

## PARÁMETROS PRÁCTICOS PARA LA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE ABUSAN SEXUALMENTE DE OTROS.

Por Carolina Raheb Vidal

### ¿Qué se entiende por una conducta de abuso sexual?

Una conducta de abuso sexual sucede sin consentimiento, sin igualdad o como resultado de una coacción. En este contexto, existe **consentimiento** sí: (1) se entiende lo que se propone, (2) hay un conocimiento de los estándares de la sociedad para los que se propone, (3) existe conocimiento de las consecuencias potenciales y alternativas, (4) se acepta que el acuerdo o desacuerdo será respetado por igual, (5) es una decisión voluntaria y (6) existe competencia mental. La **igualdad** es definida como “dos participantes que operan con el mismo nivel de poder en una relación, no siendo controlado ni coaccionado por el otro”. **Coacción** definida como una “explotación de la autoridad, uso de sobornos, amenazas con la fuerza, o intimidación para ganar la cooperación o confianza”.

### ¿Cuál es la terminología utilizada con mayor frecuencia?

- Conducta de abuso sexual: Conducta sexual que sucede sin consentimiento, sin igualdad o como resultado de coacción.
- Agresión sexual: Conducta sexual que viola/ explota y rompe las normas de la sociedad y los códigos morales resultantes en daños físicos o psicológicos; una violación de las leyes estatales o municipales.
- Violación: Toma por la fuerza para gratificación sexual.
- Sodomizar: Normalmente indica una relación anal, pero puede incluir una oral también.
- Acoso sexual: Atención sexual no placentera que puede consistir en indicaciones sexuales, peticiones y conducta verbal o física de naturaleza sexual.
- Agresor sexual: Un individuo que ha cometido un acto de agresión sexual rompiendo las normas de la sociedad y los códigos morales, violando las leyes y los estatutos estatales o municipales.
- Parafilia: Fantasías sexuales recurrentes e intensas, necesidades sexuales o conductas que conllevan (1) objetos no humanos, (2) el sufrimiento y humillación de uno mismo y su pareja, o (3) niños u otras personas que no han consentido y que suceda durante al menos un periodo de 6 meses.
- Pedofilia: Actividades sexuales centradas en un niño antes de la pubertad, generalmente menor de 13 años.
- Niños sexualmente reactivos: Niños que exhiben un conducta sexualmente inapropiado como respuesta a los abusos o exposiciones sexuales ante estímulos sexuales explícitos.

## ¿Qué se entiende por un desarrollo sexual normal?

El niño en desarrollo aprende sobre la sexualidad, internaliza los valores sexuales y representa varios roles sexuales como resultado de la exposición a las experiencias familiares, sociales y culturales. De manera tradicional, la sociedad ha dispuesto restricciones sobre la sexualidad infantil. Existe una tendencia a evitar los estímulos sexuales, a inhibir los impulsos sexuales, a prohibir el juego erótico y a reducir o prohibir la autoestimulación sexual. Una gran mayoría de niños, sin embargo, tendrá algún tipo de conducta u actividad sexual con otros niños antes de los 13 años.

La vida sexual de los niños comienza a configurarse poco después del nacimiento. En el primer año de vida, la mayoría de niños descubre el placer de la autoestimulación genital. Hacia los 3-4 años, los niños pueden comenzar a tener juegos sexuales con amigos. Las erecciones del pene, los roces con las niñas preescolares, los juegos de exploración sexual, tocarse y rozarse los genitales de uno mismo, el voyeurismo, el uso de lenguaje "sucio" y las conductas de flirteo han sido descritos en los niños normales de 2-6 años.

Los intereses sexuales durante los años de la infancia media tratan con el grado de estimulación y las experiencias sexuales sensitivas: besarse, cogerse de las manos. El juego sexual entre niños como "jugar a médicos" es normal y se convierte en una preocupación cuando sucede una erección y existe ausencia de consentimiento mutuo. En el proceso de crecimiento, los niños son estimulados sexualmente de forma invariable y a veces aumentan su sexualidad. Buscan continuamente información sexual y una mayor comprensión sobre la naturaleza de la vida sexual.

## ¿Cuál es la finalidad del juego sexual en los niños?

A través del juego y la exploración sexual con los otros, así como a través de las conductas de rol de género, el niño comienza a asimilar los elementos de la vida sexual y establece modelos de excitación sexual y vías para la gratificación sexual. La mayor parte de los juegos sexuales suceden entre niños que tienen una buena relación de juego y/o amistad en el colegio. El interés del niño en el sexo y la sexualidad está compensado por la curiosidad sobre otros aspectos de la vida. Las conductas sexuales de los niños varían enormemente y están influidos por experiencias fortuitas, el grado de estímulo sexual, el interés y curiosidad sexual del niño, así como experiencias sexuales previas. El juego sexual normativo es espontáneo e incluye placer, alegría, risas, vergüenza y distinto nivel de inhibición y desinhibición. La masturbación se hace más frecuente en la adolescencia y se considera excesiva cuando lleva al dolor o sucede en público.

Varios autores señalan que sólo aparece un modelo relativamente estable de gratificación sexual e imaginación erótica después de los 8 años. El concepto de "lovemap" (mapa del amor) es un esquema que muestra el objeto sexual preferido y la conducta sexual-erótica preferida y que conlleva la experiencia del desarrollo con otros.

Mientras que el desarrollo temprano proporciona el marco del crecimiento de los valores sexuales, es evidente que el desarrollo sexual se facilita durante los años de la mitad de la escuela cuando los niños están muy expuestos a la cultura popular. En la sociedad actual, los niños y adultos tienen, aparentemente, igualdad de accesos a la información explícitamente sexual en los videos vis-a-vis, internet, programas de televisión, y revistas pornográficas.

### **¿Cuál es la epidemiología de los abusos sexuales perpetuados por jóvenes?**

Los actos de agresión sexual se han convertido en un hecho cada vez más común. Ha habido un aumento tanto en los crímenes violentos cometidos por jóvenes como en los datos de agresión sexual y abuso sexual.

El conducto violento está muy relacionado con el hecho de ser hombre y durante una fase específica de la vida. El mayor riesgo para iniciar el conducto violento serio sucede entre los 15-16 años. En un estudio longitudinal realizado con jóvenes entre 11-17 años se ha descubierto que la duración de las agresiones violentas serias (como la violación que conlleva lesión o uso de armas) se produce a los 17 años para los hombres y los 15-16 para las mujeres. Se distinguen tres diferencias de género:

- La conducta violenta sucede más pronto en las chicas
- El descenso subsiguiente de la conducta violento es mas fuerte para las chicas
- Las diferencias de género se hacen mayores con el tiempo.

Una investigación que se ha realizado con estudiantes de instituto ha revelado que 1 de cada 5 chicos ha estado involucrado en una experiencia sexual forzada sobre otra persona y que el 60% de los chicos encuentra aceptable, en una o más situaciones, forzar una relación sexual sobre una chica. Los agresores proceden de entornos de todo tipo de raza, económico, étnico y religioso; con un rango de edad entre los 5 y los 21 años, siendo más frecuente a los 14 años; y en su mayoría varones. Mientras que la mayoría de jóvenes que abusan sexualmente de otros son adolescentes, existe una gran preocupación en la conducta de agresión y explotación sexual tanto en la época previa como posterior a la pubertad.

### **Acerca del espectrum de las agresiones sexuales...**

El rango de los conductas sexualmente inapropiados va desde varias formas de acoso sexual y de conductas de no contacto sexual como las llamadas telefónicas obscenas y el voyeurismo, hasta distintos grados de agresión sexual que conllevan contacto directo sexual, incluyendo frotamientos, rozamientos, penetración con los dedos o el pene, fellatio, sodomización y otros actos sexuales agresivos.

Una forma de agresión sexual que se está haciendo cada vez más visible es acoso sexual entre niños, que comporta una inclinación sexual no deseada dirigida a otros niños y adolescentes. El acoso sexual niño sobre niño se ha convertido en algo evidente en nuestras escuelas. Esto se ha hecho patente en las escuelas, y algunas investigaciones revelan que hasta un 50% de los niños de primaria y secundaria han sufrido algún tipo de acoso sexual. Éste suele ser descubierto en el entorno escolar, suele ser más frecuente el acoso entre estudiantes que no entre adulto-estudiante. Se sabe que los niños víctimas de experiencias de acoso experimentan una serie de efectos emocionales y comportamentales.

El 70% de las agresiones sexuales conllevaban penetración y/o conducta genital-oral; un 35% de penetración vaginal o anal sin contacto genital oral; un 14,7% contacto oral-genital; y un 18% de penetración y contacto oral-genital.

Los diferentes estudios de la población de jóvenes que abusan sexualmente de otros indican que las agresiones sexuales más comunes son mimos o "libertades indecentes" en un 40-60%; violación y/o sodomización en un 20-40%; agresiones sexuales sin contacto en un 5-10%. La media de joven agresor es menor de 18 años y ha cometido 8-9 agresiones sexuales sobre una media de 4-7 víctimas.

Mientras que los adolescentes normalmente usan la coacción en el proceso de cometer agresiones sexuales, son menos propensos a dañar físicamente a sus víctimas que los agresores adultos. La coacción se expresa normalmente como soborno, intimidación, amenazas de daño o lesión violenta, fuerza física, y rara vez el uso de un arma. Sin embargo, se sabe que las víctimas informan de mayores niveles de coacción y fuerza que la que relatan los propios agresores. Hasta un 22% de los agresores continúan con los actos sexuales agresivos incluso cuando las víctimas expresan "daño o miedo"

### **¿Se pueden perfilar las características de las víctimas?**

La gran mayoría de las víctimas de agresores varones son mujeres.

Los agresores adolescentes cometen la mayoría de delitos sexuales contra chicos.

El 90% de las víctimas de abuso sexual tienen una edad comprendida entre los 3-16.

La mayoría de las víctimas de agresores sexuales juveniles son menores de 9 años, y aproximadamente el 25-40% son menores de 6 años.

Los chicos víctimas de abuso sexual tienden a ser más jóvenes que las chicas abusadas.

Se puede distinguir entre jóvenes que cometen incesto y los que seleccionan a las víctimas fuera de su familia. Aproximadamente el 40% de las víctimas son familiares; estos jóvenes provienen de familias con más disputas familiares, peleas con la pareja, disciplina física, atmósfera familiar negativa e insatisfacción con las relaciones familiares. Estos agresores son más propensos a haber sido víctimas sexuales.

### **¿Se puede hablar de un ciclo de violencia?**

El ciclo de la violencia pasa de una generación a la siguiente. El ser víctima infantil aumenta el riesgo de un conducta delincuente posterior, violento o criminal. Existe a menudo una historia de maltrato infantil, que incluye negligencia y abuso físico y sexual en la primera infancia de los agresores sexuales jóvenes. La investigación ha descubierto que el abuso físico por parte de los padres y el abuso sexual realizado por los hombres aumenta la agresividad sexual en los adolescentes.

Los chicos y chicas expuestos a abuso sexual y experiencias sexuales desviadas, conductas, actitudes y conocimiento sexual inapropiado poseen riesgo de erotización temprana y sexualidad precoz. Existen pruebas de que los chicos son más propensos que las chicas a exaltar su sexualidad cuando son víctimas sexuales y en consecuencia mostrar una mayor conducta sexual.

Las víctimas de abuso sexual pueden interiorizar los aspectos agresivos y eróticos de sus experiencias sexuales hacia modelos de gratificación sexual desviados a través de un proceso de aprendizaje social, imitación, modelado e identificación. Se ha demostrado que una historia de abuso físico o sexual en los agresores sexuales juveniles está asociada a mayores niveles de excitación falométrica frente a estímulos sexuales desviados y no desviados; manifiestan respuestas más desviadas, suelen demostrar niveles mayores de conductas externalizados como la agresividad, impulsividad y rabietas, así como preocupaciones sexuales y conducta sexual inapropiada. El adolescente que abusa sexualmente de otro que, previamente, ha sido víctima de un abuso sexual exhibe un conducta sexual agresor con un comienzo muy temprano, posee una mayor cantidad de víctimas, y es más propenso a tener víctimas hombres y mujeres y a manifestar una mayor psicopatología y problemas interpersonales.

### ***¿Hasta qué punto influyen las experiencias sexuales tempranas?***

Existe una preocupación en aumento sobre la importancia de las experiencias de abuso sexual tempranas para causar conductas sexuales inapropiados en niños muy jóvenes.

Las experiencias sexuales de sensibilización temprana pueden determinar los modelos desviados de erotización. Las experiencias en el desarrollo con personas significativas son cruciales para la elaboración de una vida sexual. Se sabe que los estímulos no sexuales animados o inanimados pueden adquirir, acompañados de estímulos sexuales, un estado evocativo condicionado sexualmente. Los modelos de excitación sexual pueden ir acompañados ocasionalmente de sexualidad agresiva, enemas, golpes corporales, disciplinas abusivas u otras experiencias accidentales o en ocasiones terroríficas. Estas experiencias tempranas, si están asociadas a una excitación sexual, pueden incorporarse a los modelos elegidos de gratificación sexual. Los chicos y chicas que han sido víctimas de abusos sexuales pueden experimentar su primera excitación sexual en el momento del abuso.

Los factores relacionados con, y derivados de, las experiencias de abusos sexuales que están asociados a un incremento en el riesgo de conducta sexual inapropiada son:

- Excitación en el momento del abuso sexual,
- Inseguridad y confusión sobre la identidad sexual,
- Hipermasculinidad compensatoria,
- Disponibilidad para generalizar la experiencia de la victimización sexual.

### *¿Cuáles son las características de las víctimas de abuso sexual?*

En una revisión retrospectiva con jóvenes mentalmente enfermos (de 5-18 años), se ha hallado que:

- La probabilidad de iniciarse en una conducta sexualmente inapropiada está inversamente relacionada con la edad en la que éstos han sido víctimas sexuales.
- Una historia de abuso sexual antes de los 7 años de edad está asociada a una hipersexualidad, una conducta de exposición y de victimización.
- Los niños que han sufrido abusos sexuales pueden convertirse en niños sexualmente reactivos, con una conducta sexual inapropiada y manifestar una mayor puntuación en escalas de actividad sexual
- Los niños víctimas sexuales, de edades entre 2-6 años presentan una erotización excesiva; tienen problemas en diferenciar los roces sexuales de los afectivos y las relaciones eróticas de las no eróticas; aumentan su sexualidad muy pronto y rápidamente se dirigen hacia otros para pedir gratificación sexual.
- Son más propensos a mostrar conductas sexuales de juego sexual con muñecos, colocar objetos dentro de sus anos o vaginas, masturbación excesiva o pública, conducta seductor, petición de estimulación sexual y conocimiento sexual inapropiado para la edad.
- Cuanto menor es el niño cuando comete su primera agresión sexual mayor es la probabilidad de que haya sufrido un abuso sexual. Se sabe que el 72% de niños agresores sexuales menores de 6 años, 42% de los cuales tienen entre 7-10 años de edad, y el 35% están entre los 11 y 12 años de edad han sufrido un abuso sexual.
- La edad media del abuso sexual es de 6 años, un 35% del grupo ha sido abusado antes de los 5 años de edad. Mientras que el 30% de los agresores sexuales juveniles no han sufrido abusos sexuales directamente, proceden de hogares donde han sido expuestos a violencia sexual, promiscuidad y pornografía.
- Se ha observado que entre los agresores sexuales adolescentes hay una historia de contactos sexuales consentidos y directos con chicos y chicas más mayores. Estos adolescentes afirman sentirse incómodos, inseguros, inexpertos, inferiores e incapaces de satisfacer a sus compañeros sexuales más mayores.

### **¿Existe evidencia una tipología característica de los jóvenes que abusan sexualmente de otros?**

La naturaleza compleja, multideterminada de la conducta de agresión sexual juvenil ha dificultado el diseño de un sistema taxonómico predecible. Actualmente, no existen pruebas de un perfil o tipología característica de los jóvenes agresores sexuales. Son una población heterogénea. Están representados en cada grupo socioeconómico, racial, étnico, religioso y cultural. Existen, sin embargo, un número de factores que se repiten en la historia de los agresores sexuales adolescentes:

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

### ***¿Cuáles son las características del preadolescente que abusa sexualmente?***

- Existe acuerdo en que niños menores de 12 años de edad pueden ser abusar sexualmente de otros niños. En estos casos, es necesario discriminar entre la exploración sexual apropiada para la edad y el conducta de abuso sexual. El conducta sexual exploratorio es llevado a cabo normalmente con niños de la misma edad y tamaño y con consentimiento mutuo.
- La diferencia de edad entre el que abusa y la víctima en los niños es menos concluyente. Puede ser menor de 2 años, y en algunos casos el niño más joven puede ser el que inicie la conducta sexual. Para niños mayores de 9 años, la diferencia de edad entre el que abusa y la víctima normalmente es mayor de 2 años.
- Son reacios a sus propias historias de victimización sexual. El termino “sexualmente reactivo” se refiere a niños que muestran un conducta sexual inapropiado como respuesta al abuso sexual o la exposición a estímulos sexuales explícitos.
- Han sido caracterizados como personas que muestran impulsividad, rabia, temor, soledad, confusión, depresión, preocupaciones compulsivas y obsesivas respecto al sexo, sexualización excesiva, ansiedad, y perturbación del sueño.
- En aproximadamente la mitad de los casos, las víctimas sexuales de estos niños son sus propios hermanos.
- Los abusos sexuales entre niños están caracterizados por temas de secretismo, dominio, coacción, amenazas y fuerza. Los conductas sexuales van mucho más allá de lo esperado por edad y pueden incluir intercambios orales y vaginales y penetración forzada del ano o vagina con dedos u otros objetos.
- Las conductas sexuales se basan en modelos, aumentan con el tiempo y a menudo se asocian a trastornos de conducta y pueden persistir a pesar de la intervención.

- Suelen haber un malestar significativo en la familia, como violencia entre los padres, una historia de victimización y perpetración sexual dentro de la familia, abuso físico, pobreza, presenciar violencia domestica, arresto paterno, y el uso anterior de servicios educativos y terapéuticos para niños.
- Los niños más jóvenes que muestran conductas sexuales desviados son mas propensos a haber sufrido abusos sexuales y físicos a una edad más temprana y de manifestar conductas sexuales más problemáticas.

### ***¿Cuál es el perfil del adolescente que comete abuso sexual?***

Existen principalmente 4 tipos de adolescente que comete abuso sexual:

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

El adolescente sexualmente agresivo es más propenso a confirmar los estereotipos tradicionales sexuales, el dominio masculino, los mitos de apoyo a la violación, y tener actitudes negativas y estereotipadas hacia las mujeres.

### ***¿Qué tipo de psicopatología suelen presentar?***

Los estudios de las características psicológicas de abusadores sexuales pueden estar sesgados, ya que solo se detecta un pequeño porcentaje de los abusos.

Cuando son comparados con controles psiquiátricos o sujetos normales en el MMPI, manifiestan mayor psicopatología, demuestran peor adaptación global, y se sienten más amenazados por las relaciones heterosexuales.

Los agresores sexuales son dos veces más propensos de tener una historia de abusos sexuales. Generalmente muestran peores resultados en los tests de adquisiciones académicas.

La relación psiquiátrica se ha hallado en aproximadamente el 60-90% de los adolescentes que abusan sexualmente. Los trastornos psiquiátricos relacionados que más destacan son el trastorno de conducta, 45-80%; trastornos del humor, 35-50%; trastornos de ansiedad, 30-50%; abuso de sustancias, 20-30%, y TDAH 10-20%. Cuanto más joven es el niño cuando ha sido víctima de abuso sexual, mayor número de diagnósticos psiquiátricos coexisten.

### ***¿Qué relación guarda con la delincuencia?***

Los informes varían del 27-91%. En un estudio que se llevó a cabo con agresores sexuales, el 63% había cometido previamente agresiones delincuentes no sexuales. El 28% presentó una historia de 3 o más agresiones criminales no sexuales.

En un estudio longitudinal con jóvenes entre 11-17 años, los autores concluyen que la violación es el paso final en una secuencia de escalas de actividad criminal violenta. La secuencia normal de conducta criminal conlleva desde un asalto con agravio al robo o la violación. Es evidente que existe un subgrupo de agresores sexual caracterizados por rasgos antisociales en los que la agresividad sexual es solo un hecho de su estilo de vida, en el que el individuo explota a otros para satisfacción personal.

### ***¿Qué se conoce de las características de personalidad?***

- Se ha descubierto una mayor prevalencia de rasgos de personalidad severos que incluye conducta narcisista, límite y trastorno de conducta. El 92% de los chicos presenta criterios para un diagnóstico de trastorno de conducta, 67% para un trastorno de personalidad narcisista, y el 72% para un trastorno de límite de la personalidad.
- Cuanto más temprano el agresor sexual fue víctima de abusos sexuales, antes comenzará su conducta de agresiones sexuales y mayor será la probabilidad de manifestar síntomas de un trastorno límite de la personalidad.
- Se ha hallado relación entre una historia de abuso físico, emocional o sexual severo y la presencia de un trastorno de la personalidad narcisista o límite.
- Los adolescentes que cometen abuso sexual a niños son más esquizoides, dependientes y evitadores que los adolescentes que abusaban sexualmente de sus coetáneos.

### ***¿Cómo es el ambiente familiar de estos niños?***

La mayoría de jóvenes agresores sexuales viven en casa a la hora de cometer el abuso. El ambiente familiar se caracteriza por:

- conflictos familiares,
- inestabilidad familiar,
- mal funcionamiento familiar,
- exposición repetida a la violencia,
- modelos y actitudes paternas inconsistentes,
- maltrato físico y sexual,
- bajo nivel de adaptabilidad y cohesión.

### ***¿Qué factores sociales e interpersonales influyen?***

Manifiestan habilidades sociales e interpersonales deteriorados. El 65% están socialmente aislados y el 32% no tienen amigos; el 46% son solitarios. Existen pruebas de que los agresores sexuales adolescentes son incapaces de relacionarse con su propio grupo de amigos y por ello se vuelcan hacia niños más jóvenes para buscar las gratificaciones negadas por su propio grupo de amigos.

### ***¿Qué relación existe con la escuela?***

Los agresores sexuales jóvenes suelen presentar una historia de problemas de conducta académicos y escolares y presentan un peor rendimiento en los tests. Aproximadamente el 40-80% de los agresores sexuales juveniles presentan discapacidad en los aprendizajes y problemas de conducta en la escuela.

### ***¿Se han descrito casos de chicas jóvenes que cometan agresión sexual?***

- En un estudio con chicas jóvenes se ha descubierto que el 29% han estado relacionadas con coacción sexual, el 28% han cometido abuso sexual, y el 43% informa de haber iniciado contacto sexual mediante estrategias sexualmente agresivas.
- Se sabe, sin embargo, que el 50-95% de las chicas que cometen abusos sexuales tienen historia de haber sufrido abuso sexual a menor edad, en múltiples ocasiones y son 3 veces más propensas a haber sufrido abusos sexuales por parte de una mujer.
- Aproximadamente el 70% de las agresiones tienen lugar mientras la agresora está haciendo de canguro.
- La edad media de las víctimas es de 5,2 años.
- Diversos autores han descrito 5 diferencias entre las abusadoras adolescentes y adultas:
  - (1) la adolescente explota y acaricia a niños más jóvenes con cierto oportunismo,
  - (2) la mujer con una historia de haber sufrido abusos sexuales que abusa de niños más jóvenes,
  - (3) la mujer más mayor que se enamora de un niño mucho más joven,
  - (4) la mujer emocionalmente inestable con una capacidad deteriorada para modular y regular sus propios impulsos sexuales,
  - (5) la mujer que abusa sexualmente de niños solo en compañía de otro abusador hombre.

### ***Sobre los agresores sexuales discapacitados...***

La prevalencia de la conducta de agresión sexual es tan común en la población de discapacitados como en la población normal. En una revisión retrospectiva con jóvenes con enfermedades mentales serias (edades entre 5-18 años) se ha descubierto que el 50% ha estado involucrado en conductas sexuales problemáticas y en alguna historia independiente de abuso sexual. Un nivel verbal bajo en el CI está relacionado con una conducta sexual inapropiada.

No se ha demostrado que las características clínicas de los agresores sexuales discapacitados, el espectrum de las agresiones sexuales y el perfil de sus víctimas sean significativamente diferente del resto de agresores sexuales.

### ***¿Cómo se realiza la evaluación?***

La evaluación clínica de los abusadores sexuales juveniles requiere la misma evaluación comprensiva que la de los niños y adolescentes. Suele requerir el uso de múltiples informantes y múltiples fuentes de datos. Las fuentes importantes de información son informes médicos y psicológicos, informes de agresiones, declaraciones de las víctimas, informes de servicios de protección, e informes de pruebas. La información colateral debe ser obtenida antes de la entrevista del individuo.

### ***¿Qué consideraciones se deben tomar antes de la evaluación?***

Es fundamental que el especialista defina su papel dentro de la evaluación con el agresor sexual. Es generalmente preferible llevar a cabo la evaluación clínica tras el juicio. El foco de la entrevista clínica está en evaluar la amenaza del tratamiento, niveles requeridos de cuidado, objetivos de tratamiento, y el riesgo de volver a cometerlo. El joven que abusa sexualmente debe estar informado sobre las leyes y los límites de la confidencialidad profesional. Se debe obtener un consentimiento informado firmado por el joven y sus padres o tutores antes de la entrevista clínica para cubrir el destino de la evaluación y los procedimientos de tratamiento como la evaluación falométrica, condicionamiento aversivo o medicaciones que no son aceptadas como estándares de la práctica terapéutica. Se debe explicar el papel de los servicios de protección y el sistema de justicia juvenil, así como aclarar al individuo y su familia lo que va a suceder y cuándo. Es importante educar y aclarar al individuo y su familia lo que va a suceder y cuando.

### ***¿De qué consta la entrevista clínica?***

El punto más importante de la evaluación del abusador sexual es una entrevista clínica individual extensa y comprensiva. Es común para los agresores sexuales el negar los hechos, quitarles importancia y rechazar sus agresiones sexuales. Los resultados de diversos estudio ponen de manifiesto que casi la mitad de los adolescentes abusadores sexuales niegan en un principio la agresión sexual durante el momento de la entrevista clínica y esta negación suele estar apoyada por la familia; aproximadamente dos tercios suelen aceptar la culpa de la agresión sexual, aunque un tercio persiste en culpar a la víctima.

Las negaciones suelen tomar la forma de protestas de inocencia, afirmaciones de que han sido erróneamente acusados, o intentos de desfavorecer la credibilidad de la víctima. No de forma poco común, el agresor dice que la víctima consintió a la actividad sexual a pesar de la total evidencia de lo contrario. Es necesario un tiempo considerable y esfuerzo por parte del clínico forense para descubrir los motivos escondidos y las fantasías sexuales.

Es necesario establecer la naturaleza del abuso sexual. Esto suele resultar difícil debido, entre otros factores, a que en muchos casos las leyes han sido transgredidas y el agresor suele estar menos disponible. La vergüenza, la culpa y el miedo al castigo impiden que cuenten todo. La mayoría de agresores no están motivados para explicar las circunstancias de su conducta hasta que se enfrentan o tienen miedo a las consecuencias si no hablan. Es fundamental que el especialista adopte una postura libre de juicios y se relacione con el agresor de una forma clara y exploratoria.

Se deben hacer preguntas con final abierto, evitar la jerga sexual, mantener la seriedad y evitar cualquier minimización de la seriedad del abuso sexual. Es mejor iniciar la entrevista con una línea de preguntas no amenazantes para evitar la defensa inicial. Debe desarrollar una línea de cuestiones que le permitan saber más sobre el agresor y su familia, escuela, y situación actual. El clínico se enfrenta a la minimización, la negación, y la omisión de información importante por parte del entrevistado.

### *¿Cómo se realiza la evaluación de la conducta sexual?*

Durante la evaluación, el clínico forense debe responder a las siguientes cuestiones relacionadas con el que abusa como con el incidente.

- Grado de cooperación
- Honestidad y franqueza del que abusa
- Grado de aceptación de responsabilidad de sus agresiones sexuales
- Grado de remordimiento y regresión
- Relación entre el que abusa y su víctima
- Diferencia de edad entre ambos
- Características de la agresión sexual
- Frecuencia y duración del comportamiento sexual agresivo
- Factores precipitantes que llevan a la agresión sexual
- Carácter premeditado o impulsivo
- Características de la víctima que atrajeron al agresor
- Naturaleza y extensión de las conductas de coacción
- Conductas antes, durante y después de la agresión sexual
- Estados de afecto antes, durante y después de la agresión sexual
- Intercambio verbal con la víctima

- Intentos de evitar la detecció
- Entendimiento de los efectos de su comportamiento sexual sobre la victima
- Insight de lo erróneo de la conducta sexual
- Entendimiento de las consecuencias de la conducta

### *¿Qué datos se deben obtener en la historia sexual?*

Se debe realizar una historia sexual comprensiva, mejor después de que haya pasado algún tiempo para facilitar cierta confianza.

En la evaluación, el clínico determina los conocimientos y la educación sexual del joven, su desarrollo sexual y experiencias sexuales. Las preguntas están dirigidas para saber lo que el joven piensa sobre las diferencias de género, las relaciones sexuales, las prácticas autoeróticas y sus modelos preferidos de conducta sexual. Se pueden dirigir preguntas específicas sobre el entendimiento y el conocimiento del joven acerca de las actividades sexuales normales, como besarse, tener citas, tocarse, masturbarse, si ha sido sexualmente activo, si ha mantenido alguna relación, experiencias homosexuales, etc.

Es necesario discriminar entre las conductas sexuales compulsivas y las conductas sexuales parafílicas. En las primeras, el individuo muestra conductas sexuales convencionales y normativas, pero son llevadas en exceso hasta los extremos. Se ha sugerido que las conductas sexuales compulsivas no parafílicas pueden ser una variante del trastorno obsesivo-compulsivo.

Se necesita explorar la historia de conductas sexuales agresivas, incluyendo incidentes previos de abuso sexual; el modelo y espectrum de los actos agresivos sexuales previamente cometidos; el perfil de la víctima; los puntos débiles internos y externos que inician el ciclo del abuso sexual; el papel de la agresión y el sadismo en la agresión sexual; la necesidad de dominar, controlar y humillar a la victima; la erotización de la agresión; la historia de la victimización sexual, abuso físico y negligencia; la historia de la exposición a cualquier conducta inapropiada y explícitamente sexual; y la historia de conducta anterior delincuente no sexual.

### *¿Qué papel juega la familia en el proceso de evaluación?*

Otras áreas del proceso de evaluación son aquellas que están asociadas con una historia comprensiva del desarrollo, es decir, la naturaleza del embarazo, historia perinatal, detalles del desarrollo, relaciones familiares, experiencias escolares, modelos de identificación tempranos, rasgos sociales, abuso de sustancias, y cualquier historia anterior médica y psiquiátrica. La evaluación familiar proporciona una oportunidad para entender el contexto temprano de desarrollo dentro del cual el que abuso se ha desarrollado. La información se obtiene relacionando la historia personal y psicológica de los padres, su uso de la autoridad y disciplina, y el papel de la sexualidad coaccionada en la familia. ¿Cómo se expresan el afecto, ternura, competición, agresión, amor, sexualidad y deseo en la familia? ¿La familia proporciona apoyo como medio para el tratamiento?

### *Sobre la historia legal...*

El especialista debe asegurarse de si existe una historia de arrestos, detenciones, encarcelamientos, uso de armas o crueldad con los animales.

### *¿Cuáles son los antecedentes médicos y psiquiátricos?*

Es importante obtener una historia comprensiva médica y psiquiátrica incidiendo de manera especial en las enfermedades transmitidas sexualmente, SIDA, psicopatologías y antecedentes psiquiátricos.

### *¿Cómo se ha desarrollado su trayectoria escolar y académica?*

Un área específica de preocupación es la evaluación de capacidades intelectuales y rendimiento académico. La información se obtiene a partir de la escuela y a partir de evaluaciones psicoeducativas y psicológicas.

### *¿Qué importancia tiene un examen mental?*

Se debe evaluar la presencia de psicopatologías, cambios de personalidad, organicidad y abuso de sustancias y para adquirir un entendimiento de las estrategias de adaptación, relación y defensa. El contenido y riesgo suicida deben de ser evaluados específicamente. La detención por una autoridad judicial y la vergüenza asociada a la exposición, estigmatización, miedo al castigo, y el encarcelamiento son factores de riesgo para una conducta suicida. La evaluación minuciosa del espectrum suicida debe permitir establecer el grado de ideación suicida actual, historia de conductas suicidas, amenazas o ideación suicida anteriores.

### ***¿Existen tests psicológicos que diagnostiquen a un agresor sexual?***

No existen medidas empíricas específicas o tests psicométricos que puedan identificar, diagnosticar o clasificar a aquellas personas que abusan sexualmente de otras. Los tests psicológicos son utilizados de manera conjunta como parte de una evaluación comprensiva general para entender la personalidad, motivaciones, inteligencia, mecanismos de defensa y afrontamiento, psicopatologías, conocimiento sexual, y conductas sexuales del agresor.

Las medidas psicológicas más comúnmente utilizadas son el MMPI, WISC-R o WAIS-III; Rorschach; Thematic Apperception Test; Bender Gestalt, y Test del Dibujo de la Figura Humana. Mientras que los tests proyectivos han sido históricamente importantes, su uso se limita a su contribución en el procedimiento de la evaluación comprensiva. Los tests neuropsicológicos y la evaluación pedagógica pueden ser requeridos cuando existe la sospecha de déficits neurológicos y/o discapacidades en el aprendizaje. Las medidas de aprendizaje son una parte esencial del procedimiento de evaluación. Cuando esté indicado, se debe evaluar a la dinámica familiar.

Los siguientes tests han sido utilizados con agresores sexuales adolescentes:

*Inventario sexual multifásico.* Este inventario, desarrollado por Nichols and Molinder (1984) ha sido estandarizado para los adolescentes. Consta de 300 ítems, verdadero-falso, con 14 escalas de validez y clínicas que proporcionan medidas relacionadas con la conducta de abuso sexual, desviaciones sexuales, disfunción sexual, conocimiento sexual y actitudes sexuales. Existe una falta de datos publicados sobre la eficacia y validez de este instrumento en la población adolescente.

*Escala de cogniciones para adolescentes.* Escala para agresores sexuales juveniles, consta de 32 ítems, de elección forzada, discrimina entre los que agresores sexuales y los no sexuales.

*Test de tarjetas de interés sexual para adolescentes.* Autoinforme de 64 ítems acerca del interés sexual que informa sobre interés sexual que correlaciona poco con la evaluación falométrica. Los autores recomiendan precaución en su uso.

*Inventario de conducta sexual infantil.* Medida que utiliza el informe de los padres acerca del conducta sexual en niños de 2-12 años y proporciona información sobre un número de ámbitos que incluyen la ansiedad sexual, interés sexual, conocimiento sexual, intrusismo sexual, conducta de género y problemas relacionados. Aunque esta siendo utilizado cada vez más, está limitada por su dependencia de la información de los padres.

### **¿Qué es la evaluación falométrica?**

Algunos autores han sugerido el uso del test falométrico, que es la medida de la erección del pene como respuesta a diferentes estímulos, como una forma de determinar las preferencias sexuales.

Esta técnica suele reservarse para los que abusan de forma más severa y repetida. Estos procedimientos han sido generalmente utilizados con precaución con los menores, a causa de la falta de estudios empíricos, los problemas para obtener un consentimiento informado, y el reparo a exponer a niños y adolescentes a estímulos sexuales de actividades sexuales desviadas. La relación entre el test falométrico y ciertas características clínicas en la población adolescente es más débil que en la población adulta.

### ***¿Qué datos son imprescindibles para el clínico?***

Al final del proceso de evaluación, el clínico debe proporcionar los siguientes datos:

- El grado de la amenaza del que abusa hacia la comunidad, la víctima u otras víctimas potenciales
- El riesgo de repetir el abuso sexual
- Las necesidades de tratamiento del individuo y su familia
- La necesidad de apartar al que abusa de su familia
- El programa de tratamiento apropiado para el que abusa o la necesidad ser situado en un ambiente más restrictivo.

### **¿En qué consiste el plan de tratamiento?**

El espectrum de problemas emocionales, de conducta y de desarrollo presentado por estos jóvenes requiere un programa de tratamiento integrado y multimodal, que es diseñado para la presentación clínica del individuo y el sistema de apoyo familiar y social. Las aproximaciones de tratamiento incluyen módulos de cognitivo-conductuales y psico-educacionales, intervención conductual, prevención de recaídas, terapias psicosociales y aproximaciones psicofarmacológicas.

### **¿Existen predictores del éxito del tratamiento?**

El grado de desajuste sexual, la abnegación y perder la cuenta de las agresiones sexuales de uno mismo predicen un fallo del tratamiento dentro de un programa de intervención basado en la comunidad. Los niños sexualmente reactivos que promulgan su propia victimización u erotización a menudo responde bien a las intervenciones individuales y familiares.

Un elemento esencial para el plan de tratamiento es determinar la importancia de la agresión sexual y el riesgo de que se vuelva a repetir. Existen evidencias de que la reincidencia es mayor para los actos delincuentes no sexuales que para las agresiones sexuales.

La determinación del **riesgo de volver a agredir** se deriva de la extensa evaluación clínica, y de la historia del desarrollo. Entre las consideraciones para evaluar el riesgo de futuras agresiones sexuales se incluyen:

- la frecuencia y diversidad de las agresiones sexuales,
- la importancia de conducta sádico-agresiva,
- la planificación/ impulsividad del abuso sexual,
- la psicopatología,
- los deterioros neurológicos,
- la conducta anterior antisocial o violenta,
- la motivación para el tratamiento,

- la inteligencia,
- la disposición psicológica y la capacidad empática,
- y el apoyo familiar, comunitario y social.

**Otros factores a considerar** incluyen:

- la necesidad consistente de negar las agresiones sexuales,
- la falta de remordimientos y la empatía hacia la víctima,
- un modelo bien establecido de actos frecuentes y diversos de agresión sexual,
- el número de arrestos previos,
- el número de víctimas,
- importancia de la psicopatología,
- fallo en el tratamiento anterior,
- grado de compulsividad y sexualidad,
- una historia documentada de un comportamiento violento agresivo y sádico.

**¿Cómo se lleva a cabo el tratamiento?**

La primera tarea es proteger a la sociedad. Es un imperativo social que la población de agresores sexuales adolescentes que poseen riesgo de ser los agresores adultos del futuro, sea el foco de las estrategias de prevención e intervención. Un porcentaje significativo de los jóvenes que abusan sexualmente responderá a la intervención terapéutica. .

Existe acuerdo general en que el nivel de reincidencia para los agresores sexuales adolescentes en los programas de tratamiento esta en el nivel del 5-15%. Existen varias explicaciones de por qué el agresor adolescente puede ser más sumiso al tratamiento que el agresor sexual adulto:

- El modelo desviado del agresor adolescente sobre de la conducta sexual está mucho menos arraigado.
- El adolescente aún está explorando vías alternativas para la gratificación sexual.
- La fantasía de masturbación central del adolescente se está desarrollando y no se ha consolidado.
- El adolescente esta disponible para aprender factores interpersonales y sociales más efectivos

*¿De qué depende la aplicabilidad del tratamiento?*

A pesar de los éxitos indicados en estos estudios, es evidente que no todos los agresores sexuales son igualmente tratables. Esta "aplicabilidad" depende de un numero de características del paciente y factores situacionales como son:

- el nivel de entendimiento de la seriedad de la agresión,

- la motivación para discutir y entender la agresión,
- la capacidad para la empatía y las relaciones humanas,
- la importancia de la psicopatología,
- el afianzamiento de los modelos sexuales desviados,
- el tipo y frecuencia de conducta sexual agresiva,
- la agresividad del abuso sexual,
- el grado de deterioro,
- la naturaleza del programa de tratamiento.

*¿Cuáles son los objetivos del tratamiento a estos jóvenes?*

El tratamiento del agresor sexual juvenil se ha centrado en un número de objetivos:

- Confrontar la negación del agresor
- Descender la sexualidad desviada
- Facilitar el desarrollo de intereses sexuales no desviados
- Promover la empatía a la víctima
- Aumentar las habilidades sociales e interpersonales
- Ayudar al esclarecimiento de valores
- Enseñar al joven a reconocer los antecedentes internos y externos de la conducta de agresión sexual.

Aunque el tratamiento haya tenido bastante éxito al reducir la reincidencia, están organizados para facilitar el desarrollo de relación y las estrategias de adaptación del agresor sexual, para prevenir posteriores agresiones sexuales. El emplazamiento de grupo es el formato preferido para el tratamiento de agresores sexuales.

### ***Las intervenciones cognitivo-conductuales.***

Los módulos psicoeducativos son experiencias didácticas que proporcionan a los agresores sexuales información sobre la sexualidad, desvío sexual, distorsión cognitiva, conductas agresivas y sexuales y tratamiento de la ira. Esta aproximación asume que el agresor ha adquirido un conjunto de creencias, actitudes, y expectativas que han modelado su conducta de agresión sexual y que la conducta sexual desadaptativa, contiene "errores de pensamiento" y está asociada a un deterioro en las habilidades sociales y de comunicación.

Estos módulos se enseñan por un terapeuta que suele utilizar libros de trabajo y trabajos en casa. El emplazamiento es normalmente una clase, aunque la intervención puede tener lugar en el contexto de una terapia de grupo. Existe un énfasis sobre el entendimiento de los modelos generales y determinantes de la conducta sexual agresiva, características sexuales del agresor y el espectrum de agresiones sexuales.

*¿Qué son los módulos psicoeducativos específicos?*

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

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

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

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

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

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

**Educación sexual.** El terapeuta proporciona información relacionada con la sexualidad humana, mitos, roles sexuales y variaciones de conductas sexuales.

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

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

### *Intervención conductual*

Las intervenciones conductuales se han utilizado para disminuir la desviación sexual..

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

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

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

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

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

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

### *Prevención de recaídas*

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

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

### **Las intervenciones psicosociales**

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

### *La terapia de grupo*

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

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

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

El grupo es organizado alrededor de un grupo de edad con algunos factores en común relacionados con el desarrollo, psicosociales y sexuales. Los grupos suelen estar divididos por edades según infancia primera, infancia media, preadolescencia, y adolescencia. Los diferentes autores han recomendado coterapeutas hombres y mujeres con grupos de 5 o menos niños. Se suelen agrupar según la edad, es decir, 5-7, 8-10, 11-13 años. La intervención del terapeuta es estructurada y centrada, enfatizando los factores de resolución de problemas, factores sociales, tratamiento de la ira, y estrategias cognitivas para el control de conducta. Los temas giran en torno a la confianza, secretismo, culpa, etiquetaje de los afectos, pérdida, inseguridad, falta de poder, sentimientos sexuales, distorsiones cognitivas, sentimientos de culpa y autoestima. Las familias de estos niños suelen estar seriamente comprometidas.

Un objetivo importante en la terapia de grupo para los más mayores es la adquisición de un sentido de cohesión de grupo y aceptación de los otros del grupo. Los adolescentes luchan por encontrar su lugar dentro del grupo y desarrollar relaciones mutuas. Están preocupados por su expresión emocional e intelectual; relaciones con la autoridad; relaciones sexuales; elecciones morales, vías de identificación; y la consolidación del yo. Los grupos pueden ser homogéneos o heterogéneos según la categoría de agresión sexual, abiertos o cerrados, estructurados o no.

Los padres deben recibir consejo o acudir a un grupo de padres estructurado con un énfasis sobre los módulos educativos donde poder discutir sus propios factores de victimización y, sobre todo, centrarse en estilos de relación y tratamiento de la conducta sexual de su hijo.

### *La psicoterapia individual.*

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

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

La confrontación es necesaria para dirigir las minimizaciones, negaciones, racionalizaciones, y distorsiones cognitivas que el agresor presenta a la autoridad. La terapia individual es a menudo el tratamiento de elección para los más jóvenes, los niños sexualmente reactivos que se ha convertido en agresores sexuales. Esto es así para los niños que manifiestan altos niveles de conflictos personales, estrés emocional, confusión, y mecanismos de defensa. La terapia individual permite el desarrollo de una relación en la que los factores de confianza, fantasías sexuales agresivas, vergüenza y culpa pueden ser trabajados en el contexto de la relación terapéutica. En la mayoría de los casos, la terapia individual está yuxtapuesta a otras intervenciones que incluyen terapia familiar y de grupo, terapia cognitivo-conductual e intervenciones farmacológicas.

### *La terapia familiar*

Es en el contexto familiar donde se desarrolla y mantienen la mayoría de las creencias del agresor, mitos y distorsiones cognitivas sobre la sexualidad, la agresión y el rol de género. La terapia familiar proporciona una oportunidad de entender el desarrollo del agresor y sus estrategias de relación, además de que proporciona una oportunidad de corregir las distorsiones cognitivas y los mitos familiares.

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

### **La intervención farmacológica**

#### *Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)*

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

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

#### *Antiandrógenos*

Según las diferentes investigaciones un nivel elevado de testosterona está asociado a mayor frecuencia en la excitación y aumento del orgasmo y las conductas sexuales. Otros estudios han demostrado la relación entre un aumento en el nivel de testosterona con un aumento de la conducta sexual.

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

### ***¿Y después del tratamiento?***

El que abusa sexualmente se rehabilita. Existe la necesidad de promover y seguir con los servicios; tras la intervención terapéutica el agresor debe seguir prestando ayuda en los servicios sociales y debe de incluirse en programas de tratamiento domiciliarios de ayudas sociales, programas de cuidados posteriores especializados u otros servicios de seguimiento especializados.