

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA CON AGRESORES SEXUALES

Kieran McGrath¹

INTRODUCCIÓN

El abuso sexual es un tema que produce gran preocupación social. Esta conciencia ha crecido en los últimos años, tanto en España como a nivel mundial. El movimiento "Me Too" ("yo también") que se desarrolló en respuesta a las acusaciones contra Harvey Weinstein y otras figuras conocidas en 2017 ha estado en paralelo en España con las manifestaciones asociadas con el caso conocido como "La Manada".

El caso de "La Manada" es parte de un fenómeno mundial en el que, en muchos niveles, se reconocen los niveles generales de violencia sexual y la tolerancia social de la misma. Esto se demuestra en leyes inadecuadas, sistemas judiciales insensibles y una tendencia, incluso entre las mujeres a veces, a culpar a las víctimas de delitos sexuales (que en su mayoría son mujeres) por su propia desgracia. Todo esto ahora está siendo desafiado de una manera que no tiene precedentes.

En los últimos décadas la profundidad y extenso de violencia sexual han sido reconocido globalmente. El daño causado por violencia sexual es un "*problema global de salud público con proporciones epidémicas*" (World Health Organisation, 2013). El *Global Status Report on Sexual Violence* (WHO, 2014) se indica que en unos países uno en tres niños son víctimas de abuso sexual durante su infancia. En España, desde 1997, se ha reconocido que en torno a

¹ Kieran McGrath es Director del *Irish Child & Family Institute* de Dublin desde 2006 y desde 2007 es consultor al programa *ATURA'T* en Palma de Mallorca: proyecto de evaluación y tratamiento de adolescentes financiado por la "Direcció General dels Menors i Família del Gobierno Balears" (BOIB nº111/9/Agosto/2008 Orden 14676). Email: kmacg@eircom.net

La referencia para este artículo es:

McGrath, K. (julio, 2018) Intervención terapéutica con agresores sexuales. Ponencia presentada al *Curso de verano Ararteko sobre Abuso Sexual Infantil*. Donostia, España.

un 22% de la población adulta informaba de haber sufrido algún tipo de abuso sexual en la infancia (López y Del Campo, 1997).

LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Claramente, la violencia sexual es un gran problema a nivel mundial y sus causas son multifactoriales, que incluyen las características personales del delincuente junto con el contexto social y cultural en el que viven. Por lo tanto, la prevención del abuso sexual es una tarea que debe *abordarse en muchos niveles diferentes*. Uno de esos niveles es la evaluación, el tratamiento y la supervisión de quienes abusan sexualmente.

Al igual que con todos los problemas sociales antes de que se pueda hacer algo al respecto, debe *reconocerse que existen*. En este contexto, es necesario *desarrollar un vocabulario explícito* para que se pueda hablar de ello. De hecho, aunque la violencia sexual es tan antigua como la humanidad, es desde los años 80 que se cuenta con un sistema abierto de lenguaje explícito, especialmente en el caso del abuso sexual infantil. Dos ejemplos.

En relación con 'abuso sexual de niños' (*child sexual abuse*), en mi país, Irlanda, no comenzamos a usar este término hasta mediados de los años ochenta. Antes de eso, el término utilizado para describir a un hombre que abusaba sexualmente de los niños era decir que él 'interfería' con los niños, pero la palabra 'sexual' no se agregaba. En Estados Unidos se decía 'molestar' a un niño.

El otro ejemplo sobre términos es el de "sexual harassment" es una gama de comportamientos, desde los menos serios, como comentarios sexuales no deseados, avances sexuales no deseados hasta toques sexuales no deseados. No incluye, el extremo de ataque físico sexual (*sexual assault*). Esta distinción no parece existir cuando en castellano se utiliza el término "acoso sexual", por lo que parece una forma inadecuada de describir todo el rango de comportamientos con solo un término. Y quizá dificulte distinguir niveles.

El papel de los medios de comunicación que incrementan la conciencia social. Si bien ese es el lado positivo de la cobertura de los medios, el lado negativo es que el público, a

menudo puede estar mal informado sobre los que abusan sexualmente. Tienden a retratarse como 'monstruos' que deberían ser encarcelados de por vida. Esto es, más evidente si el agresor es un extraño, porque en el caso de que sea un miembro de su familia, la actitud por lo general es que sea tratado y rehabilitado, para que no abuse más.

UN EPOCA DE HIPER-SEXUALIZACION

No hace mucho tiempo la idea de la existencia de abusos sexuales a niños resultaba muy extraña para muchas personas. Es a finales de 1980, y principios de 1990, cuando la sociedad va aceptando y poniendo encima de la mesa que el abuso sexual a menores es un fenómeno real. Inicialmente, se entendía que si un niño presentaba conducta sexualizada era porque había sido víctima de abuso sexual. Y de hecho, en los Servicios de Protección de Menores el perfil de los casos que se presentan ha cambiado mucho.

Estamos en una época que podríamos considerar hipersexualizada y su impacto especialmente en la conducta de los jóvenes es muy obvio. Hoy hay más casos de conducta sexualizada grave en los niños que abusan de otros menores. Estos casos incluyen, no solo los chicos que sufrieron abusos en su día y lo manifestaban con conductas sexualizadas sino también menores que tenían otro tipo de problemas y los materializaban de este modo. En el conjunto de casos hay niños que han sido expuestos a todos los tipos de pornografía en sus 'smartphones' etc. que ha afectado muy negativamente a su comportamiento, y también hay niños que ha estado expuestos a conducta sexual adulta que, aunque no estaba dirigida a ellos, les ha producido un impacto negativo en su desarrollo sexual y emocional.

A veces hay una creencia que supone es muy difícil distinguir conducta sexual adolescente 'normal' de conducta 'abusiva'. Además se tiende a considerar que todas las conductas sexuales son experimentación. La experimentación sexual es normal, pero el abuso no. Por tanto, es importante distinguir diferentes tipos de conducta.

Con este propósito, existe una guía para padres y profesionales (en inglés McGrath, 2010; en castellano: McGrath, 2011) que es de gran utilidad en este área. Uno de los errores más

comunes en el pasado ha sido tomar cualquier conducta sexual de un niño o de un adolescente como “experimentación”, por definición. Pero esto no es así, una conducta que es dañina para el individuo o para los demás no es “experimental” y no se puede ignorar o excusar. Por ejemplo, algunos profesionales cometen el error de considerar que el contacto sexual de un chico de 13 o 14 años con una niña de 4 o 5 es experimental solo porque el adolescente no ha tenido experiencia sexual previa. Esto sería aceptable si la otra persona fuera igual en edad/inteligencia/status etc. y comprendiera completamente la naturaleza de la interacción entre ellos. Un niño pequeño, obviamente, no puede dar consentimiento a tal conducta y no puede clasificarse erróneamente. Por tanto, no toda la conducta sexual de un niño o adolescente, por definición es solo “experimentación”, es importante que se analice y se valore porque algunas son dañinas para el individuo y para los otros y no pueden ignorarse.

¿EN RELACION DE LA AGRESORES SEXUALES, QUE SABEMOS?

- La delincuencia de todo tipo tiene una presencia mayoritaria de hombres jóvenes. Pero en el caso de la violencia sexual los responsables son en un 97% del género masculino. Solo el 3% está perpetrada por mujeres.
- Respecto al riesgo de re-incidencia: es mayor cuando el agresor ha abusado de personas extrañas, le sigue cuando el abuso es con personas conocidas, y el que presenta un riesgo relativamente menor es el que ha abusado dentro de la familia. Además, es más alto cuando el agresor abusa de víctimas del género masculino.
- Ser testigo de violencia doméstica es un factor de riesgo muy significativo para ser agresor de violencia sexual.

Además, cada vez hay más conciencia de que, si bien los delitos sexuales son cometidos por una amplia gama de delincuentes “El 47% de los agresores sexuales en prisión tenía menos de 25 años cuando cometió el delito” (Asociación de Asistencia a Mujeres Violadas, 2003). Así pues, los adolescentes y jóvenes adultos son responsables de una proporción muy alta de delitos sexuales. Es generalmente aceptado dentro de la literatura de

investigación internacional que 1/3 de aquellos que sexualmente asaltan a otros son menores de 18 años. Así, de acuerdo con Rich (2003) chicos entre 7 y 17 años son responsable del 40 % de asaltos sexuales contra niños menores de 6 años; el 34 % de asaltos sexuales contra niños de edad de entre 7 y 11 años; y el 24 % de asaltos sexuales contra niños de edad a partir de 12 a 17 años.

Los muchachos de 14 años delincuentes juveniles son los que realizan el mayor número de abusos sexuales, y son los que con mayor probabilidad utiliza amenazas o violencia con víctimas menores o mayores. En casos donde la víctima es menor de 6 años, según las estadísticas, el delincuente juvenil con la mayor probabilidad será un hermano, otro miembro de la familia o persona conocida por la víctima, vecino, cuidador/canguro. Posteriormente, en el trabajo de McGee et al. (2002) con la muestra nacional de población adulta, el 25.7 % de los que informaron de victimización en la infancia indicaron que el autor era menor de 17 años. Estos datos son consistentes con los obtenidos en Inglaterra y Estados Unidos

Dado que los conocimientos actuales señalan con claridad que los abusadores sexuales, en su mayoría, comienzan sus conductas abusivas cuando son menores de edad, la intervención debe enfocar sus esfuerzos en estos grupos de edad. Hay dos razones fundamentales para ello. Primero que este trabajo de intervención previene futuros abusos y futuras víctimas, y segundo porque en los inicios del problema hay más garantía de éxito, teniendo en cuenta que los agresores están en edades de cambio y desarrollo vital (McGrath, 2009).

La tarea de tratar y rehabilitar a los delincuentes sexuales comienza, al igual que otros problemas similares, estudiándola y, en muchas ocasiones, utilizando un enfoque de prueba y error para descubrir qué es lo más eficaz para responder a ella.

LA EVALUACION EN EL ABUSO SEXUAL - LECCIONES DEL CASO "DM"

En Inglaterra, uno de los informes más influyentes de los últimos años se refiere al caso "DM" un adolescente que se envió a una residencia por su conducta abusiva sexual.

Aunque se reconocía que su conducta era muy preocupante, los profesionales que trabajaban con él utilizaron su juicio clínico para evaluar sus necesidades en vez de factores de riesgo objetivo. Cuando DM salió del centro violó y mató a un niño.

El caso fue minuciosamente investigado para determinar la cadena de hechos que había dado lugar a esa tragedia (Bridge Child Care Development Service, 2001). Este caso influyó enormemente las políticas del Reino Unido en la evaluación de riesgo de jóvenes adolescentes agresores sexuales. El factor determinante es que las evaluaciones deben realizarse con factores de riesgo que tienen una base empírica. Además se incluyen factores protectores o puntos fuertes que hacen que dos chicos con el mismo perfil de factores negativos puedan tener pronósticos muy diferentes. El modelo de evaluación "Assessment, Intervention, Moving on" (AIM-2) se desarrolló a partir de estos presupuestos de base empírica (Print et al, 2012).

APROXIMACIONES TERAPÉUTICAS

Las tendencias actuales en las aproximaciones terapéuticas se orientan al trabajo con jóvenes agresores sexuales. En este contexto se observa un cambio con respecto al enfoque de trabajo. Inicialmente, en la década de los 80, los principales tratamientos coincidían en poner todo el énfasis en enfrentar al agresor directamente con los efectos y el daño causado por sus actos generándole vergüenza y culpa.

En los últimos 20 años el énfasis ha cambiado. Se entiende mejor cómo piensan los agresores y sus mecanismos de defensa psicológicos. Además, se ha descubierto que los resultados no son lo esperado sin abordar la motivación y ésta desde la perspectiva de un control más interno, por lo que el desarrollo de la auto-regulación se hace muy importante. Esto está basado, en parte, en la comprensión del papel de la existencia de factores dinámicos y no solo factores de riesgo estáticos actuariales.

Así que los modelos de intervención en la actualidad, tanto con jóvenes como con adultos, siguen la línea de los así denominados '*Good Lives Model*' GLM (Ward & Stewart, 2003). Este modelo inicialmente se dirigía a agresores adultos, pero rápidamente ha sido incorporado a la intervención con adolescentes (Yates & Prescott, 2011). El GLM se le

considera actualmente el modelo de intervención más influyente en este área de trabajo (McGrath et al, 2010). Los componentes principales de este modelo y otros similares es favorecer las fortalezas del individuo y desarrollar la motivación para desistir de sus conductas abusivas sexuales pero también otras manifestaciones de conductas antisociales o abusivas en general.

Una buena intervención terapéutica requiere una buena evaluación. Y este es un punto crucial ya que, a veces, la evaluación no proporciona la hoja de ruta de la intervención. La evaluación debe ser muy personalizada, en lugar de una aproximación muy manualizada que vale para todos. La evaluación personalizada y adecuada a cada caso, proporciona la guía de la intervención y los aspectos sobre los que esta se evaluara para ir corrigiendo el rumbo en un proceso interactivo entre evaluación e intervención.

En cuanto a la modalidad de intervención individual o grupal, lo más adecuado es combinar ambas de forma personalizada a cada caso. Las dos modalidades presentan fortalezas y debilidades que se han de manejar para obtener el mejor resultado. Cuando se trabaja con el individuo, el agresor puede entrar en detalles sobre su propia historia y cómo esto ha contribuido a su conducta abusiva. Además, la relación es más intensa lo que permite desarrollar la necesaria confianza en el terapeuta, que es tan importante en este contexto.

Los beneficios del trabajo terapéutico en grupo es que el grupo puede actuar positivamente cuando cuestiona el pensamiento distorsionado sobre la conducta abusiva de sus miembros. El grupo es una fuente de apoyo que ayuda a evitar prácticas de riesgo para volver a abusar y es positivo en romper el aislamiento y la soledad de sus miembros lo cual es un factor de riesgo, en sí mismo, en el re-abuso. Sin embargo, hay que contar con claros protocolos para conducir un grupo de agresores sexuales, respecto a no poder compartir tiempo o contacto fuera del grupo, y en cuanto a su relación dentro del grupo para evitar el '*deviancy training*' y efecto iatrogénico que puede producirse si no se controlan estos factores (Dishion, 1999).

ALGUNOS FACTORES PARA UNA TERAPIA EFICAZ

Los estudios recientes indican que las características personales del, o de la, terapeuta son componentes esenciales del éxito. El porqué de este factor se debe a la enorme importancia de la relación entre el/la terapeuta y el agresor. Así pues, características como compasión, empatía, una actitud que no enjuicia, junto con la firmeza para evitar colusión con el agresor y habilidades para no caer atrapado en sus manipulaciones y pensamientos, todas ellas se han revelado como características asociadas con éxito terapéutico. La relación terapéutica proporciona el contexto que vehiculiza el cambio en el agresor, por ello la aproximación o modelo en sí, aun jugando un papel importante, es relativamente secundaria, siempre que se atenga a los parámetros señalados anteriormente sobre el *Good Lives Model*.

Un estudio de Lambert et al (2001) señala que, desde la perspectiva de los usuarios el 40% de los mismos consideraba los actores extra-terapéuticos como los más importantes en su terapia. El 30% indicaba como lo más importante la alianza terapéutica, las expectativas y la esperanza un 15% y el modelo de intervención solo un 15%.

La realidad es que el cliente es el que “hace la terapia efectiva no el terapeuta o la técnica” (Tallman y Bohart, 1999) y por eso los terapeutas tienen que ayudar a que los clientes desarrollen la motivación para cambiar porque si no es así el progreso no es posible. Por eso la alianza terapéutica es fundamental. La relación cliente-terapeuta es crucial y también que el cliente perciba que el terapeuta tiene autoconfianza, es hábil y activo (Keijers et al., 2000). Por tanto, las características personales de el/la terapeuta son importantísimas.

Un estudio clásico de Marshall et al. (1999) señala las características del terapeuta que se relacionan de forma fiable con resultados positivos en el tratamiento de agresores sexuales. Por un lado distinguen las características personales y, por otra, añaden otras características. Entre las personales: la persona es empática, respetuosa, cálida y amistosa, sincera, directiva y reflexiva, con seguridad en sí misma, que muestra interés, directa y no colaboradora en la manipulación o defensas del agresor. En cuanto a ‘otras características’

se incluyen, tener un adecuado uso del humor, hacer preguntas abiertas, comunicarse con claridad, administrar el tiempo, auto-regular su propia frustración, etc.

Así pues, las características de los terapeutas de agresores sexuales son exactamente las mismas que para otras poblaciones con el mismo respeto. Estas características son las que ayudan a establecer una relación en la que el cliente se siente “safe” (a salvo) y protegido. Tienen que generar expectativas y la esperanza en la posibilidad de cambio. Por eso, el modelo de intervención relativamente no importa tanto, sino la relación y la habilidad para que el cliente identifique sus propios objetivos que incluye la evitación de incidencias de abuso.

En este contexto, el “Good Lives Model” (GLM) es consistente con esta orientación general porque pone el énfasis en que el agresor identifique sus propias cosas buenas en su vida que quiere conseguir y que no causan daño, incluido como vivir con una sexualidad sana. (Obviamente estas ‘cosas buenas’ no son cosa materiales.)

LA APROXIMACIÓN TERAPÉUTICO DE ATURA'T

ATURA'T es un proyecto de evaluación y tratamiento de adolescentes financiado por la “Direcció General dels Menors i Família del Govern Balears” (BOIB nº111/9/Agosto/2008 Orden 14676). Es un ejemplo en nuestro país que incluye la aproximación del *Good Lives Model* en su programa de evaluación y tratamiento de agresores sexuales (Arranz et al, 2014).

En el caso del programa ATURA'T la aproximación combina componentes del “Good Lives Model” y del modelo de Smets y Cebula (1987) adaptado. El modelo de tratamiento que se usa implica seis pasos:

(1) Reconocer en parte los hechos, (2) Hablar de mi vida (nueva vida – vieja vida); (3) Hablar con detalle sobre el abuso; (4) Reconocer el sufrimiento de la víctima(s); (5) Actitudes ante el sexo (Una sexualidad sana) y finalmente, (6) Plan de prevención de recaídas

En este periodo ATURA'T ha atendido 168 chicos entre 14 y 26 años que cometieron su ofensa entre los 14 y 18 años, entre los que ha habido casos de gravedad extrema. La gran mayoría ha respondido positivamente a la intervención. Se conoce un caso que abandonó prematuramente el tratamiento y reincidió con un delito grave. En dos otros casos habían recaídas leve. Sin embargo, actualmente se está diseñando la investigación sobre seguimiento de los casos a mayor escala.

NOTAS PARA UNA CONCLUSION

A veces se observa una cierta dificultad en aceptar la importancia de ofrecer servicios para los agresores sexuales. Se considera que es ser condescendiente con ellos y que esto puede suponer restar recursos a las víctimas. Sin embargo no es una cuestión de elegir una opción sobre otra. Un servicio que reduce la incidencia de agresiones es un servicio para las víctimas, esas posible victimas futuras que no lo serán. Además, a veces las víctimas de abuso quieren que sus abusadores obtengan ayuda, especialmente si su abusador es un miembro de la familia (Cerezo et al, 2003).

Es importante, por lo tanto, que aquellos que son responsables de la asignación de recursos no caigan en la creencia de que deben elegir entre las víctimas y los delincuentes.

El hecho demostrado de que la mayoría de los agresores sexuales comenzaron sus abusos cuando eran menores, señala claramente el camino de prevención a seguir: la intervención debe enfocar sus esfuerzos en estos grupos de edad. Primero porque este trabajo de intervención previene futuros abusos y futuras víctimas, y segundo porque al intervenir en los inicios del problema y además en sujetos que están en pleno desarrollo vital las garantías de éxito son mayores. Hay espacio para la esperanza.

BIBLIOGRAFÍA

Arranz, M. J; Callea Font, M.; Carrero Sánchez, M., González Hernández, E.; Jiménez Ferrer, A.; Ribas Galumbo, E.; Seguí Cifre, C. (2014) "Programa ATURA'T: Evaluación y tratamiento para agresores sexuales adolescentes en las Islas Baleares". *Infancia Juventud y Ley*. 5 (40-46)

- Bridge Child Care Development Service (2001) *Childhood Lost, Part 8 case Review*. Bridge Child Care Development Service, London
- Cerezo, M. A., McGrath, K. & Lamers-Winkelmann, F. (2003) Perpetrators and Victims of Child Sexual Abuse: Identifying the legal obstacles to rehabilitation in three European countries. In C. Cahal-May & A. Herczog (Eds) *Child Sexual Abuse in Europe*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Dishion, T. (1999) When interventions harm. Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*. Sep; 54(9):755-64.
- Keijsers G.P., Schaap C.P., Hoogduin C.A. (2000) The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy. A review of empirical studies. *Behaviour Modification* 24 (2) pp 264-297.
- Lambert, M. J. Whipple, J. Smart, D. Vermeersch, D., Nielson, S. & Hawkins, E. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research* 11(1), 49-68.
- López Sánchez, F. y Del Campo Sánchez, A. (1997) *Prevención de abusos sexuales un menores. Párrafo de Guía los educadores*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Amaru Ediciones. Salamanca.
- McGrath, K. (2009) "Abusos sexuales cometidos por jóvenes - Mitos y Realidades ", *Revista Escuela Puente*. Vol 18 Noviembre pp 2-6
- McGrath, K. (2010) *Understanding & Managing Sexualised Behaviour in Children and Adolescents – Guidelines for Parents and Carers*. Dublin: CARI Foundation
- McGrath, R.J., Cummings, G.F. & Burchard, B.L. (2010) *Current practices and trends in sexual abuser management: The Safer Society Press 2009 nationwide survey*. Brandon, VT: Safer Society Press.
- McGrath, K. (2011) *Guía sobre comportamientos sexuales en niños y adolescentes – Pautas a seguir por padres y tutores*. Valencia, Spain: IPINFA
- Yates, P. y Prescott, D. (2011) *Building a Better Life: A Good Lives and Self-regulation Workbook*. Brandon, Vermont: Safer Society Press
- Print, B., Griffin, H. Beech, A. Quayle, J. Bradshaw, H., Henniker, J. & Morrison, T., (2012) *AIM2 - An Initial Assessment Model for young people who display sexually harmful behavior*. Manchester: The AIM Project.
- Rich, P. (2003) *Juvenile Sexual Offenders. Understanding, Assessing and Rehabilitating*. Wiley.
- Smets, A.c.C, & Cebula, C.M. (1987). Group treatment program for adolescent offenders: Five steps toward resolution. *Child Abuse & Neglect*, 11, 247-254.
- Ward, T. & Stewart, C.A. (2003) The Treatment of sex offenders: Risk Management and Good lives. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 353-360.