

OFENSORES SEXUALES JUVENILES

Dr. José Díaz Morfa

Psiquiatra-Psicoterapeuta

Presidente AESC. Vicepresidente APTOS

Se hace una revisión de la literatura sobre los ofensores sexuales juveniles, abordando en primer lugar su definición, el desarrollo sexual normal, las características de los jóvenes que han cometido ofensas sexuales, los tipos de conductas ofensivas; la etiología, los temas de salud mental, y actualización de los tipos y clasificaciones.

Se hace mención sobre poblaciones específicas donde se producen abusos sexuales como por ejemplo, el incesto entre hermanos; de las chicas, los niños pequeños y los jóvenes con incapacidades del desarrollo que han cometido ofensas sexuales, ofreciendo diferentes categorías. Se compara a los jóvenes que han cometido ofensas sexuales versus otros tipos de ofensas y se muestran las diferencias entre los abusadores adultos y los adolescentes. Se presentan las diferentes áreas de la evaluación y las diferentes aproximaciones terapéuticas.

Se finaliza, dando pautas para la prevención de la recaída y la investigación sobre la eficacia del tratamiento.

Palabras clave: ofensa, sexual, joven.

INTRODUCCIÓN

El abuso sexual es ampliamente reconocido como un problema significativo en la sociedad, y el alcance del problema puede ser subestimado porque los ofensores sexuales juveniles que son conocidos por el sistema pueden representar sólo una pequeña proporción de los jóvenes que han cometido tales ofensas. Los estudios de ofensores sexuales adultos sugieren otra dimensión del problema: muchos de estos ofensores comenzaron su conducta sexualmente abusiva en su juventud. Actualmente se estima que los jóvenes son responsables de más de una quinta parte de las violaciones, y de la mitad de los casos de molestia de niños, cometidos en los Estados Unidos cada año (Hunter, 2000). La mayoría de los casos de agresión sexual juvenil parecen involucrar a perpetradores adolescentes masculinos; sin embargo, varios estudios clínicos han señalado la presencia de mujeres adolescentes y jóvenes

prepúberes que se han comprometido en conductas sexualmente abusivas. La ofensa sexual juvenil parece atravesar los límites raciales y culturales.

Los estudios de ofensores sexuales adultos (a los que se les aseguró que la información que proporcionarían permanecería confidencial) también apoya la conclusión de que el abuso sexual realizado por jóvenes es un problema grave. Esta investigación sugiere que aproximadamente la mitad de estos individuos comenzaron su conducta sexualmente abusiva antes de la edad adulta (Abel, Mittelman, and Becker, 1985; Groth, Longo, and McFadin, 1982; Saylor, citado en Smith and Monastersky, 1986). Los estudios de adultos jóvenes y adultos que cometieron ofensas sexuales de jóvenes indican que la ofensa sexual incluye una amplia gama de conductas sexuales inadecuadas. Las ofensas incluían conductas sexuales sin contacto (tal como exhibicionismo y voyeurismo), molestar a niños, y

violación (Abel, Osborn, and Twigg, 1993; Righthand, Hennings, y Wigley, 1989). La investigación ha mostrado que los problemas de la conducta sexual exhibidos por estos jóvenes "no son simplemente incidentes aislados que involucran normalmente a adolescentes desarrollándose" (Fehrenbach et al., 1986). Uno de cada dos ofensores sexuales adultos comenzaron la conducta sexualmente abusiva de jóvenes siendo adolescentes.

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

Los costes de la ofensa sexual son substanciales para las víctimas y la sociedad y para los ofensores juveniles y sus familias. Además de los costes humanos en términos de angustia y sufrimiento emocional y físico, se incurre en costes financieros elevados como resultado de la involucración del sistema de justicia criminal y juvenil en el bienestar del niño y de la intervención terapéutica (Prentky y Burgess, 1990). Para minimizar estos costes, son necesarias intervenciones oportunas y apropiadas.

Una revisión de la literatura sugiere que los programas desarrollados para satisfacer las necesidades percibidas de estos ofensores sexuales jóvenes frecuentemente han aplicado el conocimiento y las intervenciones diseñadas para los ofensores sexuales adultos sin considerar los temas del desarrollo y las necesidades específicas de los adolescentes. Sólo recientemente hay un número creciente de estudios empíricos que enfatizan que, especialmente cuando se dirige a los jóvenes, la investigación no ha apoyado la noción de que "una vez se es ofensor sexual, siempre se es un ofensor sexual" (Association for the Treatment of Sexual Abusers, 1997b; Becker, 1998). La investigación longitudinal necesaria para apoyar concluyentemente tal hipótesis no ha sido

aún realizada. (Becker, 1998). Además, hay importantes distinciones que diferencian a los ofensores sexuales adultos y juveniles (Association for the Treatment of Sexual Abusers, 1997b; Becker, 1998; Bonner, 1997).

La ética del término "ofensor sexual juvenil" ha sido puesto en duda (Bonner, 1997). El lenguaje que describe a estas personas jóvenes como niños o adolescentes que han sido sexualmente abusivos (más que como ofensores sexuales juveniles) los hace responsables de su conducta aunque no sugiere que serán siempre ofensores sexuales. El lenguaje que enfatiza la conducta más que a la persona, puede ayudar a evitar las profecías de auto-cumplimiento, que pueden contribuir a la conducta ofensora promoviendo la creencia de que una persona nunca puede ser más que su pasado. Cuando el pasado incluye la ofensa sexual, esto puede ser una perspectiva desesperanzadora y auto-desvalorizadora.

Ya que la mayoría de los artículos y los estudios en la literatura han utilizado el término "ofensores sexuales juveniles", este término será utilizado, a veces, en esta revisión. Es importante considerar el impacto del lenguaje y comenzar a hacer los cambios apropiados.

DEFINICIÓN

¿Quiénes son los ofensores sexuales adolescentes? (The National Clearinghouse on Family Violence, 1997)

Ofensor sexual adolescente es definido como cualquier varón o mujer entre las edades de 12 y 17 años de edad que comete cualquier acto con una persona de cualquier edad contra el deseo de la víctima, sin consentimiento, o de una manera agresiva, explotadora, o amenazante.

Los ofensores sexuales adolescentes vienen de todos los entornos socioeconómicos, etno-culturales, y religiosos. También varían ampliamente en su nivel de funcionamiento intelectual, su motivación, las víctimas que eligen, y las conductas que cometen.

Algunos adolescentes abusan sexualmente sólo de niños más pequeños, otros de víctimas de la misma edad. Algunos utilizan la fuerza o la violencia extrema mientras otros engañan, presionan sutilmente o manipulan a sus víctimas a la actividad sexual. La mayoría de los ofensores sexuales adolescentes son conocidos por sus víctimas.

Algunos adolescentes cometen sólo ofensas sexuales "sin contacto" tales como voyeurismo (mirar furtivamente), exponer sus partes privadas a otros, hacer llamadas telefónicas obscenas, frotamiento (frotarse contra otros en lugares abarrotados), o fetichismo (tal como robar ropa interior). Otros cometen ofensas sexuales "con contacto" tales como acariciar o penetración con el pene, el dedo u objetos.

Definir una conducta como que es asalto sexual o abuso puede algunas veces ser difícil. Es fácil identificar una ofensa sexual cuando hay un amplio desfase de edad entre el perpetrador adolescente y la víctima o el abuso involucra fuerza o penetración. Pero según el desfase de edad se estrecha, y si la conducta involucra acariciar o una ausencia de fuerza o agresión, es necesario evaluarlo en términos de coerción, consentimiento, o diferencias de poder.

La coerción ocurre cuando una persona engaña, presiona, o manipula a otra para que haga algo. Si las víctimas han sido coercionadas, ellas no han dado realmente el consentimiento.

Si el perpetrador está en una posición de poder sobre o tiene responsabilidad con la víctima, la relación no es igual, así que el consentimiento realmente no ha sido dado. La ventaja de poder puede venir de un ofensor que es un hermano mayor, es la niñera de la víctima, es mayor en talla física o más fuerte, o tiene mayor madurez mental o emocional.

¿Qué es una conducta sexualmente abusiva realizada por los adolescentes?

En común con otros, utilizo el término "adolescente" para cubrir a todos los niños y

personas jóvenes entre las edades de 8 y 21 años, aunque más comúnmente la referencia es hasta las edades de 12-18 años.

Antes de que juzguemos a un adolescente como "abusivo", necesitamos tener alguna idea de lo que constituye una conducta sexual normal. El desarrollo sexual normal está pobremente comprendido y los hechos memorables claros respecto a la conducta sexual, relacionados con la edad, en las sociedades que cambian rápidamente, aún tienen que ser identificados (López, 2003). No obstante, hay un inicio de algún consenso en la definición de conducta abusiva que justifica la intervención.

"Abuso" puede ser definido como "el acto sexual con otra persona que no da o no puede dar consentimiento informado". Es un término negativo, que indica cualquier acto pretendido o percibido como dañino o humillante, de acuerdo con la víctima o un extraño afectado. El acto puede emanar de cualquier fuente (padre, extraño u otro niño) y varían en modalidad desde leve a grave, ya involucre o no daño físico.

Esto es donde los actos abusivos se solapan con "la ofensa sexual". La única característica que separa a los dos es que la conducta ofensiva está categorizada públicamente, entrando así dentro de una definición legal específica, que garantiza la intervención de los sistemas oficiales y que quizás demanda una respuesta judicial. La ofensa sexual es una forma de "abuso sexual descubierto" que se estima que es lo suficientemente serio para garantizar la respuesta oficial. Así todas las ofensas son una forma de abuso sexual, pero no lo contrario. Como veremos después, probablemente hay más abuso sexual del que nunca sale a la luz y mucho de éste, incluso cuando es claramente una ofensa, no es tratada como tal.

Antes de continuar con las conductas sexuales abusivas cometidas por jóvenes, deberíamos aunque sea esquemáticamente, señalar lo que los expertos consideran como conductas sexuales normales, desde la primera infancia hasta la adolescencia.

DESARROLLO SEXUAL NORMAL

(Children's Services Practice Notes for North Carolina's Child Welfare Social Workers, Mayo 2002)

Primera infancia

- Los niños comienzan a explorar sus cuerpos, incluyendo sus genitales.
- El toque de la piel es el método primario disponible que tienen los infantes para aprender acerca de sus cuerpos, los cuerpos de los otros, y su sexualidad.
- La respuesta de otras personas a esa exploración del cuerpo es una de las formas más tempranas de aprendizaje social.

Niñez

- La mitad de todos los adultos informan haber participado en juego sexual de niños.
- Los niños expresan interés por los sentimientos sexualmente excitantes por el toque de sus genitales, de la misma forma que expresan interés en la luz de la luna, o una flor floreciendo. Los niños expresan interés general por los cuerpos de los otros y pueden tocar. Las reacciones del adulto pueden enseñar a sentir vergüenza o que la privacidad es importante para ciertas conductas.
- La masturbación ocurre naturalmente en chicos y chicas, y comienza en la infancia. A la edad de dos o tres años, la mayoría de los niños han aprendido que la masturbación delante de otros probablemente les va a colocar en situaciones embarazosas.

Pre-adolescencia

- Un fuerte interés en la observación (a través de fotografías, películas, videos, etc.) de los cuerpos de otras personas.
- Pocos niños llegan a ser sexualmente activos en la pre-adolescencia. Cuando lo son, usualmente son iniciados por adultos.
- La actividad o el juego sexual durante esta edad usualmente representa el uso de sexo para metas y propósitos no sexuales.

Adolescencia

- La adolescencia en si misma está generalmente marcada por el reconocimiento de la sociedad de la capacidad sexual. La forma en que otras personas reaccionan hacia las características sexuales físicas del adolescente (vello corporal, formación de pecho, profundización de la voz, comienzo de la menstruación) tiene una profunda afectación tanto sobre el sentimiento de auto-estima de la persona joven como sobre el desarrollo de sus habilidades sociales.
- El adolescente desarrolla una consciencia creciente de ser una persona sexual, y del lugar y valor del sexo en la vida de uno, incluyendo opciones tales como el celibato.
- El adolescente puede trabajar hacia una resolución significativa de la confusión y el conflicto acerca de la orientación sexual.
- Es durante este tiempo que los individuos son capaces de unir juntos los aspectos físicos, afectivos y sociales del sexo y la sexualidad.
- La mayoría de los adolescentes practican algunos tipos de conductas sexuales interactivas con otros, como acariciarse, besarse con la boca abierta, y coito simulado, y otros realizan la penetración.

CARACTERÍSTICAS DE LOS JÓVENES QUE HAN COMETIDO OFENSAS SEXUALES

Los jóvenes que han cometido ofensas sexuales son una mezcla heterogénea (Bourke y Donohue, 1996; Knight y Prentky, 1993). Difieren según la víctima y las características de la ofensa y una amplia gama de otras variables, incluyendo tipos de conductas ofensoras, historias de maltrato infantil, conocimiento y experiencias sexuales, funcionamiento académico y cognitivo, y temas de la salud mental (Knight y Prentky, 1993; Weinrott, 1996).

A pesar de la aparente heterogeneidad de los jóvenes que han ofendido sexualmente, los hallazgos de los pocos estudios existentes que comparaban a jóvenes que cometieron ofensas sexuales con aquellos que cometieron otros tipos

de ofensas, frecuentemente no han revelado diferencias significativas entre las muestras (Becker y Hunter, 1997). Este hallazgo puede sugerir que el número sustancial de ofensores sexuales juveniles puede no diferir significativamente de otros ofensores juveniles, aunque subgrupos de jóvenes que cometieron ofensas sexuales difieren de los jóvenes que cometieron otras ofensas.

CONDUCTAS OFENSIVAS

Conductas sexualmente abusivas y características de la ofensa.

Las conductas sexualmente abusivas varían desde las ofensas sin contacto a actos con penetración. Las características de la ofensa incluyen factores tales como la edad y el sexo de la víctima, la relación entre la víctima y el ofensor, y el grado de coerción y violencia utilizada.

Tabla 1
Característica de la ofensa sexual

| Dominio | Característica |
|--------------------------------|--|
| Características de la víctima | <ul style="list-style-type: none"> Las niñas son el objetivo más frecuente^{a, b, c, d, e, f, g, h,} Las víctimas masculinas representan más del 25% de algunas muestras^{a, h, i.} |
| Características de la relación | <ul style="list-style-type: none"> Las víctimas a menudo son substancialmente más jóvenes que el ofensor, más que compañeros de edad^{a, b, c, d, e, f, g, h, i.} Las víctimas usualmente son parientes o conocidos, raramente son extraños^{a, c, f, g, h, i.} Cuidar niños frecuentemente proporciona la oportunidad para ofender^{b, h.} |
| Uso de la agresión | <ul style="list-style-type: none"> Aunque los ofensores sexuales juveniles usualmente son físicamente menos violentos que los ofensores adultos, pueden asegurarse la sumisión de la víctima a través de la intimidación, amenazas de violencia, fuerza física, o violencia extrema^{a, i.} Aproximadamente el 40% de una muestra de 91 jóvenes demostró agresión expresiva en su ofensa(s) sexual(es)^{g.} Los jóvenes que victimizaron a compañeros o adultos tendían a utilizar más fuerza que aquellos que victimizaron a niños más pequeños^{h.} |
| Disparadores | <ul style="list-style-type: none"> Algunos de los "disparadores" que han sido descritos como relacionados con la ofensa sexual incluyen la rabia, el aburrimiento, y los problemas familiares^{d.} |

^a Davis y Leitenberg, 1987; ^b Fehrenbach et al., 1986; ^c Hunter y Figueredo, 1999; ^d Miner, Siekert, y Ackland, 1997; ^e Rasmussen, 1999; Righthand, Hennings, y Wigley, 1989; ^f Ryan et al., 1996; ^g Smith y Monastersky, 1986; ^h Wieckowski et al., 1988; ⁱ Knight y Prentky, 1993; Becker, 1998.

En un estudio de Maine en jóvenes identificados como que habían cometido ofensas sexuales (Righthand, Hennings, y Wigley, 1989), más de la

mitad de los actos abusivos involucraban contacto oral-genital o intentado o realizando la penetración vaginal o anal.

Conducta criminal no sexual

Los ofensores sexuales juveniles frecuentemente se comprometen en conducta antisocial y criminal no sexual (Fehrenbach et al. 1986; Ryan et al., 1996). Tal conducta puede, de hecho, ser bastante típica de los ofensores sexuales juveniles, especialmente aquellos que se comprometen en asaltos sexuales con fuerza tales como violación e intento de violación. En una encuesta nacional, Elliot (citado en Weinrott, 1996) encontró que la mayoría de 80 jóvenes que revelaron una conducta de asalto sexual habían cometido previamente un asalto no sexual grave, mientras relativamente pocos (7%) habían perpetrado exclusivamente ofensas sexuales. La conducta criminal no sexual (violenta y no violenta) está correlacionada con la violencia sexual repetida por los ofensores sexuales adultos (Chaffin, 1994; Hanson y Buissière, 1996) y también puede ser un factor de riesgo importante para las ofensas sexuales repetidas por los jóvenes.

ETIOLOGÍA

Historias de maltrato infantil

La experiencia del abuso sexual en la infancia ha sido asociado con la ofensa sexual juvenil (Fehrenbach et al., 1986; Kahn y Chambers, 1991; Kobayashi et al., 1995). Las tasas de ofensores sexuales juveniles que han experimentado abuso sexual de niños varía desde el 40 al 80% (Becker y Hunter, 1997). Sin embargo, no se ha encontrado consistentemente que tales experiencias abusivas de los ofensores sexuales juveniles difieran significativamente de aquellos otros ofensores juveniles (Lewis, Shanok, y Pincus, citado en Knight y Prentky, 1993; Spaccarelli et al., 1997). Además, Smith y

Monastersky (1986) encontraron que entre los ofensores sexuales juveniles, en su muestra, había una relación entre la experiencia en la infancia de abuso sexual y tasas más altas de reofensa no sexual pero tasas más bajas de reofensa sexual. No sorprendentemente, las experiencias de la infancia de ser físicamente abusado, ser descuidado, y ser testigo de violencia familiar han sido asociadas independientemente con la violencia sexual en los ofensores juveniles (Kobayashi et al., 1995; Ryan et al., 1996). Las proporciones de ofensores sexuales juveniles que han experimentado abuso físico de niños varía desde el 25 al 50 por ciento (Becker y Hunter, 1997). Un estudio que compara ofensores sexuales juveniles con jóvenes que han cometido ofensas no sexuales sugiere que los ofensores sexuales pueden tener tasas más altas de abuso físico en la infancia (Ford y Lisey, citado en Becker y Hunter, 1997). Cuando los ofensores sexuales juveniles fueron comparados sólo con jóvenes que habían cometido ofensas violentas no sexuales, sin embargo, este resultado no pudo ser replicado (Knight y Prentky, 1993). Este último hallazgo sugiere que la historia de abuso físico está correlacionada con algún tipo de conducta violenta pero no necesariamente con conducta sexualmente violenta.

El papel del maltrato infantil en la etiología de la ofensa sexual parece bastante complejo (Prentky et al., 2000). Un reciente estudio (Hunter y Figueredo, citados en Becker y Hunter, 1997) utilizó varios grupos de comparación y control para investigar los factores asociados con la ofensa sexual, tal como la historia de victimización sexual y el apoyo familiar. El estudio encontró cuatro variables predictivas de ofensa sexual: edad más joven en el momento de la victimización, tasas más altas de incidentes abusivos, período más largo entre el abuso y el descubrimiento, y un nivel más bajo de apoyo familiar percibido a continuación del descubrimiento del abuso.

Cooper, Murphy, y Haynes (citados en Becker, 1998) compararon ofensores sexuales juveniles

que habían sido sexualmente o físicamente abusados con aquellos que no lo habían sido. Encontraron que los jóvenes abusados comenzaron su ofensa sexual 1,6 años más temprano que el grupo no abusado, tenían dos veces más número de víctimas, era más probable que tuvieran tanto víctimas femeninas como masculinas, y era menos probable que limitaran su ofensa a miembros de la familia. Otra investigación sobre varios grupos de ofensores sugiere que los ofensores con historias de maltrato comienzan a ofender a edades más tempranas que otros ofensores que no fueron maltratados. Por ejemplo, Knight y Prentky (1993) encontraron que los violadores que comenzaron a ofender de jóvenes tenían tasas más altas de descuido emocional de niños que otros violadores que comenzaron sus asaltos en la edad adulta. Los molestatadores de niños que comenzaron a ofender de jóvenes también tenían tasas más altas de experiencias de victimización sexual a lo largo de toda su infancia de lo que tuvieron los violadores que comenzaron su ofensa de adultos. Los violadores que comenzaron a ofender mientras todavía eran jóvenes, según se contrastó con aquellos que comenzaron a ofender en la edad adulta, tendían a venir de familias donde la conducta abusiva o sexualmente desviada era dirigida a otros miembros de la familia. Los datos pertinentes a un grupo adicional de ofensores sexuales, que no tenían un registro oficial de ofensas sexuales juveniles pero que admitieron tal conducta en una entrevista confidencial, generada por ordenador, fueron similares. En este grupo, los ofensores que comenzaron perpetrando de jóvenes, contrastados con aquellos que comenzaron de adultos, tenían tasas más altas en general de victimización sexual en la infancia, sus experiencias sexualmente abusivas comenzaron a edades más tempranas, y los asaltos sexuales que experimentaron de niños tendían a ser más severos (por ejem., en una escala que variaba desde acariciar hasta el coito).

HABILIDADES Y RELACIONES SOCIALES E INTERPERSONALES

Factores familiares

Además del maltrato infantil, se ha encontrado que factores como la inestabilidad familiar, la desorganización, y la violencia son prevalentes entre los jóvenes que se comprometen en conducta sexualmente abusiva (Bagley y Shewchuk-Dann, 1991; Miner, Siekert, y Ackland, 1997; Morenz y Becker, 1995). Los estudios varían respecto a los porcentajes de estos jóvenes que vienen de familias intactas. Algunos estudios (Kahn y Chambers, 1991; Fehrenbach et al., 1986) han encontrado que menos de un tercio de los ofensores sexuales juveniles en sus muestras residieron con ambos padres biológicos.

Graves et al. (citado en Becker, 1998) utilizaron procedimientos estadísticos (meta-análisis) para analizar los hallazgos de estudios múltiples que fueron conducidos durante 20 años y describían las características de los ofensores sexuales juveniles. Los análisis resultaron en la identificación de tres grupos de jóvenes: jóvenes sexualmente asaltadores, cuyas víctimas eran los compañeros de los ofensores o mayores, jóvenes pedófilos, cuyas víctimas eran al menos tres años más jóvenes que los ofensores; y grupo mixto, descrito como que incluye jóvenes que perpetraron más de una clase de ofensa sexual, incluyendo ofensas sin contacto y con contacto (Weinrott, 1996). Los resultados de Graves et al. (citado en Becker, 1998) también indicaron que los jóvenes que cometieron asaltos sexuales contra víctimas que fueron sus compañeros o mayores era más probable que vinieran de hogares con un solo padre (78%) que aquellos que cometieron ofensas "pedófilas" (44%) u ofensas mixtas (37%). Aquellos que cometieron ofensas pedófilas, sin embargo, frecuentemente vivían en familias de adopción o mezcladas (53%).

Juntos, estos diversos estudios sugieren que muchos ofensores sexuales juveniles han experimentado separaciones físicas y/o

emocionales de uno o ambos padres. La causa de esta separación puede ser inestabilidad familiar, separación o divorcio parental, o la situación residencial del joven.

La investigación sobre los factores familiares que afectan a los ofensores sexuales juveniles también ha examinado los estilos de comunicación familiar y los tipos de involucración familiar con el joven. Los estudios han encontrado que la comunicación y los comentarios de apoyo que facilitan el diálogo son limitados en las familias de los ofensores sexuales juveniles y los ofensores violentos, mientras que la comunicación negativa, tal como las afirmaciones e interrupciones agresivas, son frecuentes (Blaske, Borduin, Henggeler, y Mann, citado en Morenz y Becker, 1995). No es sorprendente, que el apoyo y la supervisión adecuada faltan en las familias de estos jóvenes (Borduin, Henggeler, Blaske, y Stein, citado en Hunter y Figueredo, 1999).

En un estudio de comparación de ofensores sexuales juveniles y otros ofensores juveniles en dos centros de tratamiento residenciales, los jóvenes sexualmente asaltadores fueron descritos como que venían típicamente de familias "invernadero" intactas que frecuentemente evidenciaron una patología severa, incluyendo el maltrato infantil (Bagley y Shewchuk-Dann, 1991). Aunque los jóvenes sexualmente agresivos experimentaron menos inestabilidad familiar (así definido por múltiples cuidadores masculinos adultos y/o deserciones de la figura de su padre), sus padres evidenciaron niveles más altos de estrés marital. Además, las madres y padres de estos jóvenes tenían más problemas de salud mental que requirieron intervención, y los padres evidenciaron tasas ligeramente mayores de abuso de alcohol. Los padres de jóvenes en el grupo sexualmente agresivo también eran abiertamente ambiciosos con sus hijos y excesivamente críticos con las calificaciones escolares bajas. Similarmente, Miner, Sieker, y Ackland (1997) describieron a los ofensores sexuales juveniles en su muestra como que venían de ambientes familiares "caóticos". Cerca del 60% de los padres biológicos tenían historias de abuso de

sustancias, y el 28% tenían historias criminales. Las madres biológicas, cuando se comparaban con los padres, era menos probable que tuvieran historias de abuso de sustancias (28%) o historias criminales (17%). Las madres, sin embargo, era más probable tuvieran una historia de tratamiento psiquiátrico que los padres (23% versus 13%, respectivamente). Además, cerca de un quinto de los hermanos de los sujetos tenían historias criminales, y el 29% de los hermanos biológicos y el 20% de los hermanastros tenían historias psiquiátricas. Smith e Israel (1987) encontraron que algunos padres de jóvenes que abusaron sexualmente de sus hermanos eran físicamente y/o emocionalmente inaccesibles y distantes. También informaron que algunos padres evidenciaron patología sexual y expusieron a los jóvenes a sus conductas sexuales. Similarmente, Miner y Crimmins (1995) encontraron que los jóvenes ofensores sexuales parecían estar más desconectados de sus familias de lo que lo estaban otros jóvenes y, consecuentemente, podían haber estado desconectados de posibles fuentes de apoyo emocional y ser menos capaces de formar apegos positivos. Esto último se ve apoyado con el hallazgo de Kobayashi et al. (1995) de que a más relaciones positivas entre los jóvenes y sus madres puede estar relacionado con una disminución de los niveles de agresión sexual en los jóvenes. Weinrott (1996) informó que hay una fuerte evidencia de que la inestabilidad y los problemas familiares en el apego padre-hijo en la infancia están asociados con formas más intrusivas de ofensa sexual juvenil. Kimball y Guarino-Ghezzi (1996) encontraron que los jóvenes en su muestra identificados como molestandores de niños informaron significativamente más conflicto continuo con una figura parental de lo que fue informado por los jóvenes identificados como violadores. Los violadores era significativamente más probable que percibieran, más que los molestandores, a sus padres como que no apoyaban el

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

Relaciones y habilidades sociales

La investigación documenta repetidamente que los jóvenes con problemas de conducta sexual tienen déficits significativos en competencia social (Becker, 1990; Knight y Prentky, 1993). Las habilidades sociales inadecuadas, pobres relaciones con los compañeros, y el aislamiento social están entre las dificultades identificadas en estos jóvenes (Fehrenbach et al., 1986; Katz, 1990; Miner y Crimmins, 1995). Por ejemplo Katz (1990) comparó tres grupos –“molestandores de niños” adolescentes, delincuentes juveniles que no habían cometido ofensas sexuales, y un grupo de comparación reclutado de un instituto local– en varias medidas de competencia social. Los jóvenes que habían cometido ofensas de molestia de niños estaban socialmente más inadaptados que cualquiera de los otros grupos y evidenciaron más ansiedad social y miedo a las interacciones heterosexuales. Miner y Crimmins (1995) encontraron que los jóvenes que habían ofendido sexualmente tenían muy pocos apegos con compañeros y sentían menos apego positivo hacia sus colegios, comparados con otros jóvenes delincuentes y jóvenes no delincuentes. De hecho, afirmaron que ésta y otra investigación –

“señala hacia la primacía del aislamiento y el pobre ajuste social como características distintivas de los ofensores sexuales adolescentes, indicando que las intervenciones que maximizan la capacidad para construir apegos interpersonales afecta potencialmente a la propensión para comprometerse en conductas sexualmente abusivas y agresivas”.

EXPERIENCIAS Y CONOCIMIENTO SEXUAL

Historias y creencias sexuales

La investigación sugiere que los ofensores sexuales adolescentes generalmente han tenido experiencias sexuales consentidas (Becker, Kaplan, Cunningham-Rathner, y Kavoussi, citados en Knight y Prentky, 1993; Groth y Longo, citados en Knight y Prentky, 1993; Ryan et al., 1996). La investigación también sugiere que algunas veces sus experiencias han excedido las experiencias de los jóvenes control que no han cometido ofensas sexuales (McCord, McCord, y Venden, citado en Knight y Prentky, 1993). Las experiencias anteriores con disfunción sexual, más comúnmente la impotencia o la eyaculación precoz, también han sido informadas en los ofensores sexuales juveniles (Longo, citado en Knight y Prentky, 1993). Un estudio de 1600 ofensores sexuales juveniles descritos por 90 colaboradores independientes de 30 Estados (Ryan et al., 1996) encontró que sólo alrededor de un tercio de los jóvenes percibieron el sexo como una forma de demostrar amor o cuidado por otra persona; otros percibieron el sexo como una forma de sentir poder y control (23,5%), para disipar la rabia (9,4%), o herir, degradar, o castigar (8,4%).

Excitación sexual desviada

Los estudios de estudiantes de colegios mayores masculinos y ofensores sexuales adultos han mostrado que la excitación sexual desviada está fuertemente asociada con la conducta sexualmente coercitiva (Barbaree y Marshall, citados en Hunter y Becker, 1994; Earls y Quinsey, citado en Hunter y Becker, 1994; Knight y Prentky, 1993). Faltan estudios controlados de la excitación sexual desviada en ofensores sexuales juveniles, aunque ha sido informada alguna investigación relacionada.

En su muestra de 197 ofensores sexuales juveniles, Schram, Milloy y Rowe (1991)

encontraron que los reincidentes sexuales, definidos como jóvenes arrestados por una nueva ofensa, era significativamente más probable que tuvieran patrones desviados de excitación sexual que otros ofensores. Similarmente, Kahn y Chambers (1991) encontraron una tendencia que asociaba la excitación desviada y la reofensa sexual, pero no era estadísticamente significativa. Ambos estudios, sin embargo, se basaban en juicios clínicos para determinar la existencia de excitación desviada, más que en medios más objetivos tales como la evaluación falométrica. En su revisión del papel de la excitación sexual desviada en la ofensa sexual juvenil, Hunter y Becker (1994) observaron la limitada investigación en este área y alentaron investigaciones adicionales. Ellos pusieron énfasis en que aunque la excitación desviada puede ser más de un factor para los ofensores sexuales que se centran en niños (particularmente aquellos quienes se centran en los chicos), la investigación sugiere que los jóvenes que se comprometen en conducta sexualmente abusiva son un grupo heterogéneo. También enfatizaron que el interés sexual y los patrones de excitación de estos jóvenes son más cambiantes que aquellos de los ofensores sexuales adultos y previnieron contra aplicar a los jóvenes lo que es conocido acerca de excitación sexual desviada en adultos.

Pornografía

Las investigaciones sobre el papel de la pornografía en la ofensa sexual juvenil son limitadas en número. Un estudio (Becker y Stein, citados en Hunter y Becker, 1994) encontró que sólo el 11% de los ofensores sexuales juveniles estudiados dijeron que no utilizaron materiales sexualmente explícitos. Otro estudio (Wieckowski et al., 1998) encontró que la exposición a material pornográfico a una edad joven era común en una muestra de 30 jóvenes varones que habían cometido ofensas sexuales. Un estudio comparativo (Ford y Linney, citados en Becker y Hunter, 1997) encontró que el 42% de los

ofensores sexuales juveniles, comparados con el 29% de los ofensores juveniles violentos (cuyas ofensas no eran sexuales) y los ofensores condenados, habían estado expuestos a revistas sexualmente explícitas, y a pornografía dura. Los ofensores sexuales juveniles también han estado expuestos a pornografía a edades más jóvenes, que varían de entre los 5 a los 8 años. Tasas altas de exposición a la pornografía también han sido encontradas para las chicas que han cometido ofensas sexuales (Mathews, Hunter, y Vuz, 1997).

FUNCIONAMIENTO ACADÉMICO Y COGNITIVO

Ejecución académica

Los estudios típicamente informan que como grupo, los jóvenes que ofenden sexualmente experimentan dificultades académicas (Fehrenbach et al., 1986; Kahn y Chamber, 1991; Miner, Sieker, y Ackland, 1997; Pierce, citado en Bourke y Donohue, 1996). Por ejemplo, Kahn y Chambers encontraron que más de la mitad de los jóvenes en su estudio habían evidenciado al menos uno de los tres tipos de dificultad en el colegio: conducta disruptiva (destruccion) (53%), absentismo escolar (cerca del 30%), o incapacidad para aprender (39%).

Deterioro intelectual y cognitivo

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

Lewis, Shanok, y Pincus (citados en Ferrara y McDonald, 1996) investigaron los posibles déficits neurológicos en un grupo de ofensores sexuales

juveniles y un grupo de comparación de jóvenes que habían cometido ofensas con asalto no sexual pero violentamente. Se administraron pruebas psicológicas, y se efectuaron electroencefalogramas del sueño (EEG's) cuando fue posible. Los grupos no difirieron en la escala completa, verbal, o las puntuaciones de ejecución IQ. Los ofensores sexuales evidenciaron mayores dificultades en la prueba de lectura que los del grupo de comparación (5,59 versus 3,95 por debajo del nivel del curso, respectivamente). Los resultados del EEG's revelaron la evidencia más directa de los deterioros neurológicos entre los jóvenes de ambos grupos: 23,5% de los ofensores sexuales y 3,3% del grupo comparación evidenciaron un EEG's groseramente anormal o convulsiones epilépticas tipo gran mal. El hallazgo de los deterioros neurológicos en ambos grupos de ofensores juveniles es consistente con otra investigación respecto a delinquentes juveniles en general y ofensores juveniles violentos específicamente (Ferrara y McDonald, 1996). La incidencia de los trastornos de déficit de atención en jóvenes con problemas de la conducta sexual no ha sido satisfactoriamente estudiado. Kavoussi, Kaplan, y Becker (1988), sin embargo, encontraron que de los 58 jóvenes que habían sido evaluados o tratados en un programa para ofensores sexuales juveniles ambulatorios, aproximadamente el 7% satisficieron todos los criterios diagnósticos para el trastorno del déficit de atención como se especificaba en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders, 3rd. Edition (DSM-III)*. Casi el 35% de los jóvenes evidenciaron algunos síntomas de un trastorno del déficit de atención. Miner, Siekert, y Ackland (1997) encontraron que más del 60% de los jóvenes encarcelados en su estudio exhibieron conductas hiperactivas e inquietas, y aproximadamente el 75% fueron identificados como que tenían problemas de atención, incapacidad en el aprendizaje, o ambos. Aunque los estudios que investigan las áreas específicas de los déficits cognitivos en ofensores sexuales juveniles están faltando, Ferrara y McDonald (1996) observaron que la investigación

sobre delinquentes juveniles ha demostrado dos áreas de deterioro: dificultades con las funciones ejecutivas; tales como planear, abstracción, inhibición de los impulsos inapropiados, y flexibilidad cognitiva; y dificultades con el lenguaje receptivo y expresivo. Los estudios como se observó anteriormente sugieren que al menos algunos de los que ofenden sexualmente no difieren significativamente de los jóvenes que cometen otros tipos de ofensas y que algunos ofensores sexuales juveniles experimentan déficits cognitivos similares a aquellos identificados en otros grupos de ofensores juveniles. Basado en su revisión de la literatura, Ferrara y McDonald concluyeron que entre un cuarto y un tercio de los ofensores sexuales juveniles pueden tener alguna forma de deterioro neurológico. Ellos observaron, “además, es probable que el ofensor sexual juvenil neurológicamente deteriorado que no es detectado no logrará el beneficio [óptimo] del tratamiento debido a problemas en la concentración, comprensión, y memoria”.

Distorsiones cognitivas y atribuciones

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

TEMAS DE SALUD MENTAL

Síntomas y trastornos

Los diagnósticos de trastorno de la conducta y los rasgos antisociales frecuentemente han sido

observados en poblaciones de jóvenes que han ofendido sexualmente (Kavoussi, Kaplan, y Becker, 1988; Miner, Siekert, y Ackland, 1997). Otros estudios también han descrito otras características conductuales y de la personalidad en jóvenes que han ofendido sexualmente, tales como problemas de control del impulso e impulsividad en el estilo de vida (Prentky et al., 2000). Carpenter, Peed, y Eastman (1995) encontraron que los ofensores sexuales juveniles cuyas víctimas eran niños más jóvenes tuvieron puntuaciones más altas en las escalas de esquizofrenia, evitación y dependencia de la Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI) que aquellos cuyas víctimas eran sus compañeros de edad. Los estudios también han encontrado tasas más altas de depresión en jóvenes que han ofendido sexualmente que en la población juvenil en general (Becker y Hunter, 1997).

Abuso de sustancias

Los estudios varían ampliamente sobre la importancia del abuso de sustancias como un factor en la ofensa sexual entre los jóvenes. Lightfoot y Barbaree (1993) informaron que las tasas en las cuales se encontró que los ofensores sexuales juveniles estaban bajo la influencia de las drogas o el alcohol en el momento en el que cometieron sus ofensas variaba del 3,4% hasta el 72%. Aunque el abuso de sustancias ha sido identificado como un problema para muchos jóvenes que han ofendido sexualmente (Kahn y Chambers, 1991; Miner, Sieker, y Ackland, 1997), el papel del abuso de sustancias en la ofensa sexual permanece incierto. Lightfoot y Barbaree (1993) señalaron que las evaluaciones de los ofensores sexuales juveniles deberían diferenciar los problemas de abuso de sustancias de la experimentación “normativa” que es parte del proceso del desarrollo. Parece que la evidencia es insuficiente para identificar el abuso de sustancias como un factor causal en el desarrollo de la conducta sexualmente abusiva, aunque el abuso de sustancias tiene un potencial

desinhibidor y, si está presente, requiere intervención.

TIPOS Y CLASIFICACIONES

Categorización de las ofensas

Generalmente es considerado aceptable desglosar las ofensas sexuales en tres categorías: ofensas sin contacto, ofensas con contacto, y ofensas pedofílicas. Este sistema de clasificación se ha derivado de la literatura adulta, y es utilizada ampliamente por los investigadores de adolescentes. El primer grupo es referido como de **ofensas sin contacto** e incluye el voyeurismo, el exhibicionismo, y las llamadas telefónicas obscenas. En un estudio conducido por Saunders, Awad, y White (1986), aproximadamente el 36% de su muestra de 63 ofensores sexuales adolescentes cometieron estas ofensas sexuales no violentas. Las víctimas de estas ofensas bastante a menudo son los compañeros del perpetrador y adultos (Davis & Leitenberg, 1987). La segunda categoría, **las ofensas con contacto**, incluye caricias, asaltos sexuales, violación, e intento de violación. Estas ofensas usualmente conllevan fuerza física y pueden también involucrar el uso de un arma de fuego. Usualmente son perpetradas contra mujeres desconocidas que son de la misma edad o mayores que el perpetrador (Lewis, Shankok, & Pincus, 1979). Hablando en general, las víctimas de 12 años de edad o más son consideradas compañeras de edad, aunque la edad puede variar dependiendo del investigador. En un estudio de 35 ofensores sexuales identificados de un grupo de delincuentes violentos, el 79% cometieron violación con fuerza y el 13% cometieron asaltos sexuales (Fagan & Wexler, 1986). El tercer grupo, **de ofensas pedofílicas o molestia de niños**, incluye las ofensas contra víctimas de 4 años o más jóvenes que el ofensor (Deisher, Wenet, Paperny, Clark, & Fehrenbach, 1982); además, la víctima a menudo conoce al ofensor y podría posiblemente ser un pariente

(Saunders et al., 1986). Aunque varones y mujeres pueden sufrir ofensas sexuales de niños, según disminuye la edad de la víctima hay un incremento en el número de víctimas masculinas (Davis & Leitenberg, 1987). Es aquí, en las ofensas pedofílicas en donde se encuentra el grado más alto de coerción. Más aún, ninguna edad es inmune a la victimización sexual; las víctimas de las ofensas sexuales varían en edad desde los 4 a los 60 años de edad (Lewis et al., 1979).

Tipos y clasificaciones de los adolescentes masculinos que han cometido ofensas sexuales

Aunque una variedad de características han sido identificadas entre los jóvenes que han ofendido sexualmente, pocos estudios han intentado clasificar a estos jóvenes de acuerdo con sus similitudes y diferencias. O'Brian y Bera (Weinrott, 1996) definieron *siete categorías de ofensores sexuales juveniles*:

1. experimentadores ingenuos,
2. explotadores de niños infrasocializados,
3. agresivos sexuales,
4. compulsivos sexuales,
5. impulsivos con trastornos,
6. grupo influenciado
7. pseudosocializado.

Graves (citado en Weinrott, 1996) sugirió tres tipologías: pedófilos, asaltante sexual, e indiferenciado.

Los jóvenes pedófilos tendían a carecer de confianza social y a estar socialmente aislados, molestaban consistentemente a niños mucho más pequeños (al menos 3 años más jóvenes que ellos mismos), y molestaban típicamente a niñas. **El grupo de asalto** sexual típicamente asaltaban a compañeros o chicas más mayores. **El grupo indiferenciado** se comprometía en una variedad de ofensas, y las edades de sus víctimas variaba ampliamente. Este último grupo realizará ofensas sin contacto (por ejemplo, exhibicionismo) además de asaltos con contacto. Comparados con los

otros dos grupos, comienzan su conducta abusiva cuando eran más jóvenes, tuvieron los problemas sociales y psicológicos más severos, eran más antisociales, y tuvieron familias más disfuncionales.

Spring (1999) sugiere otra tipología de los ofensores sexuales juveniles; los que ofenden contra compañeros o adultos y los que ofenden contra niños.

Dos subgrupos de ofensores sexuales juveniles

| Rasgos | Ofenden contra compañeros o adultos | Ofenden contra niños |
|-----------------------------------|---|---|
| Victimas | <ul style="list-style-type: none"> • Predominantemente asaltan mujeres. • Asaltan mayormente extraños o conocidos | <ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres son victimizadas con tasas ligeramente más altas. • Casi la mitad asalta al menos a un varón. • Por encima del 40% de las víctimas son hermanos o parientes. |
| Patrones de ofensa | <ul style="list-style-type: none"> • Lo más probable es que comentan ofensas en unión con otra actividad criminal. • Lo más probable es que comentan ofensas en áreas públicas. | <ul style="list-style-type: none"> • Confianza en la oportunidad y el engaño, particularmente cuando la víctima es un pariente. • Engaña al niño utilizando sobornos o amenazándolo con la pérdida de la relación. |
| Historia criminal y social | <ul style="list-style-type: none"> • Lo más probable es que tengan historias de ofensas criminales no sexuales. • Generalmente tienen conducta delincuente y desordenada. | <ul style="list-style-type: none"> • Son comunes los déficits en la auto-estima y la competencia social. • A menudo falta las habilidades y atributos necesarios para formar y mantener relaciones interpersonales sanas. |
| Patrones de conducta | <ul style="list-style-type: none"> • Demuestran niveles más altos de agresión y violencia. • Lo más probable es que usen armas de fuego y causen daños a sus víctimas. | <ul style="list-style-type: none"> • A menudo demuestran señales de depresión. • Los jóvenes con trastornos severos de la personalidad y/o psicosexuales pueden demostrar altos niveles de agresión o violencia. |

INCESTO ENTRE HERMANOS

Pocos informes han situado específicamente los temas pertinentes al incesto entre hermanos. Araji (1997) observó que aunque el incesto entre hermanos parece ser bastante prevalente, a menudo es infra informado e ignorado. O'Brien (1991) comparó ofensores sexuales de hermanos con ofensores sexuales juveniles cuyas víctimas eran cualquier niño externo a la familia, adultos,

compañeros, o una mezcla de categorías y encontró que los ofensores de hermanos tenían historias de ofensas más serias, era menos probable que recibieran tratamiento ordenado por el juzgado, y diferían de los ofensores no hermanos en varias medidas (incluyendo factores familiares tales como la presencia de disfunción y abuso físico).

O'Brien (1991) enfatizó la importancia de "tomar en serio el incesto entre hermanos" con el título de su artículo. El comparó 170 jóvenes que ofendieron sexualmente contra hermanos (incluyendo hermanastros, medio hermanos, y hermanos adoptivos) con ofensores extrafamiliares (aquellos que ofendieron contra niños aparte de sus hermanos), aquellos que victimizaron sexualmente a compañeros o adultos, y aquellos cuyas víctimas pueden haber incluido una mezcla de hermanos y niños extrafamiliares y/o compañeros y adultos. Como grupo, los ofensores de hermanos perpetraron el mayor número de actos abusivos (un promedio de 18 incidentes, comparados con 4,2 por ofensores extrafamiliares, 7,4 para los ofensores de compañeros/adultos, y 8,5 para el grupo mixto). La duración de la ofensa sexual era mayor para los ofensores sexuales contra hermanos. Cerca del 45% de los ofensores de hermanos habían estado cometiendo ofensas durante más de un año, mientras sólo el 23% de los ofensores extrafamiliares y el 24% de los ofensores de adultos/compañeros habían estado ofendiendo durante este periodo. Además, los ofensores de hermanos era más probable que los otros que penetraran vaginalmente o analmente a sus víctimas (46%, comparados con el 28 % de los ofensores extrafamiliares y el 13% de los ofensores de adultos/compañeros). Los ofensores sexuales contra hermanos también era más probable que tuvieran múltiples víctimas. O'Brien hipotetizó que los temas específicos, tales como la disponibilidad de la víctima, la naturaleza de la relación entre hermanos, y otros factores, pueden haber contribuido a tales historias de ofensa grave. A pesar de tales conductas abusivas, sólo alrededor de un tercio de los ofensores de hermanos estaba en tratamiento ordenado por el

juzgado, comparados con los tres cuartos de los otros ofensores.

Se observaron factores familiares tales como un incremento de la tasa de abuso físico entre los ofensores sexuales contra hermanos (61%, comparados con el 45% de los ofensores extrafamiliares y el 37% de los ofensores de adultos/compañeros). Los ofensores de hermanos también fueron abusados sexualmente más frecuentemente por sus padres de lo que lo fueron otros ofensores, aunque sólo un pequeño número de ofensores de hermanos habían sido sexualmente abusados por cualquier miembro de la familia (incluyendo los padres). Es interesante destacar que, el 36% de las madres de ofensores de hermanos y el 10% de sus padres habían sido víctimas de abuso sexual de niños, comparados con el 9,1% de las madres de ofensores extrafamiliares y el 5,5% de sus padres. Las evaluaciones también sugirieron que la tasa de disfunción familiar era más alta para los ofensores de hermanos que para los otros grupos.

CHICAS QUE HAN COMETIDO OFENSAS

Incidencia

Antes de 1986, las referencias en la literatura profesional para las ofensoras sexuales femeninas eran pocas y limitadas. Desde entonces, algunas referencias han aparecido, pero los estudios de investigación continúan siendo pocos, y los estudios de chicas adolescentes que abusan sexualmente son relativamente raros.

La investigación sobre chicas que han cometido ofensas sexuales ha sido relativamente rara, y los estudios existentes han estado limitados a muestras de pequeño tamaño. En su revisión de la literatura, Lane y Lobanov-Rostovsky (1997) encontraron que las mujeres representaban el 5-8% de los ofensores sexuales juveniles en tres estudios acerca de la incidencia a nivel estatal conducido en los años 80. Estudios más recientes, sin embargo, encontraron una incidencia más alta

de ofensas sexuales por chicas jóvenes (English y Ray, citados en Araji, 1997; Johnson, citado en Lane y Lobanov-Rostovsky, 1997; Gray et al., 1997).

Gray et al. (1997) también encontraron una tasa relativamente alta de chicas preadolescentes que evidenciaron problemas en su conducta sexual. En su muestra, el 35% del grupo infantil que evidenciaron tales problemas eran chicas. La incidencia de la ofensa sexual puede ser subestimada para las jóvenes más que para los varones, quizás a causa de la reluctancia de la sociedad (e incluso una reluctancia entre los profesionales) para reconocer que las chicas son capaces de cometer tales ofensas (Travin, Cullen, y Protter, 1990).

Características de las ofensoras femeninas y sus ofensas

Ray y English (1995) compararon a chicas y chicos en una muestra de jóvenes que fueron descritos como sexualmente agresivos. Encontraron que las chicas fueron más probablemente víctimas de abuso sexual, y más chicas que chicos habían experimentado múltiples tipos de abuso. Fehrenbach y Monastersky (citado en Bumby y Bumby, 1997) encontraron que, en su muestra, la mayoría de las chicas adolescentes que victimizaron sexualmente a niños pequeños lo hicieron mientras estaban cuidando de niños. Los estudios de chicas en el marco de un ingreso (Bumby y Bumby, 1997), aunque limitados por una pequeña muestra, sugieren que factores tales como la depresión, ideación suicida, ansiedad, pobre auto-concepto, y victimización sexual en la infancia son relevantes para las chicas que comenten ofensas sexuales. Quizás en el estudio más amplio hasta la fecha, Mathews, Hunter y Vuz (1997) compararon 67 chicas y 70 chicos que tenían historias de ofensas y encontraron similitudes y diferencias significativas: las conductas de ofensas de las chicas eran similares a las de los chicos en términos de los tipos de ofensas cometidas, y ambos tendían a victimizar a

niños jóvenes del género opuesto; pero las chicas típicamente tuvieron ellas mismas experiencias de victimización más severas.

Ray y English (1995) compararon a chicas y chicos que fueron descritos como sexualmente agresivos. Los hallazgos indicaron que las chicas tendían a ser más jóvenes que los chicos y era menos probable que hubieran perpetrado actos de violación (La violación era definida como que involucraba la fuerza o no consentimiento y penetración vaginal, oral, o anal con el pene o un objeto). Aproximadamente el 94% de las chicas en la muestra habían sido víctimas de abuso sexual, comparadas con el 85% de los chicos. Un porcentaje mayor de chicas que de chicos (94% versus 86%) habían experimentado múltiples tipos de abuso, incluyendo el abuso sexual, el abuso físico, el abuso emocional, y/o el descuido.

Todos los niños de la muestra de Ray y English (1995) evidenciaron una amplia gama de problemas de conducta mientras estaban bajo la custodia del estado. Las chicas era significativamente más probable que robaran y mostraran ataques de mal genio que los chicos. También hubo evidencia de que las chicas era más probable que fueran absentistas escolares. Las chicas parecían tener habilidades sociales más adecuadas y más empatía hacia sus víctimas, mientras los chicos tendían a ser más coercitivos y sofisticados en su ofensa sexual. El uso de la agresión sexual parecía ir escalando más en los chicos que en las chicas. Otra diferencia notable fue que aunque aproximadamente un tercio de todos los jóvenes estudiados fueron acusados legalmente de una ofensa, sólo dos chicas (en contraste con 93 chicos) fueron acusadas. El estudio también encontró que las chicas era significativamente más probable que los chicos que recibieran evaluación y tratamiento por sus experiencias de ser abusadas.

Fehrenbach y Monastersky (citado en Bumby y Bumby, 1997) encontraron que, en su encuesta, la mayoría de las chicas que victimizaron sexualmente a niños de 12 años o más jóvenes, frecuentemente lo hicieron mientras estaban en una situación de cuidado del niño. En su muestra,

el 53,6% de las chicas adolescentes cometieron alguna forma de penetración (coito oral, anal, o vaginal u otras formas de penetración); el 46,4% realizaron caricias.

Hunter et al. (citado en Bumby y Bumby, 1997) condujo un estudio descriptivo de 10 chicas que habían ofendido sexualmente y que estaban en un programa de cuidado residencial para jóvenes con problemas emocionales y conductuales. El estudio, aunque limitado por el pequeño tamaño de la muestra y la falta de un grupo comparativo, es informativo. Las chicas tenían tasas altas de uso previo de los servicios de salud mental (80%). Muchas tenían una historia de intentos o ideación de suicidio (60%), escaparse (60%), abuso de sustancias (40%), enuresis (40%), y/o dificultades en el aprendizaje (40%).

Todas las chicas informaron una historia de experiencias de victimización sexual, incluyendo lo siguiente:

- Todas habían sido sexualmente abusadas por más de un ofensor, el número de ofensores variaba de dos a siete.
- La experiencia de la victimización comenzó a edades tempranas, variando de 1 a 8 años; la edad media era de 4,5 años.
- Todas las chicas informaron ser sexualmente abusadas por un varón; el 60% también informó ser abusada por una mujer.
- El 90% de las chicas informó penetración real o intento de penetración vaginal, el 60% informó intento de penetración o penetración anal real, el 70% informó tener sexo oral efectuado en ellas, y todas informaron ser acariciadas.
- El 90% informó que se utilizó la fuerza en sus experiencias de victimización sexual, aunque el 80% informó que experimentaron alguna excitación sexual durante al menos una de sus experiencias como víctima.

Respecto a la conducta de su ofensa sexual, estas chicas informaron lo siguiente:

- Ellas típicamente victimizaron a niños más jóvenes; las edades de la víctima oscilaban

de 1 a 13 años, con una edad media de 5,5 años.

- Sus víctimas lo más frecuentemente eran extraños (39,4%); otras víctimas eran hermanos (30,3%), otras parientes (18,2%), y conocidos (12,1%).
- Ellas tenían fantasías acerca de la conducta sexual desviada (en el 89% de los casos).
- Su conducta sexualmente ofensiva incluía coito vaginal (70%), coito anal (10%), sexo oral (70%), y caricias (100%).

La mayoría de las chicas de esta muestra también se comprometieron en conductas delincuentes no sexuales tales como robar y agresión física. La mayoría no había sido acusada formalmente por estas conductas.

Los hallazgos de los estudios anteriores son bastante consistentes con los hallazgos de Bumby y Bumby (1997) de su muestra de 12 ofensoras femeninas adolescentes que eran pacientes ingresadas en un centro psiquiátrico para niños y adolescentes con trastornos emocionales y conductuales. De nuevo, las chicas de esta muestra tendían a seleccionar víctimas jóvenes. A menudo la mayoría de sus víctimas eran miembros familiares (75%). En contraste con la muestra estudiada por Hunter et al. (citados en Bumby y Bumby, 1997), ninguna de estas chicas victimizaron a extraños. Once de doce chicas perpetraron sus ofensas cuando proporcionaban cuidado a niños.

Los problemas de conducta eran comunes: el 75% había abusado del alcohol, el 58% había abusado de las drogas, el 58% se habían escapado del hogar, el 58% habían hecho absentismo escolar, y el 33% había sido arrestado por robo. Los diagnósticos psiquiátricos incluían trastornos de la conducta, trastorno de oposición desafío, depresión mayor, trastorno del estrés postraumático, trastorno de ajuste, y dependencia química. La mayoría (83%) habían recibido servicios previos de salud mental, el 33% tenía historias de auto-mutilación, y el 58% había intentado el suicidio. Los problemas de control de la rabia fueron descritos como comunes (67%),

como lo fueron la auto-estima baja (100%). Las relaciones con compañeros eran muy tensas; el 75% de las chicas descritas fueron descritas como significativamente aisladas socialmente, lo cual posiblemente está relacionado con la alta tasa de conducta agresiva hacia los compañeros (67%). Un número significativo (58%) eran descritas como sexualmente promiscuas, habiendo tenido muchas relaciones sexuales con hombres más mayores. Todas estas chicas habían sido victimizadas ellas mismas. Tendían a haber sido sexualmente abusadas por más de una persona. El 75% había sido físicamente abusada, y el 42% había experimentado descuido emocional o físico. En general, sus familias eran descritas como disfuncionales o caóticas.

Para proporcionar información adicional acerca de su muestra adolescente, Bumby y Bumby (1997) compararon 18 ofensoras sexuales femeninas con un grupo de no ofensoras femeninas, de ofensores sexuales masculinos, y no ofensores masculinos de similar edad. Todos los jóvenes eran pacientes ingresados en una institución psiquiátrica para niños y adolescentes con trastornos emocionales y conductuales. Los resultados de las pruebas psicológicas sugirieron que las ofensoras sexuales femeninas adolescentes experimentaron varios síntomas psicológicos y dificultades. Tenían puntuaciones más altas que las no ofensoras femeninas en las escalas de desviación psicopática, paranoia, y psicastenia (neurastenia obsesiva) de la Minnesota Multiphasic Personality Index-Adolescent (MMPI-A). Ellas, sin embargo, no diferían significativamente de los ofensores sexuales masculinos y los no ofensores masculinos.

Las ofensoras sexuales femeninas evidenciaron significativamente más síntomas de ansiedad y depresión (incluyendo pensamientos y conductas suicidas) que las mujeres no ofensoras pero no diferían de los ofensores sexuales masculinos a este respecto. Las ofensoras sexuales tenían tasas más altas de fracaso académico (habían repetido) durante un curso en el colegio) y de absentismo escolar que los ofensores sexuales masculinos pero no diferieron de los no ofensores

masculinos y femeninos en estas medidas. Aunque eran frecuentes las conductas delinquentes, las conductas socialmente inapropiadas, y las ofensas de estatus entre las ofensoras sexuales femeninas, la frecuencia no difería significativamente de la que se encontró en otros grupos, con la excepción de que las ofensoras sexuales femeninas tenían tasas más altas de abuso de drogas y promiscuidad sexual que los ofensores sexuales masculinos. Además, aunque las tasas altas de victimización sexual en la infancia ocurrieron a través de todos los grupos, las ofensoras sexuales femeninas experimentaron significativamente más abuso sexual que los otros grupos.

De nuevo, estos hallazgos son informativos, limitados por el pequeño tamaño de la muestra. Los autores señalan, sin embargo, que sus hallazgos son consistentes con la limitada información disponible. Los autores sugieren que factores tales como la depresión, la ideación suicida, la ansiedad, el pobre auto-concepto, y la victimización sexual en la infancia deben ser objetivados para la evaluación, y el posible tratamiento, en chicas que cometen ofensas sexuales.

S PEQUEÑOS QUE HAN COMETIDO OFENSAS SEXUALES

Incidencia

En los años 80 después de que el problema de la ofensa sexual adolescente ganara atención, conductas similares en niños preadolescentes y más jóvenes también fueron reconocidas. Las encuestas recientes sugieren un incremento en la tasa de niños preadolescentes que evidencian conductas sexualmente abusivas. Este aparente incremento puede reflejar una consciencia mayor del problema. En una extensa revisión de la literatura pertinente a niños que han sido sexualmente agresivos, Araji (1997) enfatizó que la investigación en esta área está en ciernes y observaron que muchos hallazgos son simplemente observaciones clínicas.

Características individuales

Los estudios disponibles (Araji, 1997) han informado agresión sexual en niños tan jóvenes como de 3 y 4 años; la edad más común de inicio parece estar entre los 6 y los 9 años. Las chicas estaban representadas en números mucho mayores entre estos niños que entre los adolescentes que han abusado, y estas chicas a menudo se comprometieron en conductas que eran tan agresivas como las acciones de los chicos. Las víctimas de los preadolescentes tendían a ser muy jóvenes (promedio de edad entre 4 y 7 años), lo más frecuente eran mujeres, y típicamente eran hermanos, amigos o conocidos. Se ha encontrado que los preadolescentes que han abusado sexualmente tienen tasas altas de experiencias de victimización sexual (Araji, 1997; Pithers et al., 1998b) y tasas significativamente más altas de abuso y experiencias de victimización por descuido más que aquellas encontradas entre sus contrapartes adolescentes (English y Ray, citado en Araji, 1997). También se ha encontrado en estos preadolescentes que tienen frecuentemente dificultades académicas y del aprendizaje y relaciones deterioradas con los compañeros (Friedrich y Luecke, citados en Araji, 1997; Pithers y Gray, citados en Araji, 1997).

Características familiares

Los estudios descritos por Araji (1997) también encontraron que las familias de preadolescentes que habían abusado sexualmente tendían a ser disfuncionales. Araji concluyó que, "la evidencia... señala a las interacciones familiares como fuente primaria del problema". La importancia de los factores familiares es apoyada por la investigación conducida por Pithers et al. (1998a) que concierne a los cuidadores de 72 niños con problemas de la conducta sexual. Las familias de estos niños tendían a estar caracterizadas por altos niveles de pobreza, familia monoparental, abuso sexual, violencia doméstica, y estrés en la parentalización.

Estudios comparativos de preadolescentes y adolescentes que han cometido ofensas sexuales

English y Ray (citado en Arají, 1997) estudiaron 271 jóvenes que ofendieron sexualmente comparando a preadolescentes con adolescentes. Aunque los investigadores encontraron muchas similitudes entre los grupos (por ejem., conducta agresiva previa, problemas psiquiátricos, y niveles de funcionamiento intelectual), hay diferencias significativas en la naturaleza de sus ofensas y en sus actitudes acerca de las ofensas. Los adolescentes tuvieron tasas más altas de síntomas depresivos y gestos suicidas, quizás –(según sugirió Arají)– reflejando las diferencias de desarrollo entre los grupos. Ambos grupos tenían un número moderado a un número moderadamente alto de factores de riesgo asociados con la ofensa repetida: los factores de riesgo incluían varias características de los jóvenes, sus familias y entornos, y sus víctimas. Las familias de los niños preadolescentes, sin embargo, evidenciaron significativamente más problemas, y los niños más jóvenes también tuvieron niveles significativamente más altos de aislamiento social y angustia en sus vidas.

TIPOS Y CLASIFICACIONES

Los niños pequeños que tienen problemas con su conducta sexual son un grupo heterogéneo. Las descripciones de estos niños típicamente diferencian la conducta sexual normativa de un continuum de conductas sexuales abusivas y progresivamente excesivas (Arají, 1997; Johnson, 1991). Por ejemplo, Johnson (1991) clasificó a estos niños en cuatro grupos: exploración sexual normal, sexualmente reactivo, conductas sexuales extensivas mutuas y perpetradores infantiles. Los factores que distinguen a estos grupos son los siguientes:

- La exploración sexual normal es un “proceso de recogida de información” que involucra a los

niños que observan y tocan los cuerpos de los otros y prueban los roles de género. El juego sexual es voluntario y típicamente involucra a niños de la misma edad. Usualmente es espontáneo y alegre.

- Los niños sexualmente reactivos han sido sexualmente abusados, han estado expuestos a la pornografía, y/o viven en grupos familiares altamente sexualizados. Las conductas de estos niños incluyen exposición, toque de genitales de otros niños o adultos, auto-estimulación de los genitales o inserción de objetos, etc. Las emociones asociadas con estas conductas pueden reflejar confusión y vergüenza.
- Los niños del grupo de conducta sexual mutua extensa, participan en conductas sexuales extensas sobre una base continua, incluyendo el sexo oral, el coito vaginal y coito anal. No parecen experimentar ansiedad, culpa, vergüenza, o confusión, y evidencian poco deseo de detenerse. La actividad sexual es mutua; no hay ofensor o víctima. La mayoría de estos niños han sido previamente abusados. Algunas veces su conducta sexual parece como una estrategia de afrontamiento en familias muy caóticas, disfuncionales, y/o sexualmente abusivas. Algunos de estos niños han sido situados en múltiples hogares de acogida y parecen aferrarse el uno al otro de esta forma sexual para apaciguar sus sentimientos de miedo y soledad.
- El grupo perpetrador infantil incluye a niños que se comprometen en una conducta sexual impulsiva, compulsiva, y agresiva. Las conductas sexuales no son mutuas e involucran coerción, argucias, soborno y fuerza. Los niños de este grupo a menudo asocian los sentimientos de rabia y agresión (y algunas veces furia) con el sexo. Otros sentimientos asociados con el sexo incluyen miedo, soledad, o abandono. Estos niños típicamente han estado expuestos a altos niveles de violencia sexual (incluyendo el incesto), promiscuidad, pornografía, y relaciones sexualizadas.

Araji (1997) conceptualizó un subgrupo de niños –“niños sexualmente agresivos”– que son comparables a los niños del grupo de perpetradores infantiles de Johnson y están en el extremo final de un continuum de la conducta sexual en la infancia.

En un estudio de 127 niños de edades entre 6-12 años que habían evidenciado problemas de la conducta sexual, Pithers et al. (1998b) identificaron cinco subtipos: sexualmente agresivos, no sintomáticos, altamente traumatizados, reactivo abusivo, y rompedor de las normas.

Los factores que distinguen estos subtipos son los siguientes:

- Los niños sexualmente agresivos tendían a tener las tasas más altas de diagnósticos de trastorno de la conducta. Era más probable que penetraran a sus víctimas y menos a menudo eran víctimas ellos mismos de abuso sexual o físico.
- Los niños no sintomáticos estaban, como el nombre que la clasificación implica, dentro de la gama normal en las medidas de la mayoría de las pruebas. Ellos típicamente no tenían diagnósticos psiquiátricos, evidenciaron bajos niveles de agresión en sus conductas sexuales, y tuvieron muy pocas víctimas. Estos niños eran algunos de los niños que más probablemente tienen en su familia extensa personas que han perpetrado abuso sexual.
- Tanto los niños altamente traumatizados como los niños reactivos al abuso estaban típicamente entre los más jóvenes y tenían un número promedio más alto de víctimas. Estos dos grupos de niños también habían sido victimizados por el mayor número de perpetradores de abuso sexual y físico.
- Los niños altamente traumatizados tenían la incidencia más alta de diagnósticos psiquiátricos y trastornos por estrés postraumático. Sus padres más probablemente que otros padres informan sentirse menos apegados a sus hijos.
- Los niños reactivos al abuso tenían el periodo de tiempo más corto entre sus propias experiencias de victimización personal y el

comienzo de su abuso contra otros. Ellos experimentaron un alto nivel de maltrato y tenían un alto número de perpetradores de abuso sexual. Este grupo tenía una alta incidencia de diagnósticos psiquiátricos y la incidencia más alta de trastornos desafiantes oposicionales. Ocasionalmente utilizaron la agresión durante sus ofensas.

- El grupo de rompedores de normas incluían un número más alto de chicas y tenían una diferencia de tiempo mayor entre sus propias experiencias de victimización y el comienzo de su abuso contra otros. Estos niños/as tenían los niveles más altos de conductas sexualizadas y agresivas y también era más probable que externalizaran de formas no sexuales. Tenían el número más alto de abusadores sexuales dentro de sus familias extensas.

Entro los cinco subtipos, se encontraron que ciertos factores están asociados con el número de víctimas abusadas por estos niños. Los niños que ellos mismos habían sido abusados por más perpetradores y los niños que tenían los apegos deteriorados con sus padres tenían el mayor número de víctimas.

JÓVENES CON INCAPACIDADES DEL DESARROLLO Y RETRASO MENTAL QUE HAN COMETIDO OFENSAS SEXUALES

En uno de los pocos estudios que se focalizan en ofensores sexuales adolescentes con retraso mental, Gilby, Wolf, y Goldberg (1989) encontraron que la frecuencia de los problemas de la conducta sexual entre estos jóvenes no diferían significativamente de la frecuencia entre los jóvenes con funcionamiento intelectual normal (definido por los autores como borderline o más alto). Los investigadores, sin embargo, documentaron algunas diferencias en los patrones de la conducta sexual de los dos grupos: por ejemplo, los jóvenes con retraso mental tenían una tasa más alta de asaltos sexuales contra

compañeros y era menos probable que conocieran a sus víctimas. Aunque este estudio es informativo, se necesita investigación adicional para determinar si los hallazgos pueden ser generalizados a otros jóvenes con retraso mental que han cometido ofensas sexuales.

La probabilidad de ser sexualmente victimizado puede ser un tema especial entre lo jóvenes con retraso mental y otras incapacidades del desarrollo. Cowardin (citado en Stermac y Sheridan, 1993) informaron que las personas evolutivamente discapacitadas es cuatro veces más probable que sean sexualmente abusadas que los no discapacitados. También, los individuos con discapacidades del desarrollo usualmente no son alentados a citarse y casarse o a expresar sus necesidades sexuales (Stermac y Sheridan, 1993).

JÓVENES QUE HAN COMETIDO OFENSAS SEXUALES VERSUS OTROS TIPOS DE OFENSAS

Aunque la investigación es limitada, los estudios disponibles sugieren que los jóvenes que comenten ofensas sexuales y los jóvenes que comenten otros tipos de ofensas comparten muchas características (Miner y Crimmins, 1995). Milloy (1994) condujo un estudio comparativo de 59 ofensores sexuales juveniles y otros 132 ofensores juveniles como parte de una encuesta de evaluación de las necesidades. Ella encontró que aunque los ofensores sexuales juveniles tenían algunas características únicas, compartían muchas más características con lo jóvenes cuyas ofensas no eran sexuales. En contraste con los jóvenes cuyas ofensas no eran sexuales, los ofensores sexuales era más probable que hayan sido víctimas de abuso sexual, tengan problemas de salud mental importantes, necesiten educación sanitaria o de la higiene dental, faltan relaciones apropiadas con compañeros, y tienen problemas con la identidad sexual. También tendían a tener una ejecución académica más adecuada, muy pocas ofensas y condenas anteriores, y menos abuso de sustancias. Ninguno de los ofensores

sexuales fue condenado por una nueva ofensa sexual. Su tasa de recidiva en general era más baja que aquella de los otros ofensores. Cuando reofendieron, sus crímenes tendieron a ser no sexuales y sin violencia. Al final de un periodo de seguimiento de tres años, sólo el 22% de los ofensores sexuales tenía historias de ofensa limitadas sólo a ofensas sexuales. Sólo al 15% se le había adjudicado múltiples incidentes separados de las ofensas sexuales. En contraste, el 78% había sido condenado tanto por ofensas sexuales como por otros tipos de ofensas. Milloy destacó, “estos hallazgos sugieren que cuando es utilizada una perspectiva longitudinal, la ofensa sexual entre los jóvenes parece ser solamente un trozo de un patrón de delincuencia generalizada”. Más recientemente, un estudio sobre delincuentes crónicos (Spaccarelli et al., 1997) no encontró diferencias en cualquiera de las variables medidas entre 50 ofensores sexuales y 106 jóvenes arrestados por ofensas violentas pero no sexuales. Además apoyan los hallazgos que sugieren que muchos ofensores sexuales juveniles también cometen otros tipos de ofensas y son difíciles de distinguir de los delincuentes con una historia no conocida de asalto sexual.

DIFERENCIAS ENTRE LOS ABUSADORES ADULTOS Y ADOLESCENTES

Hay diferencias significativas entre los ofensores sexuales adultos y los adolescentes abusivos que necesitan ser consideradas (Richardson y Graham, 1997).

1. El conocimiento sexual es más pobre en los adolescentes;
2. las conductas están mucho menos fijadas;
3. las distorsiones cognitivas están menos plenamente desarrolladas;
4. los adolescentes viven en un mundo social con diferentes valores, creencias y expectativas;
5. tienden a ser emocionalmente más inestables;
6. el papel de la familia es más crítico con los adolescentes;

7. hay muy pocos incidentes de conducta abusiva en adolescentes;
8. la personalidad está todavía desarrollándose;
9. las estrategias de perpetración/arreglo son menos consistentes y sofisticadas;
10. el proceso de abuso está todavía desarrollándose, por consiguiente limitando los ciclos de ofensa minuciosos o los procesos de la recaída que podrían ser objetivados;
11. los factores situacionales y de oportunidad parecen caracterizar más como factores precursores y cognitivos internos menos frecuentemente;
12. muchos adolescentes abusivos (como sus contrapartes adultas) han sido ellos mismos abusados sexualmente pero los adolescentes están temporalmente más próximos a estas experiencias abusivas; aprendiendo acerca del sexo que está desarrollándose más marcadamente;
13. el papel de la fantasía como precursora del abuso está menos claramente comprendido en los adolescentes y parece ser menos significativo;
14. los adolescentes más jóvenes experimentan y anticipan grados significativos de control externo de su conducta por los padres o cuidadores;
15. motivar y comprometer a los adolescentes requiere una aproximación diferente y habilidades diferentes y es generalmente más difícil que con adultos;
16. hay contextos éticos y legales significativamente diferentes para adolescentes y adultos.

El desarrollo de un plan efectivo de manejo del riesgo a través de la supervisión y el apoyo externo podría incluir trabajar con el abusador y su familia; educar a otros involucrados en el tratamiento, cuidado, apoyo y supervisión del abusador en los principios básicos de la prevención de la recaída; encuentros regulares de los profesionales involucrados en el caso para revisar el progreso; visitar al abusador en el hogar y revisar discretamente los precursores obvios; por

ejem., niños que pierden el tiempo, la pornografía, nivel de funcionamiento reducido.

EVALUACIÓN

Evaluación clínica

Con una visión de la naturaleza heterogénea de los jóvenes que han ofendido sexualmente, se necesitan evaluaciones comprensivas de los individuos para facilitar las estrategias de intervención y tratamiento. Esto incluye la evaluación de las necesidades de cada joven (psicológicas, sociales, cognitivas, y médicas), las relaciones familiares, los factores de riesgo, y las posibilidades de manejar el riesgo.

Fuentes múltiples de información

Los padres o custodios de los jóvenes deberían ser involucrados en la evaluación y en el proceso terapéutico (Morenz y Becker, 1995). Se debería obtener su consentimiento informado, y deberían ser claramente informados de los límites de la confidencialidad (Becker y Hunter, 1997). Las evaluaciones comprensivas deberían incluir entrevistas clínicas con los jóvenes y los miembros de la familia, una evaluación psicológica, y, en ciertos casos (de acuerdo con algunos), evaluación falométrica (Bonner et al., 1998; Morenz y Becker, 1995; Becker y Kaplan, 1993). Los evaluadores deberían revisar las afirmaciones de la víctima, los registros del juzgado juvenil, los informes de salud mental, y los registros escolares como parte de su evaluación (Becker y Hunter, 1997).

Utilización de pruebas psicológicas

Se han descrito las pruebas psicológicas como que añaden una "dimensión crítica" para las evaluaciones comprensivas de los jóvenes que han ofendido sexualmente (Kraemer, Spielman, y

Salisbury, 1995). Bourke y Donohue (1996) observaron que los estudios revelan consistentemente la heterogeneidad de estos jóvenes y citaron una amplia gama de trastornos psicológicos coexistentes para enfatizar la importancia del uso comprensivo, de métodos estandarizados de evaluación.

Bourke y Donohue (1996), en su artículo "Evaluación y tratamiento de los ofensores sexuales juveniles: Una revisión empírica", también observaron que los estudios revelan consistentemente que los ofensores sexuales juveniles son una población heterogénea. Por ejemplo, citaron los hallazgos de la investigación de que el diagnóstico de ofensores sexuales juveniles, coexiste con los diagnósticos de trastornos de la conducta, trastornos de déficits de la atención/hiperactividad, trastornos de la personalidad antisocial, trastornos de la personalidad narcisista, incapacidades del aprendizaje, trastornos afectivos, trastornos por estrés postraumático, y abuso de sustancias. Ellos concluyeron, "la alta tasa de diagnósticos comórbidos encontrados dentro de esta población, enfatiza la importancia de la utilización de métodos sensibles, comprensivos, normalizados, cuando se evalúa y trata a los OSJs (ofensores sexuales juveniles)".

Kraemer, Spielman, y Salisbury (1995) describieron cuatro dominios primarios que requieren evaluación: intelectual y neurológico; funcionamiento y psicopatología de la personalidad; conductual; y desviación sexual.

Evaluación de la excitación sexual desviada

Para evaluar adecuadamente a los individuos que parecen evidenciar la excitación desviada, Weinrott (1998a) acentuó la importancia de utilizar una medida directa de la excitación sexual de un individuo, a través de la evaluación falométrica. Otros, sin embargo, han discutido las potenciales preocupaciones éticas relacionadas al utilizar la evaluación falométrica con jóvenes (Bourke y Donohue, 1996; Cellini, 1995). Otra medida de

evaluación psicofisiológica utilizada con jóvenes que han ofendido sexualmente es la Abel Assessment for Interest in Paraphillias [Evaluación de Abel para el interés en las parafilias] (Abel Screening, Inc., 1996). La evaluación de Abel es significativamente menos invasiva que la evaluación falométrica, y la investigación llevada a cabo ha mostrado buenos resultados. Sin embargo, un estudio independiente de la confiabilidad y validez de la evaluación de Abel suscitó inquietudes acerca del uso de esta aproximación de evaluación con jóvenes en este momento (Smith y Fischer, 1999). La evaluación de Abel es relativamente nueva, y se necesita investigación publicada, adicional independiente.

Evaluación del abuso de sustancias

En la evaluación de un joven que ha cometido una ofensa sexual necesita determinarse si el joven tiene un problema de abuso de sustancias y, si es así, si es un factor de riesgo para ofender sexualmente. Los investigadores y los clínicos han enfatizado la importancia de utilizar herramientas de evaluación válidas y confiables para filtrar los problemas de abuso de sustancias (Becker y Hunter, 1997; Lighfoot y Barbaree, 1993).

Pruebas del polígrafo

Aunque controvertido, el uso de las pruebas del polígrafo en los programas de tratamiento de jóvenes que han sido sexualmente abusivos está aumentando (National Adolescent Perpetrator Network [NAPN]). El polígrafo es utilizado para facilitar descubrimientos más completos de conductas y monitorizar el cumplimiento del tratamiento. La National Task Force sobre Ofensas Sexuales Juveniles ha enfatizado que los polígrafos deben ser administrados con una base voluntaria y con el consentimiento informado (NAPN, 1993). La investigación respecto a la confiabilidad y validez del polígrafo para la evaluación de jóvenes que han cometido ofensas

sexuales es muy limitada (Hunter y Lexier, 1998), y algunos investigadores han cuestionado seriamente su validez (Cross y Saxe, citados en Bonner et al., 1998; Saxe, Dougherty, y Cross, citados en Bonner et al., 1998).

Evaluación del riesgo

Pocos estudios empíricos han investigado las tasas de reofensa sexual entre los jóvenes o los factores de riesgo asociados con la recidiva. Dos estudios retrospectivos que investigaron la frecuencia de las ofensas antes de la remisión de la ofensa encontraron tasas de ofensa relativamente altas (Awad y Saunders, 1991; Fehrenbach, et al., 1986).

TASAS DE RECIDIVA

Los resultados de la investigación que investiga la recidiva después de que los jóvenes fueran referidos por ofensas sexuales, típicamente revelaron tasas relativamente bajas de recidiva sexual (8 a 14%) (Kahn y Chambers, 1991; Miner, Siekert, y Ackland, 1997; Rasmussen, 1999; Schram, Milloy, y Rowe, 1991; Sipe, Jensen y Everett, 1998; Smith y Monastersky, 1986). Los estudios también encuentran tasas más altas de recidiva no sexual (16 a 54%). Las variaciones metodológicas claramente influyen las tasas de recidiva (Prentky et al., 1997). Estas variaciones incluyen temas tales como la definición de recidiva (por ejem., un nuevo arresto versus una nueva sentencia), la adecuación de la delincuencia o los registros criminales, y la duración del periodo de seguimiento (Prentky et al., 2000).

No obstante, en una revisión en extensión de los estudios que investigan las tasas de recidiva entre los ofensores sexuales juveniles, Weinrott (1996) observó: "lo que virtualmente muestran todos los estudios, contrario a la opinión popular, es que relativamente pocos (ofensores sexuales juveniles) son acusados de un subsecuente crimen sexual".

Si esto es debido a la disuasión, humillación, falta de oportunidad, tratamiento clínico, incremento de la vigilancia, o metodología de investigación inadecuada es difícil averiguarlo.

Factores asociados con la recidiva

Varios estudios han descrito las características identificadas en los jóvenes que han ofendido sexualmente. Sin embargo, Weinrott (1998b) informó que muy pocas características han sido realmente empíricamente asociadas con la recidiva sexual. Destacó que estas características incluyen lo siguiente: psicopatología, excitación sexual desviada, distorsiones cognitivas, absentismo escolar, una ofensa sexual –conocida-previa, culpar a la víctima, y el uso de la fuerza/amenaza. Weinrott también informó que, contrario a la creencia común, los factores tales como los déficits de habilidades sociales, falta de empatía, o negación de la ofensa o intento sexual, no han sido empíricamente asociados con la recidiva sexual o simplemente no han sido investigados. (Esto no quiere decir que las intervenciones diseñadas para abordar tales factores, como los esfuerzos para reducir los déficits en las habilidades sociales o educar a los ofensores acerca del impacto de la víctima, no son efectivos en reducir la recidiva sexual, sólo que no hay evidencia empírica que indique que son efectivas).

Predicción de la recidiva

Chaffin y Bonner (1998) señalaron que no hay verdaderos estudios experimentales que comparen a ofensores sexuales tratados y no tratados y ningún estudio prospectivo que evalúe los factores de riesgo o el curso natural de la ofensa sexual. Los factores que limitan la exactitud de las predicciones de la recidiva incluyen la relativa infrecuencia y naturaleza oculta de la ofensa sexual, periodos de seguimiento demasiado cortos, e información

relevante insuficiente e inadecuada para la toma de decisiones. Para incrementar la exactitud predictiva, los profesionales deberían equilibrar la información histórica y actuarial con información clínica y situacional (Smith y Monastersky, 1986; Webster et al., 1997). Prently et al. (2000) han desarrollado y conducido una prueba inicial de una agenda de evaluación del riesgo diseñada para evaluar el riesgo de reofender entre los ofensores sexuales juveniles. Como señaló Epps (1994), los problemas potenciales al usar herramientas de evaluación del riesgo para predecir la probabilidad de la reofensa de los ofensores sexuales incluyen las dificultades en la recogida confiable y válida de información en la que basar tales instrumentos.

TRATAMIENTO

El tratamiento para los ofensores sexuales juveniles varía desde instalaciones cerradas, para pacientes ingresados altamente estructuradas, hasta programas ambulatorios no estructurados. El cuidado del paciente ingresado típicamente está recomendado para los ofensores sexuales juveniles en las siguientes situaciones:

- (1) las ofensas han sido numerosas y/o han involucrado a más de un individuo;
- (2) se utilizó la agresión durante el asalto(s);
- (3) están presentes problemas emocionales y conductuales severos;
- (4) se demostraron actitudes antisociales;
- (5) está presente una pobre motivación para el tratamiento;
- (6) está presente una ideación suicida u homicida;
- (7) una relación volátil en el hogar amenaza la seguridad del individuo;
- (8) una víctima está presente en el hogar del ofensor sexual juvenil. Si una víctima está presente en el hogar, puede ser necesario separar al ofensor sexual juvenil del hogar hasta que se establezca un sistema de monitorización efectivo y ocurra el progreso en la terapia.

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

Quizás en el estudio mejor controlado hasta la fecha, Borduin, Henggeler, Blaske, y Stein (1990) compararon la terapia "multisistémica" (un tratamiento intensivo, multifacetado que se objetiva en las características del joven y la familia, las relaciones con compañeros, factores escolares, y las características de la vecindad y la comunidad) con la terapia individual en el tratamiento ambulatorio de dieciséis ofensores sexuales adolescentes. Utilizando los registros de re-arresto como medida de la recidiva (sexual y no sexual), los dos grupos anteriores fueron comparados en un intervalo de seguimiento de tres años. Los resultados revelaron que los jóvenes que reciben terapia multisistémica tuvieron tasas de recidiva del 12,5% para las ofensas sexuales y del 25% para las ofensas no sexuales, mientras aquellos jóvenes que reciben terapia individual tuvieron tasas de recidiva del 75% para las ofensas sexuales y del 50% para las ofensas no sexuales. La National Task Force sobre Ofensa Sexual Juvenil articuló un conjunto de asunciones que pretendían reflejar el pensamiento actual relevante a una respuesta sistémica comprensiva para los jóvenes que han ofendido sexualmente (NAPN, 1993). Estas asunciones son resumidas como sigue:

- A continuación de una evaluación total de los factores de riesgo y las necesidades del joven, son requeridas intervenciones evolutivamente sensibles e individualizadas.
- Deberían ser diseñados planes de tratamiento individualizados y periódicamente reevaluados y revisados. Los planes deberían especificar las necesidades terapéuticas, objetivos del tratamiento, e intervenciones requeridas.
- El tratamiento debería ser proporcionado en el entorno menos restrictivo necesario para la protección de la comunidad. Los esfuerzos terapéuticos también deberían involucrar los

métodos menos intrusivos que se puedan esperar para lograr los objetivos terapéuticos.

- Se deben editar informes escritos del proceso para la agencia que ha mandado el tratamiento y deben ser discutidos con el joven y los padres. El progreso “debe estar basado en objetivos medibles específicos, cambios observables, y capacidad demostrada para aplicar los cambios en situaciones actuales” (NAPN, 1993).

Algunos Estados en USA individualmente también han trabajado para desarrollar protocolos y normas apropiadas para intervenciones efectivas con jóvenes que han cometido ofensas sexuales. Los programas de tratamiento para estos jóvenes han proliferado durante la pasada década, incrementándose desde aproximadamente 20 en 1982 (NAPN, 1988) a más de 680 en 1994 (Freeman-Longo et al., 1994).

Continuum de los modelos de cuidado

Es recomendado para situar adecuadamente tanto las necesidades de los individuos jóvenes que han cometido ofensas sexuales y las necesidades de la comunidad, un continuum de cuidado (Bengis, 1997; NAPN, 1993). Ofrecer una gama de intervenciones y opciones de situaciones hace posible proporcionar intervenciones de coste efectivo mientras se aborda la importancia de la seguridad de la comunidad. Tal continuum, como se describió en el Oregon Report on Juvenile Sex Offenders (Informe Oregón sobre ofensores sexuales juveniles) (Avalon Associates, 1986), puede incluir:

- Programas psicoeducacionales especializados, a corto plazo.
- Programas de tratamiento ambulatorio del ofensor sexual basados en la comunidad.
- Programas de tratamiento de día.
- Hogares para grupos residenciales o instalaciones residenciales.
- Escuelas de entrenamiento para situaciones a corto plazo que proporcionen evaluaciones y

facilitar la buena disposición para el tratamiento basado en la comunidad.

- Unidades seguras que proporcionen tratamiento comprensivo, intensivo, incluyendo grupos de unidad diaria; de dos a tres pequeños grupos diarios, focalizándose en las habilidades interpersonales; sesiones semanales sobre una variedad de tópicos, tales como los temas acerca de la ofensa sexual, ciclos de estrés, manejo de la agresividad, y habilidades sociales; grupos de padres; terapia familiar; tratamiento individual; terapia por abuso de sustancias, si es necesario; y otras que puedan ser necesarias.

El *Oregon Report* recomendaba evaluaciones individuales, aunque la comprensión de las evaluaciones podría variar dependiendo de las necesidades individuales. Tales evaluaciones guían el abordaje adecuado junto con el continuum de cuidado y también orienta las intervenciones y el tratamiento individualizados.

APROXIMACIONES TERAPÉUTICAS

Visión general

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

superioridad de estas aproximaciones. Las ventajas y desventajas de estas aproximaciones han sido descritas en otra parte (por ejem., Marshall y Barbaree, 1990; Henggeler, Melton, y Smith, 1992).

Típicamente el primer paso en el tratamiento involucra ayudar al joven a aceptar la responsabilidad por su conducta (Becker y Hunter, 1997). Las áreas de contenido del tratamiento recomendado incluyen educación sexual, corrección de las distorsiones cognitivas (reestructuración cognitiva), entrenamiento en empatía, clarificación de los valores concernientes a la conducta sexual abusiva versus conducta sexual no abusiva, manejo de la agresividad, estrategias para incrementar el control del impulso y facilitar el buen discernimiento, entrenamiento en habilidades sociales, reducción de la excitación sexual desviada, y prevención de la recaída (Becker y Hunter, 1997; Hunter y Figueredo, 1999; NAPN, 1993).

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

valor y han recomendado una aproximación más holística (Goocher, 1994).

Aunque las intervenciones psicofarmacológicas, que incluyen medicamentos que reducen el impulso sexual, tales como la medroxiprogesterona y los agonistas de la LHRH, Díaz Morfa (2002) que se ha encontrado que es efectiva en la reducción de la ofensa sexual en los ofensores adultos, pueden tener efectos secundarios importantes. Tales medicamentos, cuando son utilizados con jóvenes, pueden tener posibles efectos negativos sobre el desarrollo y el crecimiento normal. Consecuentemente, las preocupaciones éticas relacionadas con el uso de estos medicamentos con jóvenes son sustanciales (Hunter y Lexier, 1998).

Algunos psicofármacos en ocasiones son utilizados con jóvenes como parte de una aproximación terapéutica comprensiva. Por ejemplo, Hunter y Lexier (1998) y Díaz Morfa (2002) describen la utilidad de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) en el tratamiento de los abusos sexuales, Hunter y Lexier, (1998), y Díaz Morfa (1999), informaron que los ISRS a menudo tienen efectos secundarios relacionados con disfunciones sexuales tales como supresión del deseo sexual y eyaculación retardada. El papel de la serotonina en la regulación de la conducta sexual no está totalmente comprendido. Muchas cuestiones concernientes a las aproximaciones psicofarmacológicas permanecen bajo investigación. Estas cuestiones incluyen qué jóvenes es más probable que se beneficien de tal aproximación y en que dosis (Hunter y Lexier, 1998).

Abordando la excitación sexual desviada

La mayoría de los programas que sitúan la excitación sexual desviada lo hacen a través de la sensibilización encubierta, una aproximación terapéutica que enseña a los jóvenes a interrumpir los pensamientos asociados con la ofensa sexual pensando en las consecuencias negativas

asociadas con la conducta abusiva (Becker y Kaplan, 1993; Freeman-Longo et al., 1994). Otras técnicas incluyen varias formas de condicionamiento conductual y son mucho más invasivas y aversivas. Tales técnicas suscitan preocupaciones respecto a la practicabilidad, efectividad, y/o éticas. La sensibilización vicaria (SV) es una técnica relativamente nueva que involucra la exposición de los jóvenes a escenarios del crimen grabados en cinta diseñados para estimular la excitación y entonces inmediatamente mostrar un vídeo que muestra las consecuencias negativas de la conducta sexualmente abusiva. Los hallazgos de la investigación preliminar sugieren que la SV puede ser una aproximación efectiva para reducir la excitación sexual desviada en los jóvenes que son sexualmente excitados por niños prepúberes (Weinrott, Riggan, and Frothingham, 1997).

Involucración de las familias

Rasmussen (1999) sostiene que un apoyo familiar adecuado puede ayudar a reducir la recidiva y que los programas terapéuticos que involucran a las familias probablemente son más efectivos que otros que no las involucran. Como Gray y Pithers (1993) observaron, sin embargo, las familias varían en términos de su motivación y capacidad para facilitar efectivamente el tratamiento. Gray y Pithers (1993) describieron estrategias que pueden comprometer la cooperación de los miembros de la familia e informaron de aproximaciones que los padres encontraron útiles:

- (1) La información escrita sobre la prevención de la recaída, las distorsiones cognitivas, y las consecuencias del abuso sexual;
- (2) Vídeos educativos de abusadores adolescentes que discuten su proceso de recaída y la necesidad de que se le den explicaciones;
- (3) Literatura sobre el proceso de recuperación de las víctimas de abuso sexual;

- (4) Referencias a grupos de tratamiento para adultos supervivientes de abuso sexual;
- (5) La oportunidad de ser incluido periódicamente en sesiones de grupo de abusadores adolescentes;
- (6) Grupos de apoyo para padres de adolescentes abusivos; y
- (7) Atención hacia los intereses de los hermanos del joven en el proceso de tratamiento.

PREVENCIÓN

Debemos ser cuidadosos con las palabras que utilizamos para discutir la ofensa sexual adolescente. La conducta de ofensa sexual sólo es un aspecto de la vida de la persona joven.

Etiquetar a un joven como "ofensor sexual" puede tener consecuencias negativas significativas en el desarrollo. Necesitamos ver la conducta en un contexto más amplio de la vida y la experiencia del joven. También necesitamos reconocer que los adolescentes a menudo adquieren sus ideas acerca del sexo y la sexualidad de los adultos en el mundo que les rodea. Actualmente, la pornografía es una fuente importante de información acerca del sexo y la sexualidad para muchas personas jóvenes.

Deberíamos comprender la curiosidad de la persona joven acerca del sexo y aprender a reconocer la diferencia entre la experimentación sexual apropiada y la conducta sexual problemática.

Ya que muchos adolescentes que ofenden fueron ellos mismos victimizados, tenemos que reconocer la importancia de tratar con el daño subyacente causado por su propio abuso. Si descuidamos hacerlo así, tendremos poco éxito en el tratamiento de su conducta ofensiva.

Algunos adolescentes comienzan la ofensa sexual antes de alcanzar los 12 años de edad. Muchos de estos niños simplemente están reaccionando a su propio abuso. Otros pueden copiar la conducta sexual de la que han sido testigos por parte de sus hermanos mayores, adultos, o en la pornografía. Por consiguiente, la identificación y el tratamiento

temprano son esenciales para todos los niños pequeños que han sido abusados.

Necesitamos considerar seriamente toda la conducta sexual problemática de los niños y adolescentes. Tener en cuenta a los abusadores, respecto a su edad, es importante para el bienestar y recuperación de las víctimas. También atraer la atención de los abusadores hacia aquellos que pueden ayudarles a detenerse de dañarse a sí mismos y a otros de nuevo.

Mientras siempre es potencialmente dañino para las víctimas, alguna conducta de ofensa sexual puede comenzar por la curiosidad y la experimentación con niños más pequeños y hermanos, en ocasiones esto avanza progresivamente, convirtiéndose en una conducta abusiva. Los padres y cuidadores deberían estar atentos y observar las conductas sexuales de los niños y proporcionar retroalimentación correctora adecuada inmediatamente.

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

El mejor profesor para un niño o adolescente es un adulto positivo que modele un sentimiento de igualdad en las relaciones, posea información exacta acerca del sexo, y esté cómodo/a con su propia sexualidad. Tal persona debería utilizar un lenguaje claro, conciso y directo. Utilizar términos vagos o complicados revela la incomodidad del adulto y sugiere al joven que hay algo vergonzoso acerca del sexo.

Los adultos deberían seleccionar cuidadosamente a las niñas/os adolescentes, tanto varones como mujeres, antes de utilizar sus servicios. Contratar sólo adolescentes maduros y competentes o adultos. Obtener referencias de otras familias.

Observar cuidadosamente la conducta del niño alrededor de esta persona, especialmente cuando vuelve al hogar.

Utilizar los medios de comunicación para eliminar los estereotipos sexuales dañinos, la sexualización de los niños y los jóvenes, la explotación indebida de la sexualidad masculina y femenina, y las imágenes sexuales violentas.

Los expertos en este campo están de acuerdo en que hay una necesidad de desarrollar y apoyar un continuum multi-disciplinario, coordinado, de cuidado, incluyendo apoyos post-programa o en la convalecencia de estos ofensores sexuales adolescentes. Dentro del continuum del bienestar del niño los profesionales de la salud mental, los consejeros de la policía, oficiales de libertad condicional, y el poder judicial deberían poseer una comprensión común de la información más actual disponible respecto a la conducta y tratamiento de la ofensa sexual del adolescente.

Utilización de un modelo de prevención de la recaída

Gray y Pithers (1993) aplicaron la prevención de la recaída al tratamiento y supervisión de los niños y adolescentes con problemas en su conducta sexual. Esta técnica requiere que los jóvenes aprendan a identificar los factores asociados con un incremento del riesgo de ofensa sexual y el uso de estrategias para evitar las situaciones de alto riesgo o manejarlas efectivamente cuando ocurren. Cuando la prevención de la recaída es aplicada a los niños, se sitúa un énfasis mayor en la supervisión externa para prevenir además la victimización. Faltan estudios empíricos acerca de la efectividad de esta aproximación.

En la práctica, no se afirma explícitamente el principio de "sin cura" cuando se trabaja con adolescentes. Es crucial establecer una motivación para abordar su conducta y proporcionarles optimismo acerca de ganar dominio sobre su problema tanto para ellos como para sus padres/cuidadores.

Es útil el uso de analogías y ejemplos simples para ayudar a explicar los principios básicos de la recaída y el tratamiento relacionado. Es adecuado hablar del proceso de "pérdida de control de la conducta sexual", en términos de sentimientos, pensamientos, imágenes en su mente, reacciones a situaciones y personas, lugares, oportunidades, decisiones y conductas. Es oportuno describir los planes de prevención en términos del conocimiento de cuándo y cómo detenerse de caminar hacia la víctima potencial, volviéndose y marchándose. Identificar los precursores del abuso y el proceso de la recaída antes de que el adolescente entre en un grupo de tratamiento de prevención de la recaída, significa que el tiempo en el grupo no es gastado en preliminares y tiene en cuenta modelos alternativos de los ciclos del abuso (por ejem., Bera, 1994; Marshall y Eccles, 1993, Ryan et al., 1987).

Los contextos de la vida en la cual los adolescentes están localizados son usualmente diferentes a la de los adultos. A menudo están todavía en el hogar o son cuidados en los hogares. Las recaídas en el cuidado son muy comunes. Las siguientes directrices parecen útiles en el trabajo con adolescentes abusivos:

- La familia del adolescente debería estar involucrada en la prevención de la recaída. En la práctica esto es más efectivo cuando un programa paralelo para los padres está en funcionamiento y se establecen reuniones regulares de los padres y adolescentes.
- Si el adolescente ha sido trasladado del hogar como resultado de una conducta sexualmente abusiva, entonces es crítico adoptar una estrategia similar con los cuidadores.
- La prevención de la recaída debería ser orientada más conductualmente que con los ofensores adultos.
- En relación a las dimensiones "internas" y "externas" de Pithers, debería ponerse más foco en la dimensión "externa" cuando se trabaja con adolescentes.
- Los recursos de monitorización tienden a ser más numerosos y discutiblemente más fiables

con los adolescentes que con los adultos (por ejemplo padres, cuidadores, escuela, trabajador social).

- La desviación de las situaciones de alto riesgo es más factible con los adolescentes (por ejem., incremento del uso de tiempo estructurado, mayor supervisión parental, control sobre la niñera/o, etc.).

En vista de los muchos estudios que identifican la delincuencia general y las actitudes y conducta antisocial entre lo jóvenes que exhiben problemas de la conducta sexual, Weinrott (1998a) sugirió que las intervenciones terapéuticas relevantes empíricamente basadas para los delincuentes juveniles son utilizadas con aquellos que han cometido ofensas sexuales.

INVESTIGACIÓN SOBRE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO

Tratamiento especializado para jóvenes que han cometido ofensas sexuales

Los programas específicamente diseñados para jóvenes que han ofendido sexualmente han proliferado, pero la evaluación de estas aproximaciones especializadas ha sido limitada. Por ejemplo, la mayoría de los programas se han desarrollado en su núcleo acerca del "ciclo del asalto sexual", pero a pesar del hecho de que el ciclo del asalto sexual ha estado en uso en el tratamiento del ofensor sexual durante cerca de 20 años, el modelo no ha sido empíricamente validado (Weinrott, 1996). Chaffin y Bonner (1998) alertaron contra la "convicción" de que aquellos que trabajan en esta área han encontrado la aproximación correcta y resumido las creencias acerca de las intervenciones específicas en la ofensa sexual que pueden ser incluidas en tal "dogma". Chaffin y Bonner (1998) y Weinrott (1996) han observado que actualmente no es posible decir si un tipo de tratamiento es mejor que otro, con la posible excepción de que el tratamiento multisistémico focalizado en la

Tratamiento para reducir las ofensas sexuales

| Modelos de tratamiento | Áreas del objetivo del tratamiento | | | | | | |
|--|------------------------------------|------------------------|-------------------------|----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|---|
| | Relaciones sociales deterioradas | Déficits de la empatía | Distorsiones cognitivas | Excitación sexual desviada | Manejo problemático de las relaciones | Conductas impulsivas/antisociales | Consecuencias de una historia personal de maltrato en la infancia |
| Manejo de la rabia | X | | X | | X | | |
| Entrenamiento en asertividad | X | | | | X | | |
| Terapia de aversión | | | | X | | | |
| Grupo de supervivientes víctimas en la infancia | X | X | X | | X | | X |
| Reestructuración cognitiva | X | X | X | | X | X | X |
| Sensibilización encubierta | | | | X | | | |
| Terapia expresiva | | X | | | X | | X |
| Intervenciones familiares | X | X | X | | X | X | X |
| Terapia individual y de grupo | X | X | X | X | X | X | X |
| Intervenciones multisistema (por ejem. TSM y TFCM) | X | X | X | | X | X | X |
| Farmacoterapia | | | | X | X | X | |
| Desarrollo de la identificación positiva | X | | X | | | | X |
| Prevención de la recaída y ciclos de ofensas | | | X | X | X | X | |
| Auto-control y manejo del impulso | | | | X | X | X | |
| Grupos de auto-ayuda | X | | | | | X | X |
| Habilidades para citarse y educación sexual | X | | | | | | |
| Entrenamiento en habilidades sociales | X | | | | | | |
| Manejo del estrés y la ansiedad | X | | | | X | X | |
| Educación y tratamiento sobre el abuso de sustancias | | | | | X | X | |
| Desensibilización sistemática | X | | | X | | | |
| Sesibilización vicaria | | | | X | | | |
| Entrenamiento en empatía por la víctima | X | X | X | | | X | |

delincuencia parecer ser más efectivo que el consejo individualizado con jóvenes que han cometido ofensas sexuales. Un estudio de Lab, Shields, y Schondel (1993) parece suscitar cuestiones acerca de la eficacia del tratamiento especializado para jóvenes que han cometido ofensas sexuales. El estudio de Kimball y Guarino-Ghezzi (1996), sin embargo, encontró que los ofensores sexuales juveniles en tratamiento específico contra la ofensa sexual demostraron actitudes más positivas y mayor adquisición de habilidad que aquellos en un tratamiento no específico (Los jóvenes en un tratamiento específico de la ofensa sexual, sin embargo, recibieron intervenciones más intensas y variadas que aquellos en un tratamiento no específico de la ofensa.)

Tratamiento para los jóvenes que son delincuentes.

Se ha conducido una investigación para evaluar la efectividad de las intervenciones con jóvenes que cometen varios tipos de ofensas, no sólo ofensas sexuales. Ya que la delincuencia en general y las actitudes y la conducta antisocial son encontradas frecuentemente en los jóvenes que han cometido ofensas sexuales, estas aproximaciones terapéuticas pueden ser relevantes y efectivas con estos jóvenes. Izzo y Ross (1990) condujeron un meta-análisis de 200 estudios experimentales o cuasi-experimentales para evaluar la efectividad de las intervenciones terapéuticas utilizadas con ofensores juveniles. Encontraron que entre los jóvenes no institucionalizados, los tratamientos que se focalizaron en las habilidades interpersonales y utilizaron programas conductuales produjeron efectos positivos. Otras intervenciones que han sido validadas con delincuentes crónicos, tales como la terapia multisistémica y el tratamiento multidimensional que fomentan el cuidado, también son aproximaciones prometedoras para jóvenes que han cometido ofensas sexuales (Borduin et al.,

1990; Chamberlain y Reid, 1998; Swenson et al., 1998).

Deserción del tratamiento específico de la ofensa sexual

Varios estudios de programas de tratamiento del ofensor sexual han demostrado altas tasas de deserción del tratamiento (Becker, 1990; Hunter y Figueredo, 1999; Kraemer, Salisbury, y Spielman, 1998; Rasmussen, 1999; Schram, Milloy, y Rowe, 1991). Las altas tasas de desgaste del tratamiento son extremadamente importantes. Un estudio de ofensores sexuales juveniles (Hunter y Figueredo, 1999) y varios estudios de ofensores adultos (por ejem., Hanson y Buissière, 1998) sugieren que el fracaso en completar el tratamiento está asociado con tasas más altas de recidiva tanto para las ofensas sexuales como para otros tipos de ofensas.

ESCENARIO TERAPÉUTICO

Segregar versus integrar a los jóvenes que han cometido ofensas sexuales

Históricamente, tratar a jóvenes que han cometido ofensas sexuales en un escenario específicamente diseñado para ofensores sexuales han sido considerado “óptimo” (Morenz y Becker, 1995). La literatura, sin embargo, indica que la efectividad de esta aproximación no ha sido probada. De hecho, algunos estudios sugieren que otras aproximaciones pueden ser más beneficiosas. Milloy (1994) indicó que se han publicado estudios no controlados que investigan el efecto de la segregación de los ofensores sexuales juveniles de la población delincuente en general. Si los jóvenes que han sido sexualmente abusivos deberían ser agrupados con jóvenes que han cometido ofensas no sexuales o con jóvenes que tienen otros problemas conductuales es un tema complejo. Existen argumentos tanto a favor como en contra del uso de unidades de tratamiento

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

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

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

Facilitando la seguridad en los entornos de tratamiento residencial

Existe el tema de la seguridad de la comunidad respecto a si un ofensor sexual juvenil permanece en la comunidad o es situado en una institución

segregada o no segregada. La NAPN (1993) proporcionó recomendaciones específicas para facilitar la seguridad en instituciones de tratamiento residencial.

Estas recomendaciones sugieren que tales programas deberían asegurar lo siguiente:

1. Sistemas basados en un programa diseñado para la prevención del abuso sexual en un marco institucional, que incluya (a) políticas y procedimientos que reflejen un sistema abierto y seguro que sitúe la seguridad, los derechos de los niños, y los derechos familiares; (b) procedimientos para seleccionar, filtrar, entrenar, y supervisar el personal para disminuir el riesgo de conducta sexualmente abusiva; (c) directrices para el personal de intervenciones con los residentes; (d) educación en seguridad para residentes; (e) protocolos que aseguren la seguridad del entorno; (f) procedimientos que sitúen las alegaciones o descubrimiento de abuso sexual; y (g) evaluaciones internas y revisiones externas.
2. Un fuerte programa estructurado de manejo de la conducta donde el manejo y el control de la conducta sea mantenido a través de una estructura de programa e interacciones personal/paciente.
3. Un ambiente terapéutico seguro y un ambiente social terapéutico efectivo.
4. Supervisión del personal cercano basada en una alta proporción personal-paciente y en una continua monitorización por el personal de todas las interacciones. También se pueden utilizar monitores de vídeo y audio y sensores en áreas comunes pero no reemplazar la presencia del personal.
5. Un entorno social terapéutico que incluya un ambiente seguro de la institución, un espacio seguro, una fuerte cultura de compañeros, y una filosofía del programa que sea completamente consistente.
6. Un programa estructurado, bien equilibrado lo cual proporciona modalidades desarrolladas

para incidir sobre los problemas de los adolescentes y que permita muy poco tiempo no estructurado.

7. Personal altamente entrenado que haya recibido entrenamiento especializado en temas de abuso sexual infantil, con énfasis en el tratamiento de víctimas jóvenes y adolescente sexualmente abusivo.
8. Un diseño multidisciplinario, multimodal para incidir sobre los temas terapéuticos tanto de las víctimas como de los jóvenes sexualmente abusivos.
9. Un programa de sexualidad humana positiva que enfatice el desarrollo de actitudes positivas acerca de la sexualidad, relaciones sanas, y prácticas sexuales seguras.
10. Evaluaciones continuas del programa planeado.

Otras recomendaciones de la National Task Force sobre ofensa sexual juvenil (citado en NAPN, 1993) incluyen tener normas claras acerca de los límites del espacio personal y del contacto. Las recomendaciones también incluyen tener personal de noche que permanezca despierto y residentes monitores tanto aleatoriamente como a intervalos frecuentes, planeados a lo largo de toda la noche. Ross y Villier (1993) proporcionaron recomendaciones más detalladas relacionadas con los candidatos al programa de filtrado, personal seleccionado, y unidades de residencia diseñadas y supervisadas de forma que se maximice la seguridad de los residentes y del personal.

POBLACIONES ESPECIALES

Tratamiento de los niños pequeños y preadolescentes con problemas de la conducta sexual

Gray y Pithers (1993) sugirieron que las conductas sexualmente abusivas en los niños podrían ser abordadas más efectivamente objetivando los factores de riesgo que predisponen al niño a problemas de conducta sexual o lo que precipita o perpetúa el problema.

Gray y Pithers propusieron las siguientes aproximaciones:

1. Incrementar las habilidades de auto-manejo de los niños sexualmente agresivos.
2. Solucionar el trauma resultante de la propia victimización del niño.
3. Abordar las reacciones compensatorias a menudo asociadas con la externalización de emociones difíciles a través de las conductas problemáticas.
4. Incrementar la extensión hasta la cual los miembros del equipo de prevención modelan las creencias preventivas de abuso e interviene cuando son observadas conductas relacionadas con el abuso.

Otro componente del tratamiento de niños con problemas de conducta sexual es el "equipo de prevención" (por ejem., miembros seleccionados de la familia, proveedores de cuidados, y los defensores de la comunidad) (Gray y Pithers, 1993). El equipo de prevención es de primera importancia cuando interviene con niños pequeños que no tienen la capacidad de desarrollo para la auto-monitorización. Araji (1997) describió diez programas y prácticas de tratamiento para niños con problemas de la conducta sexual. Todos los programas revisados por Araji (1997) incluían aproximaciones cognitivo-conductuales; modalidades de tratamiento que involucraban terapia individual, de grupo, de pareja y familia (la mayoría de los terapeutas parecen preferir terapias de grupo). Factores importantes cuando se interviene con niños que han sido sexualmente abusivos incluyen abordar los temas del desarrollo e involucrar a los padres y a otros cuidadores. Como se observó anteriormente, Pithers et al. (1998b) identificaron cinco subtipos de niños con problemas de la conducta sexual. Su investigación también reveló algunas diferencias en cómo los niños según los subtipos respondían a diferentes tipos de tratamiento.

Todos los programas revisados utilizaron una aproximación cognitivo-conductual, aunque algunos también utilizaron otras orientaciones, tales como aquellas basadas en las teorías psicodinámicas y del apego. Las intervenciones cognitivo-conductuales incluían desarrollo de la habilidad para promover el afrontamiento prosocial y resolución del problema, relaciones interpersonales y conductas sexuales apropiadas con la edad, y estrategias de prevención del abuso. En su revisión, Araji observó que ya que no se había demostrado que ninguna aproximación terapéutica fuese superior a otras, el tratamiento que combina teorías y métodos podría satisfacer mejor las necesidades de estos niños y sus familias.

Tratamiento de jóvenes con discapacidades cognitivas o del desarrollo

Intervenciones especiales pueden ser necesarias para los jóvenes con deterioros intelectuales o cognitivos. Por ejemplo, los individuos con dificultades del aprendizaje pueden no responder bien a las terapias (tales como las aproximaciones cognitivo-conductual) que se parecen a sus experiencias negativas en la clase. Una revisión de la literatura (Stermac y Sheridan, 1993) encontró escasez de investigación sobre el tratamiento de adultos y adolescentes con discapacidades del desarrollo. La mayoría de los estudios se han focalizado en los ofensores adultos y han enfatizado las intervenciones orientadas conductualmente, y la mayoría de las intervenciones que involucran adolescentes con discapacidades del desarrollo que han cometido ofensas sexuales han utilizado aproximaciones modificadas de los programas de tratamiento de adultos. Langevin, Marentette, y Rosati (1996) instaron a los terapeutas a extenderlo a estos jóvenes y sugirieron los pasos a dar. Ferrara y McDonald (1996) proporcionaron una discusión detallada de las estrategias y técnicas terapéuticas que pueden ser útiles.

CONCLUSIONES

Los hallazgos de la revisión de la literatura indican que los jóvenes que han cometido ofensas sexuales son un grupo heterogéneo que, como todos los jóvenes, tienen necesidades del desarrollo, pero que también tienen necesidades especiales y presentan riesgos especiales relacionados con sus conductas sexuales abusivas. Los estudios existentes sugieren que una proporción sustancial de estos jóvenes desisten de cometer ofensas sexuales a continuación del descubrimiento inicial de la ofensa y la intervención terapéutica.

La literatura claramente apoya la importancia de las intervenciones que son ajustadas al adolescente, individualmente. Las estrategias de manejo del riesgo que probablemente van a ser más efectivas son aquellas que abordan las necesidades subyacentes a la conducta del joven y refuerzan la mayoría de las fuerzas existentes y apoyos positivos del joven. Aunque no se ha establecido la eficacia para muchas de las intervenciones en el ofensor sexual consideradas estandarizadas y requeridas, hay una amplia gama de intervenciones con más de una base empírica, particularmente dentro del campo de la delincuencia juvenil (tal como la terapia multisistémica), que puede ser efectiva. También se debería recordar que algunos jóvenes pueden requerir intervenciones mínimas una vez que su ofensa sexual ha sido descubierta.

Finalmente, se debería recordar que aunque la meta cuando se trabaja con jóvenes que han cometido ofensas sexuales es ayudarles a detener sus conductas abusivas, lo primero es que son niños y adolescentes. Son personas jóvenes que han cometido ofensas y que merecen cuidado y atención y una autocomprensión de las causas subyacentes a sus conductas sexuales abusivas.

BIBLIOGRAFÍA

- Abel, G.G., Mittelman, M.S., and Becker, J.V. 1985. Sex offenders: Results of assessment and recommendations for treatment in clinical criminology. In *The Assessment and Treatment of Criminal Behavior*, edited by M.H. Ben-Aron, S.J. Hucker, and C.D. Webster. Toronto, Canada: M and M Graphic, pp. 191-205.
- Abel, G.G., Osborn, C.A., and Twigg, D.A. 1993. Sexual assault through the life span: Adult offenders with juvenile histories. In *The Juvenile Sex Offender*, edited by H.E. Barbaree, W.L. Marshall, and S.M. Hudson. New York, NY: Guilford Press, pp. 104-117.
- Abel Screening, Inc. 1996. *Abel Assessment for Sexual Interest: Juvenile Sex Offenders: Therapist Product Information*. Brochure. Atlanta, GA: Abel Screening, Inc.
- Araji, S. 1997. *Sexually Aggressive Children: Coming To Understand Them*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Association for the Treatment of Sexual Abusers. 1997a. *Ethical Standards and Principles for the Management of Sexual Abusers*. Beaverton, OR: Association for the Treatment of Sexual Abusers.
- Association for the Treatment of Sexual Abusers. 1997b. *Position on the Effective Legal Management of Juvenile Sexual Offenders*. Beaverton, OR: Association for the Treatment of Sexual Abusers.
- Avalon Associates. 1986. *The Oregon Report on Juvenile Sex Offenders*. Salem, OR: Children's Services Division, Department of Human Resources.
- Awad, G.A., and Saunders, E. 1991. Male adolescent sexual assaulters, clinical observations. *Journal of Interpersonal Violence* 6(4):446-460.
- Bagley, C., and Shewchuk-Dann, D. 1991. Characteristics of 60 children and adolescents who have a history of sexual assault against others: Evidence from a controlled study. *Journal of Child and Youth Care* (Fall Special Issue):43-52.
- Barbaree, H.E., and Cortoni, F.A. 1993. Treatment of the juvenile sex offender within the criminal justice and mental health systems. In *The Juvenile Sex Offender*, edited by H.E. Barbaree, W.L. Marshall, and S.M. Hudson. New York, NY: Guilford Press, pp. 243-263.
- Becker, J.V. 1990. Treating adolescent sexual offenders. *Professional Psychology: Research and Practice* 21(5): 362-365.
- Becker, J.V., and Kaplan, M.S. 1993. Cognitive behavioral treatment of the juvenile sex offender. In *The Juvenile Sex Offender*, edited by H.E. Barbaree, W.L. Marshall, and S.M. Hudson. New York, NY: Guilford Press, pp. 264-277.
- Becker, J.V.; Harris, C.D. y Sales, B.D. 1993. Juveniles who commit sexual offenses: A critical review of research. In *Sexual Aggression. Issues in Etiology, Assessment, and Treatment*, edited by G.C. Nagayama Hall, R. Hirschman, J.R. Graham and Maira S. Zaragoza, Washington, Taylor & Francis, pág. 215-228.
- Becker, J.V. 1998. What we know about the characteristics and treatment of adolescents who have committed sexual offenses. *Child Maltreatment* 3(4):317-329.
- Becker, J.V., and Hunter, J.A. 1997. Understanding and treating child and adolescent sexual offenders. In *Advances in Clinical Child Psychology*, vol. 19, edited by T.H. Ollendick and R.J. Prinz. New York, NY: Plenum Press, pp. 177-197.
- Becker, J.V., Kaplan, M.S., Cunningham-Rathner, J., and Kavoussi, R. 1986. Characteristics of adolescent incest sexual perpetrators: Preliminary findings. *Journal of Family Violence* 1(1):85-97.
- Bengis, S. 1997. Comprehensive service delivery with a continuum of care. In *Juvenile Sexual Offending: Causes, Consequences, and Correction*, edited by G.D. Ryan and S.L. Lane. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers, pp. 211-218.
- Bonner, B. 1997. Child, adolescent, and adult sex offenders: Similarities and differences. Paper presented at the meeting of the Association for the Treatment of Sexual Abusers, Arlington, VA, October 1997.
- Bonner, B., and Chaffin, M. 1998. Dyad and family therapy in sibling abuse and sibling sexual behavior. Workshop presented at the Conference on Responding to Child Maltreatment, American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC) Advanced Training Institute, San Diego, CA, January 1998.

- Bonner, B., Marx, B.P., Thompson, J.M., and Michaelson, P. 1998. Assessment of adolescent sexual offenders. *Child Maltreatment* 3(4):374-383.
- Bordin, C.M., Henggeler, S.W., Blaske, D.M., and Stein, R.J. 1990. Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 34(2):105-113.
- Bourke, M.L., and Donohue, B. 1996. Assessment and treatment of juvenile sex offenders: An empirical review. *Journal of Child Sexual Abuse* 5(1):47-70.
- Bremer, J.F. 1992. Serious juvenile sex offenders: Treatment and long-term follow-up. *Psychiatric Annals* 22(6):326-332.
- Bumby, K.M., and Bumby, N.H. 1997. Adolescent female sexual offenders. In *The Sex Offender: Vol. 2. New Insights, Treatment Innovations and Legal Developments*, edited by B.K. Schwartz and H.R. Cellini. Kingston, NJ: Civic Research Institute, pp. 10.1-10.16.
- Camp, B.H., and Thyer, B.A. 1993. Treatment of adolescent sex offenders: A review of empirical research. *The Journal of Applied Social Sciences* 17(2):191-206.
- Carpenter, D.R., Peed, S.F., and Eastman, B. 1995. Personality characteristics of adolescent sexual offenders: A pilot study. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 7(3):195-203.
- Cellini, H.R. 1995. Assessment and treatment of the adolescent sexual offender. In *The Sex Offender: Vol. 1. Corrections, Treatment and Legal Practice*, edited by B.K. Schwartz and H.R. Cellini. Kingston, NJ: Civic Research Institute, pp. 6.1-6.12.
- Chaffin, M. 1994. Research in action: Assessment and treatment of child sexual abusers. *Journal of Interpersonal Violence* 9:224-237.
- Chaffin, M., and Bonner, B. 1998. Don't shoot, we're your children: Have we gone too far in our response to adolescent sexual abusers and children with sexual behavior problems? *Child Maltreatment* 3(4):314-316.
- Chamberlain, P., and Reid, J.B. 1998. Comparison of two community alternatives to incarceration for chronic juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66(4):624-633.
- Charles, G., and McDonald, M. 1997. Adolescent sexual offenders. *Journal of Child and Youth Care* 11(1):15-25.
- Children's Services Practice Notes for North Carolina's Child Welfare Social Workers. *From the N.C. Division of Social Services and the N.C. Family and Children's Resource Program*, Vol. 7, nº 2. Mayo 2002.
- Davis, G.E., and Leitenberg, H. 1987. Adolescent sex offenders. *Psychological Bulletin* 101(3):417-427.
- Díaz Morfa, J. 1999. Medicación oral para los desórdenes sexuales. *Revista de Terapia Sexual y de Pareja*, nº 3: 44-64.
- Díaz Morfa, J. 2002. Actualización en el tratamiento farmacológico de las parafilias. *Psiquiatría Biológica*, Vol. 9, nº 2: 94-102.
- Dougher, M.J. 1995. Clinical assessment of sex offenders. In *The Sex Offender: Vol. 1. Corrections, Treatment and Legal Practice*, edited by B.K. Schwartz and H.R. Cellini. Kingston, NJ: Civic Research Institute, pp. 11.2-11.13.
- Epps, K. J. 1994. Managing sexually abusive adolescents in residential settings: A strategy for risk assessment. *Issues in Criminological and Legal Psychology* 21:54-60.
- Fehrenbach, P.A., Smith, W., Monastersky, C., and Deisher, R.W. 1986. Adolescent sexual offenders: Offender and offense characteristics. *American Journal of Orthopsychiatry* 56(2):225-233.
- Ferrara, M.L., and McDonald, S. 1996. *Treatment of the Juvenile Sex Offender: Neurological and Psychiatric Impairments*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Forth, A.E., and Burke, H.C. 1998. Psychopathy in adolescence: Assessment, violence, and developmental precursors. In *Psychopathy: Theory, Research, and Implications for Society*, edited by D. Cooke, A.E. Forth, and R.D. Hare. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer, pp. 205-229.
- Forth, A.E., Hart, S.D., and Hare, R.D. 1990. Assessment of psychopathy in male young offenders. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2(3):342-344.
- Forth, A.E., Kosson, D., and Hare, R.D. In press. *The Psychopathy Checklist: Youth Version*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Freeman-Longo, R.E., Bird, S., Stevenson, W.F., and Fiske, J.A. 1994. *1994 Nationwide Survey of Treatment Programs and Models Serving Abuse-Reactive Children and Adolescent and Adult Sex Offenders*. Brandon, VT: The Safer Society Program and Press.
- Friedrich, W.N. 1990. *Psychotherapy of Sexually Abused Children and Their Families*. New York, NY: W.W. Norton and Co.
- Gilby, R., Wolf, L., and Goldberg, B. 1989. Mentally retarded adolescent sex offenders: A survey and pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry* 34(6):542-548.
- Goocher, B.E. 1994. Some comments on the residential treatment of juvenile sex offenders. *Child and Youth Care Forum* 23(4):243-250.
- Gray, A., Busconi, A., Houchens, P., and Pithers, W.D. 1997. Children with sexual behavior problems and their caregivers: Demographics, functioning, and clinical patterns. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 9(4):267-290.
- Gray, A.S., and Pithers, W.D. 1993. Relapse prevention with sexually aggressive adolescents and children: Expanding treatment and supervision. In *The Juvenile Sex Offender*, edited by H.E. Barbaree, W.L. Marshall, and S.M. Hudson. New York, NY: Guilford Press, pp. 289-319.
- Groth, N.A., Longo, R.E., and McFadin, J.B. 1982. Undetected recidivism among rapists and child molesters. *Crime and Delinquency* 28(3):450-458.
- Hanson, R.K., and Buissonière, M.T. 1996. *Predictors of Sexual Offender Recidivism: A Meta-analysis*. Ottawa, Canada: Solicitor General, Public Works and Government Services.
- Hanson, R.K., and Buissonière, M.T. 1998. Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66(2):348-362.
- Hare, R.D. 1991. *The Hare Psychopathy Checklist—Revised Manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Hare, R.D. 1996. Psychopathy: A clinical construct whose time has come. *Criminal Justice and Behavior* 23(1):25-54.
- Harris, G.T., Rice, M.E., and Quinsey, V.L. 1993. Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument. *Criminal Justice and Behavior* 20(4):315-335.
- Henggeler, S.W., Melton, G.B., and Smith, L.A. 1992. Family preservation using multisystemic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60(6):953-961.
- Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Bordin, C.M., Rowland, M.D., and Cunningham, P.E. 1998. *Multisystemic Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Hoghugh, M.; 1997. Sexual Abuse by Adolescents. En *Working with Sexually Abusive Adolescents*, edit. by Hoghugh, M., Bhat, SR; Graham, F. London, Sage Publications, págs 1-19.
- Hunter, J.A., Jr., and Becker, J.V. 1994. The role of deviant sexual arousal in juvenile sexual offending: Etiology, evaluation, and treatment. *Criminal Justice and Behavior* 21(1):132-149.
- Hunter, J.A., Jr., and Lexier, L.J. 1998. Ethical and legal issues in the assessment and treatment of juvenile sex offenders. *Child Maltreatment* 3(4):339-348.
- Hunter, J.A., Jr., and Figueroa, A.J. 1999. Factors associated with treatment compliance in a population of juvenile sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 11(1):49-67.
- Hunter, J.A. 2000. Understanding Juvenile Sex Offenders: Research Findings and Guidelines for Effective Management and Treatment. *Juvenile Justice Fact Sheet*. Charlottesville, VA: Institute of Law, Psychiatry, & Public Policy, University of Virginia.

- Izzo, R.H., and Ross, R.R. 1990. Meta-analysis of rehabilitation programs for juvenile delinquents: A brief report. *Criminal Justice and Behavior* 17(1):134-142.
- Jacobs, W.L., Kennedy, W.A., and Meyer, J.B. 1997. Juvenile delinquents: A between-group comparison study of sexual and nonsexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 9(3):201-218.
- Johnson, T.C. 1991. Children who molest children: Identification and treatment approaches for children who molest other children. *The APSAC Advisor* (Fall):9-11, 23.
- Kahn, T.J., and Chambers, H.J. 1991. Assessing reoffense risk with juvenile sexual offenders. *Child Welfare* LXX(3):333-345.
- Katz, R.C. 1990. Psychosocial adjustment in adolescent child molesters. *Child Abuse and Neglect* 14(4):567-575.
- Kavoussi, R.J., Kaplan, M., and Becker, J.V. 1988. Psychiatric diagnoses in adolescent sex offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 27(2):241-243.
- Kimball, L.M., and Guarino-Ghezzi, S. 1996. *Sex Offender Treatment: An Assessment of Sex Offender Treatment Within the Massachusetts Department of Youth Services*. Juvenile Justice Series Report: No. 10. Boston, MA: Northeastern University, Privatized Research Management Initiative.
- Knight, R.A., and Cerce, D.D. 1999. Validation and revision of the Multidimensional Assessment of Sex and Aggression. *Psychologica Belgica* 39(2/3):135-161.
- Knight, R.A., and Prentky, R.A. 1993. Exploring characteristics for classifying juvenile sex offenders. In *The Juvenile Sex Offender*, edited by H.E. Barbaree, W.L. Marshall, and S.M. Hudson. New York, NY: Guilford Press, pp. 45-83.
- Knight, R.A., Prentky, R.A., and Cerce, D.D. 1994. The development, reliability, and validity of an inventory for the multidimensional assessment of sex and aggression. *Criminal Justice and Behavior* 21(1): 72-94.
- Kobayashi, J., Sales, B.D., Becker, J.V., Figueredo, A.J., and Kaplan, M.S. 1995. Perceived parental deviance, parent-child bonding, child abuse, and child sexual aggression. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 7(1):25-43.
- Kraemer, B.D., Salisbury, S.B., and Spielman, C.R. 1998. Pretreatment variables associated with treatment failure in a residential juvenile sex-offender program. *Criminal Justice and Behavior* 25(2):190-202.
- Kraemer, B.D., Spielman, C.R., and Salisbury, S.B. 1995. Juvenile sex offending psychometric assessment. In *The Sex Offender: Vol. 1. Corrections, Treatment and Legal Practice*, edited by B.K. Schwartz and H.R. Cellini. Kingston, NJ: Civic Research Institute, pp. 11.1-11.13.
- Kramer, S.P., Hurt, R.O., Bench, L.L., Maw, M., and Erickson, S. 1997. A study of twelve measures of recidivism with 200 juvenile sex offenders at 5 year followup. Paper presented at the Association for the Treatment of Sexual Abusers Conference, Arlington, VA, October 1997.
- Lab, S., Shields, G., and Schondel, C. 1993. Research note: An evaluation of juvenile sexual offender treatment. *Crime and Delinquency* 39(4):543-553.
- Laben, J.K., Dodd, D., and Sneed, L. 1991. King's theory of goal attainment applied in group therapy for inpatient juvenile sexual offenders, maximum security state offenders, and community parolees, using visual aids. *Issues in Mental Health Nursing* 12(1):51-64.
- Lane, S., and Lobanov-Rostovsky, C. 1997. Special populations: Children, families, the developmentally disabled, and violent youth. In *Juvenile Sexual Offending: Causes, Consequences, and Correction*, edited by G.D. Ryan and S.L. Lane. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers, pp. 322-359.
- Lang, R.A., Lloyd, C.A., and Fiqia, N.A. 1985. Goal attainment scaling with hospitalized sexual offenders. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 173(9):527-537.
- Langevin, R., Marentette, D., and Rosati, B. 1996. Why therapy fails with some sex offenders: Learning difficulties examined empirically. In *Sex Offender Treatment: Biological Dysfunction, Intrapsychic Conflict, Interpersonal Violence*. Binghamton, NY: The Haworth Press, pp. 143-155.
- Lee, D.G., and Olender, M.B. 1992. Working with juvenile sex offenders in foster care. *Community Alternatives: International Journal of Family Care* 4(2):63-75.
- Lightfoot, L.O., and Barbaree, H.E. 1993. The relationship between substance use and abuse and sexual offending in adolescents. In *The Juvenile Sex Offender*, edited by H.E. Barbaree, W.L. Marshall, and S.M. Hudson. New York, NY: Guilford Press, pp. 203-224.
- Lipsey, M.W., and Wilson, D.B. 1998. Effective intervention for serious juvenile offenders: A synthesis of research. In *Serious and Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Interventions*, edited by R. Loeber and D.P. Farrington. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, pp. 313-345.
- López, Felix, del Campo, A. y Guijo, V. 2003. Sexualidad prepuberal. *Revista de Terapia Sexual y de pareja*, Abril, nº 15.
- MacArthur Violence Risk Assessment Study. 1996. Executive Summary. *American Psychology Law Society News* 16(3):1-4.
- Marshall, W.L., and Barbaree, H.E. 1990. Outcome of comprehensive cognitive-behavioral treatment programs. In *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offender*, edited by W.L. Marshall, D.R. Laws, and H.E. Barbaree. New York, NY: Plenum Press, pp. 363-385.
- Mathews, R., Hunter, J.A., Jr., and Vuz, J. 1997. Juvenile female sexual offenders: Clinical characteristics and treatment issues. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 9(3):187-200.
- McCurry, C., McClellan, J., Adams, J., Norrei, M., Storck, M., Eisner, A., and Breiger, D. 1998. Sexual behavior associated with low verbal IQ in youth who have severe mental illness. *Mental Retardation* 36(1):23-30.
- Milloy, C.D. 1994. *A Comparative Study of Juvenile Sex Offenders and Non-sex Offenders*. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy.
- Milner, J., and Murphy, W. 1995. Assessment of child physical and sexual abuse offenders. *Family Relations* 44(4):478-488.
- Miner, M.H., and Crimmins, C.L.S. 1995. Adolescent sex offenders: Issues of etiology and risk factors. In *The Sex Offender: Vol. 1. Corrections, Treatment and Legal Practice*, edited by B.K. Schwartz and H.R. Cellini. Kingston, NJ: Civic Research Institute, pp. 9.1-9.15.
- Miner, M.H., Siekert, G.P., and Ackland, M.A. 1997. *Evaluation: Juvenile Sex Offender Treatment Program, Minnesota Correctional Facility—Sauk Centre*. Final report—Biennium 1995-1997. Minneapolis, MN: University of Minnesota, Department of Family Practice and Community Health, Program in Human Sexuality.
- Morenz, B., and Becker, J.V. 1995. The treatment of youthful sexual offenders. *Applied and Preventive Psychology* 4(4):247-256.
- National Adolescent Perpetrator Network. 1988. Preliminary report from the National Task Force on Juvenile Sexual Offending. *Juvenile and Family Court Journal* 38(2):1-67.
- National Adolescent Perpetrator Network. 1993. The revised report from the National Task Force on Juvenile Sexual Offending. *Juvenile and Family Court Journal* 44(4):1-120.
- National Clearinghouse on Family Violence Health Promotion and Programs Branch Health Canada. 1997. Adolescent Sex Offenders. <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/html/adosexof.htm>
- O'Brien, M. 1991. Taking sibling incest seriously. In *Family Sexual Abuse*, edited by M.Q. Patton. Newbury Park, CA: Sage Publications, pp. 75-92.
- Pithers, W.D., Gray, A., Busconi, A., and Houchens, P. 1998a. Caregivers of children with sexual behavior problems: Psychological and familial functioning. *Child Abuse and Neglect* 22(2):129-141.
- Pithers, W.D., Gray, A., Busconi, A., and Houchens, P. 1998b. Children with sexual behavior problems: Identification of five distinct child types and related treatment considerations. *Child Maltreatment* 3(4):384-406.
- Prentky, R. 1995. A rationale for the treatment of sex offenders: Pro bono publico. In *What Works: Reducing Reoffending*

- Guidelines from Research and Practice*, edited by J. McGuire. New York, NY: John Wiley and Sons Ltd., pp. 153-170.
- Prentky, R. 1997. Juvenile sex offenders: Assessment, classification and treatment needs. Presentation sponsored by the Child Abuse Action Network, Topsham, ME, November 1997.
 - Prentky, R., and Burgess, A.W. 1990. Rehabilitation of child molesters: A cost-benefit analysis. *American Journal of Orthopsychiatry* 60(1):108-117.
 - Prentky, R., and Edmunds, S.B. 1997. *Assessing Sexual Abuse: A Resource Guide for Practitioners*. Brandon, VT: Safer Society Press.
 - Prentky, R., Harris, B., Frizzell, K., and Righthand, S. 2000. An actuarial procedure for assessing risk in juvenile sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 12(2):71-93.
 - Prentky, R.A., Lee, A.F.S., Knight, R.A., and Cerce, D. 1997. Recidivism rates among child molesters and rapists: A methodological analysis. *Law and Human Behavior* 21(6):635-660.
 - Quinsey, V.L., Rice, M.E., and Harris, G.T. 1995. Actuarial prediction of sexual recidivism. *Journal of Interpersonal Violence* 10(1):85-105.
 - Rasmussen, L.A. 1999. Factors related to recidivism among juvenile sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 11(1):69-85.
 - Ray, J., Smith, V., Peterson, T., Gray, J., Schaffner, J., and Houff, M. 1995. A treatment program for children with sexual behavior problems. *Child and Adolescent Social Work Journal* 12(5):331-343.
 - Ray, J.A., and English, D.J. 1995. Comparison of female and male children with sexual behavior problems. *Journal of Youth and Adolescence* 24(4):439-451.
 - Richardson, G. y Graham, F. 1997. Relapse Prevention. In *En Working with Sexually Abusive Adolescents*, edit. by Hoghugh, M., Bhate, SR, Graham, F London, Sage Publications, págs. 162-176.
 - Righthand, S., Hennings, R., and Wigley, P. 1989. *Young Sex Offenders in Maine*. Portland, ME: University of Southern Maine, Public Policy and Management Program, Human Services Development Institute, Committee on Child Sex Abuse: Research Task Force.
 - Ross, J.E., and Villier, M.P. 1993. Safety considerations in developing an adolescent sex offender program in residential treatment. In *Sexual Abuse and Residential Treatment*, edited by W.C. Braga and R. Shimmer. Binghamton, NY: Haworth Press, pp. 37-47.
 - Ryan, G., Miyoshi, T.J., Metzner, J.L., Krugman, R.D., and Fryer, G.E. 1996. Trends in a national sample of sexually abusive youths. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35(1):17-25.
 - Salekin, R.T., Rogers, R., and Sewell, K.W. 1996. A review and meta-analysis of the Psychopathy Checklist and Psychopathy Checklist-Revised: Predictive validity of dangerousness. *Clinical Psychology: Science and Practice* 3(3):203-215.
 - Schram, D.D., Milloy, C.D., and Rowe, W.E. 1991. *Juvenile Sex Offenders: A Follow Up Study of Reoffense Behavior*. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy, Urban Policy Research and Cambie Group International.
 - Serin, R.C. 1996. Violent recidivism in criminal psychopaths. *Law and Human Behavior* 20(2):207-217.
 - Serin, R.C., Malcolm, P.B., Khanna, A., and Barbaree, H.E. 1994. Psychopathy and deviant sexual arousal in incarcerated sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence* 9(1):3-11.
 - Sipe, R., Jensen, E.L., and Everett, R.S. 1998. Adolescent sexual offenders grown up: Recidivism in young adulthood. *Criminal Justice and Behavior* 25(1):109-124.
 - Smith, G., and Fischer, L. 1999. Assessment of juvenile sexual offenders: Reliability and validity of the Abel Assessment for Interest in Paraphilias. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 11(3):207-216.
 - Smith, H., and Israel, E. 1987. Sibling incest: A study of dynamics of 25 cases. *Child Abuse and Neglect* 11(1):101-108.
 - Smith, W.R., and Monastersky, C. 1986. Assessing juvenile sexual offenders' risk for reoffending. *Criminal Justice and Behavior* 13(2):115-140.
 - Spaccarelli, S., Bowden, B., Coatsworth, J.D., and Kim, S. 1997. Psychosocial correlates of male sexual aggression in a chronic delinquent sample. *Criminal Justice and Behavior* 24(1):71-95.
 - Stermac, L., and Sheridan, L. 1993. The developmentally disabled adolescent sex offender. In *The Juvenile Sex Offender*, edited by H.E. Barbaree, W.L. Marshall, and S.M. Hudson. New York, NY: Guilford Press, pp. 235-242.
 - Stevenson, H.C., and Wimberley, R. 1990. Assessment of treatment impact of sexually aggressive youth. *Journal of Offender Counseling, Services and Rehabilitation* 15(2):55-68.
 - Swenson, C.C., Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Kaufman, K.L., and Randall, J. 1998. Changing the social ecologies of adolescent sexual offenders: Implications of the success of multisystemic therapy in treating serious antisocial behavior in adolescents. *Child Maltreatment* 3(4):330-338.
 - Tolan, P., and Guerra, N. 1994. *What Works in Reducing Adolescent Violence: An Empirical Review of the Field*. Boulder, CO: University of Colorado, Institute for Behavioral Sciences, Center for the Study and Prevention of Violence.
 - Tolan, P.H., and Gorman-Smith, D. 1998. Development of serious and violent offending careers. In *Serious and Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Interventions*, edited by R. Loeber and D.P. Farrington. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, pp. 68-85.
 - Travin, S., Cullen, K., and Protter, B. 1990. Female sex offenders: Severe victims and victimizers. *Journal of Forensic Sciences* 35(1):140-150.
 - Utah Task Force of the Utah Network on Juveniles Offending Sexually. 1996. *The Utah Report on Juvenile Sex Offenders*. Salt Lake City, UT: Utah Task Force of the Utah Network on Juveniles Offending Sexually.
 - Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., and Hart, S.D. 1997. Assessing risk of violence to others. In *Impulsivity: Theory, Assessment, and Treatment*, edited by C.D. Webster and M.A. Jackson. New York, NY: Guilford Press, pp. 251-277.
 - Weinrott, M. 1996. *Juvenile Sexual Aggression: A Critical Review*. Boulder, CO: University of Colorado, Institute for Behavioral Sciences, Center for the Study and Prevention of Violence.
 - Weinrott, M. 1998a. Empirically-based treatment interventions for juvenile sex offenders. Presentation sponsored by the Child Abuse Action Network and the State Forensic Service, Augusta, ME, August 1998.
 - Weinrott, M. 1998b. Recidivism among juvenile sex offenders: Are favorable outcomes only favorable when therapy matters? Handout from Empirically-based treatment interventions for juvenile sex offenders. Presentation sponsored by the Child Abuse Action Network and the State Forensic Service, Augusta, ME, August 1998.
 - Weinrott, M., Riggan, M., and Frothingham, S. 1997. Reducing deviant arousal in juvenile sex offenders using vicarious sensitization. *Journal of Interpersonal Violence* 12(5):704-728.
 - Wieckowski, E., Hartsoe, P., Mayer, A., and Shortz, J. 1998. Deviant sexual behavior in children and young adolescents: Frequency and patterns. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 10(4):293-304.