estadísticas obtenidas en el estudio.

Edad de los agresores al iniciarse el abuso: El grupo más numeroso era el de los 13-14 años. Esto podría estar relacionado la liberación de testosterona.

Gente joven con dificultades de aprendizaje: Este grupo está sobredimensionado entre los adolescentes agresores si consideramos a la población general.

Porcentaje de los agresores que han sufrido abusos: El 26.7% de los jóvenes evaluados había sufrido abusos. El 34.4%, no.

Porcentaje de agresores que han sido maltratado emocionalmente o han sufrido negligencia: Casi un 40% había sufrido este tipo de maltrato.

Porcentaje de los que habían sido físicamente maltratados. Un 31.2% lo había sido y un 37.1% no.

Numero de víctimas: Un 42.5% de la muestra tenía sólo una víctima. Una proporción ligeramente más amplia tenía más de una víctima. Cuando existen más de 5 víctimas normalmente son ofensas sexuales sin contacto físico como exhibicionismo o llamadas obscenas. No se puede asumir, por lo tanto, que los adolescentes con más de una víctima constituyan un alto riesgo (a diferencia de los adultos).

Figura 4: Número de víctimas

Género de las víctimas: El 56.1% de la muestra abusó sólo de mujeres, el 19.9% sólo de varones y el 19% de ambos. En adultos el abusar de hombres

y mujeres es un factor de riesgo ¿Nos encontramos a los adolescentes en el mismo caso?

Dos áreas de tratamiento.

Distorsiones cognitivas: Son típicas en agresores infantiles, que con frecuencia creen que los niños son capaces de dar su consentimiento, que son sofisticados sexualmente, que están interesados en el sexo y que no sufrirán daños. El cuestionario *Niños y Sexo* está diseñado para medir estas actitudes. El agresor debe expresar su acuerdo ante afirmaciones como "algunos niños coquetean con personas de mi edad" o "los niños saben mucho acerca del sexo". La minoría con el nivel más alto de distorsiones cognitivas constituye un grupo de riesgo. De todas formas, existe una gran proporción de agresores que muestra un nivel de distorsión de pensamiento comparable a las creencias recogidas en las muestras de adultos varones normales. No es posible, por tanto, asumir que reincidirán. Las investigaciones muestran que el tratamiento en esta área en concreto es eficaz, tanto en adultos como en gente joven, aunque algunos hombres con un alto nivel de distorsiones cognitivas sean resistentes al tratamiento.

Incremento de la empatía hacia la víctima: La empatía requiere la capacidad de percibir de forma adecuada las emociones propias y las de otros y poder responder al otro emocional y conductualmente. El aumentar los niveles de empatía es un objetivo importante, pero es difícil medir las emociones y la empatía sólo puede ser evaluada después del abuso y no mientras tiene lugar. La empatía se bloquea durante el episodio de abuso. La escala de empatía hacia la víctima impide a los agresores pensar sobre una agresión en concreto y responder a preguntas como "¿Cree que a la víctima le gustó, le excitó sexualmente, sintió miedo, le dañó, pensó en ello después?"

El Dr. Beckett afirmó que de entre todas las áreas que se trabajan en el tratamiento, el incrementar la empatía es la que más funciona. De todas formas, dado que todos los agresores muestran tener poca capacidad empática, no constituye una forma adecuada de evaluación de riesgos. "Podemos aprender mucho los unos de los otros, pero necesitamos saber qué está haciendo bien el otro", concluyó.

7. TRATAMIENTO: RETOS

"... mejor que un helado". Comportamiento sexualizado en jóvenes. Börje Svensson, Trabajador social clínico en la clínica de chicos, Estocolmo y Margaretha Erixon, Psicóloga infantil y psicoterapeuta en el Hospital Astrid Lindgren, Estocolmo.

Börje Svensson señaló que está teniendo lugar un cambio en Suecia en los últimos años. A principios de los 90, no existían referencias a los jóvenes agresores. Pero ahora existe una tendencia entre los niños a "sobreactuar" sexualmente. El lenguaje que emplean los niños en el colegio se ha vuelto más soez y las bromas tienen muchas connotaciones sexuales. Los niños se llaman entre ellos "maricas" y "putas".

Svensson señaló la dificultad en la evaluación de estos cambios aparentes, dado que está prohibido llevar a cabo estudios con niños de menos de 16 años sin el consentimiento paterno. De todas formas, él subrayó la existencia de una posible relación entre el consumo de pornografía y la conducta sexualizada. Los niños ven ahora más pornografía que antes y su contenido es ahora más deshumanizado. Un niño de 11 años puede acceder a pornografía en Internet y en Suecia 600.000 hogares tienen canales de T.V. de pago con emisiones pornográficas. Las películas también incluyen escenas de sexo más agresivo. Los titulares de los periódicos, la música y los videos contribuyen a aumentar la toma de conciencia con respecto al sexo. Toda esto lleva a una "lluvia pornográfica" que cae sobre los niños. Los niños desean ser adolescentes cuanto antes. Los adultos les proyectan algunas nociones acerca de la sexualidad y ellos las interiorizan.

¿Cómo digieren los niños todo a lo que están expuestos? Los estudios han encontrado que existe una relación entre la violencia en las películas y el "acting out" en al menos un 5-10% de los niños.

Probablemente, un porcentaje similar es influido por la pornografía. Es de sobra conocido que algunos violadores adultos imitan las escenas que han visto en las películas y el número de violaciones por bandas o pandillas ha aumentado en Suecia en los últimos años.

Svensson concluyó afirmando que a la hora de tratar a los jóvenes agresores es importante tener en cuenta todos los factores que rodean al niño.

Caso de estudio 1: Tres niños de 7 años sufrieron abusos sexuales por parte de un niño de 8 durante meses. La situación hacía difícil la diferenciación entre agresor y las víctimas.

Los tres niños menores participaron en seis sesiones de terapia de 90 minutos. Constaban de:

- a) 20 minutos alrededor de la mesa, intercambiando nombres, estableciendo reglas y charla social.
- b) 20 minutos de juego estructurado, centrándose en límites, en contacto físico "bueno" y contacto físico "malo"...
- c) 20 minutos alrededor de la mesa hablando de los juegos anteriores, con galletas y limonada.
- d) 15 minutos de juego libre que ayudaba a revelar las personalidades de los niños. No se permitían las peleas ni el contacto físico "malo".
- e) 15 minutos para recoger y relajarse. Los niños gritaban: "¡nunca más!"

Durante la sesión final, la sexta, se admitió al agresor. De esta forma los cuatro niños se encontraron de nuevo e intentaron normalizar sus vidas. El seguimiento ha mostrado que ninguno de los niños tuvo problemas sexuales subsiguientes.

Margaretha Erixon señaló que el desarrollo psicosexual comienza en la infancia. La capacidad de excitación sexual está presente en el nacimiento e incluso antes. Al principio el comportamiento autoerótico es un reflejo, en el que se busca más el placer que la estimulación sexual. Los trabajos de investigación de **William Friedrich** indican que los niños de preescolar llevan a cabo varias formas de actividad sexual, de las cuáles la masturbación es la más común. Hasta los dos años, la curiosidad es la razón para tocar el cuerpo. A partir de entonces se descubre el placer y los tocamientos son sexuales. Los niños pueden entablar una exploración sexual con otros niños, pero esto no significa que sepan lo que están haciendo. Los niños pequeños también emplean "tacos" para desconcertar a los adultos, pero esto no constituye un comportamiento sexual.

El comportamiento psicosexual normal en los niños de preescolar incluye:

- La masturbación.
- La curiosidad/exploración corporal mutua.
- El jugar a los médicos.
- El empleo de palabras malsonantes.

Erixon planteó la cuestión de si enseñar a los niños cosas acerca del sexo les lleva a una sexualización prematura. Los niños necesitan saber palabras para nombrar las cosas, pero si no entienden lo que quieren decir, esto les coloca en riesgo de tener experiencias que podrían tener efectos negativos. Del mismo modo, si uno impone demasiado vocabulario en una edad en la que éste no es relevante para sus experiencias, los niños dejan de escuchar. Cada niño muestra diferentes índices de desarrollo.

Erixon señaló tres fuentes de información:

- Estudios de niños derivados a tratamiento.
- Informes de padres y cuidadores.
- Informes retrospectivos de adultos jóvenes.

Dado que los niños tienen una curiosidad natural y establecen un juego sexual con su propio cuerpo y con el de otros niños, es importante establecer las barreras que separan este juego de una interacción sexual problemática, que puede incluir:

- Coerción.
- Amenazas y compulsión.
- Agresión.
- Tocamientos en público.
- Imitación de la sexualidad adulta.
- Demasiado conocimiento sexual.
- Conductas sexuales con animales o muñecos.

Erixon enfatizó el amplio abanico de factores que pueden influir en este comportamiento. **Toni Cavanagh Johnson** de California dividió la actividad sexual de los niños en cuatro categorías:

Grupo 1: Juego sexual.

- Grupo 2: Sexualmente reactivos.
- Grupo 3: Varios comportamientos sexuales mutuos.
- Grupo 4: Niños que molestan.

Ella examinó una larga lista de preguntas con relación a cada grupo, incluyendo el ámbito y la frecuencia, la motivación, las relaciones interpersonales, los posibles factores etiológicos y tratamiento. En el grupo 1, los niños son de la misma edad, son tímidos y les avergüenza ser descubiertos. Los jóvenes del grupo 2 son más o menos de la misma edad, pero sus conductas suele estar motivadas por la ansiedad y el estrés y pueden actuar de forma más pública. Sus conductas podrían estar causadas por haber sufrido abusos sexuales o pornografía y la clave para el éxito del tratamiento es que comprendan las causas de su comportamiento.

En el grupo 3, los niños son de nuevo de la misma edad y su actividad no es coercitiva. En esta categoría se incluye el incesto entre hermanos y la confusión junto con la necesidad de asegurarse una figura de apego. Cuando se les descubre pueden acudir a la negación o a la culpabilización de la víctima. Estos niños con frecuencia han sufrido negligencia por parte de sus padres y desconfían de los adultos. Existe una alta probabilidad de que se conviertan en víctimas de adultos que se aprovechen de sus necesidades. El tratamiento incluye la sustitución del contacto sexual por contacto emocional.

El grupo 4 incluye niños que agreden a otros niños de diferentes edades, usando amenazas y manipulación. A estos niños les preocupa mucho el sexo y sus habilidades sociales son muy limitadas. Sus conductas pueden estar motivadas por el miedo, la soledad o la ira y cuando se les descubre su reacción puede ser agresiva. Normalmente vienen de familias con una larga historia de abuso, negligencia y maltrato físico. Se necesita un tratamiento intensivo para estos niños, junto con terapia familiar y entrenamiento en habilidades sociales.

Erixon mostró algunos ejemplos de jóvenes agresores que recibieron tratamiento en Estocolmo:

- Una niña de 10 años que penetraba digitalmente y masturbaba.
- Un niño de seis años que lamía la vagina de una niña de 8 años y los penes de varios niños diciendo que eran "mejor que un helado". Su conducta cesó como resultado del rechazo social.
- Un niño de 10 años que llevaba a cabo penetraciones anales. Él había visto pornografía violenta y la imitaba. Sus padres estaban divorciados y él se sentía furioso con su padre.
- Un niño de 12 años que introducía sus dedos en la vagina de una niña de 3 años.

Preguntas y discusiones

Uno de los asistentes llamó la atención sobre la campaña "Páralo ahora" llevada a cabo en Vermont (EEUU) en el marco de la cual se publican folletos acerca de la forma en que se debe hablar con los niños de sexo y tratar el tema de las relaciones interpersonales con los adolescentes.

Börje Svensson afirmó que la clave en el tratamiento es ayudar a los niños a buscar sus propias motivaciones para el cambio. También subrayó la cuestión de la educación sexual en las escuelas. En algunos casos, a los niños se les expone a la sexualidad sin la oportunidad de que trabajen esa información con sus familias. Necesitan la ayuda de un adulto para poder entender este tema de una forma saludable.

8. RESUMEN—CONCLUSIONES

Suecia

Anders Karlsson habló de la influencia norteamericana y de la necesidad de elaborar modelos europeos y nacionales. Al él le hubiera gustado ver con más detalle la situación en los distintos países y haber trabajado más en grupos pequeños. Sugirió un análisis más profundo de lo que significa el concepto de "sexualidad normal" dado que las características varían de un terapeuta a otro. Los gobiernos cada vez están demandando más procedimientos para la evaluación de riesgos y los expertos deberían discutir más en profundidad el papel de la evaluación.

Dinamarca

Para Vernon Jones, que hablaba en nombre de la delegación danesa, el haber reunido a tantos expertos europeos le pareció en sí mismo un gran paso hacia delante y mostró claramente que hay una necesidad de convocar más conferencias y seminarios en los que se puedan intercambiar aspectos teóricos y prácticos. Según él, quedan muchas preguntas que aún no tienen respuestas como, por ejemplo:

- Cuándo se puede considerar que el comportamiento abusivo tanto en niños como en jóvenes ha quedado "fijado".
- Métodos de evaluación y análisis: Se necesita un acuerdo sobre aquellos métodos que realmente funcionan.
- Teoría del vínculo: La importancia de un trauma en la temprana infancia.

Subrayó dos problemas específicos de Dinamarca:

1. En un país que se siente orgulloso de su protección al derecho a la libertad expresión, existe una asociación de pedófilos a la que se le permite afirmar que el sexo entre niños y adultos es perfectamente aceptable.
2. Los jóvenes agresores de entre 14 y 18 años no acceden a ningún tipo de servicios de evaluación o tratamiento.

Islandia

Bragi Gudbrandsson, Director General de la Agencia Gubernamental para la Protección del Niño, señaló la importancia del trabajo en red. Él subrayó los tres puntos de la reacción de la sociedad al abuso sexual infantil:

- a) Negación: Existe en Islandia desde la conferencia de UNICEF 1996.
- b) Tratamiento: En Islandia, que tiene una población total de solo 270.000 personas, no existen programas específicos para agresores sexuales. Aproximadamente unos 20-30 adolescentes son derivados a los servicios de protección infantil cada año. Los agresores sexuales no constituyen un grupo homogéneo y es muy difícil establecer un grupo terapéutico para ellos. Se necesita una solución que combine no sólo la protección del niño, sino también el tratamiento del agresor.
- c) Prevención: Islandia necesita aprender de la experiencia de otros países en cuánto a los registros de agresores sexuales y los problemas inherentes a hacerlos públicos.

Noruega

Los participantes del grupo noruego subrayaron que no se deben confundir los diferentes tipos de agresores. En los casos en los que hay jóvenes agresores, los terapeutas tratan de forma paralela con la víctima y con el agresor. El problema debería ser enfocado desde una perspectiva

clínica y sexológica, con vistas a crear una actitud positiva hacia la sexualidad.

Los sistemas de apoyo estándar no son adecuados en estos casos. Se necesitan nuevos programas de tratamiento y más investigaciones, como también un mayor trabajo en red entre los expertos noruegos y más participación en las redes europeas. Los asistentes solicitaron una mayor sistematización del trabajo y añadieron que la conferencia había ofrecido nuevas ideas y estímulos. Zoë Øiestad, consejero del Centro de Derechos Infantiles Redd en Oslo, dijo que el gobierno noruego había financiado la participación del grupo en este encuentro y que sus miembros estaban deseosos de informar de las conclusiones al Ministro de la Familia y Servicios Sociales a su regreso a Noruega.

España

Victoria Noguerol comentó la necesidad de incrementar el trabajo en red para promover el intercambio de materiales de trabajo e investigaciones. Sugirió que se deberían llevar a cabo encuentros de este tipo cada dos años. Subrayó tres objetivos para el futuro:

- Diseñar medidas estandarizadas para la evaluación.
- Lanzar campañas de sensibilización social.
- Fomentar el trabajo coordinado con las autoridades competentes.

Rumanía

La Dra. Violeta-Olivia Stan dijo que le aliviaba haberse dado cuenta de que el problema de la negación social del abuso no era exclusivo de Rumanía. El Día Internacional del Niño (el 1 de Junio) era el centro de una campaña nacional contra el abandono infantil: una de las causas del abuso. Se estaba considerando también la apertura de un pequeño centro de tratamiento, como el modelo islandés. El trabajo en red es crucial (de hecho algunos participantes realizaron sesiones de formación en sus países) y además señaló la necesidad de un mayor intercambio de información. Como país libre desde 1989, Rumanía puede tomar parte en este tipo de intercambios culturales y su participación en estos debates marca otro paso hacia delante en un proceso de integración en Europa.

"Para construir un futuro mejor para los niños, deberíamos hablar". Dra. Violeta-Olivia Stan

Discusiones finales

Margot van Heteren señaló que la pedofilia organizada ha desaparecido de los Países Bajos. Esto no es necesariamente algo positivo dado que los pedófilos operan ahora en secreto o en Internet. Vernon Jones advirtió que no se pueden desechar la cantidad de datos que tenemos de EEUU, sino que se deberían desarrollar otros enfoques teniendo en cuenta la cultura europea. Se deberían tener muy en cuenta las diferencias culturales existentes entre vivir en Chicago y en Copenhague.

Hubo una pequeña discusión sobre los registros de agresores sexuales. En el Reino Unido se pueden incluir en estos registros a cualquier agresor sexual mayor de 10 años. Los adultos que no facilitan sus nombres para proceder a su inscripción pueden ser encarcelados durante seis meses, pero no los niños. La responsabilidad recae en los padres, pero tampoco son sancionados.

El número de violaciones denunciadas por mujeres se ha incrementado en un 300% en los últimos 10 años, pero el número de detenciones se ha mantenido estable. Los registros se han elaborado como una forma de tranquilizar a la población, pero dado que esta norma no es retroactiva, existen muchos agresores que no están registrados. Se ha llegado a la conclusión de que el hecho de estar registrado no es dañino para los adultos -aunque no existen pruebas de su efectividad- pero en el caso de los adolescentes, los daños superan a los beneficios.

En Noruega, existe una nueva ley que establece que cualquier persona que solicite un trabajo relacionado con niños debe aportar una certificación policial de que no ha sido detenido por haber cometido abusos sexuales. Pero es más una declaración ética que una medida preventiva.

Otros participantes hablaron de la necesidad de formación del personal para que entiendan la sexualidad de forma saludable. El abuso sexual tiene más que ver con el empleo de poder que con la sexualidad y es importante entenderlo así. El Dr. Van Heteren señaló también que muchas fantasías sexuales "normales" incluyen el empleo de la fuerza. Los terapeutas tienen que reconocer que el sexo y el poder están estrechamente relacionados. El Dr. Eldridge dijo que las fantasías sexuales de los agresores tienden a ser extrañas y horribles. Para empatizar con la persona, los terapeutas tienen que "normalizarlas" en algunos casos, pero no deben perder de vista que quizá estén tratando psicopatías y aspectos sádicos.

9. CONTINUANDO HACIA ADELANTE

Lars Lööf afirmó que la Alianza Save the Children esperaba poder influir en la Comisión y el Parlamento europeo a la hora de adoptar estrategias y hacer recomendaciones a los Estados miembros, en base al artículo K 1 del Tratado de Amsterdam, relativo a las agresiones contra niños. Desde esta perspectiva, señaló algunas de las conclusiones a las que se ha llegado en este encuentro:

- a) Es vital reconocer que los jóvenes agresores son por encima de todo menores y tienen los mismos derechos que establece la Convención sobre los Derechos del Niño de la ONU. Siguiendo el principio de no discriminación, deberíamos tener siempre en cuenta el interés del menor, incluyendo su derecho a la rehabilitación, que deberían posibilitar todos los países que han suscrito la Convención.

Los niños deben tener también el derecho a no ser encarcelados en prisiones de adultos. La Convención establece que es responsabilidad de los gobiernos la prevención del abuso sexual infantil.

- b) Es importante desarrollar programas nacionales para la rehabilitación y la reintegración social de jóvenes agresores y deberían ser llevados a cabo de forma totalmente profesional. Pero es igualmente imprescindible no caer en el "exceso de tratamiento" y evitar que se formen grupos de tratamiento que no vayan a funcionar correctamente. El trabajo en red en el ámbito nacional y europeo va a jugar un papel fundamental en el trabajo futuro.
- c) Todos los países deben reconocer la existencia de jóvenes agresores. Este tema debería ser tratado en programas preventivos, escuelas y en todos los niveles de la sociedad y deberá tener un impacto en las políticas sociales.
- d) La sociedad debe reconsiderar su visión de la infancia. Los jóvenes agresores que cometen delitos graves son considerados- al menos en ocasiones- poco menos que monstruos. Save the Children tienen un importante papel que jugar para contrarrestar este hecho. Los agresores deben ser considerados como niños que han cometido abusos sexuales, no como agresores que resultan ser niños.
- e) Save the Children tiene que continuar trabajando y cooperando con los expertos europeos en este campo.
- f) La educación sexual, adaptada a las necesidades de los diferentes grupos de edad, debe estar al alcance de todos los niños en las escuelas.
- g) Todos los niños, incluidos los agresores, tienen el derecho a ser escuchados. Las sociedades tienen la obligación de integrar a estos jóvenes. Debemos escuchar y descubrir qué es lo que ha ocurrido en las vidas de estos niños.

Anexo 1

Tests psicológicos

(compilación para agresores adolescentes por Dr. Richard Beckett)

Autoestima. (Thornton) (Harter)

Inventario de reacciones personales (Deseabilidad social). (Basado en Greenwald and Satow)

Soledad emocional. (Russell et al. UCLA)

Índice de reactividad interpersonal (Empatía general). (Davis)

Escala de comportamiento asertivo en niños. (Michelson and Wood)

Locus de control. (Nowicki)

Control de la ira. (Novaco)

Impulsividad. (Eysenck y Eysenck)

Niños y sexo: distorsiones cognitivas y congruencia emocional. (Beckett)

Inventario multifásico de sexo (modificación del MSI para jóvenes). (Nichols y Molinder)

Escala de empatía hacia la víctima. (Beckett y Fisher)

Anexo 2

Tratamiento de jóvenes agresores sexuales

Posibilidades y Retos

Madrid, España 6- 8 Abril 2000

Participantes

Participantes suecos:

1. Kersin Völker
2. Inga Tidefors-Andersson
3. Joachim Volckerts

4. Johan Klingborg
5. Anders Karlsson

Participantes noruegos:

6. Thore Langfeldt

7. Svein Mossige
8. Siri Softestad
9. Jim Aage Nottestad

10. Carin Nordenstam

11. Bard Bugge Pedersen
12. Hans Terland

Participantes islandeses:

13. Bragi Gudbrandsson

14. Karl Marinósson

15. Dr. Jon Fridrik Sigurdsson

16. Olof Asta Farstveit

17. Torgeir Magnusson

Participantes daneses:

18. Mimi Strange
19. Jorgen Bech Jessen

20. Johny Holm Petersen

21. Susan Harnow Jensen

Participantes rumanos:

- Salvati Copiii (Save the Children Rumanía)**
22. Catalin Luca
 23. Dr Violeta-Olivia Stan
 24. Georgeta Paunescu

Participantes españoles

25. Josefa Sánchez Heras
26. Maria Mar Burbano

27. Amparo Iznájar

28. Roser Perez Simó

29. Félix López
30. Pablo Gotor
31. Victoria Noguerol

Representantes de Save the Children

32. Burkhard Gnärig (Director ejecutivo de la Alianza Internacional Save the Children)
33. Purificación Llaquet (Presidenta de Save the Children España)
34. Carlos Sanz (Director General de Save the Children España)
35. Lars Lööf (Save the Children Suecia)
36. Diana Sutton (Directora Europeo de la Alianza Internacional Save the Children)
37. Ellen Jöjdt Rasmussen (Save the Children Dinamarca)

38. Zoë Øiestad (Save the Children Noruega)
39. Sveinbjorg Palsdottir (Save the Children Islandia)

40. Marianne Borgen (Save the Children Noruega)

41. Anna Frenning (Save the Children Suecia)
42. Vernon Jones (Save the Children Dinamarca)

Experts europeos

43. Hilary Eldridge

44. Richard Beckett

45. Margot van Heteren

46. Anders Nyman
47. Börje Svensson
48. Margaretha Erixon

49. Olof Risberg

Redactora del informe

50. Kate Holman

Representantes de la Administración Pública

51. Elisabet Svedberg (Suecia)

52. Alfonso Marina (España)

Organización del seminario:

53. Manuel Pozo (Save the Children España)

54. Elena Hayward (Save the Children España)

55. Pepa Horno (Save the Children España)

56. Carmen del Molino (Save the Children España)

Anexo 3

Tratamiento de Jóvenes Agresores Sexuales Posibilidades y Retos

Madrid, España 6-8 Abril 2000

Grupo de la Alianza Internacional Save the Children

PROGRAMA

JUEVES, 6 ABRIL 2000

16.00 **BIENVENIDA** *Purificación Llaquet. Coordinadora (Save the Children España).*

PLANTEAMIENTO *Alfonso Marina. Subdirector de Acción Social, del Menor y de la Familia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (España).*

INTRODUCCIÓN *Lars Lööf. Rädda Barnen (Save the Children Suecia).*

16.30 **ESTABLECIENDO EL CONTEXTO.** *Coordinadora: Diana Sutton*
Jóvenes agresores sexuales: Visión panorámica de las investigaciones actuales. *Dr. Richard Beckett*

Visión panorámica de los tratamientos: Desarrollos en Gran Bretaña durante los años 90 y establecimiento de una investigación en el ámbito europeo. *Dra Hilary Eldridge*

Discusión plenaria

18.00 **LA SITUACIÓN EN ESPAÑA, SUECIA, NORUEGA, DINAMARCA, ISLANDIA Y RUMANÍA: BREVES INTRODUCCIONES Y DISCUSION.**

VIERNES, 7 ABRIL 2000

10.00 **TRATAMIENTO: POSIBILIDADES.** *Coodinador: Burkhard Gnärig*
Tratamiento de Jóvenes Agresores en el caso de pacientes no internados: Adecuación de la intervención a los factores de riesgo y a las necesidades de tratamiento de los jóvenes. *Dr. Hilary Eldridge*

Discusión plenaria

11.00 **La Fuerza de la Negación: Agresores adolescentes en terapia.**
Anders Nyman y Olof Risberg

Discusión plenaria

12.00 Discusiones

14.30 **TRATAMIENTO: RETOS.** *Coordinadora: Purificación Llaquet*



Adolescentes Agresores: Tratamiento residencial-La experiencia Harreveld. *Margot van Heteren*

Preguntas

16.30 Discusiones de grupo

18.00 **Experiencias españolas en el tratamiento.** *Victoria Noguerol y Josefa Sánchez Heras*

Preguntas

19.00 Resumen

SÁBADO, 8 ABRIL 2000

10.00 **EVALUACIÓN DE RIESGOS.** *Coodinador: Marianne Borgen*
Evaluación de los riesgos de la reincidencia. *Dr Richard Beckett*

Discusión plenaria

12.00 Discusión en grupos

15.00 **TRATAMIENTO: RETOS.** *Coordinador: Lars Lööf*
"...mejor que el helado". Comportamiento sexualizado en niños.
Börje Svensson y Margaretha Erixon

16.00 Discusión plenaria.

17.00 **CUESTIONES IMPORTANTES DE CADA PAÍS: SUECIA, DINAMARCA, ISLANDIA, NORUEGA, ESPAÑA Y RUMANÍA**

18.00 **RESUMEN-CONCLUSIONES : CÓMO CONTINUAR HACIA ADELANTE**

19.00 **FINAL.**