

ESTUDIOS A DISTANCIA PARA ESTUDIANTES
INDEPENDIENTES



<http://uad.isffamilia.org>

Dr. Héctor Salinas Ayala
RECTOR

2.1.1.1.22. CUESTIONES COMUNES AL TRATAMIENTO DE AGRESORES Y VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

En el tratamiento terapéutico de un caso de abuso sexual, ya sea con una víctima o con un agresor, se deberán incluir algunas cuestiones comunes a ambos colectivos, aunque obviamente el abordaje deberá ser diferente.

Al mismo tiempo, existe un tipo de abuso particular descrito por Furniss (1991) -el síndrome de Hansel y Gretel- en el que estos sucesos se dan entre hermanos, normalmente en familias en las que se produce algún tipo de maltrato, especialmente negligencia. En estos casos, en los que no existe una situación de desigualdad entre ambos, resulta poco útil terapéuticamente señalar a un niño como agresor y a otro como víctima. Ambos representan el abandono y los malos tratos que han sufrido.

Es necesario introducir módulos específicos de abuso sexual y de otros tipos de maltrato en los currículum formativos de los profesionales de la salud mental.

2.1.1.1.2 2.1. CONTENIDOS

1. Reconocimiento del hecho.

Una de las principales dificultades al tratar este tipo de casos que marca además una diferencia con otro tipo de procesos terapéuticos es que tanto las víctimas como los agresores deben ser capaces de reconocer a nivel cognitivo y emocional que el episodio de abuso sucedió y que esto tiene unas

consecuencias para ambos. Como se estudiará más adelante, las motivaciones para negar el suceso son diferentes para víctimas y agresores y el trabajo terapéutico deberá ser, por lo tanto, distinto.

2. Educación afectivo sexual.

Tanto las víctimas como los agresores, además de tener oportunidad de aprender cuestiones relativas a la sexualidad en su aspecto más fisiológico, deberán recibir una visión positiva de la misma. En el caso de las víctimas, esta visión positiva permitirá evitar futuras disfunciones sexuales (síntoma muy frecuente en personas víctimas de abuso que no han sido tratadas) y, en el caso de los agresores, permitirá aprender pautas de relación sexual que no estén marcadas por el abuso de poder, por la violencia y por la asimetría.

Los investigadores de la Universidad de Salamanca, Félix López y Amaia del Campo, establecen dos actitudes básicas a la hora de trabajar la educación afectivo sexual.

- Erotofilia. Ser erotofílico significa reconocer y asumir en nuestra sexualidad todos los aspectos positivos: la ternura, el placer, la comunicación, lo que supone de vinculación afectiva con el otro. Supone además reconocer como positivos los estímulos sexuales, las fantasías sexuales...

En el caso de las víctimas, el objetivo será que recuperen todas estas características propias de una sexualidad saludable, que posiblemente quedarán borradas tras la experiencia de abusos.

En el caso de los agresores, el objetivo será transformar esos comportamientos y pensamientos abusivos en un reconocimiento de que existe la sexualidad infantil y de que los adultos deben respetarla, no instrumentalizar ni explotar a los niños y niñas de una forma u otra. Se tratará de que los agresores asuman que la actividad sexual con otras personas es un encuentro, en el que no podemos desentendernos de los placeres y sentimientos que la otra persona comparte con nosotros.

- Tolerancia. Ser tolerante significa aceptar la diversidad, y reconocer las múltiples formas en las que se puede vivir la sexualidad, siempre con la limitación de los derechos humanos fundamentales, las conductas que sabemos que producen daño físico, psicológico o social.

Significa también, especialmente para las víctimas, aceptar la propia historia, huyendo de todo aquello que pueda significar culpabilidad.

En cuanto a la forma de trabajar este contenido, en el apartado de prevención, se mencionan algunas actividades concretas. (Ver Anexos 21 y 23)

3. Habilidades de comunicación.

Las investigaciones en torno a agresores sexuales y víctimas constatan el déficit en las habilidades de comunicación. En el capítulo dedicado a prevención se incluye un anexo en el que se especifican algunas de estas habilidades. Para cada caso en concreto se deberá evaluar la necesidad de potenciar una u otra a través de aprendizaje por modelado o role-play.

En el caso de las víctimas, en general, se insistirá en asertividad (como decir no), y en expresión de deseos para fomentar unas relaciones sexuales “saludables” en un futuro.

En el caso de los agresores, los déficits no están tan claros. Requerirá un examen minucioso del caso, determinando los objetivos relativos a las habilidades de comunicación. En cuanto a las habilidades sociales que son necesarias trabajar con los agresores se destacan las relacionadas con el acercamiento heterosexual.

4. Resolución de problemas.

En el caso de las víctimas, la experiencia de abuso eleva su nivel de ansiedad y bloquea en muchos casos esa habilidad de solución de problemas y de toma de decisiones. Además, es posible que tanto víctimas como agresores no dispongan de recursos suficientes para poder considerar diferentes alternativas de solución.

En el caso de los agresores, además, aparecen dificultades a la hora de evaluar las consecuencias que su conducta tiene tanto para ellos mismos como para los demás. De hecho, la agresión es la forma, por supuesto inadecuada, que ellos emplean para la resolución de conflictos. (Ver Anexo 18)

2.1.1.1.2.1.1.1 2.2. METODOLOGÍA

1. Conjugación del tratamiento individual y grupal

La mayor parte de los autores, además de las reuniones individuales, introducen en sus protocolos de tratamiento sesiones grupales en las que las víctimas o los agresores puedan trabajar en compañía de iguales. Este tipo de

sesiones son especialmente útiles cuando se trabajan cuestiones como habilidades de comunicación y habilidades sociales, en las que se emplean técnicas de aprendizaje por modelado.

□□□□Terapia en Grupo

Es una de las formas frecuentemente elegidas para el tratamiento de los casos de niños más mayores y de adolescentes. Se considera particularmente eficaz cuando tiene lugar la crisis producida, porque la revelación ha remitido y se trabaja también con la familia.

Los estudios señalan que es una forma de trabajo eficaz para reducir la ansiedad y los problemas de conducta y autoestima que pueden presentar las víctimas de abuso sexual infantil. Los grupos constituyen, además, un contexto abierto a las relaciones de igualdad, dan la posibilidad de volver a conectar e interactuar con iguales. Asimismo, el niño puede universalizar su experiencia, y el grupo puede convertirse en un elemento que proporcione estabilidad y oportunidades educativas y habilidades sociales.

Existen varios modelos de intervención con grupos (Sturkie, 1992):

- Tradicional. Se trabaja el autoconcepto del menor y de las relaciones familiares a través del juego.
- Estructurado. Directivo y organizado. Se tratan temas específicos comunes en el grupo, que se incluyen en función de sus necesidades personales. Se trabaja junto a otros menores que no han sufrido necesariamente abusos.
- Terapia artística. Se enfatiza la expresión indirecta y simbólica de ideas y sentimientos a través de las manifestaciones del arte (pintura, escultura, dibujo).
- En paralelo. Al mismo tiempo, se trabajan los mismos temas con niños y padres.

En el Centro Nogueroles se plantea el trabajo en grupos de manera menos estructurada, fomentando, desde la propia entidad, el contacto entre progenitores de niños víctimas de abuso sexual. Por otro lado, se solicita a las víctimas que han concluido su proceso terapéutico su colaboración para sesiones determinadas con otras víctimas.

Los objetivos que deberá perseguir la intervención grupal son:

- Clarificar y validar los sentimientos asociados a la experiencia de abuso sexual infantil.
- Facilitar la expresión de pensamientos reprimidos.

- Universalizar la experiencia al ser compartida por el grupo.
- Enseñar métodos adecuados a la edad para expresar y recibir afecto.
- Establecer y poner en práctica un plan de protección que minimice el riesgo de futuros abusos.

Las características de estructura del grupo podrían ser:

- Grupos abiertos o cerrados.
- Grupos de niños/as del mismo sexo o mixtos.
- Niños/as con un nivel cognitivo y emocional similar y que no padezcan trastornos emocionales o conductuales graves.
- El número óptimo es entre cinco y ocho niños/as con sesiones semanales.

Cabe señalar, conociendo las bondades de este tipo de abordaje, que no es fácil constituir grupos de pacientes que se ajusten a las características antes señaladas, especialmente cuando nos referimos a víctimas de abuso sexual. En el caso de los agresores, el trabajo grupal será especialmente beneficioso a la hora de abordar algunos aspectos educativos del tratamiento.

2. Implicación de la familia, grupos de pertenencia y comunidad.

Cuando yo ya no me acerqué más a él, ya comprendí que aquello no estaba bien. Tendría 12 años. Entonces empezó con mi prima Silvia que aún no tenía 3 años, pero lo pillaron en seguida. Le dijeron de todo y mi pobre abuela me preguntaba si conmigo lo hacía.

Testimonios aportados por los autores de este trabajo, extraídos de su experiencia profesional.

La intervención terapéutica debería contemplar no sólo el trabajo directo con la víctima o el agresor sino también con la familia y con otros grupos significativos para aquélla.

Independientemente de que el abuso haya sido intrafamiliar o extrafamiliar, una variable que incidirá en el buen pronóstico de la víctima será la implicación de la familia.

En el caso del abuso intrafamiliar, las víctimas tienen sentimientos ambivalentes hacia el progenitor que cometió el abuso. Obviamente, no es el lado agresor del progenitor el que echan de menos, sino el lado “bueno”. Estos sentimientos constituyen una realidad que no puede ser negada y que aparece en niños que ya han superado la edad preescolar. En niños menores, simplemente no aparece esta diferenciación y a menos que hayan existido elementos de agresión física, los sentimientos de afecto hacia el progenitor agresor se mantienen. Esto mismo es aplicable para los familiares que han entrado en conflicto con el padre/madre agresor, en los que además puede generarse un

sentimiento de culpa por no haber detectado a tiempo el abuso, o la propia negación del mismo. En este sentido, es conveniente resaltar que en los casos de abuso intrafamiliar en los que varios hermanos han sufrido abusos, es relativamente frecuente que en los mayores aparezcan fuertes sentimientos de culpa por no haber sido capaces de proteger a los más pequeños.

Por otro lado, sucede también que en el marco de la familia aparece una negación del hecho. Esta negación puede no ser del suceso en sí, sino de la gravedad del mismo, del daño que puede suponer para el menor, etc. Será necesario un trabajo con la familia ofreciendo pautas sobre cómo se ha de apoyar a la víctima y recuperar el buen funcionamiento familiar.

En los casos de abuso extrafamiliar, las emociones que en los padres se generan pueden ser muy complejas. Por un lado, pueden acusarse a sí mismos de ser malos padres por no darse cuenta de lo que pasaba. Por otro lado, se puede incluso culpar a los niños por no haberlo comunicado antes. Otras veces, la familia se plantea tomarse la justicia por su mano y planean una venganza violenta. Además, en los casos en que el agresor es conocido por la familia, en general, los padres se sienten traicionados y engañados por esta persona en la que confiaban.

En ambos tipos de abuso –intrafamiliar (para los casos en que el agresor no es el padre) y extrafamiliar- suele ocurrir que las madres de las víctimas generan sentimientos de culpa por no haber cumplido el papel de figura protectora y en el padre predominan los sentimientos de rabia y deseos de venganza. Pero, ciertamente, estos patrones de reacción, siendo frecuentes, no se dan en todos los casos. De hecho, en muchos casos, la rabia y la culpa aparecen tanto en padres como en madres.

También existe culpa en las familias de los agresores, además de incredulidad por el hecho de que el menor pueda haber cometido estos actos. Entre aquellas familias con las que se trabaja, no es infrecuente encontrar padres que piensan que todo iría mejor si no hubieran tenido ese hijo. En estos casos, se fomenta que el padre pase más tiempo con el niño, para que éste se identifique con aquél. Se deberá enseñar a los padres a hablar directamente a sus hijos y a decirles cómo se sienten, además de enseñarles a escucharlos.

En los casos en que el agresor ha sido a su vez víctima de abusos sexuales, sería importante encontrar para el tratamiento nuevos modelos masculinos no abusivos con el que el menor pueda identificarse.

Otro núcleo fundamental de socialización son los grupos de pertenencia del niño, ya sea éste víctima o agresor y, por supuesto, la comunidad a la que pertenece. Si bien hay que huir de la difusión pública del caso para proteger la intimidad tanto de la víctima como del agresor, se deberá incidir en el trabajo de prevención de nuevos casos de abuso sexual infantil (Ver documentación de prevención), además de fomentar la integración en la comunidad y facilitar la sustitución del comportamiento abusivo por hobbies y actividades.

3. Otras consideraciones

□ Otros abordajes:

v Terapia dinámica:

En este enfoque el abuso sexual tiene dos vertientes importantes de trabajo: la sexualidad y la vinculación afectiva. Por un lado, el abuso sexual es una manifestación de la sexualidad del individuo en la que la sexualidad va unida al abuso, frecuentemente con una carga de agresividad. Por esta razón, es importante trabajar la forma de vivir la sexualidad tanto en el agresor, analizando sus pautas de conducta sexuales previas, como en la víctima, para que una experiencia así no reconfigure su patrón de relación afectiva y sexual. Por otro lado, el abuso sexual atañe a las vinculaciones afectivas establecidas por el individuo, sobre todo en los casos de abuso sexual intrafamiliar y prolongado en el tiempo. Resulta fundamental trabajar los modelos de vinculación interiorizados por el niño/a a raíz de esta experiencia y proporcionarle modelos alternativos. Asimismo, en este enfoque de trabajo juegan un papel fundamental los mecanismos de defensa asociados a una vivencia de este tipo, tanto en la víctima como en el agresor, puesto que la evitación, la negación o la proyección pueden dificultar cuando no imposibilitar el trabajo sobre la vivencia del abuso.

v Terapia Familiar Sistémica:

La terapia familiar sistémica se basa en el supuesto de que el abuso sexual infantil es un síntoma de disfunción familiar, de manera que es necesario abordar el tratamiento de las víctimas y de sus familias. Su eficacia se ha demostrado en situaciones en las que el agresor ha participado en programas evaluados y ha asumido la responsabilidad total del abuso sexual.

Asumida o no esta responsabilidad, han de tenerse en cuenta no sólo los aspectos legales y de protección del niño o la niña sino los aspectos interactivos de las disfunciones familiares.

Este tipo de abordaje terapéutico permite que en los casos de abuso no se rompan totalmente los lazos familiares. Además, desde este abordaje se permite que todos los miembros de la familia discutan cómo van a enfrentar el futuro, tras el episodio de abuso. Por último,

se reconoce el hecho de que la víctima y el agresor no son los únicos que padecen las consecuencias del abuso.

De todas formas, existen algunos aspectos que cuestionan la idoneidad de este enfoque, como por ejemplo el hecho de que se pueda perder de vista el acto incestuoso, diluyendo responsabilidades. Lo cierto es que no todos los miembros de la familia contribuyen al mantenimiento de una determinada conducta en el mismo sentido, y existen derechos y responsabilidades individuales que pueden no ser tomadas en cuenta. Además, se corre el riesgo de perpetuar el mito de que las familias son tan culpables del abuso como el perpetrador.

Exponemos, a continuación, los objetivos del tratamiento en el marco de la terapia sistémica.

★ **Objetivo principal:**

El objetivo básico de la intervención es modificar las relaciones familiares y no castigar al agresor o separar a la víctima con medidas que se justifiquen por sí mismas. El proceso terapéutico, por lo tanto, sólo se podrá implementar si se cuenta con la colaboración de los servicios legales de protección.

★ **Objetivos específicos:**

- a) Bloqueo del abuso sexual infantil. Para ello, se puede requerir la separación inicial del agresor.
- b) Establecimiento del abuso sexual infantil como un elemento psicológico y una realidad de la familia.
- c) Asunción por parte del agresor de la responsabilidad absoluta del abuso sexual infantil.
- d) Equiparación del poder en la familia. Se deben crear las condiciones para un reordenamiento familiar en función de los derechos de cada uno.
- e) Favorecimiento de la reflexión de cada uno acerca del lugar que va a ocupar después de la revelación.
- f) Evaluación sobre si el padre y la madre están dispuestos a asumir su responsabilidad en la crianza de los hijos con independencia de los planes que tengan como pareja. En este sentido, se habrá de renegociar la relación conyugal y las interacciones parentales.

g) Focalización en la mejora de la relación diádica entre la madre y el niño o la niña, para que la madre pueda ejercer de figura protectora.

□ Otros recursos

La intervención terapéutica debe apoyarse en todos los recursos posibles (educadores familiares, grupos de autoayuda, etc...) que posibiliten una aproximación integral al caso.

El trabajo coordinado entre los diferentes profesionales fomentará encontrar otros recursos más allá de los estrictamente terapéuticos.

v Grupos de autoayuda.

El establecimiento de un grupo de víctimas puede suponer una intervención especialmente eficaz. Tras algunas sesiones individuales, permite a la víctima contrarrestar su aislamiento y sus sentimientos de culpabilización y baja autoestima, favorece las relaciones con otros niños y proporciona un apoyo emocional estable. Puede suponer, además, el espacio más adecuado para proporcionar y desarrollar habilidades sociales y conocimientos acerca de la sexualidad.

Algunos autores plantean la posibilidad de constituir grupos de padres y madres cuyos hijos han sido víctimas o agresores. Crear espacios en los que estos padres puedan universalizar la experiencia puede ser positivo para elaborar cognitivamente el suceso, y así poder superarlo.

v Educadores Familiares:

Algunos autores plantean completar las sesiones terapéuticas con la presencia, en el hogar de la víctima, de educadores familiares que, en un primer momento sirvan como modelos de habilidades parentales para los padres y que, posteriormente, se constituyan como observadores de la dinámica familiar.

v Tratamiento farmacológico:

La investigación recientemente describe resultados terapéuticos exitosos del uso de determinados fármacos en los tratamientos de víctimas y agresores de abuso sexual. En todo caso, el uso de fármacos deberá ir SIEMPRE asociado a una intervención psicoterapéutica y NUNCA podrán ser sustitutivo de la misma.

3. CUESTIONES DIFERENCIALES AL TRATAMIENTO DE VÍCTIMAS Y AGRESORES DE ABUSO SEXUAL

2.2 3.1. TRATAMIENTO A VÍCTIMAS

“A los 3 ó 4 años , no recuerdo muy bien, fue cuando él comenzó a tocarme. No tenía la pierna derecha por lo que siempre estaba sentado, me llamó y me dijo que si me sentaba en su pierna me contaría unos cuentos preciosos que había leído en un libro que tenía escondido. Yo que era muy tímida y que no hablaba mucho me acerqué y me senté en su rodilla..El me tocó por debajo de las braguitas, yo no supe apartarle la mano de allí y él se aprovechó de mi timidez”.

Testimonios aportados por los autores de esta obra, extraídos de su experiencia profesional.

Antes de iniciar este capítulo, es esencial destacar que ciertamente todas las víctimas de abuso sexual necesitan ayuda y apoyo, pero **no todas las víctimas necesitarán tratamiento** psicológico. Una postura demasiado intervencionista (involucrar a las víctimas en un proceso terapéutico) puede

sobredimensionar los efectos del abuso. Una buena evaluación previa, llevada a cabo por profesionales expertos, determinará la necesidad o no de un tratamiento terapéutico. **Lo que sí precisan todas las víctimas es ayuda**, entendida como apoyo incondicional, provenga del entorno de la víctima o de los profesionales. Según López y del Campo **sólo un 60 por cien de las víctimas la recibe** (López y del Campo, 1994). Como ya se ha mencionado en anteriores capítulos, resulta fundamental la actitud que adopte la persona o personas a las que la víctima revele la experiencia. En el apartado de prevención del abuso sexual se aborda este tema de forma suficientemente exhaustiva.

Dado que el primer objetivo del tratamiento deberá ir encaminado a evitar la revictimización, el trabajo coordinado con otros profesionales (servicios sociales, policía, abogados...) deberá ser clave en todo el proceso.

En líneas generales, el objetivo del tratamiento será, en primer lugar, evitar que el abuso y la victimización secundaria vuelvan a producirse. En segundo lugar, se tratarán las secuelas psicológicas del abuso sexual. Además, se dotará a la víctima de habilidades y herramientas que permitan la superación de los efectos del abuso. Estos objetivos son similares en el tratamiento de niños y en el de adultos que fueron víctimas de abusos en la infancia, aunque la metodología del tratamiento establece diferencias en función de la historia sexual (probablemente los adultos hayan tenido otras experiencias sexuales posteriores que pueden o no haber sido traumáticas) y de la diferente capacidad de elaboración de unos y otros.

La clave del proceso terapéutico con una víctima de abuso sexual reside en conseguir establecer con ella una buena relación que garantice la reconstrucción de vínculos afectivos, quizás en un primer momento con el terapeuta y, posteriormente, con otras figuras significativas para el niño diferentes del agresor. En todo caso, no se puede iniciar una intervención terapéutica sin que previamente se halla creado una relación cálida y de confianza que le proporcione al niño la seguridad que le ha sido arrebatada.

Como premisa básica, se ha de señalar que los niños que han sufrido algún tipo de abuso sexual constituyen un grupo heterogéneo en función de su capacidad para afrontar la situación y el apoyo que reciben de su entorno. Por lo tanto, será imprescindible que el tratamiento vaya precedido de una evaluación clínica determine los recursos cognitivos y las estrategias de afrontamiento de la víctima y del protector. En cualquier caso, un aspecto indiscutiblemente común a todas ellas es que la intervención terapéutica apoyará un proceso **no de olvido sino de elaboración de la experiencia sufrida**.

Asimismo, se debe hacer hincapié que el porcentaje de casos de abuso en los que existen secuelas físicas constituye apenas un 2 por cien de los casos

denunciados. Además de la intervención terapéutica, este tipo de supuestos requerirán asistencia médica.

1. Evaluación clínica

La evaluación de un niño y su entorno supone siempre una primera intervención, donde a menudo la faceta puramente evaluativa se solapa con el proceso psicoterapéutico. Este tipo de evaluación no debe confundirse con la evaluación pericial (descrita en el apartado de prevención). A pesar de que los contenidos sean en muchos casos similares, su objetivo es diferente y los profesionales que la llevan a cabo pueden también ser distintos. La evaluación pericial se realizará por un profesional designado por el juzgado que tramite la denuncia, y su objetivo es determinar la veracidad de los hechos reflejados en el testimonio de la víctima y la credibilidad del mismo. Obviamente, sólo se realizará cuando se haya denunciado el hecho. En todo caso, existen otro tipo de informes de evaluación, que no solicita el juez, pero cuyo objetivo también es determinar si hubo o no abuso sexual. Estos informes pueden realizarse a solicitud de una de las partes o a petición de alguna institución perteneciente a los Servicios Sociales.

A instancia del Juzgado se realizan además “Informes de asistencia”, en los que se plasma la evolución del niño que está siendo tratado psicológicamente.

La evaluación clínica, por otro lado, se realizará por el profesional que intervenga desde un punto de vista terapéutico. Su objetivo es determinar los daños que el episodio de abuso ha causado en la víctima y/o el agresor y establecer la intervención terapéutica más adecuada. Se realizará siempre que vaya a existir un proceso de terapia, independientemente de que se haya denunciado el hecho.

En los casos en los que existe denuncia, y por lo tanto, evaluación pericial, si ha logrado establecerse una buena relación con la víctima, sería deseable que el mismo profesional llevara a cabo la intervención clínica, evitando así que el niño se vea obligado a narrar repetidas veces el suceso abusivo. El hecho de que un mismo profesional realice la evaluación pericial y el tratamiento no debería suponer un menoscabo en la credibilidad de su testimonio ante el juez.

En el momento en que el profesional se encara a una situación de abuso sexual en un niño debe tener muy presente que él mismo está actuando como una variable más, y que la familia en su totalidad se encuentra ya afectada por este hecho. De igual forma, una evaluación apropiada puede servir en un sentido positivo de clarificación real de la situación, atenuando las principales y repetitivas defensas en torno al hecho.

La evaluación se basará en recabar información sobre los siguientes aspectos:

- v Suceso abusivo:

- Quién cometió el abuso (número de personas y relación con la víctima).
 - Existencia o no de agresión.
 - Frecuencia, duración y cronicidad.
 - Estrategias empleadas (amenazas, promesas, regalos).
 - Tipo de conductas abusivas.
 - Quién y cómo detectó el abuso.
- v Reacción Familiar ante el descubrimiento:
- ¿Se ha creído el testimonio del menor?
 - ¿Se ha demostrado al niño que se le cree?
 - ¿Puede la familia afrontar el impacto?
 - ¿Percibe el niño apoyo emocional de alguna figura significativa?
 - ¿Se han producido reacciones de miedo y ansiedad?
 - ¿Se han hecho preguntas que introdujeran conceptos que debido al momento evolutivo el niño aún no comprenda?
- v Circunstancias: Existencia o no de una red de apoyo social.
- v Existencia o no de una demanda judicial.
- v Evaluación de la sintomatología psicopatológica que presenta la víctima. Instrumentos de evaluación más empleados:
- Ansiedad: Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo para Niños (STAI-C) (Spielberg, 1973)
 - Depresión: Escala de Depresión para Niños (CDS) (Tisher y Lang, 1983)
 - Adaptación social: Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI) (Hernández, 1983); Escala Magallanes de Adaptación (EMA), (García y Magaz, 1997)
 - Conductas problemas: Inventario de Conductas Problema (Bragado); Inventario del Comportamiento Infantil (CBCL) (Achenbach y Edelbronk, 1983)
 - Evaluación específica de las secuelas del abuso sexual: miedos y fobias relacionados con el abuso, sintomatología de estrés postraumático, conducta sexual del menor.
 - Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised (CITES-R) (Wolfe, Michienzi, Sas y Wolfe, 1991)
 - Sexual Abuse Fear Evaluation Subscale (SAFE) (Wolfe y Wolfe, 1988)

Especialmente en el caso de niños y niñas, los cuestionarios e inventarios pueden suponer un instrumento más de evaluación, pero EN NINGÚN CASO deberían ser los únicos. Especial consideración tendrán las entrevistas con la víctima y con aquellas figuras relevantes y cercanas al niño. En todo caso, es necesario obtener información de diversas fuentes (víctimas, padres, hermanos,

profesores, médicos, asistentes sociales, etc.) y en diversos ambientes (hogar y escuela fundamentalmente).

2. Contenidos Terapéuticos

a) Reconocimiento del hecho

Uno de los primeros obstáculos que se encuentran a la hora de tratar a una víctima de abuso, especialmente si ésta es un menor, es la posibilidad de que no reconozca que el episodio sucedió. Además, en muchos casos aunque exista un reconocimiento cognitivo del hecho, no lo hay a nivel emocional: el niño o la niña dice que el agresor le tocaba, por ejemplo, y paralelamente afirma lo bueno que es con él, y que quiere volver a verle. Para facilitar este reconocimiento, que obviamente se hará respetando el proceso del niño, se trabajarán y analizarán los mecanismos de defensa y las manifestaciones de rabia que pueden presentarse.

□ Mecanismos de defensa

Crear un entorno protector y cálido será el primer objetivo del tratamiento para que la víctima sea capaz de expresar el abuso, ya sea de forma verbal o a través de dibujos, juegos simbólicos, etc. En los casos de abuso, los niños –ante el sufrimiento que el hecho genera- desarrollan diferentes mecanismos de defensa. Mediante la disociación, el niño separa el conocimiento del hecho de los sentimientos que éste le despierta. La emoción queda, por lo tanto, anulada. Según Vázquez Mezquita si el proceso de disociación se acentúa interfiere de forma progresiva en las actividades de la vida cotidiana, y el niño termina por “desconocer” sus propios sentimientos, no sólo relativos al abuso sino a “...valores primarios como la compasión por los demás, las relaciones afectivas con otros...” (Vazquez-Mezquita, 1995)

A través de la negación, el niño obvia el suceso. Se puede entender este mecanismo como la transformación del “esto no me puede estar pasando a mí” a un “esto no me ha pasado a mí” (Rieker y Carmen, 1986). La puesta en marcha de este mecanismo por parte del menor no debería sorprendernos. Se ve claramente influido por las reacciones de los familiares ante la revelación que, en muchos casos, intentan negar el suceso, y por las consecuencias que para el niño puede tener su revelación, especialmente, cuando el agresor es una figura emocionalmente significativa para él (por ejemplo, intervención de los Servicios Sociales para alejar al niño del agresor...).

En cualquier caso, la negación del menor puede afectar al episodio de abuso en su totalidad o sólo a determinados aspectos del mismo,

como su relevancia o su gravedad. La exploración de estos aspectos deberá ser uno de los primeros objetivos del tratamiento.

Este proceso de descripción del abuso como forma de reconocer los sentimientos deberá manejarse desde el respeto absoluto al proceso del niño, sin forzar esta descripción y facilitándole, en la medida de lo posible, cuando y con quién hablará sobre su experiencia.

Uno de los principales obstáculos que ralentizan este proceso de “hacer real la realidad” es que el abuso se ha visto acompañado de amenazas en caso de revelarlo.

Como técnicas posibles puede ser útil abordar con el niño la cuestión de buenos y malos secretos. (Ver apartado de prevención del abuso sexual).

□ Manejo de la rabia.

No es raro que los niños víctimas de abusos manifiesten sentimientos de agresividad u hostilidad que, en muchos casos, no van a ser dirigidos al agresor sino a uno mismo (si existen sentimientos de culpa), hacia terceros que intervienen para separarle del agresor (si el agresor pertenece a su entorno afectivo), hacia el/los progenitores que silenciaron el caso, hacia objetos, hacia animales. El terapeuta deberá ayudar al menor a expresar su rabia a través de procedimientos constructivos en lugar de destructivos, pero siempre respetando las expresiones iniciales de rabia. En un primer momento, no se podrá censurar al niño expresiones como “papá es malo, no le quiero”. Habrá que tratar de canalizar esa rabia. En este sentido, la intervención del terapeuta tendrá diferentes vertientes. En primer lugar, explicación al niño de lo que es la ira y qué función tiene –así se desculpabilizará y se normalizará la aparición de conductas e ideaciones agresivas-. En segundo lugar, enseñanza de habilidades por medio de diferentes técnicas para controlarla (autoinstrucciones, distracción cognitiva, suspensión temporal..) y, por último, fomento de la aplicación práctica de las habilidades aprendidas.

Por otro lado, es importante resaltar que esta rabia y agresividad puede ser dirigida no sólo al agresor sino además a otras figuras que no han ejercido satisfactoriamente esa función protectora (progenitores, hermanos mayores, cuidadores..)

b) Distorsiones cognitivas.

Al igual que en el caso de los agresores, las víctimas tienen una serie de creencias que será necesario desmontar para conseguir un tratamiento exitoso.

Entre estas distorsiones se pueden destacar:

- La creencia de que haber sufrido abusos sexuales por parte de un adulto del mismo sexo puede convertir a las víctimas en homosexuales.
- Ser merecedor de los chistes y burlas de otros.
- Ser malo por haber disfrutado de estas caricias.
- Los adultos como colectivo son malos porque pueden hacer daño.
- “Estar sucia o sucio”.
- “Estar marcado o marcada para siempre”.
- Estas cosas sólo les pasan a los niños malos.
 - Estas cosas no las hacen los padres.
 - Cuando a un niño le pasa es porque se lo merece.
- Si esto pasa, voy a destruir a mi familia.
- Soy malo porque no he dicho nada antes y por eso ha vuelto a pasar.

Cada una de estas distorsiones, y otras que pueden presentarse, serán analizadas y reestructuradas. Algunas de ellas son relativas a la culpa y la vergüenza que se desencadena en víctimas de abuso sexual. En este epígrafe se estudiará cómo se trabajan este tipo de distorsiones. En lo que se refiere a la desconfianza de la víctima hacia los adultos, en primer lugar se enseñará al niño a aprender a diferenciar en quién puede confiar. Además se fomentará que el niño mantenga relaciones con otras personas significativas emocionalmente para él.

En lo que se refiere a las creencias relativas a “estar sucio/a” o “estar marcado/a para siempre”, la reestructuración cognitiva se hará desde la perspectiva de que es posible recuperarse y superar las consecuencias del abuso sexual con tratamiento y apoyo, sin olvidar un suceso que efectivamente ocurrió, pero facilitando la elaboración cognitiva del mismo.

□ Manejo de culpa.

Se han citado ya algunos de los mitos que existen en nuestra sociedad relativos al abuso sexual. Lamentablemente, no es infrecuente que algunas personas duden de la responsabilidad del agresor sexual y culpen en algún grado a la víctima de estos sucesos. Esto ocurre en mayor medida cuando las víctimas son niñas púberes. Se esgrimen argumentos como “algo habrá hecho ella para provocarle” o “todos sabemos que es algo fresca”. Si a esta cuestión se añade que en muchos casos el agresor no emplea la violencia física para conseguir involucrar al menor en actividades sexuales, sino que lo obtiene a través de la seducción

y el engaño, no debería sorprender que, en muchos casos, las víctimas se sientan corresponsales del episodio de abuso.

Anders Nyman y Börje Svenson afirman en su libro *“Chicos. Abuso sexual y tratamiento”* que *“... en nuestra ansia por aliviar al niño de la culpa, puede haber el riesgo de no tener en cuenta el propio sentimiento del niño de complicidad en el abuso sexual, que no debe confundirse con el hecho de que el agresor es quien debe ser absoluta y totalmente considerado responsable de lo ocurrido. Si sucede que fue el niño el que buscó al agresor y quizás incluso fue él el que tomó la iniciativa, esto es también parte de la realidad. Esto debe hacerse comprensible al niño, y debe separarse de las cuestiones de responsabilidad y culpabilidad”*.

Es, por lo tanto, fundamental en el trabajo terapéutico aclarar que el responsable del abuso es el agresor, que el consentimiento, si es que lo hubo, estuvo determinado por esa asimetría de poder, y normalizar las posibles reacciones fisiológicas ante caricias en zonas íntimas.

Además, en los casos en los que el niño se culpabilice de haber sufrido de forma repetida el abuso sexual, se deberá insistir al niño en que él no es responsable, averiguar cuál fue la causa de esta ausencia en la revelación y proporcionar a las familias y a otras figuras cercanas al niño algunas habilidades para enfrentarse a esa revelación. (Ver apartado de prevención del abuso sexual)

Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) establecen que la eliminación de los sentimientos de culpa se puede llevar a cabo a través de técnicas cognitivas encaminadas a modificar las ideas distorsionadas que causan. En este punto, es necesario insistir en dos aspectos: en primer lugar, en la absoluta responsabilidad del agresor, y en segundo lugar, en la explicación al menor de los motivos que él o ella ha tenido para no haber comunicado antes los abusos.

c) Análisis del impacto emocional.

El episodio de abuso irrumpe en la vida del niño como algo inexplicable para él. Independientemente de que el impacto no sea igual para unas víctimas y otras, y que debemos tener cuidado en no sobredimensionar sus consecuencias, el daño, la violación de su espacio cognitivo y emocional existe. Será fundamental en el proceso terapéutico facilitar la comprensión de lo que ha sucedido para que la víctima pueda elaborarlo e integrarlo. Para ello, se deberá considerar dos aspectos. En primer lugar, se ha de trabajar con la

víctima su relación afectiva con el agresor y, en segundo lugar, se deberá tratar de explicar por qué ocurrió. En este punto, no podemos olvidar que aunque no todas las víctimas se convierten en agresores un porcentaje importante de agresores han sido víctimas.

Una técnica posible será enseñar y facilitar al niño la comprensión del llamado “círculo de la agresión” que podrá servir como elemento que evite un futuro comportamiento abusador.

□ Control del afecto hacia el agresor.

La ambivalencia afectiva hacia el agresor es una cuestión especialmente presente en los niños que han sufrido abusos sexuales por parte de personas que constituían referentes afectivos hacia él. En el mundo interior del niño, el agresor puede convertirse en dos personas: una, a la que el niño quiere y echa de menos, y otra con la que el niño está enfadado y de la que quiere ser protegido. El terapeuta deberá cuidar que la imagen negativa que tenga del agresor no le impida reconocer estos sentimientos de anhelo por la persona con la que está vinculada afectivamente, independientemente del daño que le haya realizado. Anders Nyman y Börje Svenson de la Boys Clinic en Suecia, en sus intervenciones terapéuticas, mantienen esta disociación para que al menos en terapia el niño pueda destruir al papá malo e identificarse con el papá bueno. Ellos mantienen que así es posible entender también por qué la madre eligió vivir con su padre. De esta forma, se crea una imagen del progenitor que cometió el abuso de la que es más fácil hablar.

□ Explicar por qué y cómo se llega a la agresión.

2.2.1.1.1.1 En muchas ocasiones, y cuando el proceso terapéutico está avanzado, las víctimas de abuso sexual plantean una pregunta de no fácil respuesta. “¿Por qué ocurrió?”, “¿por qué lo hizo?”. Ante este hecho se necesita encontrar una explicación clarificadora. Al principio el sentirse culpable, a pesar de lo doloroso, puede servir como explicación: “Esto ocurrió porque yo lo provoqué”.

Cuando ya se ha trabajado la culpa, llega el momento de explicar a la víctima quién es el responsable y, sobre todo, por qué actuó como lo hizo. No se trata de disculpar al agresor, sino de permitir una mejor comprensión del hecho para la víctima. En este punto, puede ser útil utilizar el Círculo del Abuso, que se menciona en un apartado posterior.

d) Cuestiones transversales en todo el proceso

En cualquier proceso terapéutico aparecen una serie de cuestiones que permearán el mismo. En el caso que nos ocupa, prevenir que el episodio vuelva a suceder y reparar el daño que se ha causado a la víctima son dos aspectos que no se pueden olvidar, a medida que se desarrolle la terapia.

□ Prevención de la revictimización.

Una de las variables iniciales a tener en cuenta a la hora de desarrollar un tratamiento es garantizar la seguridad del menor y evitar la ocurrencia de nuevos sucesos. En este sentido, el proceso involucrará no sólo a la víctima sino a los cuidadores. En cualquier caso, la intervención con la víctima debe ir orientada a asegurar que el niño tiene las estrategias adecuadas (habilidades de comunicación, identificar adultos en los que confíe..) para comunicar las posibles situaciones de agresión futuras.

El trabajo en prevención de revictimización es muy similar al trabajo en prevención de abuso sexual. En este sentido, dentro del capítulo de prevención se citan estrategias concretas, como habilidades de autodefensa, que puede suponer un recurso imprescindible para evitar que el abuso ocurra de nuevo.

Igualmente, será además imprescindible, como ya se ha apuntado, trabajar con la familia de la víctima para dotarle de recursos que les permita detectar un posible nuevo episodio.

Por otro lado, la experiencia de muchos profesionales indica que, cuando existe un proceso judicial, las dificultades y malas prácticas que pueden aparecer en el mismo (y que se detallan en el apartado de denuncia) pueden causar un retroceso en los avances terapéuticos que hasta el momento se habían logrado. Independientemente que como profesionales se exija una mejora sustancial en la aplicación de la legislación, y que en ese proceso judicial se garantice la protección física y psicológica del niño, no se pueden obviar las dificultades y las situaciones dramáticas a las que se va a enfrentar en ese proceso. En muchos casos, será conveniente dedicar algunas sesiones a preparar al niño para todo ello.

□ Reparación del daño.

Los niños que han sufrido abusos sexuales se sienten frecuentemente invadidos no sólo física, sino también emocionalmente. Se han violado los límites de su espacio físico y emocional y corren el riesgo de invadir el espacio de otras personas. En ese sentido, necesitan que se les ayude a identificar y a expresar emociones relacionadas con querer y no querer

(educación emocional), decir sí y decir no (habilidades de comunicación), ponerse en el lugar de otros (empatía), áreas privadas y límites del cuerpo (educación afectivo-sexual).

El daño, además, tiene que ver con un sentimiento de indefensión causado por el hecho de que aquella figura que debería haber sido protectora y se ha convertido en agresor. Además, otras figuras protectoras no han ejercido esta función y en muchos casos han negado, ante la revelación del niño, el problema.

Como objetivo y a través de la construcción de nuevos vínculos afectivos y del trabajo con la familia, se intentará reconstruir esa función protectora de aquellas figuras cercanas al niño.

Una técnica posible es la terapia narrativa, en la que se solicita a la víctima que escriba cuáles son sus recuerdos antes del abuso y cuál es su historia personal tras el abuso. Permite al niño resituarse, distanciándose del problema e identificando que fue lo que ocurrió. Permite también identificar las habilidades de afrontamiento que ha puesto en práctica.

□ Trabajo terapéutico con las familias

Anteriormente se ha mencionado la necesidad del trabajo con la familia. En primer lugar, deberíamos resaltar algunas diferencias en los efectos que tiene para el niño los distintos tipos de abuso, en función de la identidad del agresor. Como se decía, especialmente en el caso del abuso intrafamiliar, se da en el niño una ambivalencia afectiva junto con el llamado **Síndrome de Acomodación del Menor** descrito por Summit (1983). En el mismo, el niño se adapta al abuso sobre la base de una implicación y una distorsión de la realidad progresivamente mayor. En estos casos, el niño consigue hacer una revelación superficial y en muchas ocasiones se retracta debido a una reacción negativa del ambiente. Igualmente, Finkelhor (1988) habla de “sobreintegración” de las experiencias abusivas del niño. Ambos síndromes son ejemplos de un intento de reducir la disonancia cognitiva que al niño le produce el hecho de que una persona que para él puede suponer un referente afectivo le produzca ese nivel de daño. Esta dinámica también se da en los supuestos de abuso extrafamiliar, en los casos en los que el agresor ha sido una figura emocionalmente significativa para el niño. Especialmente en el caso de abuso intrafamiliar el niño intentará “dar significado” y superar emocionalmente una situación de la que se siente impotente para escapar y además sobre la que no puede hablar.

El tratamiento deberá también considerar los sentimientos y emociones que generará en el niño no sólo el episodio de abuso

sino también el desarraigo que puede acontecer por el hecho de que, en la mayor parte de los casos, sea el menor el que abandone el núcleo familiar. En este sentido, el trabajo en red y la colaboración del terapeuta con los servicios sociales que intervienen en el caso, así como con el colegio, serán fundamentales para mantener actividades y espacios funcionales para el niño, que existían ya, independientemente de la situación de abuso.

Como se exponía en el inicio de este apartado, el papel de los profesionales debe pasar por garantizar la protección del menor. Pero en un caso de abuso sexual, no sólo la víctima corre riesgos. La familia, tanto en los casos de abuso intrafamiliar como extrafamiliar, al comunicar el hecho puede poner en peligro su integridad física. Además y especialmente en localidades pequeñas, la estigmatización es un hecho, así como el posible rechazo de personas antes cercanas al círculo familiar. En el caso del abuso intrafamiliar, los conflictos entre las familias del progenitor no agresor y el progenitor agresor pueden llegar a grados elevados. Una vez más, el trabajo en red fomentará que los diferentes profesionales puedan ofrecer a la familia espacios protectores para enfrentar este tipo de situaciones. Por último, también los profesionales que se hacen cargo del caso corren riesgos (agresiones, amenazas...). En apartados anteriores se han mencionado formas de proteger el anonimato de los profesionales y, al mismo tiempo, la necesidad de que éstos reconozcan el interés superior del niño.

Además, en el trabajo con la familia puede ser necesaria la intervención terapéutica con alguno de los miembros si es que éstos desarrollan una sintomatología específica, que puede ser amplísima: problemas en la relación de pareja o disfunciones sexuales, ansiedad, depresión, etc.

En numerosas ocasiones, en las familias de los niños que han sufrido abusos, existe el peligro de que no sólo la víctima, sino todos los que están a su alrededor mantengan la idea de que el abuso sexual es la causa de todos sus problemas. El episodio de abuso es la excusa para un exceso de protección que incapacita al niño sin unas expectativas y unas exigencias razonables.

e) Sintomatología psicopatológica

El daño emocional que supone para la víctima el episodio de abuso se traduce en numerosas ocasiones en el desarrollo de psicopatología. Como se decía al inicio, no existe un “síndrome de la víctima de abuso sexual”, por tanto, hacer una cuidadosa evaluación clínica se hace imprescindible. En todo caso, sí existe una sintomatología frecuente:

- Síntomas del trastorno de estrés postraumático (Ver Anexo 1)
- Trastornos psicósomáticos (Ver Anexo 2)
- Alteraciones del sueño (Ver Anexo 3)
- Sintomatología inespecífica de ansiedad.
 - Problemas de conducta.
 - Miedos específicos: a la oscuridad, a irse a dormir, etc.
- Miedos sexuales.
- Etc.

2.3

2.4 3.2. TRATAMIENTO A AGRESORES

Se sabe que el hecho de haber sido víctima de abuso sexual y de otras formas de maltrato supone un factor de riesgo para cometer abusos sexuales. Se deberá, por lo tanto, evaluar cuidadosamente esta posibilidad, considerándola a la hora de determinar los objetivos como los contenidos del tratamiento. Sea o no el agresor una víctima de abusos se trabajará con él los contenidos que a continuación se señalan. Si además se confirma que previamente sufrió abusos, se deberá hacer una evaluación más exhaustiva de otras esferas de su vida que están dañadas y se incorporarán estos aspectos al tratamiento. Como siempre, la evaluación clínica guiará este proceso.

En nuestro país existen algunos programas dirigidos a agresores sexuales que se encuentran en prisión. El éxito de esta intervención pasa necesariamente por que, desde las instituciones públicas, se posibilite el trabajo continuado con los agresores, una vez que éstos cumplan su condena.

Por otro lado, se sabe que un porcentaje importante de agresores sexuales, especialmente si tenemos en cuenta a los adolescentes, han sido víctimas de abuso cuando eran niños. Se conoce también que la mayor parte de las víctimas son mujeres y que la mayor parte de los agresores son varones. ¿Integran la experiencia de abuso de forma diferente las mujeres que los varones? ¿Es más difícil la detección del abuso sexual cuando una mujer es la agresora? No existen hasta el momento datos suficientes como para contestar a estas preguntas

1. Evaluación Clínica

La evaluación inicial puede realizarse mediante entrevistas semiestructuradas con el agresor, con las personas de su entorno (padres y educadores), registrando conductas para los padres y educadores, etc.

Las principales áreas a evaluar son:

- *Organismo.*
 - *Edad.*
 - *Funcionamiento familiar.*
 - *Relaciones de amistad y de pareja.*
 - *Historia sexual. Por ejemplo, si el episodio actual ha sido o no el primero, si ha sido víctima de abusos...*
 - *Habilidades para afrontar problemas.*
 - *Conocimientos sobre sexualidad y creencias respecto al sexo.*
 - *Tratamientos anteriores.*

- *Estímulos. Situaciones o estados emocionales previos a la emisión de la conducta.*
 - *Estados emocionales positivos o negativos.*
 - *Sensaciones físicas que aparecen antes de la agresión.*
 - *Consumo de alcohol o drogas.*
 - *Situaciones que facilitan la agresión.*
 - *Presencia de una figura a la que se dirige el deseo sexual. En este punto, es necesario aclarar los conceptos de **pedófilos exclusivos o no exclusivos**. Son pedófilos exclusivos aquellos cuyo elemento de excitación sexual son sólo los niños (imágenes en vivo o en imaginación). Hablamos de pedófilos no exclusivos cuando los elementos de excitación sexual pueden ser niños aunque pueden existir otros. En todo caso, es importante reseñar que los pedófilos exclusivos constituyen una minoría de los agresores sexuales. Podríamos decir, por lo tanto, que ni todos los*

pedófilos son agresores sexuales ni, por supuesto, todos los agresores sexuales son pedófilos.

□ *Respuesta.*

- *Topografía de la conducta considerando sus tres niveles de respuesta (cognitivo, emocional y comportamental)*
- *Existencia o no de la conducta agresiva.*

□ *Consecuencias*

- *Refuerzos de la conducta.*
- *Autocastigo.*
- *Culpabilidad.*

La herramienta más útil a la hora de evaluar este tipo de problemática es la realización de un análisis funcional en el que se integren todas las variables. Para ello, además de la entrevista y la observación, dependiendo de las áreas, se pueden usar otros recursos como pueden ser algunos cuestionarios relativos a tendencias impulsivas, de personalidad (16 PF, Inventario de trastornos de personalidad IPD).

2.4.1 2. Contenidos Terapéuticos

a) El reconocimiento del problema como requisito prioritario.

A diferencia de otros casos, muchos agresores sexuales no son conscientes en un primer momento de la necesidad de un cambio. El facilitar que el agresor asuma que su comportamiento supone un problema y que como tal puede ser modificado debe ser el primer objetivo de la intervención terapéutica.

Para ello, el terapeuta deberá enseñar al agresor a detectar y evaluar cuáles son las consecuencias que para él ha tenido el haber cometido estos abusos, las que ha tenido para la víctima y a establecer por qué se rechazan las actividades sexuales entre un menor y una persona en clara desigualdad (sea o no adulto)

En algunos casos nos encontraremos que esa negación del problema es sólo un mecanismo de defensa ante lo traumático que puede ser saberse agresor de un menor. En otros casos, además, detrás puede haber una negación no sólo del hecho de ser agresor sino además de haber sido víctima previamente.

Para facilitar esta toma de conciencia en el proceso terapéutico del agresor, se trabajará el desarrollo de la empatía y se modificarán algunas de las distorsiones cognitivas características.

Es muy posible que este reconocimiento no se produzca hasta bien iniciado el tratamiento. En estos casos, es posible trabajar de forma paralela otra serie de áreas (habilidades sociales y de comunicación, resolución de problemas...) sin olvidar que el objetivo es que el agresor reconozca los hechos. Se debe ser consciente en todo momento de que existe un porcentaje de casos en los que este reconocimiento no se va a producir. Será el terapeuta quien, tras haber trabajado con el paciente desde todas las aproximaciones posibles, decida cuándo es el momento para concluir el proceso de terapia.

□ Empatía. (Ver Anexo 9)

Como ya se ha mencionado, una de las características de los agresores sexuales es su dificultad para empatizar, para ponerse en el lugar del otro. En los procesos de tratamiento se trabajará esta habilidad, para que puedan realmente ponerse en el lugar de las víctimas y entender sus sentimientos. En todo caso, las investigaciones señalan que los déficits de empatía del agresor se centran más en las víctimas de abuso sexual que en su propia persona.

□□□ Técnicas posibles:

1. Los agresores escuchan testimonios de las víctimas para comprender la crueldad de estos actos.
2. Los agresores escriben una carta poniéndose en el papel de su víctima, preguntándose las razones de su agresión.

Una vez que se ha desarrollado esta capacidad de empatía, se incluyen en los tratamientos algunas sesiones que se dedican a pedir perdón a las víctimas.

□ Distorsiones cognitivas

En la mayor parte de los agresores sexuales se pueden identificar una serie de distorsiones cognitivas generalmente relacionadas con su responsabilidad y el daño psicológico que supone para las víctimas. Estas distorsiones se deberán modificar y trabajar en el marco del proceso terapéutico. Se deberá evaluar cada caso particular para identificar esas distorsiones y trabajar desde la especificidad del caso. Algunas de las distorsiones que pueden aparecer son:

- A los niños les gustan las relaciones sexuales.

- Si un niño acepta tener relaciones con un adulto, éste está libre de responsabilidad.
- El niño disfruta con la relación sexual.
- Los contactos sexuales forman parte de la educación sexual de la víctima.
- Qué van a pensar de mí cuando se enteren de lo que ha pasado.
- Si me acerco a una chica -sin utilizar la fuerza- me va a rechazar.

Se pueden emplear diferentes técnicas para modificar este tipo de creencias. En cualquier caso, el agresor deberá describir los hechos para que, desde la detección de estas distorsiones en el relato, se puedan cambiar.

b) Control y modificación de impulsos sexuales.

Es posible enseñar a los agresores a ser dueños de sus deseos y de su excitación. En este sentido, el tratamiento se basa en un enfoque educativo. Se trata de ayudar al agresor, en un primer momento, a identificar un patrón personal de actuación y, posteriormente, las señales de advertencia que pueden llevar a la puesta en marcha de ese patrón.

Entre las tipologías de agresores ya establecidas, debemos mencionar a los pedófilos (personas cuyo objeto de excitación sexual son los niños). Aunque ciertamente son una minoría, no podemos obviar su existencia. Uno de los objetivos centrales de tratamiento será modificar esos patrones de funcionamiento sexual.

Para el tratamiento de este tipo de problemática se citan en el anexo 17 algunas técnicas específicas.

c) Manejo de agresividad

Especialmente en los casos de agresores que han sido víctimas de abusos sexuales el hecho de cometer abusos puede venir dado por una agresividad no canalizada por otros medios. En este caso, el tratamiento será similar al que se expone en el tratamiento de víctimas. Además, se puede emplear el Círculo del Abuso, para explicar el proceso por el cuál se llega a cometer la agresión.



En esta figura se plantea de forma gráfica que el agresor sigue un patrón personal (generalizado en la figura) que puede ser identificado. Por lo tanto, puede ser posible que el paciente identifique señales de peligro y situaciones de miedo.

La figura establece cómo existen experiencias que tienen lugar en la infancia (por ejemplo, experiencias de maltrato) que causarán sentimientos de indefensión y problemas con la autoestima, los cuáles a su vez generarán bajas expectativas de futuro, relativas especialmente a aspectos de aquellas primeras experiencias tempranas. Esto a su vez provocará que se eviten las conductas sobre las cuáles existan expectativas de fracaso. A partir de esas conductas no llevadas a cabo se iniciará un proceso de compensación, según el cuál el poder –también

como defensa ante la posibilidad de ser víctima- se sexualiza. En este punto, comienza el abuso: aparecen correlatos fisiológicos (excitación) y ocurre el episodio abusivo. Tras el mismo, aparece ansiedad por ser descubierto, ansiedad que inicia de nuevo el círculo.

□□□□ Técnicas para facilitar la ruptura del círculo:

1. Re-estructuración cognitiva de estas experiencias tempranas, facilitándose la ruptura del círculo.
2. Estrategias de afrontamiento prosociales, para que el sujeto no tenga que acudir al sexo para afrontar la ira.

d) Educación emocional.

Una de las características de los agresores sexuales es la dificultad para diferenciar unas emociones y otras y sobre todo para comunicarlas. Además, no experimentan las emociones en un continuo de intensidad, sino que suelen dividir sus estados emocionales en la dicotomía “estoy...” o “no estoy”. Detectar, comprender y diferenciar nuestras emociones (tristeza de ira, ansiedad de agresividad..) y diferenciar pensamientos de emociones será el primer paso para poder luego desarrollar nuestra capacidad de empatía.

□□□□ Técnicas posibles:

1. Establecer algunas preguntas que puedan guiar el análisis de las emociones.
 - ¿Por qué siento esto?
 - ¿En qué se diferencia este sentimiento de otro?
 - ¿Qué ocurre en mi cuerpo cuando siento esto?
 - ¿Qué quiero cambiar al expresar/comunicar esta emoción?
 - ¿Qué pienso cuando siento esto?

e) Prevención de recaídas.

En cualquier tratamiento terapéutico, uno de los objetivos fundamentales es no sólo mejorar el funcionamiento del paciente, sino también dotarle de estrategias para enfrentar posibles recaídas. En este sentido, Echeburúa y Guerricaechevarría plantean que, en primer lugar, es necesaria una normalización de las relaciones del agresor tanto con la víctima como con diversas personas de su entorno, para que el agresor pueda diferenciar lo que son muestras de afecto de un comportamiento abusivo. En un segundo lugar, la identificación de patrones personales y de señales de advertencia puede resultarnos muy útil, como también la

exposición gradual a situaciones similares en las que se dio el abuso y el desarrollar estrategias de afrontamiento para facilitar las respuestas adecuadas del paciente ante una situación considerada por él como de alto riesgo.

Según Beneyto (2000), la prevención de recaídas tiene un doble objetivo. Por un lado, identificar adecuadamente los precursores delictivos que se incluyen en sus procesos de recaída y, por otro lado, planear, desarrollar y practicar las respuestas de enfrentamiento adecuadas para cada uno de sus factores y situaciones de alto riesgo, que les permitan evitar el proceso.

Además, deberemos tener en cuenta cuáles son las características de los agresores que con más probabilidad presentan reincidencia:

- Tienen preferencias sexuales dirigidas a niños.
- Tienen altos niveles de distorsión cognitiva.
- Tienen una historia grave de maltrato (especialmente negligencia y maltrato emocional).
- Tienen trastornos de conducta.
- Abusan del alcohol y drogas.
- Tienen rasgos psicopáticos.
- Tienen deseos de poder.
- Tienen dificultades en el control de impulsos.

En todo caso y, según Eldrige, el terapeuta deberá cuidar el hecho de no “anunciar” la reincidencia. Se transmitirá al paciente que se van a fortalecer algunas habilidades que podrá poner en práctica ante situaciones de riesgo.

A la hora de prevenir la reincidencia, se deberá proporcionar al agresor formas alternativas de enfrentarse a situaciones que precipitaron este tipo de episodios. La terapia se convierte en ese momento en un espacio de aprendizaje de nuevas habilidades y de “repaso” de todos los contenidos y áreas que se han trabajado.

El trabajo de prevención de recaídas comenzará a desarrollarse cuando exista un reconocimiento cognitivo y emocional, y un suficiente desarrollo de empatía hacia las propias víctimas.

□ Solución de problemas

El “párate y piensa” debe ser uno de los principios fundamentales del tratamiento de agresores. En muchos casos, el cometer el abuso es una respuesta no adecuada a un impulso. A través de las técnicas de solución de problemas, se

V. ANEXOS SOBRE CONTENIDOS

4. ANEXOS SOBRE CONTENIDOS REFERIDOS AL APARTADO DE DEFINICIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

- Anexo 1. Síndrome por estrés posttraumático
- Anexo 2. Trastornos psicossomáticos
- Anexo 3. Alteraciones del sueño
- Anexo 4. Desórdenes alimentarios
- Anexo 5. Trastornos disociativos

5. ANEXOS SOBRE CONTENIDOS REFERIDOS AL APARTADO DE PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

- Anexo 6. La Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño.
- Anexo 7. La Declaración Universal de los Derechos Sexuales

- Anexo 8. I. Desarrollo evolutivo. II. Desarrollo de la sexualidad. Manifestaciones de la sexualidad infantil
- Anexo 9. Desarrollo de la empatía
- Anexo 10. Aprendizaje de estilos comunicativos óptimos
- Anexo 11. ¿Cómo resolver los conflictos en la familia?
- Anexo 12. El concepto de sí mismo y la autoestima
- Anexo 13. Mensajes clave a transmitir a los padres y madres
- Anexo 14. Fichas de denuncia y de puesta en conocimiento
- Anexo 15. Guía de actuación en caso de manifestación de abuso sexual a menores
- Anexo 16. Aspectos médico-forenses en el abuso sexual infantil

6. ANEXOS SOBRE CONTENIDOS REFERIDOS AL APARTADO DE TRATAMIENTO DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

- Anexo 17. Técnicas para tratar las parafilias
- Anexo 18. Técnicas de resolución de problemas
- Anexo 19. Técnicas de reducción de ansiedad
- Anexo 20. Ideario de la Asociación Internacional para el Tratamiento de Agresores Sexuales

ANEXO UNO

SÍNDROME POR STRESS POSTRAUMÁTICO

El síndrome por estrés postraumático es un tipo de trastorno de ansiedad que aparece tras la experimentación de un evento estresante y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su integridad física. Entre los acontecimientos traumáticos que pueden originar un trastorno por estrés postraumático se incluyen -aunque no de forma exclusiva- los combates, los ataques personales violentos (agresión sexual y física), los desastres naturales, los accidentes automovilísticos graves, etc. En los niños,

entre los acontecimientos traumáticos de carácter sexual, pueden incluirse las experiencias inapropiadas para la edad, aun en ausencia de violencia o daños reales. Además, puede desencadenarse este trastorno simplemente por el hecho de ser testigo de un suceso que ponga en peligro la integridad física de otros.

Wolfe, Gentile y Wolfe (1989) consideran las consecuencias del abuso sexual como una forma de estrés postraumático. Como ventajas de este modelo se destacan que facilita una descripción operativa de los síntomas derivados del abuso y que permite un diagnóstico que todos los profesionales puedan entender.

□□□□ **Criterios diagnósticos del DSM- I V**

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido los siguientes elementos:

1. La persona ha re-experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
2. La persona ha respondido con temor, desesperanza o con un horror intensos.

Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

B. El acontecimiento traumático es re-experimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.

Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.

Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo. Se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse.

Nota: Los niños pequeños pueden escenificar el acontecimiento traumático específico.

4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos intensos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
 5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos intensos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican, al menos, tres de los siguientes síntomas:
1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el evento traumático.
 2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
 3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
 4. Reducción acusada del interés o de la participación en actividades significativas.
 5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
 6. Restricción de la vida afectiva (por ejemplo, incapacidad para tener sentimientos de amor).
 7. Sensación de un futuro desolador (por ejemplo, no se espera obtener un empleo, casarse, formar una familia, etc.)
- D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal, ausente antes del trauma), tal y como indican, al menos, dos de los siguientes síntomas:
1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
 2. Irritabilidad o ataques de ira.
 3. Dificultades de concentración.
 4. Hipervigilancia.
 5. Respuestas exageradas de sobresalto.
- E. Estas alteraciones se prolongan durante más de un mes.
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

□□□□ **Modelo traumatogénico de Finkelhor**

Como alternativa al modelo de estrés postraumático, Finkelhor propone el modelo traumatogénico, que es más específico y según el cual las razones

explicativas del impacto psicológico son la sexualización traumática, la pérdida de confianza, la indefensión y la estigmatización. Estas cuatro variables constituyen la causa principal del trauma al distorsionar el autoconcepto, la visión sobre el mundo y las capacidades afectivas de la víctima. Estos factores se relacionan a su vez con el desarrollo, por parte del niño, con un estilo de afrontamiento inadecuado y con el surgimiento de problemas de conducta (Finkelhor, 1997; López, 1993; Cortés y Cantón, 1997).

- A. Sexualización traumática. Se refiere a la interferencia del abuso en el desarrollo normal de la sexualidad. El niño aprende a usar determinadas conductas sexuales como estrategia para obtener beneficios o manipular a los demás, y adquiere aprendizajes deformados de la importancia y significado de determinadas conductas sexuales, así como concepciones erróneas sobre la sexualidad y la moral sexual. Asimismo, tiene dificultades para establecer relaciones de intimidad y para integrar las dimensiones afectivas y eróticas.
- B. La pérdida de confianza puede no sólo centrarse en la relación con el agresor, sino generalizarse a las relaciones con el resto de la familia (por no haber logrado librar a la víctima de estas experiencias) e incluso ampliarse a otras personas, especialmente en el contexto de las relaciones interpersonales.
- C. La estigmatización es sentida como culpa, vergüenza, o como pérdida de valor. Esta serie de connotaciones negativas se incorporan a la autoimagen del niño y ejercen una profunda influencia en su autoestima. Todo ello puede llevar a una identificación con otros niveles estigmatizados de la sociedad (drogadicción, prostitución). Por otro lado, el mantenimiento en secreto del abuso sexual puede reforzar la idea de ser diferente y, con ello, aumentar el sentimiento de estigmatización (Cortés y Cantón, 1997).
- D. El sentimiento de indefensión se traduce en una creencia en el niño de no saber como reaccionar ante las diversas situaciones planteadas en la vida real y de tener poco control sobre sí mismo y sobre cuánto sucede. Todo ello crea en la víctima una sensación de desamparo y un temor de lo que pueda suceder en el futuro, provocando actitudes pasivas, poco asertivas y de retraimiento.

ANEXO DOS

TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS

- A. Uno o más síntomas físicos (por ejemplo, fatiga, pérdida de apetito, síntomas gastrointestinales o urinarios).
- B. Cualquiera de las dos características siguientes:
 - 1. Tras un examen adecuado, los síntomas no pueden explicarse por la presencia de una actividad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia.
 - 2. Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio.
- C. Los síntomas provocan un malestar clínico significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. La duración del trastorno es de al menos 6 meses.
- E. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.
- F. Los síntomas no se producen intencionadamente ni son simulados.

ANEXO TRES

ALTERACIONES DEL SUEÑO

(La explicación se centrará en trastornos primarios del sueño, es decir, en aquellos que no tienen como etiología una enfermedad mental, médica o el consumo de sustancias)

3 A. Disomnias

Las disomnias son alteraciones primarias del inicio o mantenimiento del sueño, o de somnolencia excesiva, que se caracterizan por un trastorno de la cantidad, la calidad y el horario del sueño. En este capítulo se hará especial referencia al insomnio primario y a la hipersomnias primaria.

1. Insomnio primario:

- 1.1. Dificultad para iniciar o mantener el sueño, o la sensación de no haber tenido un sueño reparador durante, al menos, un mes.
- 1.2. Existencia de un malestar clínicamente significativo o un deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

2. Hipersomnias primaria:

- 2.1. Somnolencia excesiva durante al menos un mes evidenciada tanto por episodios prolongados de sueño, como por episodios de sueño diurno que se producen prácticamente cada día.
- 2.2. Existencia de un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

B. Parasomnias

Las parasomnias son trastornos caracterizados por comportamientos o fenómenos fisiológicos anormales que tienen lugar coincidiendo con el sueño, con algunas de sus fases específicas o con las transiciones sueño-vigilia. A diferencia de los trastornos del sueño, las parasomnias no implican una anomalía de los mecanismos que rigen el ritmo circadiano ni de los horarios de sueño y despertar. Cada parasomnias afecta a una etapa característica del

sueño, de forma que cada tipo específico de parasomnia incide en una fase del sueño concreta.

En este apartado se hará una especial referencia a los terrores nocturnos y a los sueños recurrentes.

1. Terrores nocturnos.

- 1.1. Episodios recurrentes de despertares bruscos que se producen generalmente durante el primer tercio del episodio de sueño mayor y que se inician con un en grito de angustia.
- 1.2. Aparición, durante el episodio de miedo, de signos de activación vegetativa de carácter intenso, por ejemplo, taquicardia, taquipnea y sudoración.
- 1.3. Falta relativa de respuesta del individuo ante los esfuerzos de los demás por tranquilizarle.
- 1.4. Existencia de amnesia del episodio. El individuo no puede describir recuerdo alguno detallado de lo acontecido durante la noche.
- 1.5. Estos episodios provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- 1.6. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

2. Pesadillas:

- 2.1. Despertares repetidos durante el periodo de sueño mayor o en las siestas diurnas, provocados por sueños extremadamente terroríficos y prolongados que dejan recuerdos vívidos, y cuyo contenido suele centrarse en amenazas para la propia supervivencia, seguridad o autoestima. Los despertares suelen ocurrir durante la segunda mitad del periodo de sueño.
- 2.2. Al despertarse del sueño terrorífico, la persona recupera rápidamente el estado orientado y vigil (a diferencia de la confusión y desorientación que caracterizan a los terrores nocturnos y a algunas formas de epilepsia).
- 2.3. Las pesadillas o la alteración del sueño determinada por los continuos despertares provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- 2.4. Las pesadillas no aparecen exclusivamente por el transcurso de otro trastorno mental y no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica.

En el caso de abuso sexual, estas pesadillas suelen ser sueños recurrentes en los cuáles la víctima re-experimenta el episodio. En los niños, además, estos sueños recurrentes se pueden convertir, al cabo de varias semanas, en pesadillas generalizadas donde pueden aparecer monstruos, rescates espectaculares o amenazas sobre ellos mismos y los demás.

ANEXO 4

DESÓRDENES ALIMENTARIOS

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. Incluiremos aquí dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias (vómito provocado, abuso de laxantes y diuréticos, ejercicio excesivo).

Una característica esencial y común en la anorexia nerviosa y en la bulimia es la alteración de la forma y el peso corporales.

□□□□ Criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa

1. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la talla.
2. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
3. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
4. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea (ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos).

Subtipos:

- v Restictivo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- v Compulsivo/purgativo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas.

□□□□ **Criterios diagnósticos de la Bulimia Nerviosa**

1. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, periodo inferior a dos horas) en una cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar y en las mismas circunstancias.
 - Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
2. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son la provocación del vómito, el uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas y otros fármacos, el ayuno y el ejercicio físico.
3. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio, al menos, dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.
4. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
5. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Subtipos:

- v Purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- v No purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

ANEXO 5

TRASTORNOS DISOCIATIVOS

La característica esencial de los trastornos disociativos consiste en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria, y la percepción del entorno. Esta alteración puede ser repentina o gradual, transitoria o crónica. En este apartado se incluye:

A. Amnesia disociativa:

1. La alteración predominante consiste en uno o más episodios de incapacidad para recordar información personal importante, generalmente un acontecimiento de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada a partir del olvido ordinario.
2. La alteración no aparece exclusivamente durante el curso de otro trastorno.
3. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

B. Fuga disociativa:

1. La alteración esencial de este trastorno consiste en viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, con incapacidad para recordar el pasado del individuo.
2. Confusión sobre la identidad personal o asunción de una nueva identidad (parcial o completa).
3. El trastorno no aparece exclusivamente en el transcurso de otros trastornos.
4. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. Trastorno de identidad disociativo:

1. Presencia de dos o más identidades o estados de personalidad, cada uno con un patrón propio y relativamente persistente de percepción, interacción y concepción del entorno y de sí mismo.
2. Al menos dos de estas identidades o estados de personalidad controlan de forma recurrente el comportamiento del individuo.
3. Incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.
4. El trastorno no es debido a efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

Nota: En los niños, estos síntomas no deben confundirse con juegos fantasiosos o compañeros de juego imaginario.

D. Trastorno de despersonalización:

1. Experiencias persistentes o recurrentes de distanciamiento o de ser un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo (por ejemplo, sentir como si se estuviera en un sueño).
2. Durante el episodio de despersonalización, el sentido de la realidad permanece intacto.
3. La despersonalización provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

4. El episodio de despersonalización aparece no exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica.

ANEXO SEIS

LA CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO APROBADA POR LA ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS EL 20 DE NOVIEMBRE DE 1989

Cuando pensamos en un niño, pensamos en futuro, no en presente, pensamos en un proyecto, no en una realidad concreta, pensamos en necesidades en el

futuro, no en el presente...nos olvidamos del mismo niño o niña pensando en los adultos del mañana.

Por eso es importante reivindicar la figura del niño y niña como persona, como ser humano, con los mismos derechos, deberes y necesidades que un adulto. La Convención sobre los Derechos del Niño que aprobó la Asamblea de Naciones Unidas en 1989, y ratificada por España en 1990, les proporciona por primera vez en la historia “estatuto” de personas.

Fue en el siglo XVIII cuando se reconoció por primera vez al niño como alguien con personalidad propia y necesidades específicas, pero tuvieron que pasar casi dos siglos para que se elaborara un documento de obligado cumplimiento jurídico para aquellos países que lo ratificaran. Desde esa perspectiva se puede considerar al siglo XX como el siglo de la infancia.

Pero la Convención no deja de ser un documento político si los adultos, sea cual sea nuestro posicionamiento social, no respetamos los derechos recogidos en la Convención, y no proporcionamos a los niños y niñas los cauces necesarios para poder defenderlos y promocionarlos.

Ésa es la diferencia básica entre un adulto y un niño cuando se trata de derechos humanos. Un adulto puede, la mayoría de las veces, defender sus derechos, porque tiene la autonomía y los cauces necesarios para ello. Cuando no es así, su condición se equipara a la del niño, que está indefenso y depende de otros adultos para hacer realidad algo que, por el simple hecho de existir como persona, debería corresponderle.

Pero hay otro factor: los niños y niñas tienen una serie de necesidades evolutivas cuya satisfacción condiciona su desarrollo como personas. La indefensión de los niños y niñas los hace depender de los adultos para lograr un desarrollo armónico.

Pero para respetar algo hay que conocerlo.

□□□□ ¿Qué implicación legal tiene la Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas para los países que la ratifican ?

La misma que cualquiera de sus legislaciones nacionales.

□□□□ ¿A quién se refiere la Convención cuando habla de “niño o niña”?

Se refiere a cualquier persona -niños, niñas y jóvenes- menor de 18 años, viva en el país del mundo que viva (artículo 1).

□□□□ ¿Cuáles son los principios básicos de la Convención?

La no discriminación: Los derechos recogidos en la Convención conciernen igualmente a todos los niños y niñas, independientemente de su raza, sexo, religión, lengua, discapacidad, opinión o antecedentes familiares. Es el principio de la protección universal.

El interés superior del niño: Cuando los adultos, las instituciones, administraciones, tribunales u organizaciones tomen decisiones que afecten a los niños y niñas, han de tener en consideración como factor principal aquello que sea mejor para ellos.

El principio de subsidiariedad: El Estado está obligado a asumir las funciones protectoras o asistenciales cuando los padres, tutores u otras personas directamente responsables de la crianza y desarrollo de los niños no sean capaces de cubrirlas.

El respeto y consideración al punto de vista del niño : Los niños tienen derecho a decir lo que piensan sobre todo aquello que les afecte. Lo que digan ha de ser escuchado con atención. Cuando los tribunales u otros organismos oficiales tomen decisiones que les puedan afectar, han de tener en cuenta lo que los niños sienten o desean.

El principio de vigilancia, evaluación y exigencia de responsabilidades y sanciones contra aquellos países que, habiendo ratificado la Convención, atenten contra alguno de los derechos de la infancia recogidos en ella.

□□□□ ¿ **Qué derechos otorga la Convención a los niños y niñas?**

Derechos a la supervivencia:

- Derecho a la **vida**, a su supervivencia y desarrollo (art. 6)
- Derecho a la **integridad física** y a tener cubiertas las necesidades fundamentales (art. 6)
- Derecho a un **nivel de vida adecuado** para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social (art. 27)
- Derecho al **albergue** (art. 27)
- Derecho a la **nutrición** (art. 27)
- Derecho a la **salud** (art. 24)
- Derecho a los **servicios médicos**, haciendo especial hincapié en los cuidados preventivos y la atención primaria (art. 24)
- Derecho a la **Seguridad Social** (art. 26)
- Derecho al **bienestar**
- Derecho a una **identidad** : a un nombre, a una nacionalidad y a unos vínculos familiares (art. 7, 8 y 9)

Derechos al desarrollo:

- Derecho a la **educación**: educación primaria obligatoria y gratuita, fomento de la secundaria, facilitación del acceso a la superior, información regular y garantización de su asistencia a la escuela (art. 28)
- Derecho al **juego y esparcimiento** (art. 31)
- Derecho al **ocio** (art. 31)
- Derecho a participar en **actividades culturales**
- Derecho a tener su propia **vida cultural** en caso de pertenecer a una minoría, con su idioma y su religión (art. 30)
- Derecho al **acceso a la información** adecuada (art. 17)
- Derecho a la **libertad de pensamiento, conciencia y religión**. Los Estados respetarán los derechos y deberes de guiar al niño en el ejercicio de su derecho según la evolución de sus capacidades (art. 14)
- Derecho a que el Estado brinde la **asistencia necesaria a sus padres** para desempeñar sus responsabilidades adecuadamente respecto a la crianza de sus hijos (art. 18)
- Derecho a la **recuperación y reintegración social** en caso de haber sido víctima de tortura, violencia, conflicto armado o cualquier otro abuso o explotación que así lo exija (art. 39)

Derechos a la protección:

- Derecho a ser **protegidos de toda forma de abuso y explotación** (art. 36)
- Derecho a **no sufrir prisión perpetua ni pena capital** y a no ser privado de su libertad arbitrariamente (art. 37)
- Derecho a ser **protegido de todo tipo de violencia** : abuso físico, abuso mental, abuso sexual, descuido, malos tratos, torturas, abusos del sistema de justicia criminal (art. 19)
- Derecho a **ser excluido de los conflictos armados** si es menor de 15 años (art. 38)
- Derecho a ser **protegido contra injerencias en su vida privada**, su familia, su domicilio, su correspondencia (art. 16)
- Derecho a que se le garanticen sus derechos y las garantías de un **procedimiento legal justo**, así como de asistencia adecuada para ello, en caso de haber infringido la ley (art. 40)
- Derecho a **ser protegido de la retención ilícita** del niño en el extranjero por uno de los padres o terceras personas (art. 11)
- Derecho a la **reunificación familiar** en caso de separación por el motivo que fuere (art. 10)
- Derecho a **asistencia y cuidado si ha de ser separado de sus padres** por su interés superior (art. 20)
- Derecho a que el Estado asegure las **garantías mínimas en los procesos de adopción** (art. 21)
- Derecho de **protección y asistencia** en caso de tener o solicitar el estatuto de niño **refugiado** (art. 22)

- Derecho a que se le posibilite la **autosuficiencia y la integración social a los niños mental o físicamente impedidos**, con educación y adiestramiento especiales (art. 23)
- Derecho a ser **protegido de ataques ilegales contra su honra y reputación** (art. 16).
- Derecho a ser **protegido de la explotación laboral y económica**, fijando una edad mínima para trabajar y unas condiciones determinadas para este trabajo (art. 32)
- Derecho a ser **protegido del consumo de drogas** (art. 33)
- Derecho a ser **protegido de la explotación sexual** (art. 34)
- Derecho a ser **protegido del secuestro, venta y trata de niños** (art. 35)

Derechos a la participación:

- Derecho a asumir un **papel activo en sus comunidades y naciones** (art. 15)
- Derecho a la **libertad de expresión** : buscar, recibir y difundir información en cualquier medio y país (art.13)
- Derecho a **ser oído sobre los asuntos que afectan a la propia vida**, ya sea en procedimientos judiciales o administrativos bien por sí mismos bien por un representante legal, en función de su edad y madurez (art. 12)
- Derecho de **asociación y reunión con fines pacíficos** (art. 15)

ANEXO 7

LA DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS SEXUALES

La sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

La sexualidad es construida a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad inherente, dignidad e igualdad para todos los seres humanos. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico. Para asegurarnos que los seres humanos de las sociedades desarrollen una sexualidad saludable, los derechos sexuales siguientes deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades de todas las maneras. La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales:

- 1. El Derecho a la Libertad Sexual.** La libertad sexual abarca la posibilidad de los individuos de expresar su potencial sexual. Sin embargo, esto excluye todas las formas de coerción sexual, explotación y abuso en cualquier tiempo y situaciones de la vida.
- 2. El Derecho a la Autonomía Sexual, Integridad Sexual y Seguridad del Cuerpo Sexual.** Este Derecho involucra la habilidad de tomar decisiones autónomas sobre la vida sexual de uno dentro de un contexto de la propia ética personal y social. También incluye el control y el placer de nuestros cuerpos libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.
- 3. El Derecho a la Privacidad Sexual.** Este involucra el derecho a tomar decisiones individuales y conductas sobre la intimidad siempre que ellas no interfieran en los derechos sexuales de otros.
- 4. El Derecho a la Equidad Sexual.** Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o invalidez física o emocional.
- 5. El Derecho al Placer Sexual.** El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
- 6. El Derecho a la Expresión Sexual Emocional.** La expresión sexual es más que el placer erótico en los actos sexuales. Cada individuo tiene

derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.

7. **El Derecho a la Libre Asociación Sexual.** Significa la posibilidad de casarse o no, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales.
8. **El Derecho a Opciones Reproductivas Libres y Responsables.** Abarca el derecho para decidir tener niños o no, el número y el tiempo entre cada uno, y el derecho al acceso a los métodos de regulación de la fertilidad.
9. **El Derecho a Información Basada en el Conocimiento Científico.** La información sexual debe ser generada a través de un proceso científico y ético y difundido en formas apropiadas en todos los niveles sociales.
10. **El Derecho a la Educación Sexual Comprensiva.** Éste es un proceso que dura toda la vida, desde el nacimiento y que debería involucrar a todas las instituciones sociales.
11. **El Derecho al Cuidado de la Salud Sexual.** El cuidado de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y desórdenes sexuales.

LOS DERECHOS SEXUALES SON DERECHOS HUMANOS FUNDAMENTALES Y UNIVERSALES

Declaración del 13º Congreso Mundial de Sexología celebrado en Valencia (España), revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) el 26 de agosto de 1999, en el 14º Congreso Mundial de Sexología en Hong Kong (República Popular China)

ANEXO OCHO

I. DESARROLLO EVOLUTIVO DEL NIÑO

Una de las primeras cosas que hemos de aprender respecto a un niño o niña es que su desarrollo es un proceso evolutivo, que pasa por diferentes **etapas** y cada una de ellas tiene sus **necesidades y sus posibilidades**. Algunas veces, queremos hacer del niño o niña un “adulto” en miniatura, queremos que entienda cosas que no puede entender y otras veces le seguimos tratando como si no fuese capaz de comprender casi nada.

El desarrollo del niño es un **desarrollo biopsicosocial**. Esto quiere decir que tan importantes como el alimento y el agua son el amor, la protección y un ambiente rico en estímulos y relaciones. Si uno de los tres ámbitos de desarrollo falla, los otros se resentirán. Por eso, podemos hablar de desarrollo cognitivo, afectivo, social y físico.

Otro aspecto esencial es el **marco ecológico del desarrollo**. Una persona se desarrolla dentro de diferentes entornos, todos ellos aportan algo a ese desarrollo. El primero y principal es la familia, pero el grupo de iguales, la escuela, los medios de comunicación o la misma sociedad son factores esenciales a evaluar.

El desarrollo del niño o niña es un **proceso de intercambio**. Se genera desde las **relaciones afectivas** y a través de éstas. Es importante recordar que no

es lo mismo interactuar con alguien que **vincularse** a él. Un niño o niña se relaciona con muchas personas a lo largo de su vida pero sólo está vinculado afectivamente a unas pocas, y son éstas las que podrán definir su desarrollo. Cuando nos vinculamos afectivamente a alguien nos volvemos necesarios e importantes para él. En esta relación, el niño o niña aporta sus características, sus posibilidades y su temperamento, **participa de forma activa** en ese intercambio desde el principio.

Cuando nace, el **bebé** viene dotado de una serie de reflejos que le permiten relacionarse y sobrevivir. Muy pronto, a partir del tercer mes, va a manifestar conductas intencionales orientadas a comunicarse con el adulto: sonrisas, llantos, gestos, miradas... que aquéllos interpretan atribuyéndoles un propósito claro e intencional, de forma que se establece una comunicación especial. De esta manera, durante el primer año se va consolidando una comunicación no verbal cada vez más rica con las personas más allegadas que serán habitualmente los padres o quienes ocupan su lugar.

Desde los **dos años**, la aparición del lenguaje facilita la socialización y un mayor desarrollo del pensamiento, ofreciendo formas nuevas y diferentes de comunicación. El niño necesita ya relacionarse con sus iguales y lo hará a través del lenguaje y el juego. De este modo, adquiere importancia la relación con los otros sin que ello menoscabe la importancia de la relación familiar.

A los **siete años** se comienza a adquirir la capacidad de cooperación y del trabajo en común que hacen posibles las discusiones donde cada niño entiende las razones de los otros escuchando sus argumentos y sus justificaciones. A esta edad se da en el niño una necesidad creciente de relacionarse con los iguales y de explorar el mundo que le rodea, de “salir” del entorno doméstico. Por tanto, necesitan espacios que les permitan el juego y las relaciones con los amigos.

La **adolescencia** es por sí misma una etapa de crisis que será más o menos acentuada según se haya organizado la vida infantil en las etapas anteriores. En todas ellas el hijo ha venido reclamando la atención de los padres, quiere jugar, reír con ellos, contar y que le cuenten cosas, que se les preste atención. Si los padres no han respondido debidamente, los hijos no habrán aprendido a comunicarse y cuando llegue la adolescencia se encerrarán en sí mismos haciendo difícil penetrar en su mundo interior. Surge entonces la incomunicación como un verdadero problema que acentúa la crisis ya propia de la adolescencia.

Se dan serias dificultades para la comunicación no sólo por parte del adolescente por encontrarse en una situación de rebeldía a aceptar cuanto venga de los adultos, sino también por parte de los padres y educadores que no encuentran con facilidad un lenguaje común para contactar con los hijos.

A pesar de las dificultades, el diálogo y la comunicación serán efectivos si se producen en un contexto adecuado, es decir, en un clima de serenidad, de

afecto y amor, de respeto y libertad, de seguridad y de comprensión, de aceptación y de cariño, de naturalidad y de interés. Así sucede cuando ambas partes saben escuchar (las voces permiten oír, pero a veces nos impiden escuchar) y hacen partícipe al otro de sus experiencias.

□□□□ Necesidades de los niños y niñas en su desarrollo evolutivo

A continuación, se enumeran algunas de las necesidades que se consideran prioritarias cubrir en las distintas etapas del desarrollo del niño o niña. Además, se ofrece un cuadro que categoriza las más importantes según sean biológicas o de autonomía, siguiendo una de las clasificaciones empleadas en este campo.

0-2 AÑOS	2-7 AÑOS
. Lactancia materna o en su defecto lactancia artificial.	. Adecuación de la alimentación a su edad.
. Incorporación de nuevos alimentos según la edad del niño/a.	. Enseñarle a comer solo.
. Controles de salud y del desarrollo por el pediatra.	. Supervisión de posibles deficiencias sensoriales.
. Vacunaciones correspondientes a la edad.	. Supervisión y promoción de la motricidad fina y gruesa.
. Atención a la higiene física.	. Educación en el control de esfínteres.
. Vestidos adecuados a las condiciones climáticas.	. Vacunaciones según edad y riesgos de grupo o personales.
. Mantenimiento de la higiene del entorno y la vivienda.	. Enseñarle a mantener su higiene física, incluida la bucodental.
. Adecuadas horas de sueño y descanso. Horarios estables y acordes a las necesidades del niño/a.	. Entorno de la vivienda adaptada a la seguridad y prevención de accidentes.
. Supervisión de la actitud de otros cuidadores.	. Evitación del tabaquismo pasivo.
. Ofrecimiento de actividad y ejercicio en el hogar.	. Seguridad en automóviles para los niños.
. Evitación del tabaquismo pasivo.	. Organización de la escuela adecuada a la seguridad.
. Seguridad en automóviles en lactantes.	. Enseñarle a nadar, ir en bicicleta y educación vial.
. Construcción de vínculos afectivos. Presencia estable de uno o varios cuidadores.	. Aprender ritos de acostarse e higiene del sueño.
. Espacios y tiempos de juego.	. Aprendizaje de normas.
. Seguridad en el hogar.	. Participación e interacción con iguales.
. Comunicación e interacción con adultos y otros niños.	. Juegos simbólicos y de reglas.
. Exploración del propio cuerpo.	. Estimulación adecuada, tanto física como intelectual.
. Construcción de la autonomía:	. Núcleo relacional amplio y variado.
	. Adquisición de una identidad sexual.

- conductas de “yo puedo solo”.
 - Estimulación adecuada, tanto física como intelectual.
 - Permitir y no censurar las manifestaciones de curiosidad sexual y los primeros juegos sexuales.
-

7 -12 AÑOS

- Educación alimentaria y nutricional.
- Higiene bucodental autosuficiente.
- Educación en higiene del sueño según edades.
- Educación sexual.
- Educación en prevención de hábitos tóxicos o adictivos.
- Educación vial para niños que van solos.
- Ejercicio y actividades al aire libre.
- Enseñar a los niños a satisfacer necesidades de vestimenta e higiene de la vivienda, cuando están solos.
- Vacunaciones correspondientes a la edad.
- Supervisión de desarrollo puberal, déficits sensoriales o causas físicas que alteren el aprendizaje.
- Intervención en el incorrecto control de esfínteres.
- Higiene alimentaria en comedores escolares y prevención de accidentes en la escuela.
- Seguridad en parques y jardines.
- Educación escolar y extraescolar.
- Espacios de ocio y tiempo libre.
- Participación en las decisiones familiares.
- Constitución y fortalecimiento del grupo de iguales.
- Desarrollo de señas de identidad grupales.
- Aprendizaje de normas y reglas.
- Juegos y contactos sexuales.
- Expresión y control de los cambios emocionales.

ADOLESCENCIA

- Educación alimentaria y nutricional según edad.
 - Higiene bucodental.
 - Higiene física de la mujer.
 - Seguridad en ciclomotores.
 - Seguridad en deportes de competición o de alto riesgo.
 - Sexualidad para este grupo de edad.
 - Hábitos tóxicos (alcohol, tabaco).
 - Prevención de ETS y embarazo.
 - Prevención de la violencia entre iguales.
 - Vacunaciones correspondientes a la edad.
 - Control de la pubertad y déficits sensoriales.
 - Suficiencia en el vestir e higiene de la vivienda.
 - Cumplimiento de autocuidados del adolescente con alguna enfermedad.
 - Pautas regulares de sueño.
 - Comienzo de las relaciones sexuales.
 - Relaciones afectivas o de pareja.
 - Construcción de la identidad: espacios propios y privados; conflictos emocionales; prioridad al grupo de iguales; elaboración de reglas y normas propias y separación psicológica del núcleo familiar.
 - Educación escolar y extraescolar.
 - Proporcionar información adecuada y veraz sobre abuso de drogas, alcohol, enfermedades de transmisión sexual.
-

SALUD FÍSICA
Necesidades biológicas

Primera Infancia

- . Protección. Seguimiento especializado.
- . Alimentación adecuada.
- . Sueño.
- . Higiene adecuada.
- . Vivienda adecuada.
- . Actividad y ejercicio físico.

2-7 años

- . Alimentación variada.
- . Sueño ordenado.
- . Higiene.
- . Vivienda.
- . Ejercicio físico.
- . Actividades al aire libre.

7 - 14 años

- . Alimentación variada.
- . Sueño ordenado.
- . Higiene.
- . Vivienda.
- . Ejercicio físico.
- . Actividades al aire libre.

Adolescencia

- . Alimentación adecuada.
- . Pautas regulares de sueño.
- . Higiene.

- . Vivienda.
- . Ejercicio físico.
- . Actividades al aire libre.
- . Prevención de adicciones.
- . Necesidades sexuales: información, actitud erotofílica, prevención de enfermedades, prevención de abusos.

AUTONOMÍA
Necesidades psicológicas y sociales

Primera Infancia

- . Interacción y comunicación no verbal con adultos.
- . Formación de vínculos.
- . Interacción niño-objeto-adulto.
- . Juego con objetos.
- . Juego simbólico.

2-7 años

- . Vínculos afectivos familiares y participación.
- . Aprendizaje de normas y reglas de forma activa.
- . Comprensión de su pensamiento.
- . Interacción y comunicación.
- . Relación con iguales.
- . Juego simbólico y de ejercicio.

7 - 14 años

- . Educación escolar.
- . Vínculos afectivos.
- . Participación familiar y escolar.
- . Relaciones con iguales.
- . Ocio y tiempo libre.
- . Aprendizaje de reglas y normas.

Adolescencia

- . Educación formal e informal adecuada a necesidades y usos culturales.
- . Relación con iguales.
- . Relaciones afectivas y/o de pareja.
- . Participación activa en vida familiar, escolar y social.
- . Elaboración de normas y reglas activamente.
- . Ocio y tiempo libre.
- . Espacios adecuados para relaciones con amigos/as.

II . DESARROLLO DE LA SEXUALIDAD MANIFESTACIONES DE LA SEXUALIDAD INFANTIL

A. Del nacimiento a los dos años

- Exploran las diferentes partes del cuerpo, incluso los genitales.
- Comienzan a desarrollar una actitud positiva o negativa respecto al propio cuerpo.
- Experimentan placer genital. Desde el nacimiento los niños tienen erecciones y las niñas lubricación vaginal.
- Son animados por la familia y el entorno para que desarrollen su identidad masculina o femenina.
- Aprenden algunas conductas propias de los niños y las niñas.

B. Tercer y cuarto año de vida

- Son conscientes y muy curiosos respecto a las diferencias corporales de género.
- Se acarician y aprenden a masturbarse.
- Juegan a los médicos, imitan actividades u otros juegos sexuales con los amigos y hermanos.
- Adquieren una creencia firme respecto a la identidad sexual: ser hombre o mujer.
- Imitan la conducta sexual de los adultos.
- Dicen tacos.
- Hacen preguntas sobre el otro sexo.
- Tienen curiosidad por su origen y nacimiento.

C. Quinto y sexto año de vida

- Continúan con los juegos y actividades sexuales, así como con la masturbación.
- Manifiestan curiosidad por el embarazo y nacimiento.
- Manifiestan relaciones de amistad con otros niños del mismo sexo.
- Manifiestan un gran interés por el rol de género.
- Tienen una orientación sexual básica.
- Adquieren una nueva forma de valorar a los adultos que tienen autoridad.
- Comparan su situación con la de sus iguales.
- Comienzan a crear con el grupo de iguales una determinada forma de hablar y vestirse.
- Hacen bromas respecto a la sexualidad.

D. Entre los nueve y los doce años

- Comienza la pubertad.
- Se hacen más reservados y manifiestan deseos de tener vida privada.
- Se producen cambios emocionales fuertes: alegría y tristeza.
- Tienen sentimientos muy fuertes de enamoramiento o amistad con sus amigos, con otros adolescentes, con artistas o profesores, entre otros.
- Mantienen un apego importante con los amigos del mismo sexo.
- Se sienten incómodos.
- Se masturban hasta llegar al orgasmo.
- Están muy influidos por el grupo de iguales.
- Tienen fantasías sexuales y románticas.
- Toman decisiones sobre la actividad sexual o el uso de las drogas.

Asociación Americana de Educación Sexual (SIECUS) 1994.

□□□□ **Calificación de conductas sexuales**

A. Prepúberes (0–12 años)

1. Conductas sexuales normales:
 - Conversaciones sobre los genitales o la reproducción con niños de la misma edad.
 - “Enséñame y te enseño” con niños de la misma edad.
 - Jugar a médicos.
 - Masturbación ocasional sin penetración.
 - Comportamientos imitando la seducción.
 - Uso de tacos dentro de la pandilla o grupo de iguales.
2. Conductas que requieren una respuesta de los adultos:
 - Preocupación por los temas sexuales (especialmente por la agresividad sexual).
 - Intentos de exponer a otros los genitales (por ejemplo, bajarle los pantalones a un niño o levantarle la falda a una niña).
 - Conversaciones explícitamente sexuales con otros niños.
 - Grafitis sexuales.
 - Ridiculización sexual de otros niños.
 - Conocimiento sexual precoz.
 - Recurrir en solitario a la pornografía, la exhibición u otro tipo de intereses similares.
 - Preocupación por la masturbación.
 - Masturbación en pareja o en grupo.
 - Simulación de juegos sexuales con muñecas o iguales.
3. Conductas que requieren corrección:

- Conversaciones explícitamente sexuales con niños de edad significativamente mayor.
- Tocamiento de los genitales de otro sin su permiso.
- Humillación o degradación de sí mismo o de otros por razones sexuales.
- Inducción de miedo o de amenazas.
- Propositiones sexuales o amenazas incluso con notas escritas.
- Repetido acceso a la pornografía, exhibicionismo o similares.
- Masturbación compulsiva.
- Masturbación que conlleva penetración anal o vaginal.
- Simulación de coito con muñecas, perros, animales o otros niños con ropa puesta.

4. Conductas problemáticas siempre requiriendo una intervención profesional:

- Penetración oral, vaginal o anal de muñecas, niños o animales.
- Se fuerza la exposición de genitales de otros.
- Simulación del coito con otros niños desnudos.
- Cualquier herida genital que no se explique por una accidente casual.

B. Pospúberes (13-18 años)

1. Conductas sexuales normales:

- Conversaciones sexuales explícitas con compañeros.
- Juegos o bromas con la pandilla o grupo de iguales.
- Cortejo o flirteo sexual.
- Masturbación en solitario.
- Interés en contenidos eróticos.
- Besos, abrazos o ir de la mano.
- Comportamientos sexuales explícitos.
- Masturbación mutua.
- Coito monógamo estable o seriado.

2. Conductas que requieren una respuesta de los adultos:

- Ansiedad o preocupaciones sexuales que interfieren en el comportamiento diario.
- Interés por la pornografía.
- Coitos poligámicos o promiscuidad.
- Interés por temas o personas agresivamente sexuales.
- Grafitis sexuales.
- Humillación de otros por motivos sexuales.
- Violación del espacio corporal de otro, empujando, tocando.

- Episodios sueltos de tocamientos, exhibicionismo con compañeros conocidos.
- Posturas obscenas.

3. Conductas que requieren corrección:

- Masturbación compulsiva, especialmente si es crónica o en público.
- Degradación o humillación de sí mismo o de otros por razones sexuales.
- Intento de exposición de los genitales de otro.
- Interés crónico por la pornografía sádica.
- Conversaciones sexualmente explícitas con niños mucho más pequeños.
- Tocamiento de los genitales de otro sin su permiso.
- Amenazas explícitamente sexuales, verbales o escritas.

4. Conductas ilegales definidas por la ley que requieren intervención inmediata:

- Llamadas obscenas, voyerismo, exhibicionismo, frotamientos.
- Contactos sexuales con niños significativamente más pequeños.
- Contactos sexual forzados.
- Penetraciones sexuales forzadas, violación.
- Contactos sexuales con animales.
- Provocación de heridas genitales a otros.

Artículo de G. Ryan

ANEXO NUEVE

DESARROLLO DE LA EMPATÍA

Resulta fundamental para resolver un conflicto distinguir entre la empatía y la simpatía. Empatizar es comprender al otro desde sus necesidades y sus intereses, simpatizar con alguien es asumir sus necesidades e intereses como propios. Empatizar es un requisito fundamental para poder comprender a otra persona, pero simpatizando con ella sesgamos nuestra percepción y tomamos una actitud subjetiva respecto al conflicto, que no beneficia a la persona, aunque nos haga sentir mejor a nosotros mismos.

La empatía es algo que se aprende, que resulta difícil de adquirir. Existen cosas que la hacen más difícil y cosas que la favorecen.

A. Obstáculos a la empatía:

- Dominación.
- Manipulación.
- Restar poder de decisión al otro.
- Negación.

B. Estimuladores de la empatía:

- Trabajar las relaciones independientemente del problema.
- Compartir actividades para crear vínculos entre las personas.
- Elegir el lugar y el momento para la profundidad.

Pero, ¿cómo podemos comprender y empatizar con las emociones del otro? Aprender a manejar nuestras emociones es el primer paso para poder comprender las de los demás. Si nuestras emociones nos dominan, no tendremos capacidad para llegar a las de nadie más. Hemos de aprender a no negarlas, a descargarlas, si es que nos resultan excesivas, de forma privada y segura, a ser tolerantes con las descargas emocionales de los demás y a no vengarnos, quejarnos o criticar las emociones de otros.

Es importante aprender a enfocar las emociones, explorando y analizando los procesos inconscientes que las causan:

- Tus pensamientos atraen los acontecimientos de tu vida.
- A lo que te resistes es lo que recibes.
- La situación que observas te proporciona información sobre ti.

Comunicar las emociones puede ser un estímulo para cambios positivos dentro de la familia. Sólo hay que tener claro cuáles son los objetivos que perseguimos al hacerlo. He aquí algunas preguntas que pueden guiar nuestro análisis :

- ¿Por qué siento esto?
- ¿Qué quiero cambiar al decirlo?
- ¿Por qué necesito librarme de este sentimiento?
- ¿De quién es el problema realmente?
- ¿Qué parte del problema me pertenece?
- ¿Cuál es el mensaje no expresado que comunica la situación?

Como padres, a veces resulta muy difícil expresar los sentimientos ante nuestros hijos, porque nos hace sentir débiles y vulnerables a sus ojos. Del mismo modo, hay periodos o momentos del desarrollo del niño en los que soportar y encauzar sus descargas emocionales resulta francamente difícil. Pero es fundamental saber comunicar desde las emociones, puesto que es ése el nivel en el que transcurre la mayor parte de la vida familiar, dados los vínculos afectivos entre quienes componen la familia.

ANEXO DIEZ

APRENDIZAJE DE ESTILOS COMUNICATIVOS ÓPTIMOS

- A. Claves de la comunicación.
- B. Habilidades de escucha activa.
- C. Efectos de cada tipo de respuesta en la comunicación.
- D. Expresiones “asesinas” de la comunicación.

A. Claves de la comunicación

Dentro de la familia, los vínculos afectivos y las experiencias vividas van creando un estilo de comunicación que no siempre es el más adecuado.

Para comunicarse hay que centrarse en la persona, recabando la máxima información posible sobre ella y evitando las generalizaciones a la hora de evaluarla. Se pueden hacer preguntas que faciliten hablar sobre lo que le preocupa al otro : preguntas sobre hechos concretos, aspectos emocionales, percepciones, necesidades, intereses y preocupaciones y sobre sentimientos. Hablar sobre uno mismo, sobre teorías o sobre generalidades no favorece el diálogo. Y es necesario abrir a los miembros de la familia a un diálogo inter e intrasubjetivo.

Con las respuestas a esas preguntas, podremos probablemente reubicar el problema, para darnos cuenta de que atañe a necesidades distintas en cada persona.

A partir de ahí, se pueden generar soluciones, mientras recordemos que intentarlo siempre será mejor y más productivo que no hacer nada. O casi siempre.

Las decisiones que se tomen para resolver un conflicto han de valorar siempre las necesidades implicadas en cada persona, buscando satisfacerlas, respetando la independencia de cada uno, incluso la subjetividad de sus valoraciones, porque son las suyas. Además, hay que marcar los objetivos en el presente, no en el pasado, que ya se fue, ni en el futuro, que no conocemos. Las cosas se pueden cambiar aquí y ahora.

B. Habilidades de escucha activa

Para lograrlo hay que crear un nivel de confianza, construido desde la empatía y el interés. Un clima así se crea desde la escucha activa, una habilidad que es importante aprender. Hay conductas que la facilitan, como las siguientes :

- No hablar de uno mismo.
- No cambiar de tema.
- No aconsejar, diagnosticar, animar, tranquilizar, criticar, ni valorar.
- No negar ni ignorar los sentimientos del otro.
- No fingir haber comprendido si no es así.
- Demostrar que se está comprendiendo.
- No pensar en lo que se va a decir.
- Preguntar por las preocupaciones, ansiedades, necesidades y dificultades.
- Usar la paráfrasis para corroborar el contenido comunicado.
- Analizar el lenguaje no verbal.
- Centrar la conversación.
- Respetar la confidencialidad del contenido.
- Permitir los silencios.

La escucha activa ayuda a la comunicación, participación, comprensión y recapitulación de los contenidos. Favorece la creación de **enfoques nuevos**, distintos, respecto a los temas ya tratados.

Lo que se escucha es importante, pero lo que se dice también. Las proposiciones simples nos permiten expresar nuestras ideas con mayor exactitud: no usar palabras irritantes, no culpar, no expresarse en forma de demanda, decir cuál es realmente el problema, el grado de aflicción que supone para nosotros, dar el resultado esperado de forma específica y proporcionar nuevas opciones constructivas para solucionar problemas similares cuando vuelvan a surgir.

Comunicarse no sólo es una cuestión de contenido, sino de forma. Valoremos además el efecto que puedan tener cada una de nuestras respuestas en el otro antes de emitir las.

C. Efectos de cada tipo de respuesta en la comunicación

Todas las respuestas son válidas, pero su utilidad depende del contexto y del fin perseguido.

v **Aconsejar y valorar**

Definida como aquella respuesta cuyo fin es dar consejo o emitir un juicio de bondad.

- Transmite actitudes.
- Es útil cuando el emisor busca ser corroborado.
- Puede crear barreras e impedir la comunicación más profunda.
- Sitúa a la defensiva.
- Da a entender que tu juicio es superior.
- Es rápida y fácil, pero puede dar a entender que uno no se está tomando el interés y el tiempo necesarios para entender los problemas del otro.
- No hace que la gente se haga responsable de sus problemas.
- Expresa valores, necesidades y perspectivas propias, no las del otro.
- Ayuda cuando se ha pedido una valoración.
- Cambia la interpretación, no es “ya sé cuál es el problema”, sino “ya sé cuál es la solución”.

v **Analizar e interpretar**

Definida como aquella respuesta hecha con la intención de proporcionar conocimientos psicológicos.

- Pone a la defensiva y desanima a la comunicación de sentimientos.
- “Yo te conozco mejor que tú a ti mismo”.
- Confronta al otro con las consecuencias de su conducta.

v **Preguntar, indagar**

Definida como aquella respuesta en la que se pregunta, se busca información, se quiere guiar la conversación.

- Ayuda a entender.
 - Ayuda a que el emisor aclare y profundice su mensaje, a plantearse las cosas desde otro punto de vista.
 - Son distintas las preguntas abiertas de las cerradas. Las cerradas provocan respuestas cortas, no profundizadas. Las abiertas animan a compartir sentimientos, muestran un interés en ayudar, pero si sólo se pregunta, se hará sentir incómoda a la persona.

v **Tranquilizar y apoyar**

Definida como aquella respuesta destinada a reducir la ansiedad del emisor.

- Transmite interés o comprensión.
- No contribuye a clarificar las causas y soluciones del problema.
- Puede recibirse como: “No deberías sentirte como te sientes”.
- Da apoyo y ayuda a plantearse una posible solución.

v **Parfrasear y comprender**

Definida como aquella respuesta que persigue devolver con las propias palabras lo que hemos captado del mensaje del otro.

- Hace de espejo para llegar al trasfondo del tema.
- Intenta comprender los sentimientos del emisor.
- Anima a procesos de clarificación y resumen para una mejor comprensión de lo que nos quieren comunicar.
- Ayuda al emisor a comprenderse a sí mismo y sus sentimientos respecto al conflicto.
- Pone el acento en lo más importante.
- Amplía la percepción del detalle a la globalidad.
- Comunica el interés por el otro como ser humano.
- Crea empatía y favorece la escucha activa.
- Ayuda a ver el problema desde el punto de vista del otro.

D. Expresiones “asesinas” de la comunicación

No hay una respuesta ideal, pero hay que recordar que la expresión tiene mucho poder. Existen expresiones que dificultan especialmente, cuando no anulan, la capacidad de comunicación como :

- Las amenazas, que generan miedo, sumisión, resentimiento y hostilidad.
- Las órdenes, que imponen autoridad.
- Las críticas, que frustran la comunicación.
- Los nombres denigrantes, que catalogan a los demás.
- Los “deberías”.
- Reservarse parte de la información.
- Los interrogatorios.
- Los elogios manipulativos.
- Los diagnósticos.
- Los consejos no requeridos.
- Utilizar la lógica para persuadir.
- Rehusar hablar sobre un tema.
- Cambiar de tema.
- Quitar importancia a lo expresado por el otro.
- Tranquilizar mediante la negación.

Quando, después de escuchar al otro y valorar las distintas opciones de respuesta, nos decidimos a hablar, posteriormente podemos realizar una **valoración global de la comunicación**. Pensemos en la actitud corporal de quién me escucha y hagámonos las siguientes preguntas: ¿he valorado o interpretado? (se debe recordar que lo espontáneo es hacerlo), ¿he sido espejo que favorezca la comprensión del problema?, ¿he hecho un buen resumen del problema en sus puntos esenciales?, ¿recoge mi resumen de la situación las emociones de quien me está escuchando y las mías propias? o ¿utilicé las preguntas adecuadas para entenderle?

ANEXO ONCE

¿CÓMO RESOLVER LOS CONFLICTOS EN LA FAMILIA?

Hay algunas cosas que si aprendiéramos a aceptar cambiarían la primera de las condiciones necesarias para resolver un conflicto: **nuestra actitud ante él**.

- Los conflictos son inevitables, forman parte de la vida diaria de todo el mundo.
- Un conflicto plantea un problema, pero es también un reto y una oportunidad.
- Vivimos el conflicto como una amenaza porque nos obliga al cambio.
- Un conflicto nunca tiene que ver sólo con el presente, sino con el pasado y el futuro de todas las personas implicadas.
- El éxito en la resolución de un conflicto no depende del conflicto en sí sino de nuestro modo de afrontarlo.

Un conflicto como todo lo que sucede entre dos personas, no es algo estático, es un **proceso**: se va creando poco a poco, crece, se pone de manifiesto, se agota y, según lo que hagamos, o se resuelve o se queda latente en espera de otro nuevo motivo para estallar. Las **fases** de un conflicto son:

- **Escalada**: en donde los implicados convierten el problema en algo personal, generalizan, se obcecán en sus argumentos y creen imposible encontrar una solución. Todo este tiempo, cada persona ve las cosas “a su manera”.
- **Estancamiento**: en donde llega el agotamiento. A veces es más fácil hacer las paces que seguir enfadado, porque el conflicto tiene un precio, y a menudo es muy caro.
- **Desescalada**: cuando las personas empiezan a escucharse antes de hablar, a intentar entenderse y a generar un objetivo común: salir de donde están.

Es importante recordar que, aunque en apariencia un conflicto acabe, no siempre se ha resuelto. A veces con negociar una salida es más que suficiente, pero a veces si no se resuelve bien, volverá a salir una y otra vez. Es el conflicto manifiesto y latente.

Cuando un conflicto no se resuelve, a menudo es porque los implicados sacan un beneficio de él, aunque no sean conscientes de ello. Hay un interés en mantenerlo.

La resolución de un conflicto necesita:

- Una actitud personal de afrontar el conflicto, no evitarlo.
- No usar nunca la violencia.
- Comunicarse.
- Negociar salidas concretas.

□□□□ ¿Cómo se afronta un conflicto?

A. **Comunicándonos**. Para comunicarse lo primero es escucharse y después valorar los efectos de las respuestas que vayamos a dar.

v ¿Cómo escuchar?:

- No hablando de uno mismo.
- No cambiando de tema.
- No aconsejando, diagnosticando, animando, tranquilizando, criticando, ni valorando.
- No negando ni ignorando los sentimientos del otro.

- No fingiendo haber comprendido si no es así.
- Demostrando que se está comprendiendo.
- No pensando en lo que se va a decir.
- Preguntando por las preocupaciones, ansiedades, necesidades y dificultades.
- Usando la paráfrasis para corroborar el contenido comunicado.
- Analizando el lenguaje no verbal.
- Centrando la conversación.
- Respetando la confidencialidad del contenido.
- Permitiendo los silencios.

v “Expresiones asesinas” de la comunicación:

- Las amenazas, que generan miedo, sumisión, resentimiento y hostilidad.
- Las órdenes que imponen autoridad.
- Las críticas que tiran abajo al otro.
- Los nombres denigrantes, que catalogan a los demás.
- Los “deberías”.
- Reservarse parte de la información.
- Los interrogatorios.
- Los elogios manipulativos.
- Los diagnósticos: “lo que te pasa es que...”.
- Los consejos no requeridos.
- La utilización de la lógica para persuadir.
- Rehusar hablar sobre un tema
- Cambiar de tema
- Quitar importancia a lo expresado por el otro
- Tranquilizar quitándole importancia al problema.

B. **Aceptar y tratar a cada persona como es**, no como nos gustaría que fuese. No sólo es necesario saberse aceptado, hay que sentirse aceptado y recordar que las expectativas que tengamos sobre nuestros hijos condicionarán su desarrollo.

C. Dar la oportunidad a todos los miembros de la familia de tomar **decisiones autónomas**. Cuando una decisión nos afecta a todos, hay que tomarla, en la medida de lo posible, entre todos. Son las decisiones grupales o consultivas, en las que como mínimo pedimos su opinión. La autonomía requiere tolerancia y práctica.

D. **Ser empáticos**. Se debe comprender al otro desde sus necesidades, no imponerle las nuestras ni convertir sus problemas en nuestros. Aprender a vivir y expresar nuestras emociones es requisito imprescindible para saber cómo se sienten los demás. Muchas veces los padres tenemos miedo a expresar nuestros sentimientos ante nuestros hijos porque nos hace vulnerables a sus ojos. Pero es que lo somos, igual que ellos.

E. Para **negociar** hace falta:

- Asertividad, expresar nuestras necesidades con serenidad y la máxima objetividad posible.
- Razonar, tener la habilidad para hacer y recibir críticas y establecer las causas y consecuencias de nuestras acciones.
- Empezar por cosas muy concretas, promoviendo espacios compartidos y actividades comunes. Para llegar a un acuerdo con alguien, hay que conocerlo y respetarlo pero también hay que sentarse a una mesa juntos.

F. Para resolver un conflicto hace falta **entusiasmo**, no desistir, no desfallecer, aun cuando nos parezca imposible. Dejarlo estar nunca es la solución.

G. Aprender a **manejar la hostilidad**:

v ¿Qué hacer?:

- Discutir sentados.
- Hablar a solas.
- Escuchar.
- Hablar en calma, en voz baja.
- No enjuiciar.
- Expresar sentimientos.
- Pedir ayuda.
- Buscar otro momento cuando no se puede.

v ¿Qué no hacer?:

- Discutir de pie.
- Hablar en público.
- Hablar antes de escuchar.
- Gritar o pegar.
- Utilizar los “deberías”.
- Defenderse por sistema.
- Avergonzar al otro.
- Intentar calmar al otro.
- Ocultar sentimientos.

ANEXO DOCE

EL CONCEPTO DE SÍ MISMO Y LA AUTOESTIMA

Todos sentimos una necesidad básica de ser valorados positivamente y de ser aceptados. El aprecio de sí mismo o autoestima y el concepto de sí

mismo o autoconcepto son la base fundamental para el desarrollo de la persona.

El concepto de sí mismo es el resultado de los sentimientos, ideas e imágenes que el sujeto tiene de sí mismo. Se incluye también la imagen que otros tienen de él e incluso la imagen de la persona que le gustaría ser.

La **autoestima** se refiere a la actitud de aprobación o rechazo de uno mismo, resultando de ello sentimientos favorables o desfavorables sobre la propia persona. Indica el grado en que uno se cree capaz, importante y valioso.

Las personas con **alta autoestima**:

- se muestran felices y con baja ansiedad;
- muestran seguridad en sí mismas y se aceptan como son;
- son optimistas;
- confían en sus capacidades;
- comparten las necesidades y éxitos de los otros;
- son de convicciones firmes y no se dejan manipular.

La **baja autoestima** se refleja en sentimientos de inferioridad, tristeza y desaliento. En este caso, la persona se caracteriza:

- por ser irracionalmente sensible a la crítica y al ridículo;
- por su indecisión debida al miedo a equivocarse;
- por ser desmesuradamente irritable consigo mismo y con los demás;
- por su negativismo y tendencias depresivas, con riesgo para su salud mental.

□□□□ **Formación del autoconcepto y la autoestima**

Autoconcepto y autoestima son **algo aprendido** que se adquiere y modifica a través de múltiples experiencias personales y de relación con el entorno. Son también resultado de los logros y fracasos continuados del sujeto.

Los niños aprenden a valorarse según sean valorados por sus **padres** que son como un **espejo** en el que los hijos perciben la imagen de sí mismos. Tienen tendencia muy negativa a la sobreprotección, carencia de afecto, conflictos familiares, permisividad desmedida, etc.

La valoración de los **compañeros** y la comparación con ellos son decisivos, desde que el niño entra en la escuela, para desarrollar sentimientos de valía y aprecio hacia sí mismo. La personalidad y conducta del profesor son igualmente importantes en la etapa escolar para modelar el autoconcepto y autoestima de los alumnos.

Quando se llega a la **adolescencia**, la propia valía se establecerá más por la competencia demostrada y por criterios personales. Esto permite que la autoestima y el autoconcepto se consoliden y no dependan sólo de opiniones ajenas.

□□□□ **Favorecimiento de habilidades asertivas**

La asertividad es el modo de expresión de nuestras propias necesidades de forma serena, con la máxima objetividad posible y persiguiendo una comprensión mayor de uno mismo y de los demás. Este tipo de expresión implica :

- La escucha atenta y el control emocional.
- La solicitud de aclaraciones cuando no se haya comprendido algo.
- Al recibir una crítica, la sugerencia y petición de cambios de forma, si se considera necesario.
- Eliminación de las distorsiones en la información recibida: reformular, resumir y verificar el mensaje.
- Admisión de los hechos y muestra de una actitud frente a ellos.
- Solicitud y sugerencia de alternativas de solución.
- Petición de disculpas cuando sea necesario.
- Aceptación de las responsabilidades.
- Manifestación de comprensión y rectificación de lo necesario.
- Demostración de los sentimientos de modo personalizado.

MENSAJES CLAVE A TRANSMITIR A LOS PADRES Y MADRES

- A. Necesidades y derechos de la infancia (Anexo seis)
- B. Falsas creencias sobre el abuso sexual infantil (Anexo doce)
- C. Cómo podemos prevenir el abuso de nuestros hijos
- D. Si el abuso se está produciendo o ya se ha producido ¿qué podemos hacer? ¿a quién pedimos ayuda? (Ver capítulo referente a la revelación dentro del apartado de prevención del abuso sexual infantil)

***Prevenir con nuestros hijos e hijas el abuso sexual
Guía para padres y madres
Ep, No badis!
José Manuel Alonso, Pere Font y Asun Val (1999)***

□□□□ Algunas ideas clave:

- Los abusos sexuales sí se pueden prevenir.
- No hemos de esperar a que ocurran para hablar del tema.
- ¿Cómo podemos prevenirlos?
 - Creando un clima de comunicación, cariño, confianza y seguridad en la familia.
 - Aumentando el nivel de confianza de los niños y niñas en sus padres.
 - Hablando con ellos de estos temas para que, llegado el caso, puedan hablar ellos con nosotros.
 - Enseñando a los niños y niñas a pedir ayuda, generando un grupo de personas de confianza.
 - Enseñando a los niños y niñas a ayudarse entre sí.
 - Conociendo los vecinos y amigos de nuestros hijos e hijas.
- La prevención del abuso sexual infantil ha de crear en los niños sentimientos positivos respecto a la sexualidad.
 - Dar a los niños y niñas una educación afectivo-sexual.
 - Buscar más información conjuntamente con ellos sobre el tema.
 - Animar a los niños y niñas para que hablen de sus sentimientos, especialmente de aquellos que no pueden enfrentar.
 - Intentar reservar un tiempo cada día, por corto que sea, para estar con nuestros hijos e hijas.
- ¿Cómo podemos proteger a nuestros hijos e hijas?

- Dándoles unas pautas de protección: decir que no, que no es una falta de educación no hacer caso, que no se han de quedar solos en determinadas circunstancias o que sepan elegir las personas de su confianza, sean o no adultos.
- Enseñarles a pedir ayuda al maestro, a alguien de la familia, a la policía...
- Saber encontrar soluciones a situaciones inesperadas o de riesgo. Valorar las consecuencias de sus actos.
- Ayudar a diferenciar los secretos que han de saber guardar de los que no.

□ Los padres y madres son un elemento clave en la prevención. Es conveniente que:

- Acompañen a sus hijos e hijas.
- Hablen con ellos.
- No esperen a que haya ocurrido el abuso para comenzar a hablar del tema con sus hijos.
- Crean actitudes positivas respecto a la sexualidad.
- No sobreprotejan a sus hijos e hijas y les enseñen a protegerse a ellos mismos.
- Colaboren con la escuela en el tratamiento de estos temas.
- Crean a sus hijos cuando les hablen de estos temas y, en caso necesario, denuncien lo ocurrido.
- Los niños y niñas han de tener unas normas de seguridad y protección y una educación afectiva y sexual completa y positiva.
- Los niños y niñas han de saber que su cuerpo es su cuerpo, que nadie tiene derecho a tocarlos sin su permiso, que si ha ocurrido el abuso ellos no son culpables, y que siempre pueden recurrir a algunos adultos de confianza.

□□□□ **Habilidades para un comportamiento protector para padres e hijos**

El Programa de Prevención realizado en Australia (Red Essence para la Prevención) define los siguientes pasos:

Paso 1: Sentirse seguro. “Tenemos todos derecho a sentirnos seguros todo el tiempo”. Los padres y los niños y niñas pueden aprender a hablar, dibujar, etc... acerca de cómo se sienten cuando se saben a salvo, para darse cuenta de lo confortable de la sensación.

Paso 2: Empezando a estar asustado. Enseñar a darse cuenta de los primeros signos de alarma. Los agresores se ganan la confianza de los niños y niñas a través del juego, antes de cruzar las barreras sexuales. Los niños y niñas no se dan cuenta al principio de que están siendo agredidos sexualmente.

Paso 3: Redes de apoyo. “No hay nada peor que no poder contárselo a nadie” Hay que decirles a los niños y niñas a quién pueden contárselo. Por ejemplo, los niños y niñas pequeños pueden usar los dedos de cada mano para recordar los nombres y direcciones de las personas en quién confían.

Paso 4: Tener aventuras. “*De miedo pero divertida*” frente a “*de miedo pero no divertida*”. Aprender del mundo adulto: buenos secretos y malos secretos

Paso 5: “Puedo manejarlo”. **Cómo ayudarte a sentirte seguro.**

Fortalecer a los niños y niñas, incrementar su autoestima. Pueden ser niños y niñas más seguros sabiendo qué hacer si se encuentran en una situación difícil. Aunque la responsabilidad de la seguridad de los niños y niñas es siempre de los adultos.

Paso 6: Emergencias personales. Algunas veces está bien decir una mentira, romper un secreto, desobedecer a un adulto, hablar con un extraño, usar el teléfono, interrumpir una conversación. Ayudar a los niños y niñas a entender cuándo pueden romper las normas y cómo escuchar a sus sistemas personales de alarma.

*Seminario sobre Prevención del Abuso Sexual Infantil en el Ambito
Educativo
Helsingor (Dinamarca) Septiembre 2000
Jane Huges, Presidenta de la Asociación de Padres Danesa*

ANEXO CATORCE

I. FICHA DE DENUNCIA

D/D^a,médico/
psicólogo/trabajador social, colegiado/a en..... con el nº
.....con ejercicio profesional en (centro y lugar de trabajo)
.....
.....
.....

PARTICIPA A V.I. QUE:

En el día de hoy, a las.....horas, ha atendido en (Consultorio, Centro
de Salud, Hospital, denominación del centro y lugar de trabajo, localidad y
dirección)

.....
.....

.....a D.
..... de años, con domicilio en
(Calle y número)

.....código postal y
localidad.....provincia_____t

eléfono REMITIÉNDOLE el informe por presuntos
malos tratos, que se acompaña.

Fecha y firma:

ILMO/A. SR/A. JUEZ DE _____

II. FICHA DE PUESTA EN CONOCIMIENTO

D/D^a.

....., con
DNI, en calidad de
..... del
menor.....

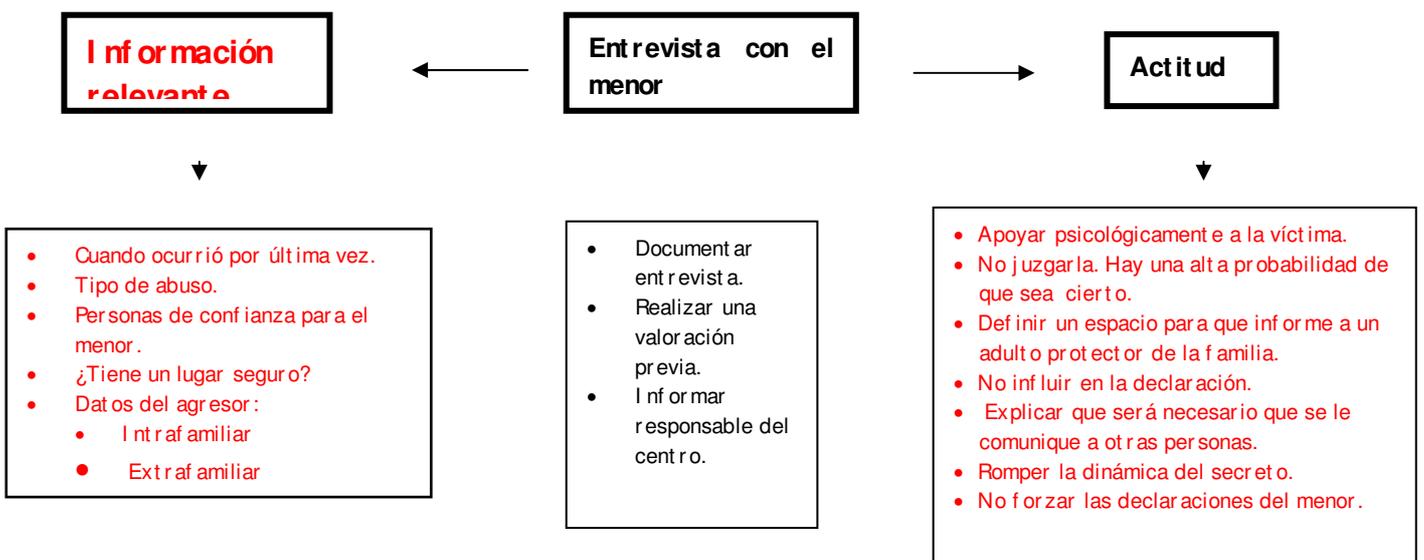
PARTICIPA A V.I. QUE:

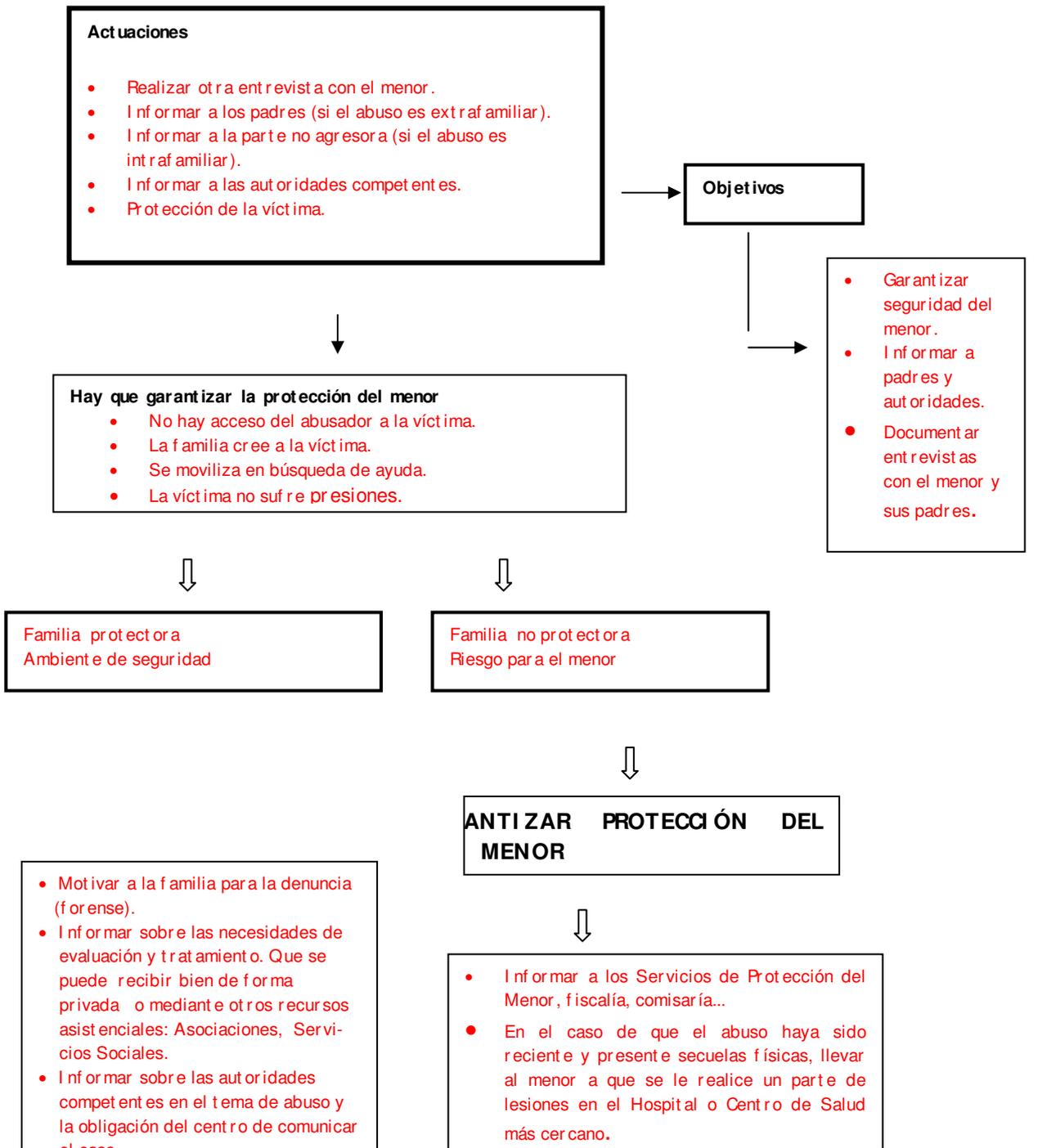
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fecha y firma:

ANEXO QUINCE

GUÍA DE ACTUACIÓN EN CASO DE MANIFESTACIÓN DE ABUSO SEXUAL A MENORES





ASPECTOS MÉDICOS FORENSES EN EL ABUSO SEXUAL INFANTIL

A. Cuestiones claves

- Prioridad: considerar a la víctima como persona.
- Precocidad.
- Integración de la asistencia médica con la recogida de pruebas.
- Planteamiento y recogida de pruebas como un puzzle.

- Qué son los centros de referencia para las agresiones sexuales.
- Quién debe obtener las muestras. En nuestro país existe una diferenciación entre los profesionales que deben asistir a la víctima y quienes están capacitados para la recogida de pruebas. Aunque hay que priorizar la asistencia a la víctima no podemos dejar de lado la toma de muestras. Lo ideal es que se encuentren presente los dos especialistas médicos, siempre que no se aumente el estado de ansiedad de la víctima.
- Quién debe estar presente:
 - Los especialistas médicos.
 - El forense, cuando no se aumente el malestar de la víctima.
 - Un familiar, amigo o el profesional especializado para facilitar el estado de la víctima.

B. Introducción

Desde el punto de vista tanto de la prevención y del tratamiento, así como de las posteriores repercusiones jurídicas que el abuso sexual puede tener, la labor del médico es una de las más importantes. Estos se encuentran en una inmejorable situación para detectar de manera precoz aquella **sintomatología física** que pueda ser compatible con el abuso sexual. Son los encargados de intervenir en las patologías físicas que pudiera presentar el menor. Las pruebas que pudieran recoger durante las primeras valoraciones de la víctima son importantísimas en el establecimiento de posteriores responsabilidades penales.

En el presente documento se pretende recopilar aquella información necesaria y que pueda ser de utilidad a la hora de que los especialistas en medicina se enfrenten a posibles casos de abuso sexual infantil, teniendo en cuenta aspectos como el trato personal que se debe prestar a la víctima hasta la manera de obtención de pruebas que pudieran aclarar las responsabilidades de los hechos.

Antes de enumerar los contenidos meramente descriptivos del tipo de datos que pueden resultar de interés en el estudio de las víctimas de abusos sexuales, parece oportuno resaltar que, en este tipo de casos, la persona que acude a que se le preste ayuda es también la principal fuente de datos disponible para la resolución del caso. Entonces aparece la víctima como persona que necesita ayuda y como fuente de datos.

La víctima como persona. Cuando estamos hablando de agresiones o abusos sexuales a menores, nos encontramos con un niño que ha estado sufriendo, probablemente de manera continuada, una gran tensión. Asimismo, ha pasado recientemente por un fuerte episodio de estrés, que tiene que ver con los aspectos relacionados con la revelación del secreto y la

verbalización, además de las posibles lesiones físicas que pudieran poner en peligro su vida.

En este tipo de casos hay que tener una especial consideración con la víctima, concediéndole todo el tiempo que fuese necesario para que ésta se tranquilice y permitiendo en todo momento que junto a ella se encuentre una persona en la que confíe. Es útil el uso de un lenguaje comprensible para el menor, y que éste sepa en todo momento que es lo que se le está haciendo.

La víctima como fuente de pruebas. Se dedica una mayor atención a este aspecto, incidiendo en que la sintomatología que presenta el menor como consecuencia del abuso o agresión sea recogida de forma exhaustiva, además de indicar el tipo de pruebas que pueden revelarnos la identidad del agresor y confirmar, desde el punto de vista físico, la existencia del abuso.

Se pretende realizar una reconstrucción de los hechos desde las huellas que la agresión han dejado en el cuerpo de la víctima, considerando la exploración como una especie de puzzle donde todos los aspectos son importantes y han de ser considerados, evitando el prestar atención a una sola cuestión por esclarecedora que ésta pudiera llegar a parecernos.

C. Tipos de centro a los que acudir

Parece oportuno indicar por orden de preferencia aquellos centros sanitarios a los que deberíamos dirigirnos para que se realizara la valoración médica de los casos de abuso sexual. Se pretende situar a la víctima en un centro de asistencia que le pueda ofrecer la asistencia integral que necesita.

I. Centros de referencia de tercer nivel

Se definen como centros que son capaces de asumir la asistencia inicial, el seguimiento integral del paciente e incluso pueden procesar adecuadamente las muestras. Estos centros son: Servicio de Urgencias de 24 horas con elevada dotación de medios y personal cualificado; Servicio de Ginecología y Obstetricia completo con zona de ingreso hospitalario; Servicio de Psiquiatría completo con zona de ingreso hospitalario; Servicio de Infecciosas; Servicio o Sección de Investigación de Esterilidad y laboratorio central homologado con capacidad de procesamiento e investigación de muestras (investigación específica en ADN).

II. Centros de referencia de segundo nivel

Se definen como centros que son capaces de asumir la asistencia inicial y el seguimiento del paciente, pero no pueden procesar adecuadamente las muestras. Estos centros son: Servicio de Urgencias de 24 horas con elevada dotación de medios y personal cualificado; Servicio de Ginecología y Obstetricia completo con zona de ingreso hospitalario; Servicio de Psiquiatría completo con zona de ingreso hospitalario; Servicio de infecciosas; Servicio o Sección de Investigación de Esterilidad y laboratorio central completo.

III. Centros de referencia de primer nivel

Se definen como los lugares donde puede ser cubierta la asistencia de urgencia en un nivel de atención sanitaria integral de los aspectos físicos completos. Los centros son: Servicio de Urgencias de 24 horas; Servicio de Ginecología y Obstetricia completo con zona de ingreso hospitalario; servicio de apoyo psicoterapéutico y laboratorio central con estructura básica.

IV. Centros de referencia complementaria

Agruparán a aquellas estructuras que sean capaces de completar la atención prestada desde los centros de referencia de primer y segundo nivel en los aspectos de proceso, análisis y conservación de las muestras. Son los Servicios Homologados de Procesamiento e Investigación de Muestras Forenses.

Solamente en caso de necesidad extrema se atenderá a la víctima en un centro distinto de los que hemos descrito con anterioridad. Cuando nos encontremos frente a una víctima de agresión sexual, lo primero que debemos hacer es acudir a un lugar donde se le pueda prestar una atención integral.

D. Intervención médico forense

1. Aspectos previos.

Antes de iniciar la exploración médico forense propiamente dicha, es necesario tener en cuenta una serie de factores que pueden determinar tanto la probabilidad de encontrar evidencias como la importancia de estas. Los más importantes son los relacionados con el tiempo transcurrido desde que se sufrió la agresión o abuso y aquéllos que tienen que ver con la higiene de la víctima.

Las lesiones sufridas por las víctimas, en la mayoría de los casos, tienen una duración no superior a una semana (siempre

en función de la intensidad de la agresión). Cuanto antes sean estudiadas, más datos nos aportarán sobre las características de la agresión.

En lo que hace referencia a la higiene personal es conveniente que la víctima acuda a la exploración con la misma ropa que tenía en el momento de la agresión o el abuso, sin lavar. La ropa puede ser una gran fuente de evidencias, desde las manchas de semen y de sangre y de otros fluidos corporales a los restos de pelos o piel que entre ella pudiera haber dejado el agresor.

II. Lesiones y consecuencias físicas de la violencia sexual

Las distintas huellas que pueden aparecer en la víctima dependerán:

- Del tipo de conducta sexual:
 - Con penetración.
 - Sin penetración.
- Del número de episodios de abusos:
 - Puntuales.
 - Reiteradas.
- De la existencia o no de violencia física.
 - Sin lesiones:

El agresor utiliza estrategias que no hacen necesaria la violencia física, o bien el tiempo transcurrido ha hecho desaparecer las lesiones. Sólo el tres por ciento de las denuncias presentan algún síntoma como traumatismos genitales, enfermedades de transmisión sexual y/o esperma.
 - Con lesiones.
- Del tiempo transcurrido para la exploración.
- De la edad de la víctima.

Las agresiones reiteradas las sufren más frecuentemente las niñas menores de 12 años, pero también tenemos que considerar el desarrollo anatómico de la víctima. En niñas menores de 6 años la penetración del pene es prácticamente imposible, ya que el ángulo suprapúbico es muy agudo. Entre los 6 a 11 años sí pueden existir penetraciones, pero las desproporciones

anatómicas son tan grandes que se producen desgarros vaginales y del tabique vaginorectal. Si se es mayor de 11 años los daños dependerán de la brutalidad de la acción.

III. Exploración forense de la víctima

Se deben contemplar los siguientes aspectos:

- Examen general de la superficie corporal y estudio de las lesiones internas en caso de haberlas.
- Examen específico de los genitales.
- Examen psiquiátrico.
- Examen de la ropa que llevaba el día de autos.
- Recogida de muestras y envío a laboratorio.

E. Estudio médico forense del acceso carnal

A continuación, se plantearán los signos del coito vaginal, anal o bucal. Las lesiones que puedan acompañar a la agresión sexual se estudiarán en otro apartado.

1. Coito vaginal

Definido como la penetración del pene en erección más allá del himen, sin tener en cuenta el hecho de la existencia o no de eyaculación ni la duración de la penetración. Es necesario distinguir si ha sido una penetración desfloradora.

La mujer adulta está preparada para el coito, desde el punto de vista biológico, pero la existencia de desproporciones en el caso de los menores produce importantes desgarros.

- **Desfloración.** En el caso de que la mujer fuera virgen se producirá la desfloración. Es importante conocer que el periodo de cicatrización del himen es muy rápida por lo que a los 3 ó 4 días desaparecen los síntomas agudos de la rotura. De ahí la importancia de la realización de un estudio lo más rápido posible.

Se ha de tener en cuenta la existencia de distintos tipos de hímenes y que cada uno de ellos tiene una forma típica de rotura. Por ejemplo, el llamado himen complaciente es lo suficientemente flexible como para consentir varias penetraciones sin rotura, siendo este otro aspecto a evaluar.

- **Desgarros genitales.** En función de la brutalidad de la acción o de las desproporciones entre las partes pueden aparecer desgarros

internos o externos que afectarían al periné, al tabique vaginorrectal, y a los fondos de saco vaginales, capaces incluso de producir la muerte. A la hora de informar de su localización se hace en el sentido de la esfera horaria.

□ **Otros signos.** Cabe destacar:

- Presencia de esperma.
- Presencia de pelos púbicos del agresor (especialmente relevantes en niñas prepúberes).
- Contagio de enfermedades de transmisión sexual.
- Fecundación o embarazo.

II. Coito anal

Los signos también dependerán de la brutalidad del acto y de la desproporción anatómica.

En los atentados agudos pueden aparecer lesiones locales anorectales y perianales como:

- Enrojecimientos.
- Erosiones.
- Desgarros.
- Laceraciones.

Como reacción a la agresión puede aparecer paralización transitoria del esfínter anal interno.

Además de estas lesiones podemos encontrar otras en los alrededores del ano, sus inmediaciones (muslo o escroto) o en otras más distantes (muslo o rodillas).

La evolución de estas heridas se producen en unos 5 días, por lo que más tarde no se distinguen.

III. Coito bucal

En estos casos no suelen dejarse huellas en el cuerpo de la víctima. Sí pueden aparecer en la ropa de ésta restos de pelo o semen. Puede ocurrir que aparezcan las huellas de los dientes de la víctima en el pene del agresor.

Común a todas las agresiones que se han mencionado es poder encontrar:

- Presencia de esperma.
- Presencia de pelos púbicos.

- Enfermedades de transmisión sexual.

IV. Otras conductas sexuales

Los tocamientos o frotamientos no suelen dejar huella externa en los niños. En ocasiones, pueden aparecer:

- Tras un reciente episodio de caricias o frotamientos repetidos puede aparecer eritema, edema localizado o petequias en zonas genitales. Hay que tener cuidado, pues pueden confundirse con el eritema de pañal.
- Traumatismos genitales, arañazos, hematomas.
- Infecciones genitales, picores, enrojecimiento, vulvovaginitis traumática.
- Dilatación del orificio himeneal en niñas.

Al igual que a la víctima, es necesario realizar una exploración del agresor, si estuviese identificado, y del lugar donde ocurrieron los hechos.

F. Sobre el agresor

- Determinar la existencia y la fecha de las lesiones, para ver si éstas coinciden con la víctima.
- Determinar la existencia de enfermedades de transmisión sexual.
- Manchas o restos de la víctima y/o del lugar de los hechos.
- Peculiaridades físicas o psíquicas que se puedan comparar con el testimonio de la víctima.

G. Sobre el lugar de los hechos

Se estudiará el lugar de los hechos con el fin de recoger todos aquellos indicios que pudieran ayudar a la reconstrucción del suceso.

H. Actitud del profesional sanitario

- Trato comprensivo, dando sensación de seguridad.
- Informar permanentemente a la mujer o al menor de todas las exploraciones que se le están realizando, así como la finalidad de las mismas.
- Recabar el consentimiento de el/la paciente sobre las exploraciones que se le van a realizar.
- Buscar un lugar tranquilo donde se respete la intimidad, permitiendo que alguien de la confianza del menor se encuentre junto a él en todo momento.

I. Procedimientos de exploración y recogida de muestras por niveles de actuación.

Extraído del capítulo 10 de “Manual de asistencia a las mujeres víctimas de agresión sexual”. Masson. S.A. 1998. Juan Antonio Cobo Plana.

I. Personas que deben estar presentes:

- Especialista en ginecología.
- Personal auxiliar clínico.
- Personal especialista de apoyo.
- Familias o allegados (atendiendo a las consideraciones expresadas anteriormente).
- Médicos forenses.

La actuación del equipo sanitario en la entrevista inicial debe llevarse a cabo en un lugar que cumpla los debidos requisitos de privacidad.

2. Toma de muestras de ropa:

Cuando se inicia la exploración es conveniente que la víctima lleve puesta la ropa que tenía en el momento del abuso o agresión sin que se hayan eliminado las huellas. La víctima se descalza y se coloca sobre una sábana desplegada. Se debe tener especial cuidado en la forma con la que se quita la ropa, teniendo en cuenta cualquier eventualidad que pudiera interpretarse como debida a la agresión. Es de especial importancia la ropa que haya podido estar en contacto con el agresor.

Se recoge la ropa con cuidado en envases independientes. En caso de que exista una mancha húmeda se sitúa sobre ella papel absorbente para su retención. Debe prestarse especial atención a la cadena de custodia de las pruebas.

3. Toma de muestras sobre el cuerpo de la víctima:

- Debe explicársele al paciente que la exploración va en búsqueda de indicios y de huellas que se hayan podido dejar durante la agresión en el cuerpo de la víctima, dejando claro que pueden existir pequeñas lesiones que, por su poco tamaño no presentan dolor, pero que pueden ayudar a la reconstrucción de los hechos.
- Exploración sistemática de la superficie de la víctima utilizándose los mejores medios de optimización visual que permita la situación emocional de la víctima.

En sesión de trabajo se entregarán protocolos de tomas de datos y muestras en caso de agresión sexual.

ANEXO DIECISIETE

TÉCNICAS DE TRATAMIENTO DE LAS PARAFILIAS

A. Técnicas de supresión o reducción de estímulos:

1. Técnicas aversivas (sensibilización encubierta).
2. Fármacos antiandrógenos.
3. Saciedad de la masturbación.

B. Aumento de la excitación heterosexual adecuada y de las habilidades sociales requeridas:

1. Recondicionamiento orgásmico.
2. Habilidades sociales.

ANEXO DIECI OCHO

TÉCNICAS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

□□□□ **Fases de entretenamiento en solución de problemas. Aspectos generales.**

A. Orientación general hacia el problema

- Reconocer que las situaciones problemáticas son algo normal en la vida.
- Reconocer que se las puede hacer frente de forma adecuada (autoconfianza).
- Dar importancia a la identificación a tiempo de la aparición de las situaciones problemáticas (claves y ayudas).
- Inhibir la tentación de actuar impulsivamente.

B. Definición y Formulación del problema

- Recoger información relevante.
- Clarificar la naturaleza del problema.
- Establecer una meta realista de solución de problema.
- Reevaluar el significado del problema.

C. Generación de posibles alternativas de respuesta al problema

- Posponer o anticipar la respuesta.
- Disponer de varias alternativas de respuesta:
 - Tormenta de ideas.
 - Exclusión de cualquier crítica.
 - Todo vale.
 - Generación de un *número mágico* de respuestas.
 - Atención a las posibilidades de combinar alternativas.

D. Toma de decisiones

- Anticipar los resultados a las soluciones: criterios de eficacia (personal, social, corto/largo plazo).
- Evaluar cada solución según los criterios.
- Combinar diferentes alternativas.
- Tomar decisiones.
- Preparar un plan de acción para llevar a cabo la solución.

E. Ejecución y verificación de la solución

- Establecer el momento y condiciones de aplicación.
- Establecer el período durante el cual se mantendrá la solución (conducta) seleccionada.
- Establecer el momento de la evaluación de la eficacia de la solución (conductas).
- Establecer criterios de revisión de la eficacia de la solución (conductas).

ANEXO DIECI NUEVE

TÉCNICAS DE REDUCCIÓN DE ANSIEDAD

A. Ansiedad generalizada

- Relajación progresiva diferencial (Jacobson).
- Técnicas de control de respiración:
 - Atención focalizada en la respiración.
 - Respiración profunda.
- Relajación autógena.

B. Ansiedad ante estímulos específicos

Exposiciones. Existen tres tipos de estímulos:

- No peligrosos (por ejemplo, hablar con adultos normales) que evocan respuestas de ansiedad y de evitación en la vida cotidiana.
- Recuperación de forma gradual de actividades de la vida diaria que son gratificantes (salir a la calle, conocer nuevas personas..)
- Pensamientos intrusivos y pesadillas, si es que las hay.

ANEXO VEINTE

IDEARIO DE LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL PARA EL TRATAMIENTO DE LOS AGRESORES SEXUALES

A. Misión

La Asociación Internacional para el Tratamiento de los Delincuentes Sexuales (International Association of Sexual Offenders, IATSO) es una organización internacional cuyo cometido es la promoción del tratamiento e investigación de los delincuentes sexuales en todo el mundo.

Se encuentra comprometida con la defensa de un tratamiento de los delincuentes sexuales humano, digno, compasivo, ético y efectivo.

B. Sus valores

- Se comprometen a profundizar en el conocimiento sobre la naturaleza de los delitos sexuales y la mejora de los métodos de tratamiento.
- Apoyan el tratamiento efectivo de los delincuentes sexuales adhiriéndose a los protocolos internacionales sobre atención y cuidados.
- Abogan por que el tratamiento de los delincuentes sexuales y su investigación se incremente mediante la comunicación internacional

y el intercambio de ideas, investigaciones y metodología de intervención.

- Promueven la reducción de la incidencia de delitos sexuales y la posterior victimización de personas inocentes, mediante un tratamiento disponible y accesible de los delincuentes sexuales.
- Consideran que el castigo es una medida disuasoria inadecuada frente a los delitos sexuales y que la reincidencia se reduce mediante el tratamiento del delincuente sexual.
- Creen que el tratamiento del delincuente sexual es un derecho humano básico.

C. Sus propósitos y objetivos

- El patrocinio de un Congreso Internacional Bianual sobre Tratamiento de Delincuentes Sexuales para la difusión de las novedades en investigación, metodología de tratamiento y facilitación de educación continua y creación de redes de trabajo.
- La promoción de congresos regionales y locales sobre tratamiento de delincuentes sexuales.
- La puesta al día de los protocolos sobre atención y cuidados de la IATSO, de acuerdo con los avances en el conocimiento sobre el tratamiento de los delincuentes sexuales.
- La defensa en todo el mundo de un tratamiento aplicable a los delincuentes sexuales humano, digno, comprensivo, ético y efectivo.

VI . ANEXOS DE ACTIVIDADES

ANEXOS DE ACTIVIDADES REFERIDAS AL APARTADO DE PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

- | | |
|-----------|----------------------------------------------------------------------|
| Anexo 21. | El abuso sexual y la diferencia entre éste y otros contactos físicos |
| Anexo 22. | Estrategias para la auto protección |
| Anexo 23. | Conocimiento del propio cuerpo |
| Anexo 24. | Los derechos del niño |
| Anexo 25. | Resolución de conflictos |

ANEXO VEINTI UNO

EL ABUSO SEXUAL Y LA DIFERENCIA ENTRE ÉSTE Y OTROS CONTACTOS FÍSICOS

A. Pensar y decidir

1. Duración:

De 15 a 20 minutos.

2. Objetivos:

- Diferenciar los contactos abusivos de las muestras de afecto.

3. Descripción:

La actividad consiste en trabajar el cuestionario de la ficha número uno. Consiste en señalar, para cada situación propuesta, si se trata de una muestra de afecto o de una situación de abuso.

Los alumnos pueden completar la ficha proponiendo otros ejemplos.

4. Dinamización:

Esta actividad ha de recuperar lo trabajado anteriormente sobre sentimientos de sí y sentimientos de no.

Es más, el maestro ha de reforzar la intuición de los alumnos y alumnas a la hora de decidir. Este aspecto es muy controvertido en los programas de prevención, pero existe la convicción de que los niños tienen una idea bastante acertada de lo que es adecuado y de lo que no.

En todo caso, hay que potenciar la idea de que si hay dudas, lo mejor es consultarlas con un adulto de confianza.

5. Materiales necesarios:

- Ficha número 1: Pensar y decidir

Pensar y decidir

De las situaciones que se describen a continuación, señala las que tienen que ver con un abuso y cuáles tienen que ver con muestras de afecto

	Abuso	Afecto
Mi madre me abraza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguien intenta tocarme los genitales sin mi consentimiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi padre me da besos todos los días.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis amigos me acarician el pelo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un niño mayor que yo me ofrece dinero si voy con él al baño.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un adulto me enseña sus genitales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me baño con mis padres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguien me toca el culo en el autobús.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un desconocido me ofrece dinero por hacerme fotos sin ropa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Las agresiones sexuales

1. Duración:

De 30 a 40 minutos.

2. Objetivos:

- Conocer qué son agresiones sexuales.
- Saber que todos tenemos que aprender cómo autoprotegernos.
- Entender que si somos víctimas de una agresión no tenemos que sentirnos culpables y tenemos que contárselo a alguien de confianza.

3. Descripción:

Primera parte:

La actividad consiste en responder al cuestionario de la ficha número dos, a partir de una breve explicación por parte del maestro sobre qué son las agresiones sexuales.

A partir de las respuestas del cuestionario, el maestro procurará matizar los errores que los alumnos hayan podido cometer al rellenar el cuestionario.

Segunda parte:

La segunda parte consiste en ver la segunda escena de la segunda película. Esta escena trata de una situación en la que un adulto engaña a una niña en unas circunstancias que dejan entrever claramente la posibilidad de una agresión sexual.

4. Dinamización:

Una vez vista la película, así como los comentarios que hacen los niños sobre la misma respecto a qué es una agresión sexual, se puede proponer a los alumnos que planteen posibles maneras de evitar sufrir una agresión, reforzando las diferentes respuestas que ofrecen.

Es importante insistir en que la culpa de la agresión es SIEMPRE del agresor, de la misma manera que hay que dejar bien claro que, si algo pasa, en vez de ocultarlo hay que explicarlo a una persona adulta de confianza.

5. Materiales necesarios:

- Ficha número 2: Las agresiones sexuales
- Video: Sentir que sí, sentir que no

Las agresiones sexuales

Rodea con un círculo la respuesta que creas que es la correcta, según que la frase sea Verdadera o Falsa:

- Un abuso sexual es cuando alguien te toca partes V F
íntimas de tu cuerpo sin tu consentimiento.
- Los abusadores suelen engañar a los niños con falsas V F
promesas.
- En una agresión sexual, el agresor utiliza la fuerza y la V F
violencia.
- Todos debemos aprender a protegernos a nosotros V F
mismos.
- Los abusadores son siempre personas desconocidas. V F
- Las personas agresores son enfermos que necesitan V F
ayuda.
- Cualquier persona puede ser un agresor. V F
- Los chicos y las chicas mayores que yo también pueden V F
ser agresores.
- La mayoría de personas no hacen estas cosas. V F
- Si tengo problemas, he de dirigirme a algún adulto de V F
confianza.

C. Buenos y malos secretos

1. Duración:

De 20 a 30 minutos.

2. Objetivos:

- Conocer que existen secretos buenos que hay que guardar y respetar y otros que se han de revelar.
- Reforzar la capacidad para decir No y para pedir ayuda.

3. Descripción:

La actividad consiste en explicar a los alumnos la diferencia entre los buenos y los malos secretos. En principio, los buenos secretos tienen que ver con cosas buenas y divertidas y que complacen a otras personas, por ejemplo, un regalo de cumpleaños. Pero existen también los malos secretos que son aquellos que nos molestan, que nos hacen sentir mal y que se nos pide que no digamos a nadie. Como ya se sabe, una de las estrategias empleadas por los agresores es establecer con la víctima lo que se llama el pacto de silencio, bien como un secreto bien por una amenaza. Romper esta dinámica es un modo de romper la situación de abuso.

4. Dinamización:

Se pide a los alumnos que pongan ejemplos de secretos que se pueden guardar y de secretos que se han de contar.

Es importante explicarles que los agresores suelen chantajear a las víctimas con regalos como, por ejemplo, helados o caramelos, pidiéndoles que no se lo digan a nadie. En estos casos, lo que hay que hacer es rechazar el secreto y el obsequio. En todo caso, lo mejor es que sean los propios alumnos los que pongan los ejemplos.

5. Materiales necesarios:

- Ficha número 3: Los secretos

Los secretos

¿Hemos de guardar el secreto?

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| • Nuestra madre nos pide que no le digamos a nuestro padre que le ha comprado un regalo. | Sí | No |
| • Una amiga nos explica que un niño más grande le hace cosas desagradables. | Sí | No |
| • Tus padres están preparando una fiesta sorpresa para tu hermana mayor. | Sí | No |
| • Un señor mayor te hace regalos si le acaricias y no se lo dices a nadie. | Sí | No |
| • Un amigo te cuenta que le gusta una niña de la misma clase. | Sí | No |
| • Un desconocido te propone darte dinero por hacerte fotos sin ropa, pero no se lo tienes que contar a nadie. | Sí | No |
| • Un familiar te acaricia de manera desagradable cuando ninguno le ve y te pide que le guardes el secreto. | Sí | No |

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| • Un compañero de clase te toca los genitales y te amenaza con hacerte daño si se lo dices a alguien. | Sí | No |
| • Un desconocido te enseña sus genitales a condición de que no se lo digas a nadie. | Sí | No |
| • Tu hermano te pide que seas su novia y que no lo expliques. | Sí | No |

ANEXO VEINTIDÓS

ESTRATEGIAS PARA LA AUTOPROTECCIÓN

A. ¿Quién puede tocar nuestro cuerpo?

1. Duración:

De 20 a 30 minutos.

2. Objetivos:

- Diferenciar en qué situaciones pueden tocarnos el cuerpo y en cuáles no.
- Diferenciar qué personas pueden tocarnos y quienes no.

3. Descripción:

Para llevar a cabo la actividad se tendrán que hacer grupos de 3 ó 4 alumnos, que trabajarán conjuntamente la ficha número cuatro. A continuación, cada grupo explicará sus respuestas, mientras que el maestro intentará hacer un resumen de lo que dicen los alumnos.

Es importante que el maestro ayude a los alumnos a ver también quién NO puede tocarles o dónde no pueden tocarles.

Asimismo, puede ayudar el establecer situaciones excepcionales como, por ejemplo, cuando hay un accidente o cuando se va al médico.

4. Dinamización:

El maestro puede pedir a sus alumnos que establezcan una diferenciación entre sensaciones agradables y desagradables.

También puede explicar que el contacto físico es una manera de decir cosas a los demás (por ejemplo, cuando se acepta o se rechaza una caricia).

5. Materiales necesarios:

- Ficha número 4: ¿Quién puede tocar nuestro cuerpo?

¿Quién puede tocar nuestro cuerpo?

Haced una lista de las personas que pueden tocar vuestro cuerpo, y en qué circunstancias pueden hacerlo. Rodead con un círculo el SÍ o NO y a continuación poned la persona, por ejemplo, padre, madre, maestro...y la circunstancia en que os pueden tocar.

	¿Quién?	¿Cuándo?
SÍ o NO		

B. Pequeños consejos para aprender a decir no

1. Duración:

De 40 a 50 minutos.

2. Objetivos:

- Potenciar la capacidad de decir NO en determinadas circunstancias.
- Favorecer el respeto por uno mismo y el propio cuerpo negándose a ser utilizado.

3. Descripción:

La actividad consiste en ver la segunda de las tres escenas de las que consta la primera parte del vídeo. Esta segunda escena representa un autobús donde la niña es molestada por un pasajero. En esta escena se potencia la verbalización del sentimiento de NO.

El comentario con los alumnos puede tratar el tema de cómo puede ser enfrentada esta situación. Es importante que los alumnos expliquen otras posibles alternativas que se les ocurran y reforzarlas, sobre todo aquéllas que son genuinas.

Seguidamente se repartirá la ficha número cinco y el maestro explicará cómo se “*construye*” un NO. Seguidamente se le pedirá a un par de alumnos que expresen un NO en voz alta. Evidentemente esta actividad ha de tener un componente lúdico, pero que no le quite importancia en ningún momento a la capacidad de decir que no y a su utilidad.

4. Materiales necesarios:

- Ficha número 5: Pequeños consejos para aprender a decir NO
- Vídeo: Sentir que sí, sentir que no

Pequeños consejos para aprender a decir

No !

1

Escucha tu pequeña voz interior: qué te dice, cómo te sientes...

2

Prepara tu **NO** desde el fondo, prepara tu voz y coge aire...
(también se puede escribir en un papel para darte valor)

3

y grítalo !!!

4

Y si es necesario volverlo a repetir: **NO, NO, ¡¡¡NO !!!**

C. Cuándo sentimos que sí y cuándo sentimos que no

1. Duración:

De 20 a 30 minutos.

2. Objetivos:

- Consolidar el aprendizaje desarrollado en este bloque de actividades.

3. Descripción:

Esta es una actividad de repaso. Consiste en responder al cuestionario de la ficha número seis, prestando especial atención a qué ocurre en cada acción, quién la hace y de qué acción se trata.

Seguidamente los alumnos pueden comentar qué harían en el caso en que han respondido que no.

(Por ejemplo, a diferenciar el sentimiento del SI del sentimiento del NO, a decir NO...)

4. Materiales necesarios:

- Ficha número 6: Cuándo sentimos que sí y cuándo sentimos que no

Cuándo sentimos que sí y cuándo sentimos que no

Rodea con un círculo la respuesta que indica cómo te sientes en cada situación

- Si mi madre me abraza, siento que... **Sí** **No**
- Si mi padre me da un beso, siento que... **Sí** **No**
- Si un desconocido me invita a subir en un coche, siento que... **Sí** **No**
- Si me abraza un amigo o amiga, siento que... **Sí** **No**
- Si un adulto me toca el pene, siento que... **Sí** **No**
- Si un adulto me mira mientras me desvisto, siento que... **Sí** **No**
- Si alguien me toca en el autobús, siento que... **Sí** **No**
- Si mi amigo me coge de la mano, siento que... **Si** **No**
- Si un desconocido me agarra de la mano, siento que... **Sí** **No**
- Si alguien me dice cosas groseras, siento que... **Sí** **No**
- Si un viejo me toca siempre que me ve, siento que... **Sí** **No**
- Si alguien me ofrece dinero por dejarme tocar, siento que... **Sí** **No**

D. No abrir la puerta a los desconocidos

1. Duración:

De 30 a 40 minutos.

2. Objetivos:

- Saber aplicar las tres preguntas en diversas circunstancias.

3. Descripción:

La actividad consiste en que dos alumnos, un chico y una chica, representen el diálogo de la ficha 7a.

Una vez concluida la representación, el maestro preguntará a los otros alumnos qué puede pasar si Elena abre la puerta al desconocido. El maestro también preguntará qué cosa podrá hacer o decir Elena si no quiere abrir la puerta a un desconocido. El maestro estimulará la participación y recogerá las distintas propuestas que vayan surgiendo, anotándolas en la pizarra.

A continuación, dos alumnos más, también chico y chica, representarán el diálogo de la ficha 7b.

A partir de aquí, los alumnos deberán explicar las diferencias entre una situación y otra.

4. Dinamización:

Se utilizarán las tres preguntas del extraño de la siguiente manera:

- ¿Tienes la sensación que SI o que NO?
- Si dejo entrar un desconocido a casa, ¿alguien lo sabrá?
- Si dejo entrar un desconocido a casa, ¿puedo tener la seguridad de que alguien me podrá ayudar si me hiciera falta?

5. Materiales necesarios:

- Ficha número 7a: No abrir la puerta a los desconocidos. Conversación A
- Ficha número 7b: No abrir la puerta a los desconocidos. Conversación B

No abrir la puerta a los desconocidos

Elena tiene once años y está sola en casa.

Conversación A

Suena el teléfono: ¡Ringgggggg!

Elena: ¡Hola!

Desconocido: ¡Hola! ¿Con quién hablo?

Elena: Con Elena.

Desconocido: Hola Elena. ¿Puedo hablar con tu madre?

Elena: No. Mi madre ha salido y no volverá, al menos, en una hora.

Desconocido: ¿Y con tu padre?

Elena: Tampoco está en casa.

Desconocido: Perdona, Elena. He de llevar un paquete a tu madre y he perdido la dirección. Si no te importa, dámela.

Elena: La dirección es Calle de la Fuente, número 3, primer piso.

Desconocido: Muchas gracias, Elena. De aquí a diez minutos estaré en tu casa, pero cuando toque el timbre me abres la puerta, no vaya hacer el viaje inútilmente. Me abrirás, ¿no?

Elena: Sí, por supuesto.

Desconocido: Muy bien, hasta ahora.

No abrir la puerta a los desconocidos

Elena tiene once años y está sola en casa.

Conversación B

Suena el teléfono: ¡Ringgggggg!

Elena: ¡Hola!

Desconocido: ¡Hola! ¿Con quién hablo?

Elena: Con Elena.

Desconocido: Hola Elena. ¿Podría hablar con tu madre?

Elena: No. En este momento no sé si se puede poner

Desconocido: ¿Y con tu padre?

Elena: No. Tampoco sé si se puede poner.

Desconocido: ¿Pero no están en casa?

Elena: Sí, pero no se pueden poner.

Desconocido: Me parece que estás mintiendo.

Elena: ¿Quién es usted?

Desconocido: Perdona Elena. He de llevarle un paquete a tu madre, pero he perdido vuestra dirección. Dámela, por favor.

Elena: Lo siento, pero es mejor que llames más tarde para hablar con mi madre.

Desconocido: Mira Elena, es que me vendría bien pasarme esta tarde. ¿Me puedes dar la dirección?

Elena: No. Si quiere, déjeme su teléfono para que le llame mi madre.

El desconocido cuelga el teléfono.

E. Ayudarse mutuamente

1. Duración:

50 minutos.

2. Objetivos:

- Potenciar la capacidad de pedir ayuda a personas adultas de confianza.
- Favorecer su capacidad de ayudarse mutuamente.
- Entender que si están siendo víctimas de un abuso no han de sentirse culpables y mucho menos guardar el secreto.

3. Descripción:

La actividad consiste en utilizar las fichas números 8a y 8b en pequeños grupos respondiendo a las cuestiones planteadas.

4. Dinamización:

Es importante que el maestro dirija constantemente a los alumnos hacia personas adultas de confianza (los maestros de la escuela incluidos) insistiendo en que si a la primera no les hacen caso, deben insistir e intentarlo hasta que encuentren alguien que les crea y les escuche.

5. Materiales necesarios:

- Ficha número 8a: Ayudarse mutuamente
- Ficha número 8b: Ayudarse mutuamente
- Vídeo: Sentir que sí, sentir que no

Ayudarse mutuamente

María es una compañera de clase. Ocurre que está muy triste y cuando le preguntan qué le pasa, explica que un señor mayor, muy amigo de su padre, siempre que coincide con ella en el ascensor, se aprieta contra ella y le hace caricias de un modo que no le gusta.

María te pide que se lo digas a sus padres, porque piensa que a ella no le van a creer porque cuando está en casa se comporta de un modo muy diferente.

¿Te parece que María tiene algún problema? ¿Cuál?

¿Cómo crees que le podemos ayudar?

Si nosotros no podemos ayudarla, ¿a quién tendríamos que pedirle ayuda?

Si a María le da vergüenza pedir ayuda, ¿qué hacemos nosotros?

Ayudarse mutuamente

Juan es un compañero de clase. Está muy triste y cuando le preguntan qué le pasa explica que otro compañero de la escuela, mayor que él, le toca los genitales cuando nadie les ve.

Juan te pide que se lo digas tú al maestro, porque piensa que si se lo dice él no le hará caso porque el otro chico es buen estudiante y él no.

¿Te parece que Juan tiene algún problema? ¿Cuál?

¿Cómo crees que le podemos ayudar?

Si nosotros no podemos ayudarlo, ¿a quién tendríamos que pedirle ayuda?

Si a Juan le da vergüenza pedir ayuda, ¿qué hacemos nosotros?

F. Agenda de la seguridad

1. Duración:

Sin especificar

Objetivos:

- Conocer la manera de contactar con personas que pueden prestar ayuda en caso de necesitarla.

2. Descripción

La actividad consiste en rellenar la ficha número nueve con la ayuda de los padres. Si los alumnos utilizan agenda escolar, pueden copiar los teléfonos en la misma, por ejemplo en color rojo.

3. Materiales necesarios:

- Ficha número 9: Agenda de la seguridad

Agenda de la seguridad

En caso de que necesites ayuda puedes llamar a:

Llamar a	Teléfono
 Casa	
 Trabajo del padre	
 Trabajo de la madre	
 Vecinos	
 Policía	
 Policía local	
 Ayuntamiento	
 Teléfono del menor	
	
	
	