

Programa de **TRATAMIENTO EDUCATIVO Y TERAPÉUTICO PARA AGRESORES SEXUALES JUVENILES**

**AGENCIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID PARA
LA REEDUCACIÓN Y REINSERCIÓN DEL MENOR
INFRACTOR**

Santiago Redondo Illescas

Meritxell Pérez Ramírez · Marian Martínez García

Carlos Benedicto Duque · David Roncero Villareal · María León Torre



Agencia
de la Comunidad de Madrid
para la Reeducción y Reinserción
del Menor Infractor

ISBN: 978-84-451-3550-1

Agencia de la Comunidad de Madrid para la
Reeducación y la Reinserción del Menor Infractor.

Madrid, octubre de 2012

Este manual es el resultado de la colaboración establecida entre D. Santiago Redondo Illescas junto a su equipo de colaboradores y la **Agencia para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor (ARRMI), de la Consejería de Presidencia y Justicia de la Comunidad de Madrid.**

Director: Santiago Redondo Illescas

Equipo: Meritxell Pérez Ramírez, Marian Martínez García, Carlos Benedicto Duque, David Roncero Villareal, Eduardo Atarés Pinilla, Enrique Vivancos García, María León Torre

Dirección Técnica: Luis González Cieza, Asela López Millán.

Enmaquetación e Infografía: Luis Ángel Suárez Tamayo.



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



www.madrid.org/publicamadrid

ÍNDICE

Índice.....	3
Introducción.....	11
ESTUDIO Y PLAN DE TRABAJO.....	19
1. Conocimiento actual sobre agresores sexuales juveniles	21
1.1. Los abusos y agresiones sexuales cometidos por jóvenes	21
1.1.1. Agresiones por desconocidos	22
1.1.2. Por agresores conocidos de las víctimas.....	23
1.1.3. En las interacciones de pareja	23
1.1.4. Agresiones sexuales por un grupo de agresores	23
1.1.5. Mujeres que han cometido abuso sexual	24
1.2. Correlatos asociados a la agresión sexual	24
1.2.1. Fracaso del proceso de socialización sexual.....	24
1.2.2. Agresores especializados y generalistas	26
1.2.3. Otras características relevantes	27
1.2.4. Conclusiones de la investigación.....	28
1.3. Investigación internacional sobre prevención y tratamiento de la agresión sexual juvenil	29
1.3.1. Riesgos estáticos y dinámicos.....	29
1.3.2. Elementos que favorecen el tratamiento: la motivación del sujeto	31
1.3.3. El riesgo para la agresión sexual y su prevención	32
1.3.4. Evaluación inicial y de riesgo	34
1.3.5. El tratamiento y la evaluación de su eficacia	38
1.3.6. Efectividad comparada de los tratamientos	42
1.4. Tratamientos aplicados en España.....	43



2. Estudio empírico de la población juvenil destinataria	48
2.1. Descripción de la muestra.....	50
2.2. Variables psicológicas	52
2.3. Familia de origen	54
2.4. Escuela y estudios.....	55
2.5. Consumo de drogas	56
2.6. Variables relacionadas con el centro de menores	58
2.7. Perfil delictivo.....	58
2.8. Delitos y variables asociadas: hipótesis de etiología y mantenimiento (análisis funcional).....	59
 3. Conclusiones preparatorias del programa	 69
3.1. Formatos y técnicas de educación y entrenamiento juvenil	69
3.2. Metodología para actividades y sesiones.....	70
3.3. Estructura de cada sesión o actividad.....	70
3.4. Evaluación e intervención con cada caso	71
3.5. Intensidad	71
3.6. Materiales	72
 4. Plan de trabajo	 73
4.1. Afianzando tu autoestima puedes mejorarte a ti mismo	73
4.1.1. Fundamento teórico.....	73
4.1.2. Objetivos	74
4.2. Conocer mejor la sexualidad	74
4.2.1. Fundamento teórico.....	74
4.2.2. Objetivos	75
4.3. Aumenta tus habilidades para las relaciones afectivas y sexuales	75
4.3.1. Fundamento teórico	75
4.3.2. Objetivos	76



4.4. Aprende a no distorsionar y justificar el abuso.....	77
4.4.1. Fundamento teórico.....	77
4.4.2. Objetivos	78
4.5. Autocontrol emocional para evitar conflictos.....	79
4.5.1. Fundamento teórico	79
4.5.2. Objetivos	79
4.6. Sentir solidaridad y empatía con las víctimas.....	80
4.6.1. Fundamento teórico.....	80
4.6.2. Objetivos	80
4.7. Prepárate para prevenir que los abusos puedan repetirse	81
4.7.1. Fundamento teórico.....	81
4.7.2. Objetivos	82
5. Evaluación del programa.....	83
PROGRAMA DE EDUCACIÓN Y TRATAMIENTO	87
MÓDULO I	
AFIANZANDO TU AUTOESTIMA PUEDES MEJORARTE A TI MISMO	91
ACTIVIDAD 1: ¿Cómo soy? ¿Cómo me ven los demás?	95
Cuestionario de autoconcepto. (Ficha para el alumno en página 238)	96
ACTIVIDAD 2: Lo que me gusta de mí.....	97
ACTIVIDAD 3: Quiero cambiar.....	99
ACTIVIDAD 4: Adaptarse a las nuevas situaciones	101
Relato sobre un cambio de residencia. (Ficha para el alumno en página 239)	102
Hoja de trabajo. (Ficha para el alumno en página 241).....	104
ACTIVIDAD 5: ¿Cómo me gustaría y quiero ser?.....	105
Cuestionario de autoconcepto futuro. (Ficha para el alumno en página 242)	106
Planes de futuro. (Ficha para el alumno en página 243).....	107



MÓDULO II

CONOCER MEJOR LA SEXUALIDAD 109

ACTIVIDAD 1: ¿Qué sabemos sobre la sexualidad humana?..... 114

Cuestionario sobre sexualidad humana. (Ficha para el alumno en página 244) 115

ACTIVIDAD 2: Sexo saludable..... 116

Hoja de trabajo sobre relaciones sexuales saludables. (Ficha para el alumno en página 246)..... 117

Mitos sobre las relaciones sexuales. (Ficha para el alumno en página 247) 117

ACTIVIDAD 3: Embarazo y reproducción humana..... 121

Relato sobre un embarazo en la adolescencia. (Ficha para el alumno en página 251) 122

ACTIVIDAD 4: Prácticas seguras 123

Listado de métodos anticonceptivos. (Ficha para el alumno en página 252) 124

ACTIVIDAD 5: Dilemas sobre las relaciones sexuales 127

Relatos para reflexionar. (Ficha para el alumno en página 254) 128

ACTIVIDAD 6: Situaciones para comunicarse, negociar y pactar con la pareja 130

Algunas situaciones para la negociación. (Ficha para el alumno en página 255)..... 131

MÓDULO III

AUMENTA TUS HABILIDADES PARA LAS RELACIONES AFECTIVAS Y SEXUALES 133

ACTIVIDAD 1: ¿Qué valoramos en uno mismo/en el otro como pareja?..... 137

Autoinforme sobre características de uno mismo como miembro de una pareja/características del otro miembro de la pareja. (Ficha para el alumno en página 256) 138

ACTIVIDAD 2: Mitos sobre el amor y las relaciones de pareja 139

Creencias y mitos sobre el amor y las relaciones de pareja. (Ficha para el alumno en página 257) 140

Material para el terapeuta: mitos sobre el amor en pareja. (Ficha en página 259)... 141



ACTIVIDAD 3: Escuchar es sentir	142
ACTIVIDAD 4: Consejos prácticos sobre cómo ligar	144
ACTIVIDAD 5: Consentir y no consentir	146
ACTIVIDAD 6: Colaborar en una agresión sexual realizada por otro.....	148

MÓDULO IV

APRENDE A NO DISTORSIONAR Y JUSTIFICAR EL ABUSO 151

ACTIVIDAD 1: Afrontar constructivamente la culpa y la vergüenza.....	156
ACTIVIDAD 2: Negar no permite avanzar.....	157
ACTIVIDAD 3: Las excusas de la agresión y el abuso (incluido el sexual).....	158
ACTIVIDAD 4: El pensamiento deformado.....	160
ACTIVIDAD 5: Auto-registro de distorsiones cognitivas y emociones asociadas a conductas problemáticas	162
ACTIVIDAD 6: Distorsiones de género: chicas, chicos, personas.....	164

MÓDULO V

AUTOCONTROL EMOCIONAL PARA EVITAR CONFLICTOS 167

ACTIVIDAD 1: Las consecuencias negativas de la ira	170
ACTIVIDAD 2: Análisis y control de la ira: la frustración sexual.....	172
Hoja de análisis. (Ficha para el alumno en página 260)	173
ACTIVIDAD 3: Mejora tu asertividad.....	174
ACTIVIDAD 4: Respira hondo y contrólate	176
ACTIVIDAD 5: “Tiempo fuera”, o abandonar temporalmente una situación, como estrategia de afrontamiento de la ira	179



MÓDULO VI

SENTIR SOLIDARIDAD Y EMPATÍA CON LAS VÍCTIMAS 181

ACTIVIDAD 1: ¿Qué piensas tú sobre lo que podría estar pensando, deseando o podría hacer otra persona?..... 184

ACTIVIDAD 2: ¿Qué piensas tú sobre lo que piensa Toni que piensa, desea o hará Sonia?..... 186

ACTIVIDAD 3: Haber sido víctima de una agresión: carta al agresor..... 188

ACTIVIDAD 4: Interpretar el papel de ser víctima, agresor y testigo 190

ACTIVIDAD 5: Carta de una víctima. (Ficha para el alumno en página 261) 191

ACTIVIDAD 6: Consecuencias para la víctima y su entorno, y para el agresor y su entorno 193

MÓDULO VII

PREPÁRATE PARA PREVENIR QUE LOS ABUSOS PUEDAN REPETIRSE 197

ACTIVIDAD 1: No existen las casualidades 201

ACTIVIDAD 2: Los factores de riesgo 202

ACTIVIDAD 3: Superar los factores de riesgo 204

ACTIVIDAD 4: Los beneficios de nuestra conducta no son lo que parecen..... 206

ACTIVIDAD 5: Todos necesitamos un buen amigo que nos ayude de verdad (siempre hay alguien en quien confiar)..... 208

ACTIVIDAD 6: El efecto mariposa 209

APÉNDICE 213

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 221

ANEXOS 237

1. Cuestionario de autoconcepto..... 238

2. Relato sobre un cambio de residencia..... 239



3. Hoja de trabajo	241
4. Cuestionario de autoconcepto futuro.....	242
5. Planes de futuro	243
6. Cuestionario sobre sexualidad humana.....	244
7. Hoja de trabajo sobre relaciones sexuales saludables.....	246
8. Mitos sobre las relaciones sexuales	247
9. Relato sobre un embarazo en la adolescencia	251
10. Listado de métodos anticonceptivos	252
11. Relatos para reflexionar.....	254
12. Algunas situaciones para la negociación	255
13. Autoinforme sobre características de uno mismo como miembro de una pareja/características del otro miembro de la pareja	256
14. Creencias y mitos sobre el amor y las relaciones de pareja.....	257
15. Material para el terapeuta: mitos sobre el amor en pareja	259
16. Hoja de análisis	260
17. Carta de una víctima.....	261
18. Modelo cognitivo-conductual del proceso de recaída. (Pithers, W.D., 1983).....	262



INTRODUCCIÓN

LA ATENCIÓN A LOS MENORES INFRACTORES EN LA COMUNIDAD DE MADRID

La **Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor** es el organismo que, dependiendo de la Consejería que ostenta las competencias en materia de Justicia del Gobierno de la Comunidad de Madrid, tiene encomendada, entre otras funciones, la ejecución de las medidas que adoptan los Jueces de Menores. La Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, establece el procedimiento y funcionamiento de esta jurisdicción, y la Ley 3/2004, de 10 de diciembre, de creación de la Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor, las competencias y funciones de la propia Agencia.

Desde el momento de su creación, a finales del año 2004, la Agencia se marcó el objetivo de ofrecer a los menores infractores –y, con ello, a la comunidad en general- los mejores y más eficaces tratamientos para reconducir los comportamientos de estos jóvenes. Entendíamos, por otra parte, que el perfil de los menores infractores había cambiado en los últimos años, y que este respondía cada vez menos a una estructura típica de “carrera delictiva”, tal y como se recoge en la bibliografía y es experiencia común de los profesionales de la justicia juvenil. Los factores de riesgo asociados a muchos delitos cometidos por los menores han sido, hasta épocas recientes, fundamentalmente de tipo general, de circunstancias de vida y desarrollo de los propios sujetos (marginalidad, criminalidad en los progenitores, analfabetismo...), lo que, unido a las características personales de cada individuo, propiciaba su conducta antisocial; todo ello, en el marco de las diferentes teorías explicativas del comportamiento delictivo.

Lo anterior ha implicado –como no podía ser de otra manera- unos modelos de intervención dirigidos en gran medida a dar respuesta a esas circunstancias, en muchos casos marginales o cercanas a la marginalidad, que hacían de “caldo de cultivo” para el desarrollo del delito. Objetivos fundamentales en todos los casos han venido siendo la adecuación del funcionamiento familiar –partiendo de que nos encontrábamos mayoritariamente con familias “desestructuradas”-; una favorable escolarización de los menores en todos los sentidos: asistencia, rendimiento, comportamiento...; la oferta al menor –entiéndase menor en su acepción jurídica- de recursos adecuados para el ocio y el tiempo libre, interviniendo también sobre el grupo de relación y sus actividades en estos periodos, etcétera. Al mismo tiempo que se ha venido actuando sobre actitudes, valores y, en general, el desarrollo personal y las competencias sociales de los menores.

De esta forma, se ha entendido que, al mejorar las circunstancias de desarrollo y las propias características personales de los jóvenes, mediaríamos en la disminución de su actividad infractora, lo que tal vez haya sido cierto en la medida en que la realidad nos ha acostumbrado a vincular marginalidad y delito.

Todo lo anterior posiblemente ha sido muy adecuado en esas circunstancias, pero nos dábamos



cuenta, como se ha expresado anteriormente, que los menores y sus condiciones de vida han variado sustancialmente, pasando a ser mucho más frecuente encontrarnos con chicos y chicas con una situación de vida mucho más próxima a la normalidad que en épocas anteriores, con cierto retraso en la escolaridad pero sin el fracaso o abandono que se presentaban anteriormente, pertenecientes a una clase social distribuida por todo el espectro –aunque obviamente sigan predominando las clases más bajas-, con un consumo de sustancias tóxicas no exageradamente superior al habitual entre los jóvenes no infractores. Podrían detallarse más características “normalizadoras” del perfil de estos menores y jóvenes, pero ello no es el objetivo de esta introducción. Aquí simplemente se quiere justificar la modificación producida en la perspectiva de la intervención con los menores infractores: ya no es únicamente la atención a factores de riesgo generales y disposicionales lo esencial de la intervención, si no que actualmente se considera necesario atender, al menos con la misma profundidad, a los factores determinantes y precipitantes de la actividad infractora, así como al delito en sí mismo, a la hora de evitar la reincidencia. Lo anterior necesariamente conlleva una mayor individualización en el análisis de los motivos infractores y en el ajuste de la intervención a los factores específicos en cada caso, es decir, a las necesidades criminógenas que presenta cada individuo.

Podría debatirse con mucha mayor profundidad el porqué y las consecuencias de este cambio de enfoque, pero no es lo que se pretende ahora. Simplemente queremos explicar que esto ha supuesto el desarrollo por parte de la Agencia de diversos programas tanto de evaluación como de intervención con los menores infractores. Varios de ellos están actualmente ya implantados en diferentes recursos de Medio Abierto así como en los Centros de Ejecución de Medidas Judiciales de la Comunidad de Madrid. La Agencia ha formado a los profesionales en un gran esfuerzo de organización y gestión, se han desarrollado vías de colaboración e intercambio de información con universidades y entidades de reconocido prestigio y se mantiene una evaluación constante de las aplicaciones realizadas.

Muestra de ello ha sido la reciente publicación por parte de la Agencia del “Programa Central de Tratamiento Educativo y Terapéutico para Menores Infractores”, dirigido a la intervención de la conducta antisocial, fundamentalmente en su componente violento, y que ha supuesto una referencia entre los profesionales, teniendo una importante repercusión.

LA INTERVENCIÓN CON MENORES Y JÓVENES AGRESORES SEXUALES

En el contexto descrito hasta ahora, una de las primeras necesidades surgidas fue el desarrollo de una intervención adecuada y ajustada a todos aquellos casos en que los Jueces de Menores imponían una medida como consecuencia de delitos relacionados con la agresión o el abuso sexual.

A día de hoy, la alarma social derivada de la comisión de delitos graves, como son éstos, cometidos por menores, alcanza cotas muy elevadas. Las cifras no siempre concordantes entre la sensación de aumento y –más real- la estabilización o incluso la reducción de este tipo de delitos cometidos por menores de edad, no hacen sino refrendar la necesidad de ampliar los estudios para tener un conocimiento más profundo del tema, así como el desarrollo de protocolos especializados de intervención con estos menores. Estos avances han supuesto que se estableciera la necesidad de crear un programa de prevención e intervención en delitos sexuales.

Resulta obvio destacar que esta idea pudo resultar contraria ante aquellas posturas sociales que defienden la poca utilidad de las intervenciones con los delincuentes sexuales de cara a disminuir



la posibilidad de reincidencia futura. Sin ánimo de entrar a valorar los distintos posicionamientos o ideologías presentes en la tarea de la prevención y la intervención con menores infractores, lo que ha guiado en todo momento las intenciones de la Agencia y de todos los profesionales colaboradores han sido las víctimas y la reducción de su número a través del trabajo destinado a la reinserción y reintegración social del infractor.

Previamente a la elaboración del programa, nos hemos encontrado con una clara escasez de estudios en el ámbito científico español sobre el comportamiento del agresor sexual menor de edad -aspecto que hemos intentado paliar, al menos en parte, en los primeros capítulos de la presente publicación-, por lo que, consecuentemente, existía una casi nula elaboración de Programas destinados a la recuperación de este grupo de menores que, una vez cumplida su medida judicial, se reincorporan necesariamente a la sociedad.

Teniendo en cuenta lo expuesto y desde la ausencia de recursos externos destinados a la intervención con este tipo de delitos, se ha considerado de vital importancia que, durante el periodo de cumplimiento de medida judicial, se desarrollen programas de intervención psicológica e integración social, dirigidos a posibilitar la disminución de las tasas de reincidencia.

LA NECESIDAD DE DESARROLLO DE UN PROGRAMA ESPECÍFICO DE INTERVENCIÓN

Las posibilidades que ofrece una intervención estructurada, individualizada y mantenida en el tiempo, llevada a cabo por profesionales con experiencia y formación previa, son muy esperanzadoras tal y como han puesto de relieve los resultados previos obtenidos con este tipo de intervenciones en adultos. A este efecto terapéutico que claramente disminuiría la posibilidad de reincidencia, se debe añadir que nos encontramos ante menores de edad, en un momento evolutivo de gran plasticidad, lo que podría potenciar el efecto del programa de intervención.

El desarrollo de programas de intervención destinados a este tipo de población en los centros de menores, es una de las áreas en las que es necesario un mayor esfuerzo, dada la especificidad del delito que, con frecuencia, se aleja de otros tipos delictivos y del perfil de sus autores. Según la Dra. Hillary Elderidge, Directora de la Fundación Lucy Faithfull, Reino Unido, de cara a la implementación de dichos Programas es necesario tener en cuenta, que éstos deben ser:

- Realistas y basados en la investigación previa.
- Con sujetos seleccionados previamente, que puedan responder con más probabilidad a lo que el Programa ofrece.
- Enfocado a las áreas de riesgo que pueden y deben ser reducidas.
- Que utilicen métodos que la investigación ha probado como efectivos.
- Con una perspectiva basada en las habilidades que puedan emplearse para construir una vida libre de abusos.



- Una duración, intensidad y pautas de intervención diseñadas para maximizar la eficacia.
- Utilizando un enfoque destinado a motivar y fomentar una respuesta positiva de cada individuo.
- Que exista una continuidad entre los Programas y los recursos externos para maximizar el impacto del tratamiento.
- Llevar a cabo un seguimiento eficaz de los elementos alrededor del Programa.
- Evaluar e investigar de forma continuada los efectos del Programa de cara a llevar a cabo las mejoras necesarias.

La importancia de que la intervención sobre dicha conducta desviada incluya el carácter grupal, de cara al desarrollo de una sana sexualidad y el establecimiento de estrategias eficaces de autocontrol ha sido destacada por diferentes autores (Noguerol, 2005), argumentando este hecho principalmente en las teorías del aprendizaje social, aumentando de esta forma las posibilidades de reeducación, reinserción y asesoramiento. Se trabaja en el sentido último de que el menor aprenda y desarrolle habilidades que le ayuden a prevenir futuras agresiones, desarrollando un sentido sano de las relaciones sociales y, en especial, de la sexualidad. Si bien, a pesar de tener en cuenta este hecho, hemos de señalar que no debemos obviar la intervención individualizada, atendidas las circunstancias de la institución en la que se lleva a cabo, así como las características personales de los individuos.

En el capítulo 2, apartado 2.8, se recogen los análisis de varios casos de menores agresores sexuales tal y como se han venido desarrollando a través del programa inicial de la Agencia. Este **Programa “DIAS”** (Desarrollo Integral para Agresores Sexuales), que se expone en el Capítulo 1, desarrollaba un enfoque más individualizado y basado en el análisis funcional del caso, aplicándose posteriormente tratamiento tanto en formato grupal como individual. Sin renunciar en absoluto a ese tipo de intervención, hemos decidido complementarla con el presente programa que ofrece una mayor globalidad, ordenación y sistematización del contenido.

En las intervenciones con menores parece lo más adecuado compaginar las actuaciones individualizadas con las grupales, atendiendo asimismo a la intervención con sus familias. La disposición de los miembros familiares, su colaboración en la terapia y la asunción de la gravedad del hecho delictivo así como una actitud positiva para el cambio, no estigmatizando ni condenando al chico de por vida –tampoco negando su responsabilidad-, son aspectos determinantes en el buen éxito de la intervención.

Diversos estudios demuestran la presencia en estos menores de factores de riesgo dinámicos -que son susceptibles de modificación por la intervención psicológica y reeducativa- y van a ser por ello el objetivo principal de tratamiento mediante el programa aquí descrito:

- Escasa y distorsionada información sobre la sexualidad.
- Intereses sexuales desviados.
- Distorsiones cognitivas, en especial hacia la figura femenina o los niños.
- Bajas habilidades de interacción social.
- Autoestima descompensada.
- Déficits en la capacidad de resolución de problemas.
- Bajos niveles de empatía o emociones solidarias y compasivas con otras personas.
- Baja tolerancia a la frustración.



- Déficiats en el autocontrol general y específico.
- Soledad emocional y carencia de afecto.
- Susceptibilidad a la influencia del grupo de amigos y compañeros.
- Falta de supervisión en el núcleo familiar.

Todos estos aspectos han sido recogidos en la elaboración del presente programa, atendiendo tanto a los casos en los que el delito ya se ha producido como pensando también en los menores que presenten variables de alto riesgo ante la comisión de futuros delitos sexuales.

De esta percepción sobre el dinamismo y capacidad de intervención y modificación de determinados factores asociados a la conducta de agresión sexual, se han derivado, en gran medida, tanto la fundamentación conceptual como los objetivos aplicados del presente programa. Sus destinatarios iniciales son adolescentes y jóvenes varones que cumplen medidas judiciales por abuso o agresión sexual en el ámbito de la justicia juvenil. Sin embargo, dada su perspectiva amplia, también puede ser utilizado como sistema de educación sexual con aquellos adolescentes y jóvenes que puedan presentar riesgo de conducta antisocial en este tipo de problemáticas.

EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO EDUCATIVO Y TERAPÉUTICO PARA AGRESORES SEXUALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Para su elaboración se ha partido de los siguientes principios y consideraciones:

- Como punto de partida se interpreta que la sexualidad adulta socialmente ajustada y, en lo que aquí nos ocupa, respetuosa de las leyes, no es un mero automatismo, sino el resultado de un proceso prolongado de aprendizaje y socialización sexual, que se inicia en la infancia y se intensifica durante la adolescencia y la juventud. Este proceso suele requerir, en primer lugar, la recepción de información apropiada sobre la sexualidad; y, en segundo término, la adquisición de ciertos valores, actitudes, pautas de conducta e inhibiciones acerca de aspectos como los actos sexuales y parejas que resultan apropiados, los contextos y lugares que suelen ser adecuados para emprender conductas sexuales y, sobre todo, la necesidad de consentimiento por parte de las personas implicadas en una relación sexual y la absoluta exclusión de contactos sexuales con menores.
- En función de lo anterior se asume como principio educativo que, pese a que algunas conductas de abuso o agresión sexual realizadas por adolescentes puedan constituir hechos graves, los adolescentes y jóvenes se encuentran todavía en proceso de desarrollo y estabilización de su comportamiento social y sexual. Desde esta perspectiva, se interpreta que muchas de las infracciones de abuso o agresión sexual cometidas por los jóvenes derivan esencialmente de carencias educativas y déficits en habilidades de comunicación e interacción adecuadas para el inicio y la práctica de una sexualidad normalizada y consentida.
- Por ello, este programa se dirige a educar y entrenar a los jóvenes, de modo intensivo, en aquellos aspectos del desarrollo sexual que pueden ayudarles a orientar correctamente sus deseos y comportamientos sexuales, incidiendo en los dos siguientes elementos: la mejora de su capacidad para poder establecer relaciones sexuales con parejas que deseen y consientan mantener una interacción sexual (con exclusión absoluta de niñas o niños menores), y la



inhibición completa del uso de la fuerza o la violencia en el marco de una interacción sexual.

- Desde un punto de vista técnico, para lograr los anteriores objetivos se estima necesario educar a los jóvenes acerca de la sexualidad y desarrollar en ellos nuevas habilidades emocionales, de pensamiento y de conducta, todo lo cual se hará en este programa.
- Así pues, en consonancia con los ideales de la educación y la reinserción social, y de acuerdo con el conocimiento científico disponible en materia de tratamiento de delincuentes juveniles y de agresores sexuales, no se considera a los jóvenes susceptibles de seguir este programa como casos desahuciados que sólo merezcan rechazo social y control punitivo. Por el contrario, interpretando las conductas que han realizado como una grave señal de alerta, se considera que estos jóvenes deben recibir en el marco del sistema de justicia juvenil una atención educativa prioritaria e intensiva. El objetivo último de esta intervención es favorecer en ellos un desarrollo personal y sexual equilibrado, que prevenga la repetición de comportamientos de abuso o agresión sexual.
- El ámbito de la agresión sexual tiene importantes implicaciones tanto sociales como éticas y jurídicas, que exigen un adecuado equilibrio entre la necesaria protección a la comunidad y el respeto debido a los principios y derechos de todas las personas, incluidos quienes han abusado o agredido sexualmente. Una amplia reflexión sobre la necesidad de éste equilibrio imprescindible puede encontrarse en Echeburúa, García Arán *et al.* (2009).

De acuerdo con lo expuesto, este programa de educación y tratamiento, como todo esfuerzo de rehabilitación del comportamiento antisocial, parte de la conciliación imprescindible entre, por un lado, el rechazo firme de los comportamientos de abuso y agresión sexual y, por otro, la confianza en que los jóvenes podrán, con la ayuda y el esfuerzo necesarios, cambiar y mejorar su conducta (Hayez, 2010; Serin y Lloyd, 2009). Lo anterior conecta de pleno este programa educativo con una de las bases y creencias más genuinas de la tradición correccionalista española, expresada en el siglo XIX por Concepción Arenal: “Odia el delito pero compadece al delincuente”. En el terreno específico de los agresores sexuales juveniles, Righthand y Welch (2001) han remarcado que, aunque el objetivo último del trabajo con ellos es ayudarles a detener definitivamente ese tipo de conductas, no debería perderse de vista que dichos jóvenes continúan siendo “...niños o adolescentes. Personas que han cometido infracciones o delitos pero que siguen mereciendo cuidado y atención” (p. xxii). Haber llevado a cabo en la adolescencia o juventud una conducta de abuso o agresión sexual puede fácilmente llevar al etiquetado de un individuo como agresor sexual irrecuperable, lo que es susceptible de contribuir a la continuidad de su conducta, en forma de *desviación secundaria*, más que a su erradicación (Dicaldo, 2009; Lemert, 1972, 1981; Maruna, LeBel *et al.*, 2004; Nichols, 2009; Price-Jones y Barrowcliff, 2010). De ahí que este programa adopte una perspectiva no estigmatizadora sino plenamente educativa.

Para finalizar, debe recordarse que un programa de intervención juvenil es una herramienta técnica a disposición de los terapeutas y expertos sociales que trabajan con menores, pero que en absoluto puede reemplazar el trabajo educativo directo que éstos realicen. Por ello, este programa educativo y terapéutico para agresores sexuales juveniles se ha concebido como una intervención pautada pero a la vez requerida de terapeutas y profesionales bien formados, imaginativos, con iniciativa, esforzados, empáticos y esperanzados en las posibilidades de cambio y mejora de los jóvenes infractores. Estos profesionales constituyen la auténtica clave de la eficacia terapéutica de una intervención como la presente.





I

Estudio y Plan de Trabajo



1.

CONOCIMIENTO ACTUAL SOBRE AGRESORES SEXUALES JUVENILES

Para la revisión del conocimiento actual sobre agresores sexuales juveniles se han utilizado las siguientes fuentes de información:

- La consulta de bibliotecas y bases de datos especializadas. En concreto se ha revisado el material bibliográfico disponible en la Biblioteca del *Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada* del Departamento de Justicia de Cataluña, que es una de las bibliotecas españolas mejor dotadas en materia de documentación sobre delincuencia. Por otro lado, se han efectuado diversas consultas en la base de datos *PsycInfo*, de la *American Psychological Society*, que recoge información científica de todo el mundo sobre Psicología y otras materias relacionadas como Criminología, Sociología, Educación, Derecho, y ciencias sociales en general. Para dicha búsqueda se utilizaron como palabras clave las incluidas en las siguientes expresiones “juvenile sex off* [-ender, -ence....]” y “juvenile treat* [-ment...]”.
- La revisión directa de libros y revistas especializadas sobre agresión sexual, educación y tratamiento psicológico, y tratamiento de infractores y delincuentes. En concreto se han repasado los números correspondientes a los últimos años (desde el año 2003 en adelante) de las siguientes revistas científicas, internacionales y españolas: *Psychology*, *Crime and Law*, *European Journal of Criminology*, *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, *Journal of Sexual Agresion*, *Invesbrev*, *Psicothema*, *Revista Española de Investigación Criminológica (REIC)*, *Boletín Criminológico*, y *Justidata*. Se han analizado también diversas monografías especializadas sobre educación de adolescentes y jóvenes, especialmente en temáticas como educación sexual, emocional, resolución de conflictos, etcétera. Gran parte de esta información aparece referenciada a lo largo del texto.

1.1. LOS ABUSOS Y AGRESIONES SEXUALES COMETIDOS POR JÓVENES

Tanto en España como en otros países occidentales, los delitos sexuales constituyen un porcentaje muy reducido -inferior al 1%- del total de los delitos que son denunciados y, en concreto, en la Comunidad de Madrid también dicho porcentaje es inferior al uno por ciento del total de medidas ejecutadas por la Agencia. Además, en España, la tasa de los delitos sexuales denunciados ha permanecido esencialmente estable durante los últimos años. Sin embargo, se considera que existe una considerable cifra oculta de abusos y agresiones sexuales, es decir, de hechos no denunciados. En algunos estudios internacionales se ha estimado que una de cada seis mujeres podría sufrir a lo largo de su vida una violación, aunque muchas no la denunciarían. Las víctimas de abusos sexuales suelen ser niñas o niños y adolescentes (prioritariamente mujeres, aunque también varones), y las víctimas de agresiones sexuales suelen ser mujeres jóvenes (por debajo de los 21 años), que pueden haber sido forzadas por varones desconocidos o bien conocidos para ellas (distribuyéndose estos porcentajes



aproximadamente por mitades).

El abuso sexual de niños y menores suele comportar el contacto físico directo con el menor (ya sea genital, anal o bucal) o bien la utilización del niño por parte del agresor para su propia estimulación sexual (mediante exhibicionismo, visualización conjunta de películas pornográficas, *voyeurismo*, masturbación) (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2006; Echeburúa y Redondo, 2010; Garrido, Stangeland y Redondo, 2006).

Aunque no es fácil determinar la incidencia absoluta de este problema en la población, en estudios norteamericanos un 27% de mujeres y un 16% de hombres reconocían, siendo ya adultos, haber sido víctimas de abusos sexuales en su infancia (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000). En España se ha estimado, también a partir de estudios de autoinforme, que la frecuencia de los abusos sexuales podrían afectar al 20% de la población (23% de las chicas y 15% de los varones) (López, Hernández y Carpintero, 1994; Pereda y Forns, 2007). Afortunadamente, la proporción de abusos sexuales graves es más pequeña (estimándose en torno al 4%-8% de la población).

Aunque la mayoría de los abusos sexuales en la infancia se producen en el contexto de la familia, con cierta frecuencia los abusadores son adolescentes y jóvenes que se sirven de otros menores para su propia satisfacción sexual (Barbaree y Marshall, 2006; Becker y Johnson, 2001; Sigurdsson, Gudjonsson, Asgeirsdottir y Sigfusdottir, 2010).

En relación con las agresiones sexuales, el acto de agresión más frecuente es el coito vaginal. En torno a un tercio de las víctimas sufren alguna lesión corporal. El mayor riesgo de sufrir una violación corresponde a mujeres jóvenes, generalmente estudiantes y solteras, población femenina cuyo estilo de vida (pasar más tiempo fuera de casa, frecuentar zonas de diversión, volver tarde, vivir solas, viajar solas...) puede comportar una mayor exposición a posibles agresiones.

A continuación se presentan sintéticamente distintas topografías y situaciones de posible agresión sexual (véase con mayor detalle en Echeburúa y Redondo, 2010).

1.1.1. **Agresiones por desconocidos**

Algunas agresiones sexuales pueden ser cometidas por jóvenes desconocidos para las víctimas, siendo estas infracciones las más graves, intrusivas y traumáticas para ellas. En el caso de los adultos, suelen ser realizadas por los denominados agresores sexuales en serie, responsables de múltiples violaciones. Cuanta menos edad tiene el agresor lógicamente menos historial delictivo presenta, por lo que en menores y jóvenes la agresión serial es muy infrecuente. La topografía básica de la agresión sexual serial, cuando se produce, consiste en un ataque repentino de un agresor contra una víctima inadvertida. Pueden ser contextos facilitadores lugares apartados, oscuros o sin la presencia de posibles testigos. En una situación así el agresor esperaría que la víctima se asuste y no ponga mucha resistencia a la agresión, pudiendo de ese modo consumarla con rapidez y escapar lo antes posible.

La relación previa entre víctima y agresor condicionaría la etiología de la agresión, la gravedad que puede tener para la víctima y el riesgo de que pueda repetirse. En las agresiones ocurridas en el contexto de personas que se conocen (pareja, amigos o conocidos) es posible que la agresión haya tenido una concreta motivación posesiva o de revancha, siendo por ello menor la probabilidad de que se repita. En cambio, los agresores desconocidos presentarán en general un mayor riesgo de repetición delictiva, aunque este perfil será muy poco común en el ámbito de la justicia juvenil.



1.1.2. **Por agresores conocidos de las víctimas**

Algunas agresiones sexuales cometidas por jóvenes, incluidas violaciones, pueden suceder en el marco de las relaciones habituales entre chicas y varones debido a que son amigos, compañeros de estudios, vecinos o conocidos del barrio. En este contexto de cierta proximidad pueden producirse interacciones que sean interpretadas por unos y otros de forma diferente en relación con el consentimiento o no de una posible relación sexual.

Pedir a otra persona una relación sexual es algo que requiere sutileza y la adopción de una perspectiva social, comportando aspectos tan diversos como manifestaciones emocionales, faciales y verbales, gestos, expresión de dudas, posibles caricias que son aceptadas o rechazadas, etcétera. Además, es posible que una persona acepte ciertas conductas de intimidad (caricias externas, besarse...), pero no consienta otras (caricias genitales, masturbación recíproca, o una relación sexual completa). De ahí que el desarrollo de todas estas interacciones deba ser adecuadamente interpretado por el individuo en el sentido de si puede continuar o debe interrumpir sus pretensiones de mayor intimidad. En algunos casos, los participantes en una relación íntima pueden haber consumido en exceso alcohol u otras sustancias tóxicas, lo que a menudo contribuirá a desinhibir los impulsos sexuales y facilitará interpretaciones erróneas de la situación.

También pueden producirse situaciones de abuso de víctimas familiares, o afectivamente próximas (hijos de amigos, vecinos, etc.), en que las niñas o niños puede resultar mucho más vulnerables debido a la confianza que en principio les inspira el agresor.

1.1.3. **En las interacciones de pareja**

Las interacciones de pareja, incluido el caso de adolescentes o jóvenes, suelen comportar relaciones de intimidad y sexuales generalmente deseadas y consentidas. Pero a veces se dan conflictos o situaciones de ruptura de pareja, a pesar de las cuales algunos de los miembros puede desear mantener una relación sexual, algo que el otro se niega a aceptar. En aquellas circunstancias en que es la mujer quien rechaza al varón, éste podría en algunos casos desear imponer la relación sexual, como un deber de la otra persona, más que como una actividad que requiere el recíproco deseo y consentimiento. En situaciones de esta naturaleza, podrían producirse episodios de abuso o agresión sexual.

1.1.4. **Agresiones sexuales por un grupo de agresores**

Los jóvenes presentan en general una elevada tendencia gregaria que puede trasladarse también a la comisión de delitos como hurtos, robos o lesiones. La pertenencia a un grupo puede minimizar la responsabilidad personal, alentar la desinhibición de conducta, facilitar el delito a través de la división de tareas, y reforzar a cada uno de sus miembros. Una tercera parte de las agresiones sexuales y violaciones cometidas por jóvenes suelen producirse en grupo.

En esta modalidad de infracción, los agresores suelen actuar en grupos pequeños de 2 a 4 individuos, y sus víctimas son a menudo chicas conocidas o vinculadas afectivamente al grupo o a alguno de sus miembros. Las agresiones grupales pueden comportar mayor duración, violencia y gravedad que las individuales, y en ellas se consume más frecuentemente la violación de la víctima. Esta violencia



incrementada puede deberse a fenómenos como la decisión y presión grupales, la imitación de la conducta agresiva de otros, la propensión a impresionar al grupo y buscar su aceptación, la mayor percepción de anonimato, la lealtad y búsqueda de identidad, el miedo a ser ridiculizado, el consumo colectivo de alcohol y drogas, y la posible existencia de códigos morales alternativos que pueden justificar las agresiones. Así, las agresiones sexuales grupales contarían con una naturaleza etiológica algo distinta, primando en ellas, por encima de los factores de riesgo individuales (sexuales, de personalidad, de aprendizaje e imitación de modelos, o de otra índole), procesos y dinámicas grupales que condicionarían las conductas de los miembros.

Lo anterior tiene especial relevancia para la prevención e intervención sobre este tipo de problemáticas de infracción en grupo, siendo relevante a estos efectos la detección temprana de jóvenes en riesgo de pertenencia a bandas juveniles y la formación y el entrenamiento de dichos jóvenes para resistir la presión grupal.

1.1.5. Mujeres que han cometido abuso sexual

Se conoce muy poco acerca de la prevalencia de mujeres que pueden haber cometido abusos o agresiones sexuales y sobre la topografía de sus conductas. Algunos estudios norteamericanos han encontrado que entre un 5% y un 8% del conjunto de las infracciones sexuales juveniles podría ser cometido por chicas (aunque se cree que esta cifra puede subestimar la prevalencia real, que podría ser algo más elevada).

Se ha constatado que las chicas que han llevado a cabo infracciones sexuales lo han hecho a una edad algo menor que los varones; sus conductas tienden a consistir más en abusos sexuales, y son muy poco probables los actos de violación; muchas más mujeres infractoras que varones fueron a su vez víctimas de diversas formas de abuso sexual y de abusos de mayor gravedad (Roe-Sepowitz y Krysik, 2008); es más probable que las chicas lleven a cabo un abuso en una situación en que se encargan del cuidado de un niño varón; es frecuente que mujeres que han realizado infracciones sexuales muestren otros factores de riesgo asociados, como depresión, ideas suicidas, ansiedad, victimización infantil, y bajos autoconcepto y autoestima.

1.2. CORRELATOS ASOCIADOS A LA AGRESIÓN SEXUAL

1.2.1. Fracaso del proceso de socialización sexual

El comportamiento sexual, al igual que otras dimensiones sociales de las personas, requiere ser socializado. Es decir, nadie nace ni crece sabiendo de un modo completo y definitivo cómo van a expresarse sus deseos sexuales y cómo deben transcurrir con absoluta precisión sus conductas sexuales. Contrariamente a ello, los adolescentes suelen despertar a la sexualidad en la pubertad de un modo bastante repentino y con una información y educación previas a menudo escasas. A partir de ese momento, recabando más información de otras personas -frecuentemente de amigos tan inexpertos como ellos-, y a menudo mediante experiencias de ensayo y error, van a iniciar una exploración paulatina de su sexualidad y un ajuste progresivo de sus comportamientos sexuales.

En el mejor de los casos, y en la generalidad de los jóvenes, el proceso anterior va a dar lugar a una correcta socialización sexual. Ello implica también que se van a adquirir las inhibiciones acerca de



evitar en el sexo cualquier amenaza o fuerza y excluir las interacciones sexuales con menores. Sin embargo, en algunos casos el proceso de socialización sexual adolescente puede verse alterado por experiencias y deseos atípicos y en ocasiones ilícitos (Marshall y Marshall, 2002). Un resultado puede ser el inicio por algunos individuos de conductas de abuso sexual infantil o de agresión sexual.

En el fracaso del proceso de socialización sexual suelen concurrir factores correspondientes a diversas facetas de la conducta humana: hábitos adquiridos, emociones experimentadas, pensamientos acerca de la conducta y de las emociones propias o de otros (Marshall y Marshall, 2002). Así, es frecuente que quienes han abusado de otras personas o las han agredido sexualmente presenten problemas en varias facetas interrelacionadas (Sigurdsson et al., 2010; Redondo, 2002): en las propias conductas sexuales, en su conducta social más amplia con otras personas, en las expresiones de sus emociones y sentimientos, y en su pensamiento, que suele estar plagado de múltiples “distorsiones cognitivas” en relación con la consideración de las mujeres, los niños, y el uso de la violencia en las interacciones sociales.

Los anteriores problemas se incrementarán si además un sujeto tiene dificultades para entablar relaciones sexuales normalizadas, es decir, con personas adultas o de edad semejante a él que libremente deseen y consientan dichas relaciones. La falta de relaciones sexuales consentidas puede deberse a que un individuo tenga menores competencias y habilidades de interacción social, algo que es imprescindible para mantener relaciones afectivas y sexuales normalizadas. Unido a ello, muchos abusadores y agresores sexuales presentan también, como se ha comentado, dificultades más generales para la relación con otras personas. Son sujetos con menores habilidades para comunicarse, para mostrar empatía o solidaridad con el daño que puedan experimentar otras personas (Rich, 2009; White, Cruise, Frick y Frick, 2009), y suelen mostrarse más ansiosos o nerviosos ante las situaciones sociales. Todos estos déficits pueden producirles un mayor aislamiento social, en relación con la familia, los amigos, el trabajo, etcétera (Salat, 2009).

Algunos infractores pueden mostrar emociones atípicas en relación con sus interacciones sexuales con otras personas. Éstas pueden consistir en deseos sexuales apremiantes e incontrolados, que podrían llegar al acoso, la fuerza o la violencia sobre otras personas, o bien en la preferencia o el interés sexuales por niñas o niños. Así pues, las intervenciones educativas con infractores juveniles deberán atender a la dinámica de las emociones y deseos sexuales, con el objetivo de evaluar esta dinámica y, en la medida de lo posible, mejorarla en dirección a la prosocialidad, lo que implicará dotar a los sujetos de las inhibiciones y controles que resultan imprescindibles para evitar los comportamientos ilícitos (Brown, 2005).

Muchos abusadores y agresores sexuales también presentan problemas en lo referente a su manera de pensar sobre su conducta delictiva de abuso o agresión. Suelen mostrar un gran número de distorsiones cognitivas o errores valorativos sobre los niños en cuanto posibles objetivos de su interés sexual, o sobre las mujeres y su papel en la sociedad (por ejemplo, “los niños también desean tener relaciones sexuales”, “las mujeres deben someterse a los deseos de los hombres; así ha sido siempre”, etcétera), sobre la sexualidad (por ejemplo, “los niños siempre están excitados”, “una mujer, aunque sea obligada, seguro que disfruta”), y sobre las normas y valores sociales y legales acerca de qué puede y no puede hacerse en términos de comportamiento sexual humano (por ejemplo, “si un niño lo acepta, ¿por qué no voy a poder tener una relación sexual con él?”) (Redondo, 2004). Estas distorsiones o creencias erróneas orientan su conducta sexual de una manera inapropiada e ilícita, y, además, suelen ofrecerles justificaciones para llevarla a cabo.



1.2.2. Agresores especializados y generalistas

Van Wijk, Vermeiren *et al.* (2006) señalan que una tarea técnica importante en este campo es conocer si los programas de intervención deberían ser o no diferentes para delincuentes juveniles sexuales y no sexuales. A este respecto Butler y Seto (2002) consideran imprescindible atender a la versatilidad o especialización delictiva de los infractores sexuales. Comparando a los agresores únicamente sexuales, es decir, especializados, con aquellos otros que además del delito sexual habían cometido otros tipos de delitos, o sea, infractores generalistas, encontraron que los especializados presentaban menos problemas conductuales en la infancia, mejor ajuste, actitudes más prosociales y menor riesgo de delinquir. De estos resultados puede deducirse que los agresores sexuales especializados probablemente van a requerir una intervención más específica y dirigida a la desviación sexual en sí, mientras que los infractores juveniles generalistas van a necesitar una intervención más amplia y diversificada, que atienda a distintas problemáticas conductuales, de valores y actitudes pro-delictivas, y a un mayor riesgo global de reincidencia (Craig, 2010; Vess y Skelton, 2010; Wolf, 2009).

En general, los abusadores sexuales tienden a ser infractores especializados mientras que los agresores y violadores serían más probablemente generalistas o versátiles. Algunos estudios que han comparado agresores con abusadores ponen de relieve algunas diferencias entre ellos, como por ejemplo que los abusadores muestran un comportamiento social más inadecuado y socialmente están más aislados y, además, han sufrido abusos sexuales con mayor frecuencia. Otra diferencia es que los abusadores mostrarían en general una mayor internalización de los factores asociados a su comportamiento infractor que los violadores, cuya conducta antisocial estaría más condicionada por elementos externos, como puedan ser la influencia de amigos o la disponibilidad de oportunidades.

En una revisión de Van Wijk *et al.* (2006) sobre 17 estudios publicados entre 1995 y 2005, acerca de las posibles similitudes y diferencias entre infractores sexuales y no sexuales, los agresores sexuales presentaban en efecto una mayor internalización de la problemática delictiva que los no sexuales. Además esta característica, como se ha dicho, prevalecía más en abusadores. Por otro lado, los agresores sexuales especializados mostraban menor frecuencia de otros problemas de conducta que delincuentes más generalistas. Los infractores con delitos menos graves presentaban niveles más bajos de “tendencia antisocial” que aquellos otros con delitos más severos, cuya “tendencia antisocial” era más elevada y manifiestan un mayor rango de conductas infractoras de tipo no sexual (Loeber y Farrington, 1998).

Por otro lado, los agresores sexuales manifestaban mayores problemas para la comunicación con otras personas que los infractores no sexuales. Varios estudios han evidenciado que efectivamente el aislamiento social es una característica distintiva de muchos abusadores (Ford y Linney, 1995; Hendriks y Bijleveld, 2004; Katz, 1990; Salat, 2009; Van Wijk, 1999).

Otro hallazgo importante de los estudios de esta revisión es que los agresores sexuales cuentan en general con más antecedentes de haber sufrido abuso sexual en la infancia que los agresores no sexuales (Barbaree y Lagton, 2006; Hendriks y Bijleveld, 2004). Aunque no todos los agresores sexuales presentan una historia infantil de abusos sexuales, ni menos aún todos los jóvenes que experimentaron abuso sexual infantil se han acabado transformando en agresores sexuales (Becker y Hunter, 1997).

Los resultados menos consistentes de esta revisión (es decir, los referidos a aquellos factores que no se asocian diferencialmente a agresores sexuales o a delincuentes generalistas) hacen referencia fundamentalmente a elementos de tipo sociodemográfico como la edad, las características familiares,



especialmente en lo concerniente al estilo educativo utilizado por los padres (Erickson, 2009; Henggeler, 1989; Magnelli, 2003; Mitchell, 2009), y al funcionamiento neurológico e intelectual de los jóvenes (Blanchard, Cantor y Robichaud, 2006), y a sus actitudes antisociales (Baker et al., 2003; Zankman y Bonomo, 2004).

1.2.3. Otras características relevantes

Son también correlatos importantes relacionados con el abuso y la agresión sexual los siguientes aspectos (Andrade, Vincent y Saleh, 2006; Aragonés de la Cruz, 1998; Barbaree y Marshall, 2006; Becker y Johnson, 2001; Bijleveld y Hendriks, 2003; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000, 2006; Freeman, Dexter-Mazza y Hoffman, 2005; Hunter *et al.*, 2003; Poirier, 2008; Shi y Nicol, 2007; 't A. Hart-Kerkhoffs, Dereleijers *et al.*, 2009; Van Wijk, Loeber *et al.*, 2005; Wolf, 2009; Woodhams, Hollin y Bull, 2008):

- La inmensa mayoría son varones (alrededor del 90%) y tienen como víctimas principalmente a mujeres jóvenes o adultas (en torno al 80%).
- Muchos pueden ser considerados agresores especializados, aunque algunos son versátiles y cometen otros delitos, ya sea contra la propiedad o violentos.
- Su nivel educativo suele ser bajo, no habiendo finalizado generalmente los estudios primarios.
- Algunos presentan problemas de consumo abusivo de alcohol y otras drogas.
- Haber percibido a la víctima como vulnerable es uno de los principales motivos de haberla seleccionado, aunque en algunos casos la motivación que manifiestan haber tenido es el atractivo de la víctima y el deseo sexual que ésta les produjo.
- La reincidencia oficial (según datos conocidos) de los delincuentes sexuales como grupo es, en conjunto, reducida (Lösel, 2002; Lösel y Schmucker, 2005; Waite, Keller et al., 2005; Vess y Skelton, 2010; Worling y Langström, 2006), no superior al 20%, lo que no quita que existan casos de alto riesgo con elevada probabilidad de reincidencia. En general, presentan mayor riesgo de reincidencia los infractores sexuales extrafamiliares que los intrafamiliares (Hendriks y Bijleveld, 2008). Por otro lado, la mayor parte de quienes reinciden en delitos sexuales lo hacen durante el periodo de dos a tres años siguientes al cumplimiento de la medida legal. Aunque según estudios de autoinforme, por cada delito sexual oficialmente detectado podría haber entre 3 y 5 delitos sexuales no conocidos.
- Por lo que se refiere al riesgo de reincidencia sexual violenta, Hendriks y Bijleveld (2008) han encontrado que la reincidencia sexual violenta se asocia a factores como que el sujeto pertenezca a una etnia minoritaria, la desatención paterna, la baja calidad de las relaciones con los amigos, y el que los delitos previos hayan tenido un cariz oportunista.

En relación con los abusadores, algunos pueden ser pedófilos, ya sea primarios o secundarios (véase un detalle de este particular en Echeburúa y Redondo, 2010). Los *primarios* presentan una preferencia sexual por los niños, sin apenas interés por los adultos. Tienen fantasías sexuales de carácter claramente



pedofílico, una existencia bastante solitaria, pudiendo contar con ciertas estrategias de seducción (simpatía personal, conductas infantiles y de juego con niños, sintonía con sus intereses, regalos, etcétera) y suelen ubicarse en trabajos, actividades deportivas y lúdicas que permiten proximidad con niños. Los pedófilos *secundarios* pueden tener contactos sexuales esporádicos con niños, como resultado de la soledad y el estrés. Pueden percibir este comportamiento como anómalo, por lo que es frecuente que experimenten vergüenza y culpabilidad.

En síntesis, los anteriores factores no son causas del abuso o la agresión sexual, pero sí que son correlatos o factores de riesgo muy relevantes para dichos comportamientos. De ahí que los tratamientos aplicados hayan partido en buena medida de la consideración de algunos de estos factores, con tal de reducir la motivación y el riesgo delictivos de los sujetos.

1.2.4. Conclusiones de la investigación

Algunas conclusiones relevantes de la investigación internacional sobre agresores sexuales juveniles son las siguientes (Baker *et al.* 2003; Becker y Johnson, 2001; Bereiter, 2007; Craig, 2010; Poirier, 2008; Rich, 2009; Righthand y Welch, 2001; Salat, 2009; Zankman y Bonomo, 2004; Woodhams *et al.*, 2008):

- Muchos agresores sexuales adultos comenzaron sus conductas abusivas en su adolescencia o juventud (de ahí la especial relevancia que tiene intervenir con los menores, para evitar que estos comportamientos se consoliden y cronifiquen).
- Las personas que han abusado o agredido sexualmente constituyen en realidad un grupo muy heterogéneo en términos de las tipologías y características del delito cometido, las posibles vivencias de maltrato, su conocimiento y sus experiencias sexuales, su ajuste y rendimiento escolar, su funcionamiento cognitivo y su salud mental (Gunby y Woodhams, White, Kadlec y Sechrist, 2006; Woodhams y Hatcher, 2010).
- Muchos agresores sexuales son generalistas, es decir realizan también otros delitos no sexuales.
- Una proporción relevante de infractores sexuales ha sufrido abuso sexual, maltrato y abandono familiar, o ha sido testigo de violencia en la familia.
- Son también frecuentes los antecedentes de inestabilidad, desorganización y violencia familiar, así como la separación emocional del joven de uno o de ambos progenitores.
- Muchos presentan déficits en competencia y habilidades sociales, y en lo relativo a sus relaciones con amigos, lo que a menudo comporta un gran aislamiento social.
- Estos jóvenes suelen haber tenido experiencias sexuales más amplias y variadas que los que no han cometido delitos sexuales.
- Una proporción relevante de jóvenes agresores no percibe el sexo como una manera de mostrar amor y dedicación a otra persona, sino que lo considera más bien una forma de poder



y control sobre ella, un modo de manifestar su ira, o de dañar, degradar o castigar a la otra persona.

- Se ha constatado una asociación frecuente entre experimentar excitación sexual desviada (en el sentido de excitarse y sentir placer a partir de situaciones violentas) y el comportamiento sexual agresivo y coercitivo.
- Es común que muchos infractores sexuales se hayan visto expuestos, a una edad temprana, a la visualización frecuente de pornografía.
- Al igual que sucede en otras tipologías de delincuentes juveniles, la mayoría de los infractores sexuales (no todos) presentan dificultades académicas, constatándose incluso en algunos casos deficiencias neurológicas e intelectuales.
- Son muy frecuentes en ellos múltiples distorsiones cognitivas y otros problemas para la relación con otras personas, tales como déficits en empatía, dificultades para reconocer adecuadamente las emociones en otros y para adoptar una perspectiva social; estos déficits se muestran especialmente relevantes en aquellos infractores sexuales que fueron maltratados en su infancia.
- Desde una perspectiva psicopatológica, las principales características y los trastornos mentales más frecuentemente diagnosticados a estos jóvenes son problemas de conducta, alta impulsividad e incontinencia de los impulsos, y trastornos esquizoides, evitativos y dependientes; al igual que en otras tipologías delictivas, es frecuente la presencia en estos jóvenes de consumo abusivo de sustancias, incluido el alcohol, que en muchos casos actuarían como desinhibidores del comportamiento de abuso o agresión sexuales.
- Un problema grave, poco conocido, evaluado y atendido, es el abuso sexual entre hermanos en el marco de la familia; en algunos casos puede constituir un factor de riesgo para otras agresiones extra-familiares.

Aunque aquí se ha prestado atención particular a las características específicas de los agresores sexuales juveniles, en muchos sentidos éstos muestran también factores de riesgo muy semejantes a los de los infractores juveniles en general. Por ello, la investigación general sobre delincuencia juvenil también debe ser tomada en consideración para una mejor comprensión de las problemáticas del abuso y la agresión sexual (Howell, 2009; Varios autores, 2009).

1.3. INVESTIGACIÓN INTERNACIONAL SOBRE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA AGRESIÓN SEXUAL JUVENIL

1.3.1. Riesgos estáticos y dinámicos

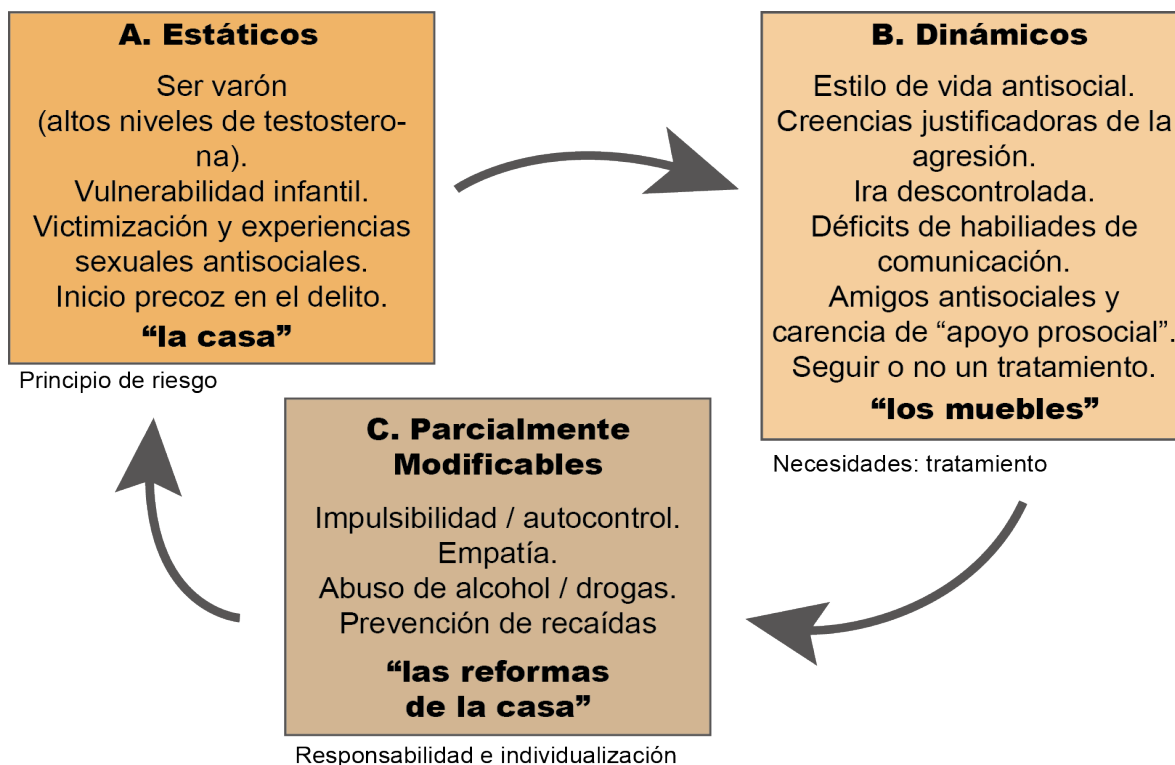
Como se ha señalado, debido a la multifactorialidad etiológica de los fenómenos del abuso y la agresión sexual, no debería esperarse que el tratamiento de los agresores sexuales, que se dirige a resolver algunos de los factores incursos en la agresión pero no puede resolverlos todos, elimine por completo el riesgo delictivo futuro de los agresores, sino que es más realista considerar que pueda disminuirlo.



En la *figura 1* se recogen esquemáticamente los principales factores de riesgo que, de acuerdo con el conocimiento existente, favorecen los comportamientos de abuso y agresión sexual. Los riesgos se han dividido en la siguiente estructura de factores (Andrews, 2001; Andrews y Bonta, 2006; Echeburúa y Redondo, 2010; Redondo, 2008a):

► **Figura 1.**

FACTORES DE RIESGO PARA LA AGRESIÓN SEXUAL



Fuente: Echeburúa y Redondo, 2010.

Una explicación más detallada de los elementos de la figura 1 sería la siguiente:

- Factores estáticos serían aquellos aspectos o características de la individualidad o del modo de ser del sujeto (el hecho de ser varón, vulnerabilidad infantil, etcétera), o bien correspondientes a sus experiencias pasadas (victimización sexual, precocidad delictiva, personalidad inestable, etcétera). Tales factores son considerados estáticos en cuanto que no pueden ser directamente modificados por un tratamiento. Estos aspectos más estables serían, utilizando para ello una metáfora que ha sido empleada en el marco terapéutico, “la casa”, es decir, aquello que el individuo es y que difícilmente puede cambiar de sí mismo. Un principio terapéutico bien establecido con infractores y delincuentes, relativo a los factores estáticos, es el denominado “principio de riesgo”: su significado es que el tratamiento debería ser más estructurado o intenso en proporción directa a la magnitud global de los factores estáticos de riesgo. Cuando mayores sean los riesgos estáticos presentes en un determinado caso, más potente debería ser la intervención terapéutica que se realice con él.



- b) Factores dinámicos, referidos a aquellos riesgos que, como llevar un estilo de vida antisocial, tener creencias justificadoras de la agresión, experimentar fuertes arrebatos de ira, déficits en la capacidad de comunicación, tener amigos antisociales, o carecer de “apoyo prosocial”, son susceptibles de ser reducidos (y, en el mejor de los casos, eliminados) mediante un tratamiento adecuado. En la metáfora terapéutica aludida de “la casa”, los factores dinámicos constituirían “los muebles”, es decir, aquellos elementos personales presentes (por ejemplo, cuáles son los hábitos del sujeto, cómo piensa, con quién se relaciona) que, al igual que los muebles de una casa, pueden ser reemplazados por otros, aunque ello deba hacerse poco a poco y con el esfuerzo y la ayuda necesarios. El principio terapéutico más importante, en el tratamiento de todo tipo de agresores y delincuentes, denominado de “necesidad criminogénica”, establece que los factores de riesgo dinámicos directamente vinculados a la actividad delictiva de un sujeto (hábitos antisociales, justificaciones de la violencia, déficits en habilidades sociales, falta de apoyo prosocial, etcétera) son los objetivos principales del tratamiento.

- c) Factores parcialmente modificables, relativos a algunas características del individuo que ni constituyen factores completamente estáticos (o inmodificables) ni totalmente dinámicos (o modificables). Entre éstos se encontrarían la dimensión de riesgo impulsividad-autocontrol, la empatía, el consumo abusivo crónico de alcohol y drogas, etcétera. En el símil anteriormente propuesto, podríamos referirnos aquí a “las reformas de la casa”, es decir, de aquellos elementos que ni constituyen puramente paredes maestras de la casa (no modificables), ni tampoco son meros muebles que puedan reemplazarse con relativa facilidad. Al igual que en una casa pueden reformarse parcialmente algunos tabiques de distribución de las habitaciones, cambiar las ventanas y las puertas, o variar el color de las paredes, también las personas pueden efectuar en su vida algunas reformas y ajustes que pueden mejorar sus posibilidades futuras. Estos factores parcialmente modificables se asocian al denominado “principio de responsividad o individualización”, que especifica que las intervenciones terapéuticas deben adaptarse tanto como sea posible a las peculiaridades personales de los sujetos tratados.

1.3.2. Elementos que favorecen el tratamiento: la motivación del sujeto

El tratamiento aplicado con agresores sexuales requiere que éstos se impliquen y participen activamente en su desarrollo, que tengan cierta conciencia de la necesidad de mejorar su vida, así como la motivación necesaria para hacerlo.

En esta dirección un requisito importante es que el sujeto se haga consciente de que tiene un problema y se sienta disconforme con las conductas que ha realizado, deseando cambiar su comportamiento futuro (Serin y Lloyd, 2009; Polaschek *et al.*, 2010). Que caiga en la cuenta de que existen diversos factores (tales como ciertas creencias, fantasías, abuso de alcohol, explosiones de rabia, etcétera) que guardan una estrecha relación con la precipitación de sus agresiones.

Asimismo, son importantes determinadas condiciones personales facilitadoras, como que el individuo sea capaz de entablar relaciones afectivas, disponga de ciertas habilidades verbales y de comunicación interpersonal, y tenga cierta capacidad para aprender de la experiencia y para controlar su propia conducta. Constituyen indicadores favorables para la viabilidad del tratamiento el que no haya habido violencia física en la realización de los delitos y el que el sujeto no presente psicosis o deficiencia neurológica grave.



Desde la perspectiva de los posibles factores sociales de protección, contribuye al éxito del tratamiento y a la reducción del riesgo delictivo futuro, que el individuo disponga de vínculos afectivos prosociales en los ámbitos familiar, laboral y social más amplios (Nichols, 2009). Una intervención especialmente exitosa con infractores juveniles ha sido la denominada Terapia *multisistémica*, que interviene, de manera integrada y coordinada, en todos aquellos contextos en que se mueve la vida del joven, considerándose el más importante el contexto familiar (Edwards, Schoenwald, Henggeler y Sthoother, 2001; Erickson, 2009; Henggeler, 2003; Henggeler, Melton, Brondino, Scherer y Hanley, 1997; Littell, 2005; Mitchell, 2009; Schoenwald, Heiblum *et al.*, 2008; Swenson, Henggeler y Schoenwald, 2001).

Por lo que concierne a la motivación de los infractores para cambiar, al inicio de los programas debería contarse con que su voluntad de cambio no será todo lo genuina y sincera que sería deseable (Serin y Lloyd, 2009; Polascheck Anstiss y Wilson, 2010). No obstante, ello no significa que no se deba ni se pueda trabajar con estos sujetos. En un primer estadio, la motivación para el tratamiento puede ser concebida más como un objetivo del propio programa que como un requisito para el inicio de la intervención (Redondo, 2008a). Factores susceptibles de condicionar la motivación de los agresores sexuales para cambiar de comportamiento son su edad y maduración personal; también pueden ser muy relevantes a este efectos las transiciones vitales, o momentos de transformación personal en los que puedan hallarse, como podrían ser el hecho de haber ingresado en un centro para infractores juveniles, o acabar de recibir la comunicación de la medida judicial impuesta, una ruptura con su novia o con un amigo, o lo contrario, acabar de salir de un centro juvenil, o haber iniciado una nueva relación afectiva, o cualesquiera otras circunstancias susceptibles de incidir positivamente en el individuo. Asimismo pueden ser importantes las narrativas subjetivas, o interpretaciones que el sujeto hace de su propia vida, especialmente cuando en ellas se plasma un aumento de su interés y preocupación por otras personas (pareja, hijos, amigos...) y una mayor consideración de su futuro.

Algunas orientaciones que deberían ser atendidas para el trabajo motivacional con infractores serían las siguientes: evitar la discusión abierta y directa con ellos, expresarles empatía sincera, ayudarles a percibir las propias inconsistencias vitales y a superar su resistencia al cambio de comportamiento, así como apoyar sus logros y mejoras, aunque puedan ser pequeños y parciales (Burrowes y Needs, 2009; Polaschek *et al.*, 2010). Existe una estrategia de motivación denominada “entrevista motivacional” (Miller y Rollnick, 2002) que también podría resultar útil para favorecer el tratamiento de los infractores sexuales juveniles.

1.3.3. El riesgo para la agresión sexual y su prevención

Como se representa en la *figura 2*, en la adolescencia pueden producirse algunas interacciones sexuales juveniles que pueden hallarse en el límite de lo antinormativo, en cuanto a que pueden implicar a adolescentes y jóvenes en contacto sexual con niñas/os más pequeños, o bien relaciones en que sea dudoso que exista consentimiento de alguno de los participantes. Un análisis científico de este proceso etiológico que se asocia al desarrollo individual puede encontrarse en Marshall y Marshall (2002; véase también, Craig, 2010).



► **Figura 2.**

POSIBLE INCREMENTO DEL RIESGO DE AGRESIÓN SEXUAL CON LA EDAD Y MECANISMOS DE PREVENCIÓN Y CONTROL



La explicación de la figura 2 es la siguiente. Durante el periodo de la pubertad y la adolescencia los jóvenes comienzan a explorar la sexualidad adulta, e inician sus primeras interacciones sexuales; a lo largo de este proceso tienen que aprender qué comportamientos sexuales son socialmente correctos y viables, y cuáles están legalmente impedidos (a nuestros efectos, especialmente el sexo con niños y el sexo forzado).

En el decurso de esta etapa de socialización sexual juvenil van a ser trascendentales la educación familiar y escolar recibidas, las cuales deberían transmitir a los jóvenes los valores y pautas de conducta apropiados para sus posibles interacciones sexuales con otras personas. Todo este gran ámbito de socialización sexual, que implicará actuaciones generales de educación en actitudes y valores, educación sexual, control de conducta, etcétera, concierne a la denominada *prevención primaria*. Como resultado de esta educación general, es esperable que la inmensa mayoría de los jóvenes adquiera con normalidad las pautas de conducta sexual correctas, lo que incluye también las necesarias inhibiciones, especialmente en lo que hace referencia a la evitación de toda violencia sexual y de contactos sexuales con menores.

Aun así, puede haber adolescentes que realicen y repitan ciertas conductas de abuso o fuerza como algo excitante y gratificante. Desde el punto de vista preventivo, aquí nos hallaríamos en el territorio de la denominada *prevención secundaria*. Esta debería dirigirse a aquellos casos en que ya se han manifestado los primeros episodios de comportamiento antisocial, antes de que dicho comportamiento se concrete en una motivación elevada para la agresión sexual y en una carrera delictiva duradera (Farrington, 1992; Loeber, Farrington y Waschbusch, 1998). La prevención secundaria va a requerir una detección precoz, generalmente en los contextos familiar y escolar, a la vez que una decidida intervención educativa y, en los casos más graves, una atención especializada.

Por último, en esta secuencia de creciente agravación, se producirán algunos abusos o agresiones sexuales severos (abusos infantiles reiterados o bien agresiones sexuales y violaciones) que requerirán,



en primera instancia, la intervención de la justicia, y, en segunda, la realización de los oportunos tratamientos de agresores. Estos supuestos estarían en el marco de la *prevención terciaria*, que se orienta a las casuísticas más graves, para evitar su repetición.

En la escalada descrita hacia la agresión sexual repetida desempeñan un papel fundamental mecanismos psicológicos como la *imitación de modelos antisociales* (por ejemplo, jóvenes de mayor edad o adultos abusadores), la *práctica reforzada* de las agresiones sexuales (cuya gratificación dimanaría del propio placer sexual y también del reforzamiento social por parte de otras personas) y el *recondicionamiento* (mediante la asociación repetida entre conductas ilícitas y excitación/placer sexual). Todos estos procesos tendrían lugar, o bien a través de las fantasías sexuales desviadas que se conectan con la masturbación, o directamente a partir de interacciones sexuales antisociales.

1.3.4. Evaluación inicial y de riesgo

Con anterioridad a la aplicación de un tratamiento a un joven infractor, es necesario efectuar una adecuada evaluación del mismo, tanto general como específicamente del riesgo que presenta (Righthand y Welch, 2001).

La evaluación general del joven debería basarse en una recogida de información a partir de entrevistas con él y con miembros relevantes de su familia; también mediante el uso de instrumentos psicológicos tales como cuestionarios y otras pruebas, para conocer su funcionamiento intelectual (descartando posibles deterioros neurológicos), sus características de personalidad y de comportamiento, así como posibles trastornos psicopatológicos. Además debe evaluarse si el sujeto presenta abuso de alcohol o consumo de sustancias estupefacientes.

Un aspecto importante es explorar la posible presencia de una excitabilidad sexual anómala, en el sentido de que el individuo pueda presentar una fuerte preferencia y excitación sexuales ante estímulos atípicos e ilícitos, especialmente niños o el uso de violencia en las interacciones sexuales. Esta exploración puede generalmente realizarse, de una manera sutil e indirecta, en el marco de las entrevistas efectuadas al individuo. Para ello puede preguntársele acerca de sus intereses sexuales, qué le gusta hacer y que le hagan en materia sexual, qué le excita y le da placer, si ha tenido novias anteriormente o qué otras formas de satisfacción utilizaba. También es posible utilizar alguna escala de desviación sexual, traduciéndola y adaptándola al efecto si es necesario, como podría ser la *Abel Assessment for Interest Paraphilias* (Abel, 1996).

La evaluación del riesgo tiene gran relevancia tanto para programar la intensidad del tratamiento que debe aplicarse con el sujeto como para valorar y decidir las mejores medidas y actuaciones que debería incluir el seguimiento posterior.

Es bien conocido, tal y como aquí se ha puesto de relieve, que los infractores sexuales juveniles presentan como grupo unas tasas promedio de reincidencia sustancialmente más bajas (entre el 10% y el 30%) que los delincuentes juveniles de otras tipologías delictivas, tales como infractores violentos, contra la propiedad o relativos al tráfico de drogas (cuyas reincidencias promedio pueden variar entre el 15% y el 70%) (Caldwell, 2010; Veiss y Skelton, 2010). Además, las muestras de infractores sexuales juveniles, ya sean tratados o no, suelen reincidir en mayor medida en delitos no sexuales que sexuales. En una evaluación realizada en España sobre una muestra de agresores sexuales adultos (Redondo, Navarro et al., 2005), de 123 sujetos evaluados (entre tratados y controles), el 31,8% reincidió en delitos



no sexuales, frente al 6,1% que lo hizo en delitos sexuales. En una muestra de 261 agresores sexuales juveniles evaluados por Waite et al. (2005), la reincidencia en delitos no sexuales osciló entre el 31% y el 47%, mientras que la tasa de reincidencia sexual fue inferior al 5%. A partir de un grupo de 114 infractores sexuales juveniles tratados, el 27% cometió un nuevo delito no sexual durante un periodo promedio de seguimiento de nueve años, mientras que el 11% llevó a cabo una nueva infracción sexual (Hendriks y Bijlavelde, 2008). En un reciente meta-análisis que integró 63 estudios sobre la reincidencia oficial (nuevas detenciones y medidas judiciales) de 11.219 delincuentes sexuales juveniles, evaluados durante un periodo promedio de 59,4 meses (casi cinco años), se obtuvieron las siguientes tasas de reincidencia: reincidió en delitos sexuales un 7,08% (con una desviación típica, o variabilidad entre estudios, del 3,9%), y en delitos no sexuales un 43,4% (desviación típica del 18,9%) (Caldwell, 2010). Una monografía sobre reincidencia juvenil, para el caso de la Comunidad Autónoma de Cataluña, es el estudio de Capdevila, Ferrer y Luque (2006).

En la tabla I se recogen los estudios aquí aludidos y otros resultados anteriores sobre reincidencia sexual juvenil en comparación con reincidencia no sexual.

► **Tabla I.**

REINCIDENCIA SEXUAL Y NO SEXUAL DE JÓVENES QUE PREVIAMENTE HABÍAN COMETIDO DELITOS SEXUALES

ESTUDIO	SEGUIMIENTO PROMEDIO (EN MESES O AÑOS)	REINCIDENCIA SEXUAL	REINCIDENCIA NO SEXUAL
Smith & Monastersky (1986) (N=112)	17 meses	14%	35%
Kahn & Chambers (1991) (N=221)	20 meses	8%	
Schram, Milloy, & Rowe (1991) (N=197)	2 - 7 años	12%	15% (delitos violentos) 40% (delitos no violentos) 53% (delitos menores)
Kahn & Chambers (1991) (221)	20 meses	7,5%	45%
Bremmer (1992) (N=193)	3 años	11%	
Mier, Siekert, & Ackland (1997) (N=96)	19 meses	8%	38%



ESTUDIO	SEGUIMIENTO PROMEDIO (EN MESES O AÑOS)	REINCIDENCIA SEXUAL	REINCIDENCIA NO SEXUAL
Rubinstein et al., citados en Sipe, Jensen & Everett (1998) (N=19)	8 años	37%	
Sipe, Jensen & Everett (1998) (N=124)	6 años	10%	16%
Rasmussen (1999) (N=170)	5 años	14%	54%
Worling & Curwen (2000) (N=58)	6,23 años	5%	35%
Gretton et al. (2001) (N=220)	55 meses	15%	51%
Hagan, Gust-Brey, Cho, & Dow (2001) (N=100)	8 años	18%	
Langström (2002) (N=117)	115 meses	30%	79%
Miner (2002) (N=86)	4,29 años	8%	55%
Nisbet et al. (2004) (N=292)	7,3 años	29%	
Waite et al. (2005) (N=261)	¿?	<5%	31% - 47%
Hendriks & Bijlaved (2008) (N=114)	9 años	11%	27%
† A. Hart-Kerkhoffs, Dereleijers, Jansen, van Wijk, y Bullens (2009)	3 años	0,6%	55,6%
Caldwell (2010): Meta-análisis de 63 estudios de reincidencia (N global = 11.219)	59.4 meses (≈5 años) (DT: 36.1 meses)	7,08% (nuevas detenciones y nuevas condenas)	43.4% (nuevas detenciones y nuevas condenas)

Fuentes: elaboración personal y parcialmente adaptado a partir de Righthand y Welch (2001) y Worling y Langström (2006).



En este marco de baja reincidencia sexual de las muestras de infractores sexuales juveniles, el punto más relevante es evaluar y estimar para cada individuo concreto su riesgo particular de reincidencia en un delito sexual. Algunos factores que, según lo que se conoce, se asocian a dicho riesgo incrementado son los siguientes: haber cometido otros delitos sexuales con anterioridad, el vagabundeo (es decir, llevar una vida desorganizada, sin obligaciones, normas, etcétera), puntuar alto en psicopatía, mostrar una desviación sexual, presentar fuertes distorsiones cognitivas, haber empleado fuerza o violencia en la comisión del delito o delitos precedentes, y el grado de daño infligido a la víctima o víctimas. Al respecto de la predicción del riesgo delictivo futuro, una conclusión importante en la actualidad es que las guías y sistemas de predicción estructurados permiten efectuar predicciones más precisas y confiables que las meras estimaciones profesionales no estructuradas (Andrés-Pueyo, 2009; Andrés-Pueyo y Redondo, 2004; Hanson y Bussière, 1998; Hanson y Morton-Bourgon, 2009).

En la actualidad existen algunas escalas, o guías estructuradas, de ponderación del riesgo de abuso y agresión sexual. Una de ellas es el SVR-20–Sexual Violence Risk Assessment (Boer, Hart, Kropp y Webster, 1997), traducida y adaptada al castellano bajo la denominación de SVR-20: Manual de valoración del riesgo de violencia sexual (Martínez, Hilterman y Andrés-Pueyo, 2005). Esta escala ha mostrado buena capacidad predictiva con agresores sexuales adultos (Redondo, Pérez y Martínez, 2007), y también es posible emplearla, con los ajustes necesarios, para estimar el riesgo en jóvenes.

Otros instrumentos para estimar el riesgo de los agresores sexuales juveniles son el STATIC-99, el Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-II (J-SOAP-II), el ERASOR, el Psychopathic Personality Inventory (PPI), el Sexualized Violences Questionnaire (SVQ) (Hersant, 2007; Parks, 2004; Prentky, Cavanaugh y Righthand, 2009; McCoy, 2008; Righthand, Prentky et al., 2005; Williams, 2007). También se han empleado al efecto instrumentos generalistas de predicción de violencia juvenil, tales como la Psychopathy Checklist: Youth Versión (PCL: YV) y el Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRI), aunque éstos han mostrado mayor utilidad en términos de agresión general que no específicamente sexual (Borum, Lodewijks, Bartel y Forth, 2010).

Desde una perspectiva más general, y con el propósito de la evaluación de aquellos factores de riesgo que puedan resultar críticos en cada caso a efectos de la intervención (delitos previos, pautas educativas recibidas, empleo, amigos, consumo de sustancias, ocio, personalidad, valores y creencias), se ha utilizado el Youth level of service/case management inventory (Bechtel, Lowenkamp y Latessa, 2007). En la Comunidad de Madrid se utilizó la versión española de este instrumento –el Inventario de Gestión e Intervención para Jóvenes, IGI-J- para evaluar el riesgo de reincidencia en una muestra de 208 jóvenes infractores (172 varones y 35 chicas), constatándose una buena capacidad predictiva de dicho instrumento (Graña, Garrido y González Cieza, 2008, y Documento inédito).

Por otro lado, también se ha puesto de relieve, desde una perspectiva criminológica general, que para mejorar las predicciones de reincidencia debería atenderse a tres fuentes principales de posibles riesgos para el delito (Redondo, 2008b): factores de riesgo en los propios sujetos (alta impulsividad, carencia de empatía, justificación delictiva, déficits en habilidades de relación personal...), factores de riesgo relativos a los apoyos y controles prosociales de los que el sujeto carece (por ejemplo, en la familia, en el trabajo, en relación con los amigos...), y elementos de riesgo relativos a las oportunidades que se le ofrecen al individuo para futuras infracciones (por ejemplo, fácil acceso a víctimas vulnerables) (Felson, 2006).



1.3.5. El tratamiento y la evaluación de su eficacia

Los tratamientos psicológicos más empleados y que han mostrado mayor efectividad con los delincuentes sexuales han sido los de orientación cognitivo-conductual (Brandes y Cheung, 2009; Erickson, 2009, Prentky y Schwartz, 2006). Así ha sido también con otras tipologías de delincuentes (Cullen y Gendreau, 2006; Garrido, Morales y Sánchez-Meca, 2006; Landerberger y Lipsey, 2005; Lipsey, 1999; Lipsey y Landerberger, 2006; Nee y Ellis, 2005; Ross y Fabiano, 1985; Tong y Farrington, 2006). En esta dirección teórica, el formato de tratamiento estándar aplicado por Marshall y su equipo en Canadá ha sido el fundamento originario de la mayoría de los programas con infractores sexuales aplicados en el mundo (Brown, 2005; Budrionis y Jongsma, 2003; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Marshall y Fernandez, 1997; Marshall, 2001; Ward, Hudson y Keeman, 2001).

Estos programas típicamente funcionan en un formato grupal, en el que uno o dos terapeutas trabajan con un grupo de 8 a 10 sujetos. Se comienza evaluando las necesidades de tratamiento de los individuos y su riesgo de reincidencia futura; y, en función de si sus necesidades y riesgo son altos, moderados o bajos, son incluidos en una de tres posibles modalidades de programas. Los sujetos con necesidades y riesgo elevados reciben un tratamiento más amplio e intenso que los restantes grupos (Marshall, Eccles y Barbaree, 1993; O'Reilly y Carr, 2006). Los terapeutas intentan crear un estilo de trabajo que haga compatible el rechazo de las distorsiones cognitivas y justificaciones de los sujetos con ofrecerles, paralelamente, el apoyo que necesitan para cambiar y rehacer su vida (Marshall, 1996). Este acercamiento equilibrado, entre la confrontación de sus conductas y justificaciones pasadas y el apoyo para mejorar en relación con el futuro, ha mostrado una buena efectividad con los agresores sexuales (Beech y Fordham, 1997).

Los ingredientes terapéuticos más comunes en estos programas son los siguientes (Becker y Johnson, 2001; Redondo, 2008a): el trabajo sobre las distorsiones cognitivas más habituales en los infractores sexuales (a menudo justificadoras del abuso o del empleo de la violencia); el desarrollo de su empatía con las víctimas (o capacidad para tomar en cuenta sus sentimientos); la mejora de su capacidad de relación personal; la disminución de sus actitudes y posibles preferencias sexuales hacia la agresión o hacia los niños y, por último, la técnica de prevención de recaídas, que prepara al sujeto para estar prevenido ante futuras situaciones de especial riesgo (fantasías, víctimas vulnerables, consumo de alcohol...) de modo que así pueda controlarlas con mayor eficacia (Laws, 2001).

El país que presenta un mayor desarrollo en materia de tratamiento de agresores sexuales es el Reino Unido, en donde los Servicios de Prisiones han diseñado y aplicado distintos programas parecidos al modelo estándar desarrollado en Canadá por Marshall y sus colaboradores (Hollin y Palmer, 2006):

1. El Programa de tratamiento de delincuentes sexuales (*Sex Offender Treatment Programme, SOTP*), cuyo elemento central es la confrontación de las justificaciones y excusas empleadas por los infractores. El *SOTP Adapted Programme* es una versión para sujetos con disminución intelectual. Existe una versión extensiva de este programa (*Extended SOTP*) para sujetos de *alto riesgo* que ya han realizado el programa estándar (SOTP). También se ha creado una modalidad para delincuentes de *bajo riesgo*, y últimamente una versión de continuación del tratamiento (*Betterlives Booster SOTP Programme*) para sujetos de *alto riesgo*.
2. También existen versiones de los anteriores programas, con intensidades posibles de entre 50 y 260 horas de intervención, para delincuentes sexuales en la *comunidad*.



En Estados Unidos una *Comisión Nacional sobre Delincuencia Sexual Juvenil* sugirió que la intervención con infractores sexuales juveniles debía atender a los siguientes criterios (National Adolescent Perpetrator Network, 1993):

- Tomar en cuenta el desarrollo individual de cada sujeto, evaluando para ello las necesidades de cada joven y sus factores de riesgo específicos.
- Las intervenciones deberían especificar las necesidades de los jóvenes, los objetivos del tratamiento y las acciones que se llevarían a cabo.
- Los tratamientos deberían realizarse en los ambientes menos restrictivos posibles, en función del riesgo social que pudiera presentar cada individuo.
- Habría que efectuar evaluaciones y emitirse informes periódicos sobre el progreso de cada joven en el tratamiento, a partir de la medida del logro de los objetivos propuestos, evidenciado en cambios observables y en la generalización de dichos cambios a la vida real; dichos informes deberían ser compartidos y discutidos con cada joven y su familia.
- Aunque la citada Comisión reconocía que no existía entonces suficiente información científica al respecto, se consideraba que los programas debían ser intensivos y su aplicación durar un mínimo de entre uno y dos años.

Waite *et al.* (2005), en una aplicación de dos niveles de intensidad de un mismo programa de tratamiento y para una evaluación de la reincidencia efectuada a lo largo de un periodo de seguimiento de diez años, obtuvieron que la mayor intensidad se asociaba a una menor reincidencia.

En esta misma dirección, la investigación internacional ha puesto de relieve que las intervenciones deben tener un cariz continuado, yendo desde niveles de mayor intensidad de la propia intervención y del seguimiento y control de los sujetos, hasta etapas posteriores de una intervención y unos controles más espaciados y diluidos.

Los objetivos generales más importantes en las intervenciones y los tratamientos con los jóvenes infractores sexuales han sido los siguientes (Righthand y Welch, 2001): en primer lugar, la propia protección social para evitar hasta donde sea posible nuevos abusos o agresiones sexuales y la victimización de más personas; también el incremento o mejora de sus habilidades generales de interacción prosocial, y el desarrollo y promoción en ellos de relaciones (incluidas las interacciones sexuales) con jóvenes de edades semejantes a las suyas propias.

Para el logro de estos objetivos globales, los tratamientos han incluido las siguientes áreas e ingredientes principales de intervención (Hunter y Figueredo, 1999; Redondo, 2008a): educación sexual, confrontación y reestructuración cognitivas de distorsiones y justificaciones del delito, mejora de la capacidad de empatía, clarificación y desarrollo de valores acerca de qué comportamientos sexuales pueden ser o no correctos y lícitos, entrenamiento en habilidades de control de los impulsos y de la ira, entrenamiento en habilidades sociales, mayor autocontrol de la excitación sexual y prevención de recaídas. En la tabla 2 se recogen de forma esquemática, a partir de Righthand y Welch (2001), las principales categorías o contenidos incluidos en los tratamientos de infractores sexuales en relación con los objetivos a que se han dirigido.



► **Tabla 2.**

TRATAMIENTOS PARA REDUCIR LOS COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS

	ÁREAS PROBLEMÁTICAS/OBJETIVOS DE LOS TRATAMIENTOS						
	Deterioro de las relaciones sociales	Déficits de empatía	Distorsiones cognitivas	Desviación sexual	Manejo de las emociones	Impulsividad/ Comportamientos antisociales	Consecuencias de haber sufrido malos tratos
Manejo de la ira	X		X		X		
Entrenamiento en asertividad	X				X		
Terapia de aversión				X			
Grupo “Infancia víctimas supervivientes”	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 grupal	X	X	X	X	X	X	X
Intervenciones multisistémicas (p.ej. MST y MTFC)	X	X	X		X	X	X
Farmacoterapia				X	X	X	
Desarrollo de la identificación positiva	X		X				X
Prevención de recaídas y del ciclo de la violencia			X	X	X	X	
Autocontrol y manejo de la impulsividad				X	X	X	
Grupos de autoayuda	X					X	X



	ÁREAS PROBLEMÁTICAS/OBJETIVOS DE LOS TRATAMIENTOS						
	Deterioro de las relaciones sociales	Déficits de empatía	Distorsiones cognitivas	Desviación sexual	Manejo de las emociones	Impulsividad/ Comportamientos antisociales	Consecuencias de haber sufrido malos tratos
Educación sexual y habilidades para relacionarse con la pareja	X						
Entrenamiento en habilidades sociales	X						
Manejo del estrés y la ansiedad	X				X	X	
Educación y tratamiento de abuso de sustancias					X	X	
Desensibilización sistemática	X						
Sensibilización vicaria							
Entrenamiento en empatía hacia la víctima	X	X	X	X		X	

Fuente: elaboración propia a partir de Righthand y Welch (2001).

Se ha señalado también la importancia de trabajar con las familias de los infractores, dándoles el apoyo y el entrenamiento adecuados para mejorar su motivación y sus habilidades para una educación y control más eficientes de los jóvenes.

Asimismo se ha realizado la necesidad de que los educadores y terapeutas que apliquen programas de esta naturaleza cuenten con las características, la formación y el entrenamiento debidos. Entre éstos se ha señalado que sean personas emocionalmente equilibradas, empáticas y respetuosas con los jóvenes agresores, con habilidades de escucha y liderazgo, con el entrenamiento técnico apropiado y con alguna experiencia supervisada de trabajo con infractores sexuales. Como herramienta para el entrenamiento de terapeutas puede contarse en castellano con monografías como los trabajos de Ruiz y Villalobos (1994) y Ruiz (1998).

La evaluación de cada programa de intervención debería incorporar dos perspectivas evaluativas complementarias (Hollin, 1995, 2006; Righthand y Welch, 2001; Redondo, 2008a): a) una evaluación formativa o de la aplicación del programa, para conocer en qué grado el tratamiento se está llevando a cabo con la necesaria integridad; y b) una evaluación de resultados, dirigida a conocer el grado de eficacia de la intervención.

Como sucede en el marco global del tratamiento de los delincuentes juveniles, también en el campo del



control del abuso y la agresión sexual, los programas no sólo más aplicados sino que también han dado mejores resultados son los de orientación cognitivo-conductual, tal y como se detalla a continuación.

1.3.6. Efectividad comparada de los tratamientos

Para evaluar comparativamente la efectividad de las diversas técnicas de tratamiento aplicadas con los agresores sexuales se ha empleado la técnica estadística del meta-análisis (Sánchez-Meca, 1997). A continuación se presentan, parcialmente a partir de Redondo y Sánchez-Meca (2003), algunos de los meta-análisis más importantes llevados a cabo sobre programas de rehabilitación de delinquentes sexuales.

El primer meta-análisis sobre esta materia fue llevado a cabo por Hall (1995), comparando los resultados de 12 programas, en los que se había evaluado a un total de 1.313 individuos. Aproximadamente la mitad correspondían a grupos de tratamiento y la otra mitad a grupos de control, que o no recibían tratamiento o recibían tratamientos alternativos. Los programas aplicados habían durado en promedio 18.5 meses, y los seguimientos posteriores, tras la finalización del tratamiento, 6.8 años. En este meta-análisis se obtuvo un tamaño del efecto global de $r = 0.12$; ello significa que, en promedio, los grupos de tratamiento tuvieron una tasas de reincidencia 12 puntos por debajo de los grupos de control. Un dato especialmente destacable de esta revisión es que uno de los dos estudios con mayor tamaño del efecto o eficacia ($r = 0.55$, es decir con una reducción de 55 puntos en la reincidencia, frente a los controles) había sido llevado a cabo con agresores sexuales adolescentes. Ello sugiere que la intervención precoz durante la adolescencia puede impedir que se cronifiquen y mantengan modelos de agresión sexual.

Polizzi, McKenzie y Hickman (1999) evaluaron 21 programas aplicados, mayoritariamente con delinquentes adultos, tanto en prisión como en la comunidad. Los diversos tratamientos fueron categorizados, en función de sus resultados, como: 1) efectivo, 2) no efectivo, 3) prometedor, o 4) no se sabe. Se obtuvieron resultados muy variados, oscilando los tamaños del efecto entre -0.23 y 0.70. El 50% de los programas resultaron efectivos o prometedores, logrando diferencias estadísticamente significativas a favor de los tratamientos aplicados. De las seis intervenciones calificadas como claramente “efectivas”, cuatro incorporaban técnicas cognitivo-conductuales. Aunque algunos programas en prisión lograron buenos resultados, en general fue mayor la eficacia de los tratamientos aplicados en un contexto comunitario.

Gallagher, Wilson y MacKenzie (1999; Gallagher, Wilson *et al.*, 1999) compararon, mediante meta-análisis, 26 tratamientos aplicados después de 1975, que incluían 3 intervenciones con delinquentes juveniles. La reincidencia sexual promedio de los grupos tratados fue inferior, con un tamaño del efecto de $r = 0.23$ (o 23 puntos menos de reincidencia durante el seguimiento que los grupos controles). A efectos de poder comparar la eficacia de las diversas técnicas terapéuticas utilizadas, los programas se clasificaron en cinco categorías o modelos, obteniéndose los tamaños del efecto que se recogen en la tabla 3.



► **Tabla 3.**

RESULTADOS DEL META-ANÁLISIS DE GALLAGHER ET AL. (1999) SEGÚN EL TIPO DE PROGRAMA.

TIPO DE PROGRAMA	K	R
Conductual	4	0.11
Cognitivo-conductual / Prevención de respuesta	13	0.23
Psicosocial en general	3	0.10
Medicación hormonal con psicoterapia	5	0.30
Castración quirúrgica	1	0.66

Los cuatro programas correspondientes a la categoría conductual, consistentes en terapias aversivas, sensibilización encubierta y saciación, obtuvieron un tamaño del efecto promedio de $r = 0.11$. Trece programas fueron catalogados como cognitivo-conductuales con prevención de respuesta, en cuanto que se centraban en la enseñanza a los jóvenes de procesos de pensamiento y habilidades para controlar su conducta desviada y para identificar y resolver situaciones de riesgo. Estos tratamientos obtuvieron en promedio un tamaño del efecto de $r = 0.23$. Los tres tratamientos psicosociales, esencialmente orientados a la educación sexual de los infractores, lograron una eficacia promedio de $r = 0.10$. Cinco estudios, cuyo tamaño del efecto promedio fue de $r = 0.30$, habían empleado medicación antiandrogénica combinada con psicoterapia (pueden verse sendas revisiones de los fármacos disponibles para el tratamiento de los agresores sexuales juveniles en: Bradford y Federoff, 2006; Soller, Karnik y Steiner, 2006). Por último, un estudio alemán con adultos había evaluado, por sorprendente que pueda parecer desde una perspectiva actual, la utilización de la castración quirúrgica como “técnica” de intervención (logrando un tamaño del efecto de $r = 0.66$).

En general, los tratamientos aplicados en contextos institucionales obtuvieron menores tamaños del efecto ($r = 0.18$) que los aplicados en el medio social ($r = 0.29$). No obstante, a este respecto debe matizarse este resultado comentando que el contexto institucional en el que se aplica un tratamiento también lleva implícito el perfil de mayor o menor riesgo de los agresores tratados; es probable que los sujetos más violentos y con peor pronóstico reciban tratamiento en instituciones cerradas, mientras que los de menor riesgo sean tratados en la comunidad.

1.4. **TRATAMIENTOS APLICADOS EN ESPAÑA**

Hasta ahora la mayoría de los programas realizados en este campo en España se han llevado a cabo en las prisiones con delincuentes adultos. Tanto la legislación penitenciaria española como las normas internacionales en esta materia prevén que las administraciones penitenciarias apliquen programas con delincuentes violentos y sexuales, y tomen las medidas de control necesarias para facilitar su reintegración social y evitar su reincidencia.

En las prisiones españolas se inició la aplicación de programas de tratamiento con agresores sexuales en 1996 (Garrido y Beneyto, 1996, 1997). Posteriormente, el formato del programa original fue revisado



y adaptado por un equipo de Técnicos de Instituciones Penitenciarias y publicado oficialmente por el Ministerio del Interior (2006a, 2006b). Este tratamiento se dirige tanto a violadores como a abusadores de menores, y tiene como objetivos principales los siguientes (Garrido y Beneyto, 1996): 1) mejorar sus posibilidades de reinserción y de no reincidencia; 2) favorecer un análisis más realista de sus actividades delictivas, que reduzca sus distorsiones y justificaciones delictivas; y 3) mejorar sus capacidades de comunicación y relación interpersonal.

Este programa con adultos se aplica, en modalidad grupal, en una o dos sesiones terapéuticas semanales, de dos horas de duración. La intervención se completa actualmente en unos dos años. Se contempla adaptar una versión intensiva que reduzca este periodo a un año, toda vez que la evidencia clínica general muestra que los resultados finales no mejoran linealmente a mayor duración del programa.

El esquema del **Programa de Control de la Agresión Sexual** actualmente aplicado con agresores sexuales adultos es el siguiente (Ministerio del Interior, 2006a):

1. Entrenamiento en relajación, para enseñar a los sujetos a controlar sus estados de tensión.
2. Análisis de la historia personal, en que el sujeto efectúa un repaso de su propia vida.
3. Distorsiones cognitivas, en donde se confronta al sujeto con sus errores de pensamiento e interpretación acerca de su conducta delictiva. Específicamente, se trabaja sobre pensamientos erróneos en relación con el uso de la violencia, la conducta sexual, las mujeres, etcétera.
4. Conciencia emocional, cuyo objetivo es que mejore su conocimiento y capacidad de apreciar emociones en sí mismo y en otras personas.
5. Comportamientos violentos, en que se analiza la cuestión de las conductas de agresión y daño a las víctimas.
6. Mecanismos de defensa, que atiende al trabajo sobre las justificaciones del delito.
7. Empatía con la víctima, en que se desarrolla la capacidad del sujeto para ser consciente y solidario con el sufrimiento de otras personas y particularmente de sus víctimas.
8. Prevención de la recaída, módulo que prepara al sujeto, de modo parecido a como se hace en los tratamientos de adicciones, para que sepa anticipar situaciones de riesgo de repetición del delito y poner en marcha respuestas de afrontamiento de dicho riesgo.
9. Estilo de vida positivo, que enseña a los sujetos a programar su vida cotidiana (horarios, rutinas diarias, objetivos, etcétera).
10. Educación sexual sobre el funcionamiento de la sexualidad humana, especialmente por lo que se refiere a su interpretación como una actividad de comunicación y respeto recíproco de los deseos de las personas.
11. Modificación del impulso sexual, módulo opcional de técnicas psicológicas (sensibilización encubierta o recondicionamiento masturbatorio) para la reducción del impulso sexual ante



estímulos inapropiados que impliquen el uso de la violencia o interacciones sexuales con menores.

Este programa cuenta también con un *Manual para los participantes*, que incluye los conceptos en que se trabajará durante las sesiones terapéuticas y ejercicios y tareas complementarias.

Para la evaluación a gran escala de este programa se efectúa una comparación de los resultados obtenidos en diversas medidas psicológicas antes y después del tratamiento. Para ello, Redondo, Martínez y Pérez (2005) han adaptado diversas escalas psicológicas específicas que permiten la evaluación de variables como ‘capacidad de intimidad’, ‘asertividad’, ‘ansiedad ante estímulos sexuales’, ‘distorsiones cognitivas’ sobre violación o sobre abuso de menores, y ‘empatía’ ante víctimas de violación o de abuso sexual. En una reciente evaluación de este programa en sendas muestras de 117 violadores y 71 abusadores de menores, a partir un encargo de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, se ha obtenido que el tratamiento aplicado con los agresores sexuales produce mejoras terapéuticas significativas en factores tales como autoestima social, asertividad, disposición al cambio de conducta, distorsiones cognitivas, impulsividad, agresividad y empatía. Todas estas mejoras guardan relación con la motivación delictiva y, en definitiva, con un menor riesgo de reincidencia sexual (Redondo y Luque, en prensa).

En una evaluación específica de la reincidencia sexual a partir de una muestra de 49 delincuentes adultos tratados en las prisiones de Cataluña, tras un periodo de seguimiento de cuatro años, reincidió en delitos sexuales el 4,1% de los agresores sexuales tratados frente a una reincidencia del 18,2% por parte del grupo de control, no tratado (Redondo, Navarro et al., 2005). Es decir el tratamiento logró bajar la tasa de reincidencia en 14 puntos. Este resultado de eficacia es muy relevante, si se atiende al *tamaño del efecto promedio* de los tratamientos de los agresores sexuales, que internacionalmente se sitúa en reducciones promedio de entre 5 y 8 puntos (sobre tasas base de reincidencia de entre el 15% y el 20%) (Gillis y Gass, 2010; Lösel y Schmucker, 2005; Prentky y Schwartz, 2006).

En el ámbito de los menores, en la Comunidad de Madrid se está llevando a cabo un programa para el tratamiento de menores que cumplen medida por un delito sexual. Este programa se inició originariamente en 2005 en el Centro de Ejecución de Medidas Judiciales (CEMJ) “El Pinar” y en la actualidad continúa su aplicación en el CEMJ “Teresa de Calcuta”, dependientes ambos de la **Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor (ARRMI)**.

Este programa, pionero en España con menores infractores (**Programa de Desarrollo Integral para Agresores Sexuales - DIAS**) es un programa de intervención psicológica, tanto grupal como individual, cuyo objetivo prioritario es intervenir sobre aquellos factores de riesgo relacionados directamente con la disminución del riesgo de reincidencia sexual. Los módulos de tratamiento destinados a intervenir sobre dichos factores son los siguientes:

- Empatía con la víctima
- Distorsiones cognitivas
- Educación sexual
- Autoestima
- Habilidades sociales (una descripción general de la técnica puede verse en Hollin y Palmer, 2001)
- Modificación del impulso sexual (sobre la técnica de recondicionamiento masturbatorio puede



consultarse el trabajo de Laws y Marshall, 1991)

- Prevención de recaídas
- Intervención familiar transversal

El **Programa DIAS**, a través de sus diferentes ingredientes terapéuticos, pretende alcanzar los siguientes objetivos fundamentales:

1. Asunción por el joven de la autoría y responsabilidad por el delito.
2. Análisis funcional del comportamiento infractor (identificando los factores precursores, antecedentes, intervinientes y consecuentes de la conducta delictiva).
3. Reconocer las decisiones y situaciones de riesgo que con mayor frecuencia pueden llevar a la reincidencia.
4. Desarrollo o ampliación de la capacidad de empatía hacia la víctima.
5. Modificación de las distorsiones cognitivas facilitadoras de la agresión.
6. Modificación de la conducta sexual mediante la educación sexual ajustada al nivel educativo y de desarrollo del joven.
7. Mejora de la autoestima y de la capacidad de resolución de problemas y situaciones conflictivas.
8. Aumento de la competencia social y familiar.
9. Prevención de recaídas a través de la modificación del estilo de vida, que favorezca una abstinencia continuada de la conducta delictiva.

El tratamiento sigue una serie de fases para su desarrollo. En primer lugar, se realiza una evaluación inicial exhaustiva de los participantes en el programa a través de información documental de los sujetos, entrevistas clínicas, tests psicométricos y autoinformes. En segundo lugar, antes de iniciar el programa, se trabaja de forma individual para facilitar el reconocimiento del delito por parte del joven, algo que se considera muy relevante para mejorar la motivación del menor hacia el tratamiento. Posteriormente, se lleva a cabo el análisis funcional del delito cometido y, finalmente, se inicia la fase de tratamiento psicológico propiamente dicha.

Al cierre de esta evaluación 27 menores habían finalizado el tratamiento o bien lo estaban realizando, a los que han de añadirse 12 participantes en el programa que no pudieron finalizar la intervención, siendo los motivos en cuatro casos por traslado de centro, en seis por la escasa duración de la medida impuesta y en dos por el quebrantamiento de la medida. Las cifras sobre los resultados de este programa de tratamiento sugieren una tasa de éxitos elevada. Tras un seguimiento de tres años, ninguno de los menores que habían participado en la intervención había reincidido por un nuevo delito de agresión sexual. Sin embargo, en el mismo periodo 7 menores habían reincidido por un delito de robo con violencia. Puede señalarse que en trece de los casos presentaban delitos previos no relacionados con la delincuencia sexual.

Con respecto a los menores participantes en el programa y la diversidad delictiva que presentan puede



señalarse que de los 39 menores en total que han pasado por el programa, 32 de ellos presentaban sentencia judicial de agresión sexual y 7 de abuso sexual.



2.

ESTUDIO EMPÍRICO DE LA POBLACIÓN JUVENIL DESTINATARIA

Según el Registro Central de Sentencias de Responsabilidad Penal de los Menores, en 2008 se dictaron en la Comunidad de Madrid 2.316 medidas por infracciones cometidas por menores. Del total de estas infracciones, 1.810 fueron calificadas como delitos y 506 como faltas. Específicamente, por delitos contra la libertad e indemnidad sexuales fueron condenados 36 menores en 2008.

En relación con la medida impuesta por los juzgados de menores, la tabla 4a presenta la evolución de las medidas judiciales de internamiento dadas de alta en cada año, entre el 2005 y el 2011, en los Centros de Ejecución de Medidas Judiciales de la Comunidad de Madrid, según el motivo de ingreso.

► **Tabla 4a.**

TIPO DE DELITO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Delitos de carácter sexual	25	16	18	13	1	7	6
Robo con intimidación	117	118	73	96	52	45	58
Robo con violencia	250	216	191	117	129	82	98
Robo con fuerza	57	100	63	40	47	31	52
Lesiones	45	39	22	39	23	36	30
Hurtos	38	27	34	12	14	12	20
Amenazas	7	4	9	10	8	21	10
Maltrato familiar / Violencia doméstica	36	49	53	56	55	59	65
Homicidio / Asesinato (incl. grado tentativa)	32	24	17	13	6	12	3
Tráfico de drogas / Contra la Salud Pública	17	15	20	11	8	7	5
Atentado contra la autoridad	7	8	10	9	8	2	8
Delitos contra la seg. vial	-	-	-	-	-	5	4
Otros	9	10	29	22	13	24	10
TOTAL	640	626	539	429	364	343	369



Como puede observarse, los delitos sexuales que han conllevado medida de internamiento han experimentado un paulatino decremento a lo largo de estos seis últimos años. Las altas anuales en ningún caso superan el 4% del total de medidas de internamiento, presentándose anualidades en que incluso no llegan al 1% (2009) o se quedan entre el 1% y el 2% (2010 y 2011); si bien, en el cómputo total de medidas (Internamientos más medidas en Medio Abierto), tienden a equilibrarse entre el 2% (los primeros años), el 1% (2009 y 2010) e incluso inferior al 1% en el 2011, como se comprueba en la Tabla 4b.

► **Tabla 4b.**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Delitos de carácter sexual (internamiento)	25	16	18	13	1	7	6
Total delitos de carácter sexual (internamiento + medio abierto)	69	46	63	40	28	26	19
Total altas medidas ejecutadas (internamiento + medio abierto)	3076	2902	3042	2884	2716	2302	2221
Porcentaje delitos sexuales	2,2%	1,6%	2,1%	1,4%	1,03%	1,1%	0,86%

Los últimos datos, referidos ya al 2011, sitúan la ejecución de medidas por estos delitos en el 0,86% del total. A la luz de estos datos, se constata que la delincuencia sexual no es una tipología delictiva frecuente entre los menores infractores.

El objetivo de este apartado es presentar los resultados cuantitativos más relevantes del estudio empírico efectuado sobre agresores sexuales juveniles en la Comunidad de Madrid. La recogida de datos para el análisis cuantitativo de los agresores juveniles se ha basado en una plantilla de vaciado de la información documental sobre dichos jóvenes (véase Apéndice). La información necesaria para este estudio fue recogida por los psicólogos del Centro de Ejecución de Medidas Judiciales de Internamiento “Pinar I”, responsables de los chicos evaluados. La plantilla representa un resumen de la información de que se dispone sobre cada uno de los sujetos. Esta información procede de informes y expedientes judiciales, entrevistas con los psicólogos del centro de menores, tests y cuestionarios aplicados a los menores y otras fuentes de información.

La muestra obtenida para este estudio está integrada por menores con una medida judicial de internamiento en régimen cerrado por un delito de agresión sexual. Todos ellos han cumplido dicha medida en el Centro de Ejecución de Medidas Judiciales “Pinar I”, dado que en este centro eran ingresados todos los menores con un delito contra la libertad sexual en la Comunidad de Madrid, ya que en el mismo se desarrollaba el Programa “DIAS”, de tratamiento especializado para la agresión sexual, como ya se ha expuesto. Por tanto, la muestra, aunque es reducida al constar sólo de 20 jóvenes agresores sexuales, a pesar de todo representa la mayor parte de la población de delincuentes juveniles que cumplía medida de internamiento por un delito sexual en la Comunidad de Madrid durante los años 2007 y 2008. En la actualidad, como ya hemos señalado, el programa especializado de intervención con agresores sexuales se desarrolla en el Centro de Ejecución de Medidas Judiciales “Teresa de Calcuta”.

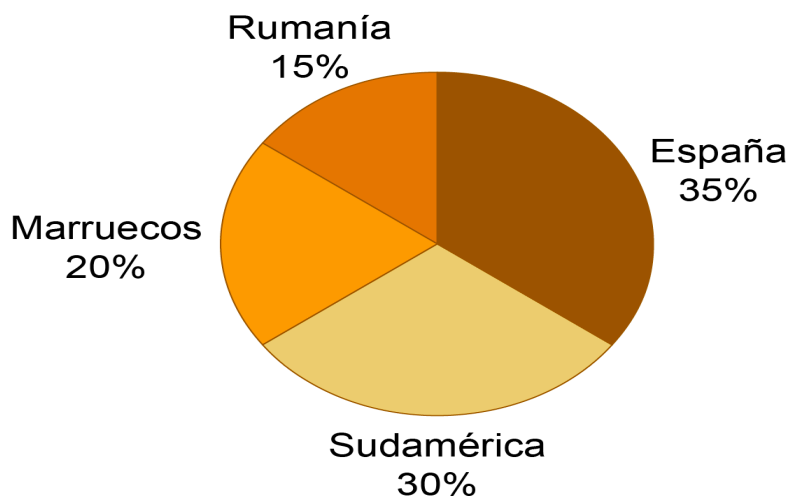


Debido al reducido tamaño de la muestra, los análisis aquí descritos se basan en estadísticos no paramétricos. No obstante ello, la naturaleza y relevancia del estudio ahora presentado, que hace referencia a algo de tanta preocupación social como la agresión sexual por jóvenes, aconseja el repaso detenido de estos resultados. Finalmente, a tenor de la gran cantidad de variables evaluadas, los resultados se agrupan por ámbitos de estudio. Se han realizado dos tipos de análisis. En primer lugar se ha llevado a cabo un análisis correlacional con el estadístico *Rho de Spearman* para las variables cuantitativas y ordinales, y para el análisis de la relación entre éstas y las variables dicotómicas. En segundo lugar se han realizado tablas de contingencia, en base al estadístico exacto de Fisher y el coeficiente *Phi*, para determinar la relación entre variables dicotómicas.

2.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

A continuación se presentan los descriptivos principales de la muestra de infractores sexuales juveniles. La edad media de estos sujetos era ligeramente superior a 18 años (con una desviación estándar, hacia arriba o hacia abajo, de 1,7 años), siendo la edad mínima 15 años y la máxima 22 años. En relación con el país de origen, como puede observarse en la figura 3, el 35% de la muestra es española, el 30% procede de Sudamérica (Ecuador, Bolivia y Colombia), un 20% de Marruecos y el 15% restante de Rumanía.

► **Figura 3.**
PAÍS DE ORIGEN



La población extranjera representa el 65% del total de agresores sexuales juveniles con una medida de internamiento (13 sujetos de los 20 evaluados). Si se tiene en cuenta el tiempo que estos jóvenes llevaban en España, se observa que el 42% hacía menos de un año que residía en nuestro país (ver tabla 5). Además, el tiempo medio de residencia en España para los menores de origen extranjero es de 3 años y medio, con una Desviación Típica de 3 años.



► **Tabla 5.**

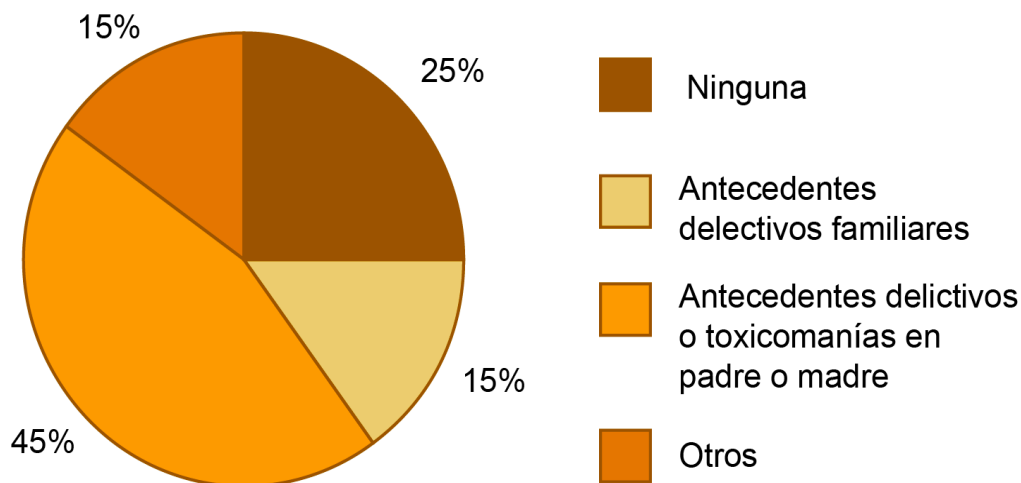
AÑOS DE RESIDENCIA DE LOS JÓVENES EN ESPAÑA CON ANTELACIÓN A LA COMISIÓN DEL DELITO

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	1	5	38,5	41,7	41,7
	2	1	7,7	8,3	50,5
	4	2	15,4	16,7	66,7
	5	1	7,7	8,3	75,0
	7	1	7,7	8,3	83,3
	8	1	7,7	8,3	91,7
	9	1	7,7	8,3	100,0
	Total	12	92,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	7,7		
TOTAL		13	100,0		

En cuanto a la familia de referencia, en el 70% de los casos el padre biológico está ausente (es decir, no vive con el joven) y en el 35% es la madre biológica quien está ausente. Por otro lado, se han detectado diversas problemáticas en las familias de estos jóvenes. Como se puede ver en la siguiente figura, el 25% de los jóvenes no tenía ninguna problemática familiar, pero un 45% de la muestra presenta antecedentes delictivos o problemas de toxicomanías para el caso de uno o de ambos progenitores. En un 15% existen antecedentes delictivos de otros familiares distintos de los padres, y el 15% restante padecía otras problemáticas familiares (problemas económicos o alguna discapacidad intelectual).

► **Figura 4.**

PROBLEMÁTICAS EN LA FAMILIA DE ORIGEN DE LOS JÓVENES



2.2. VARIABLES PSICOLÓGICAS

La variable inteligencia se ha categorizado en tres niveles (alta, media y baja) a partir de la información psicométrica de los menores recogida por la psicóloga o psicólogo del centro. De acuerdo con esta categorización, un 25% de los menores son clasificados con una inteligencia baja, un 55% con una inteligencia media, y el 20% restante con una inteligencia alta. A partir del análisis correlacional de la variable inteligencia con el resto de variables evaluadas, un mayor nivel de inteligencia se asocia a un “locus de control interno” más elevado ($r_s = ,532$; $p < 0,05$) y a una mayor incapacidad para demorar la recompensa ($r_s = ,520$; $p < 0,05$). Por otro lado, cuanto menor es el nivel de inteligencia, mayor es el número de faltas muy graves cometidas por los jóvenes en el centro ($r_s = -,589$; $p < 0,01$).

A partir de la evaluación psicológica llevada a cabo, han podido analizarse diferentes variables relacionadas con la impulsividad, el “locus de control” y la capacidad de resolución de problemas. En la siguiente tabla se presentan las variables más relevantes consideradas posibles factores de riesgo, en el sentido de que su presencia en un sujeto puede asociarse a un incremento de su riesgo delictivo .

► Tabla 6.

VARIABLES PSICOLÓGICAS MÁS RELEVANTES DE LA MUESTRA

	PRESENCIA
Desafío a la autoridad	35%
Déficit en resolución de problemas	65%
Locus de control externo	45%
Baja tolerancia a la frustración	65%
Incapacidad para demorar la recompensa	50%
Déficit en anticipación de consecuencias	40%
Poca capacidad para la planificación de objetivos	35%

Tal y como se recoge en la tabla anterior, el 65% de los chicos presentan déficits en la resolución de problemas, así como una baja tolerancia a la frustración. En relación con la impulsividad, la mitad de la muestra es incapaz de demorar las recompensas, un 40% presenta déficits en la anticipación de las consecuencias de su conducta y un 35% tiene poca capacidad para planificar objetivos a largo plazo. Finalmente, un 35% de estos jóvenes desafía la autoridad de forma habitual, mientras que un 45% de ellos presenta un locus de control fundamentalmente externalista.

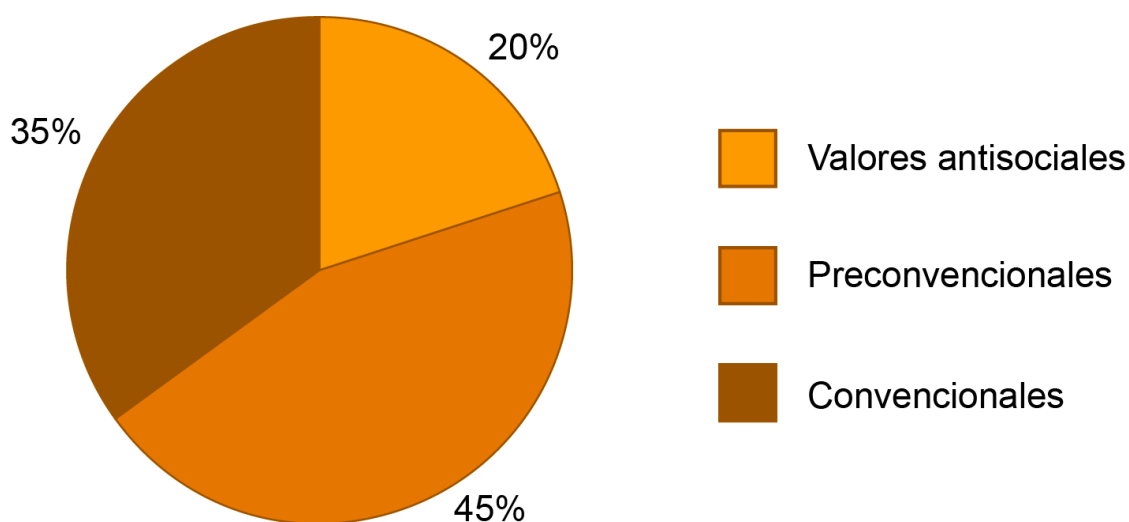
Las dificultades de adaptación a nuevos entornos parecen estar relacionadas con un déficit para la anticipación de consecuencias ($\Phi = ,792$; $p < 0,01$), que a su vez se asociaría a una escasa capacidad para planificar objetivos a largo plazo ($\Phi = ,685$; $p < 0,01$).



La *maduración moral* de los chicos se ha categorizado, según los estadios de desarrollo moral de Kohlberg, en *pre-convencional* (las elecciones de conducta se basarían en posibles consecuencias externas de recompensa o castigo), *convencional* (la conducta se regularía según las expectativas del grupo, la familia o la sociedad), y *post-convencional* (en que también se tomarían en cuenta los derechos de otros) (Galbraith y Jones, 1976; MacPhail, 1989; Palmer, 2003, 2005; Redondo, 2008a). En el polo más negativo, se ha añadido una cuarta categoría relativa a la presencia de valores antisociales, a partir del juicio experto de los profesionales que trabajan con estos jóvenes. Como puede observarse en la figura siguiente, el 45% de la muestra se sitúa en un estadio de maduración o desarrollo moral pre-convencional, un 35% en el convencional y un 20% manifiesta con claridad valores antisociales (sin que haya sujetos categorizados en el estadio más alto, post-convencional). Un mayor nivel de maduración moral correlaciona con una mayor autoestima ($r_s = ,483$; $p < 0,05$) y con el mayor nivel de estudios actuales en curso ($r_s = ,613$; $p < 0,01$). Por otro lado, un menor nivel de desarrollo moral o poseer valores antisociales están relacionados con el hecho de haber recibido una disciplina inapropiada por parte de sus progenitores y tutores ($r_s = -,529$; $p < 0,05$).

► **Figura 5.**

ESTADIOS DE DESARROLLO MORAL DE LA MUESTRA



La variable autoestima ha sido categorizada en tres categorías: como déficit de autoestima (60% de la muestra), como autoestima sobrevalorada o inflada (25%) y como autoestima ajustada (15%). Tanto el déficit como el exceso de autoestima parecen estar relacionados con una carencia en habilidades de resolución de problemas ($r_s = -,467$; $p < 0,05$), con timidez o retraimiento social ($r_s = -,457$; $p < 0,05$) y con dificultades de adaptación a nuevos entornos ($r_s = -,647$; $p < 0,01$).

La variable empatía se ha clasificado en dureza emocional o sensibilidad interpersonal. La dureza emocional correlaciona con la presencia de distorsiones cognitivas ($r_s = -,453$; $p < 0,05$), con la incapacidad de expresar sentimientos ($r_s = -,798$; $p < 0,01$), con una baja tolerancia a la frustración ($r_s = -,453$; $p < 0,05$) y con haber experimentado episodios graves de pérdida de control ($r_s = -,492$; $p < 0,05$).



Por otro lado, la mayoría de los jóvenes (un 65%) evaluados presenta distorsiones cognitivas. La presencia de distorsiones cognitivas se relaciona con una baja tolerancia a la frustración ($\Phi = ,560$; $p < 0,01$), y ambas variables, distorsiones cognitivas y tolerancia a la frustración, están influidas por el hecho de haber recibido una disciplina inapropiada por parte de los padres o tutores (respectivamente: $\Phi = ,545$, $p < 0,05$; y $\Phi = ,545$, $p < 0,05$).

En cuanto a las distorsiones cognitivas más frecuentes en estos jóvenes, por orden de importancia, son las siguientes:

1. Infravaloración de la mujer
2. Pensamiento absolutista o dicotómico
3. Anticipación del fracaso
4. Minimización de errores
5. Autorreferencia
6. Lectura de mente
7. Interpretación hostil de las motivaciones o conductas de los otros

2.3. **FAMILIA DE ORIGEN**

Se ha recopilado una información amplia sobre la familia de origen de los sujetos. Se ha tenido en cuenta en los análisis una gran cantidad de factores que, a priori, podrían resultar relevantes para la comprensión de los casos de agresión sexual. Sin embargo, muchas de estas variables en apariencia importantes, como la ausencia de alguno de los progenitores, el ambiente marginal del barrio, las fugas del hogar del chico o la relación entre los padres, no han mostrado asociaciones estadísticamente significativas a pesar de que, por ejemplo, tal y como se ha mencionado antes, en el 70% de la muestra el padre del menor está ausente o ha abandonado a la familia.

No obstante esto, el estilo educativo de los padres marcado por una inconsistencia entre ambos progenitores parece estar relacionado con la dificultad de los padres para controlar el comportamiento de su hijo ($\Phi = ,533$; $p < 0,05$), lo que a su vez se asocia a que el joven tenga problemas en la escuela.

La disciplina inapropiada por parte de los padres correlaciona también con un menor nivel de desarrollo moral del chico ($r_s = -,529$; $p < 0,05$), con un “locus de control externo” y con menor tolerancia a la frustración. Además, los menores que han tenido una disciplina familiar inadecuada propenden a acumular más problemas de conducta en el centro de internamiento, tanto leves ($r_s = ,703$; $p < 0,01$) como graves ($r_s = ,506$; $p < 0,05$).

La victimización infantil, es decir tanto el hecho de haber sufrido malos tratos o abuso sexual infantil, como también el haber sido testigo de violencia familiar, no parecen tener una relación clara con ninguna de las variables estudiadas. En los datos tampoco se ha obtenido relación entre las variables de victimización mencionadas. Un 15% de los chicos han sido maltratados durante su infancia y uno de ellos sufrió abusos sexuales.



► **Tabla 7.**

VÍCTIMA DE MALOS TRATOS

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	No	17	85,0	85,0	85,0
	Sí	3	15,0	15,0	100,0
	TOTAL	20	100,0	100,0	

Por otro lado, tal y como se puede observar en la tabla siguiente, el 35% de la muestra ha sido testigo de violencia familiar. Estos episodios de violencia familiar pudieron ser hechos aislados o bien se dieron de forma continuada durante la infancia del sujeto, llegando incluso a un máximo de 10 años de duración.

► **Tabla 8.**

TESTIGO DE VIOLENCIA FAMILIAR

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	No	13	65,0	65,0	65,0
	Sí	7	35,0	35,0	100,0
	TOTAL	20	100,0	100,0	

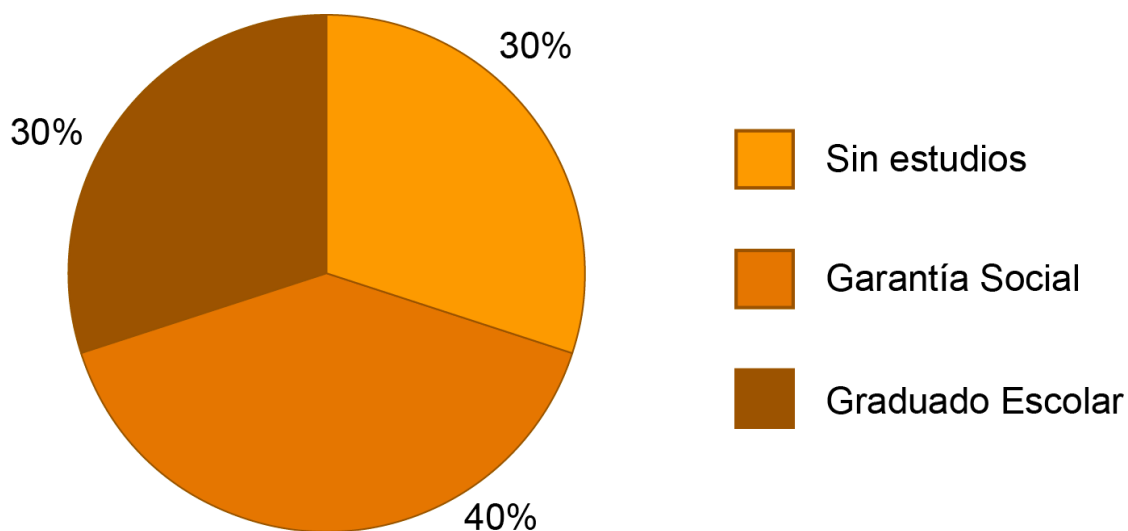
2.4. ESCUELA Y ESTUDIOS

En relación con el nivel de estudios obtenido por los menores que componen esta muestra, cabe destacar que el 30% no ha finalizado ningún tipo de estudios, un 40% ha terminado algún curso de Garantía social y el 30% restante ha obtenido el Graduado escolar. El 70% de los menores había abandonado los estudios antes de ingresar en el centro. El dato más positivo es que el 70% de los menores está cursando en el centro algún programa educativo, la mayor proporción para obtener el Graduado escolar (30% de la muestra), y en menor medida un modulo de grado medio o bachillerato.



► **Figura 6.**

NIVEL DE ESTUDIOS CONSEGUIDOS ANTES DE INGRESAR EN EL CENTRO DE INTERNAMIENTO



El nivel educativo conseguido por los menores está inversamente relacionado con la presencia de dificultades de adaptación a nuevos entornos ($r_s = -,527$; $p < 0,05$). Este dato resulta relevante dado el alto número de chicos inmigrantes en la muestra, muchos de los cuales tienen déficits de adaptación a la nueva realidad social en la que viven. Sería interesante comprobar si el cambio de escuela y las dificultades de adaptación del menor tienen relación con un mayor fracaso escolar.

Por otro lado, el 65% de los chicos parece haber tenido problemas en la escuela como, por ejemplo, absentismo escolar, conducta conflictiva en el aula, aislamiento o inadaptación social. Los jóvenes con una mayor autoestima suelen presentar menos problemas en la escuela ($r_s = -,607$; $p < 0,01$). Asimismo, los chicos que tienen problemas en la escuela suelen mostrar menor capacidad para planificar objetivos a largo plazo ($r_s = ,469$; $p < 0,05$).

2.5. CONSUMO DE DROGAS

Tal y como puede verse en la tabla siguiente, la mitad de la muestra presenta consumo habitual de drogas. Se ha de matizar que esta variable, tal y como ha sido evaluada, no incluye el consumo esporádico de alcohol u otras drogas, sino que realmente refleja el consumo habitual y adictivo.



► **Tabla 9.**

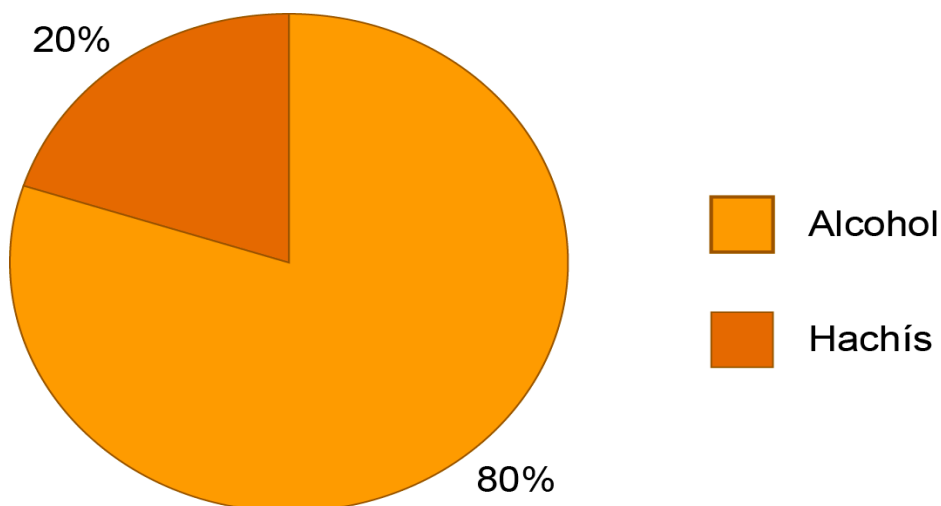
CONSUMO HABITUAL DE DROGAS

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	No	10	50,0	50,0	50,0
	Sí	10	50,0	50,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

En la figura siguiente se presenta la droga de preferencia que los jóvenes dicen consumir. Aunque el 80% de la muestra abuse del alcohol como droga de preferencia y sólo un 20% presente un consumo habitual y adictivo de hachís, hay que tener en cuenta que el 80% de los que consumen drogas de forma habitual son politoxicómanos. Es decir, el abuso de alcohol se mezcla en una alta proporción con el consumo de hachís o cocaína (40% de la muestra).

► **Figura 7.**

TIPO DE DROGA CONSUMIDA



El consumo habitual de drogas se encuentra fuertemente relacionado con la variable personal desafío a la autoridad u oposicionismo por parte del joven ($\Phi = ,734$; $p < 0,01$). Asimismo, el consumo está relacionado con haber recibido una disciplina inapropiada ($\Phi = ,577$; $p < 0,01$) o con una baja tolerancia a la frustración ($\Phi = ,734$; $p < 0,01$). No obstante esta fuerte relación, hay que tener en cuenta que la prueba estadística no cumple todos los criterios metodológicos requeridos (especialmente debido a lo reducido de la muestra) y, por tanto, los datos deben tomarse de modo orientativo.



2.6. VARIABLES RELACIONADAS CON EL CENTRO DE MENORES

En relación a las variables asociadas a la estancia en el centro de menores, en general los chicos aceptan las normas y el horario del centro así como las figuras de autoridad (personal técnico y de seguridad). La aceptación de las normas y el horario del centro muestra una relación inversa con la incapacidad del chico para demorar la recompensa ($\Phi = -.577$; $p < 0,01$); es decir, los jóvenes con buena capacidad de demora de gratificación propenden a aceptar bien las normas del centro, mientras que a los que tiene dificultades para demorar recompensas les cuesta más cumplir las normas y horarios.

Por otro lado, y como cabía esperar, la aceptación de las normas y la autoridad está fuertemente asociada a una progresión positiva en el centro. En el caso contrario, el rechazo de las normas y la autoridad está estrechamente relacionado con haber cometido más faltas leves y graves. Asimismo, la agresividad del chico (verbal o física) está vinculada con el número de faltas graves cometidas ($r_s = .665$; $p < 0,01$) e inversamente relacionada con una progresión positiva en el centro ($r_s = -.656$; $p < 0,01$).

2.7. PERFIL DELICTIVO

A continuación se presentan de modo descriptivo las principales características del perfil delictivo de los infractores sexuales juveniles aquí analizados:

1. El 60% son primarios, es decir, han sido sentenciados por sólo un delito.
2. El 30% tiene antecedentes por delitos no sexuales.
3. El 50% está internado en el centro por agresión sexual a una mujer adulta, un 25% por agresión sexual o abusos a una chica menor y el otro 25% a un menor varón.
4. En un 40% las víctimas tenían menos de 14 años en el momento del delito.
5. Las víctimas eran mujeres en un 75% y varones en un 25%.
6. En un 30% de los casos las víctimas eran desconocidas para el agresor, lo que significa que en el 70% de los delitos había previo conocimiento entre agresor y víctima.
7. La edad media de los jóvenes era 18,1 años (DT= 1,7 años).
8. El 75% de los infractores no empleó ningún tipo de arma para cometer el delito.
9. Un 45% de las agresiones se cometió en pareja o por un grupo de agresores.
10. El 45% de los agresores había consumido alcohol o drogas con antelación a la comisión del delito.



2.8. DELITOS Y VARIABLES ASOCIADAS: HIPÓTESIS DE ETIOLOGÍA Y MANTENIMIENTO (ANÁLISIS FUNCIONAL)

A continuación se recogen, como ilustración de las problemáticas que aquí nos ocupan, tres ejemplos de infractores que forman parte de la muestra. Para cada uno de ellos se ha efectuado una síntesis de información relevante sobre el delito cometido, sobre antecedentes personales y sociales del joven, y acerca de qué factores podrían haber sido más relevantes en el origen remoto del comportamiento antisocial llevado a cabo. Además, se presenta, en términos psicológicos, el análisis funcional del comportamiento delictivo, que ordena algunos de los factores que podrían haber resultado más decisivos como detonantes actuales de la conducta infractora, y que podrían condicionar su mantenimiento futuro.

► CASO I

Menor de 14 años de edad y de origen sudamericano, hijo único de una familia monoparental, compuesta por su madre y él mismo. El padre abandonó a la familia durante la primera infancia del menor, perdiendo este último totalmente el contacto con el progenitor a la edad de 6 años. La madre emigra a España cuando el menor tenía 11 años, quedando su hijo en ese momento en su país de origen a cargo de la familia extensa hasta que, tres años después, se produce la reagrupación familiar. A la llegada del joven a España convive en el domicilio familiar con su madre y otros familiares, entre ellos una prima de 9 años de edad, siendo ésta la víctima del abuso sexual denunciado.

El menor experimenta en la infancia la vivencia traumática de ser víctima de un abuso sexual a la edad de 5 años por parte de un adolescente; este hecho permaneció oculto en la familia hasta que él abusó sexualmente de su prima menor.

El proceso migratorio supuso un periodo de crisis para el joven; a su llegada a España no se integró adecuadamente en un grupo de compañeros de su edad, presentando una acusada tendencia al aislamiento social. Se trata de un menor introvertido, con un importante déficit de habilidades sociales, elevada ansiedad social y tendencia hacia la evitación y el afrontamiento pasivo de conflictos, mostrando una autoestima deficiente y una valoración distorsionada y reducida de sí mismo, especialmente en las áreas social y emocional. Presenta dificultades en autocontrol, tendiendo a la satisfacción de sus impulsos en ausencia de control externo.

El joven abusó en varias ocasiones de su prima de 9 años, sin mediar violencia, aunque sí empleando engaños, llegando el menor a fantasear con la idea de tener una relación sentimental consentida con su víctima, atribuyéndole a ésta capacidad para decidir sobre las relaciones sexuales. El acercamiento lo realizaba a través de juegos con contenido sexual que implicaban caricias y tocamientos. Los abusos se producían en los momentos en que se quedaba solo en casa en compañía de su prima.

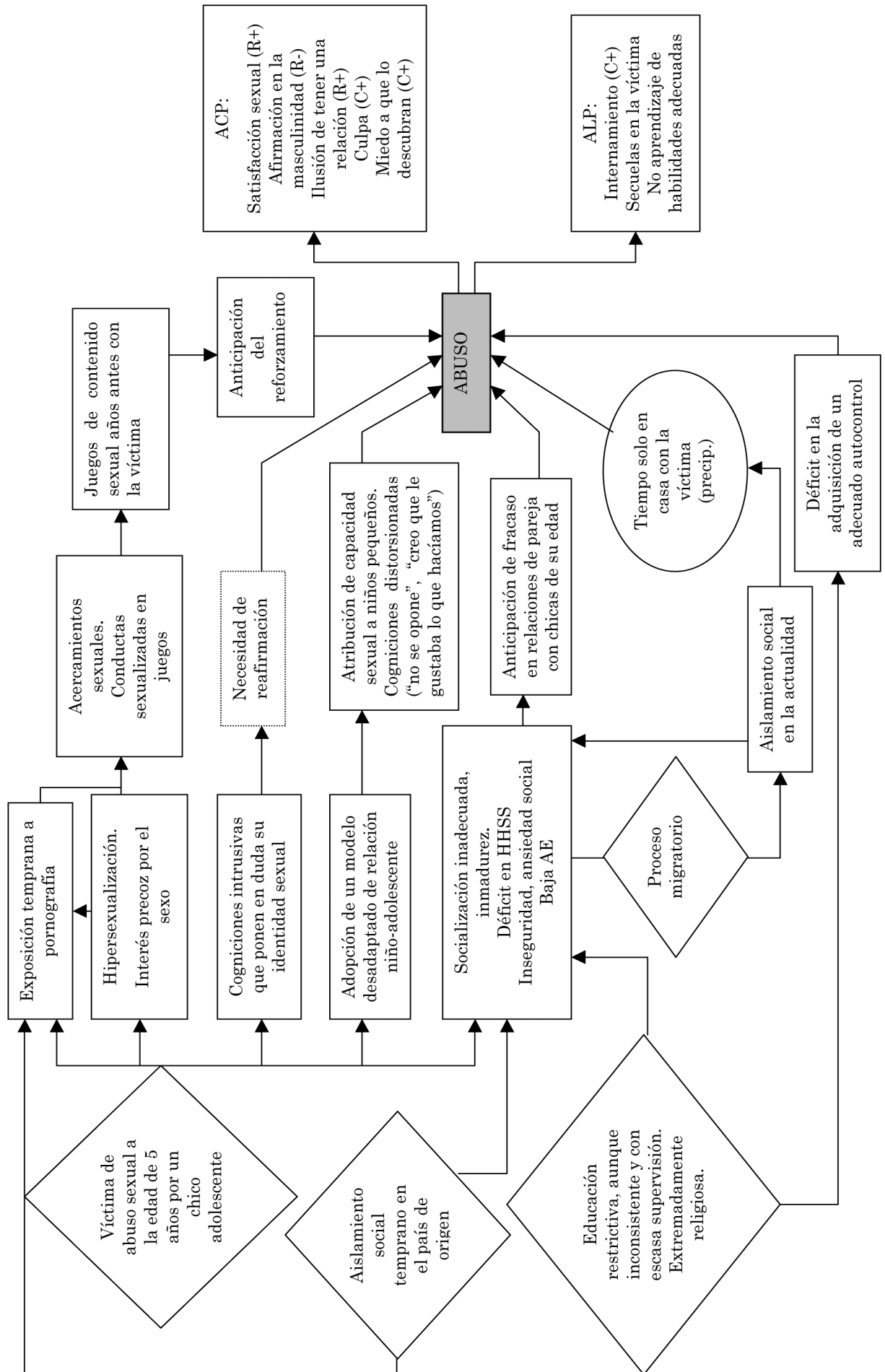


► **ANÁLISIS FUNCIONAL CASO I**

ANTECEDENTES	CONDUCTA	CONSECUENCIAS
<p>Factores predisponentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Víctima de abuso sexual a la edad de 5 años por adolescente varón. • Educación restrictiva aunque inconsistente y con escasa supervisión. Extremadamente religiosa. • Aislamiento social temprano. Socialización inadecuada. • Interés precoz por el sexo. • Exposición temprana a pornografía. • Cogniciones intrusivas que ponen en duda su identidad sexual. • Interiorización de un modelo desadaptado de relación niño-adolescente. • Déficit HHSS. • Inseguridad y ansiedad social. • Baja autoestima. • Proceso migratorio que aumenta el aislamiento social en el país de acogida. <p>Factores precipitantes:</p> <p><u>Internos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Déficit de autocontrol y superación de las inhibiciones internas. • Hipersexualización. • Juegos sexuales con la víctima previos que conllevan la anticipación del reforzamiento sexual. • Necesidad de reafirmación de su sexualidad. • Visionado previo de pornografía y alta excitación sexual. • Anticipación de fracaso en relaciones de pareja con chicas de su edad. <p><u>Externos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Oportunidad. Estar a solas con la víctima en domicilio familiar. 	<p>Cogniciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cogniciones distorsionadas que atribuyen capacidad sexual a los niños. • Minimización de las consecuencias derivadas del abuso. • Atribución errónea de contenido sexual y deseo sexual a comportamientos neutros de la víctima. • Fantasías de consentimiento de la víctima. <p>Conducta motora:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acercamientos y juegos que implicaban contacto físico. • Caricias y focamientos. • Sexo oral. • Coito vaginal y anal. <p>Fisiológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respuesta sexual completa: Alta excitación y eyaculación. 	<p>Corto plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción sexual (R+). • Contrarresta el sentimiento de inferioridad y dudas sobre masculinidad, aumentando a su vez su sentimiento de control, poder y dominio sobre la víctima (R- y R+). • Miedo a ser descubierto (C+). <p>Medio plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fantasía sobre el establecimiento de una relación de pareja consentida con la víctima. <p>Largo plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para el aprendizaje de estrategias adecuadas de relación con chicas de su edad. • Refuerzo de las cogniciones distorsionadas sobre la capacidad sexual y afectiva de los niños. • Mantenimiento del aislamiento social. • Internamiento en centro de ejecución de medidas judiciales (C+).



► MODELO FUNCIONAL EXPLICATIVO CASO I



► CASO 2

Menor de 16 años de edad, perteneciente a una familia monoparental, donde la progenitora no ha ejercido sus responsabilidades parentales de forma adecuada debido, entre otros, a problemas de alcoholismo. El menor no ha mantenido contacto con la figura paterna, ya que su padre se desentendió de él desde su nacimiento. Las relaciones entre madre e hijo son conflictivas, con desinterés por parte de la madre por la situación de su hijo y falta de asunción de normas familiares por parte de éste.

Desde una edad temprana ha presentado graves problemas de conducta, con agresividad e inestabilidad emocional, así como de incumplimiento de normas y límites, tanto familiares, como sociales y morales. En el año previo a la comisión del delito su conflictividad había aumentado, influido por compañías que se dedican a realizar actividades ilegales y con los que consume drogas (cannabis, cocaína, alcohol y éxtasis) de forma habitual.

Durante su estancia en centros escolares sus comportamientos han sido disruptivos, con muchos conflictos y escasa motivación, abandonando finalmente la escolarización a los 15 años, sin realizar desde entonces ninguna actividad formativa o laboral.

Posee unas capacidades intelectuales medias. Percibe la información de forma correcta, aunque su procesamiento no es del todo adecuado, percibiendo el medio como hostil e interpretando las actitudes de otras personas como agresivas hacia él. Su pensamiento es infantil, no anticipa consecuencias de comportamientos propios y ajenos. En situaciones de tensión su comportamiento es totalmente irreflexivo. Sus procesos de resolución de problemas son deficitarios.

Se ha presentado como una persona extrovertida e inestable emocionalmente. Considera como conductas correctas aquellas que satisfacen sus necesidades, sin tener en cuenta las necesidades de los demás. También considera que una conducta puede ser incorrecta sólo si comporta alguna sanción. Su capacidad de empatía es baja y desde la infancia ha presentado un fuerte egocentrismo tomando en consideración solamente su propio punto de vista. Posee unos niveles de ansiedad elevados, que aumentan en situaciones de tensión, perdiendo con facilidad el control de sus conductas, lo que se relaciona con baja tolerancia a la frustración y descontrol conductual.

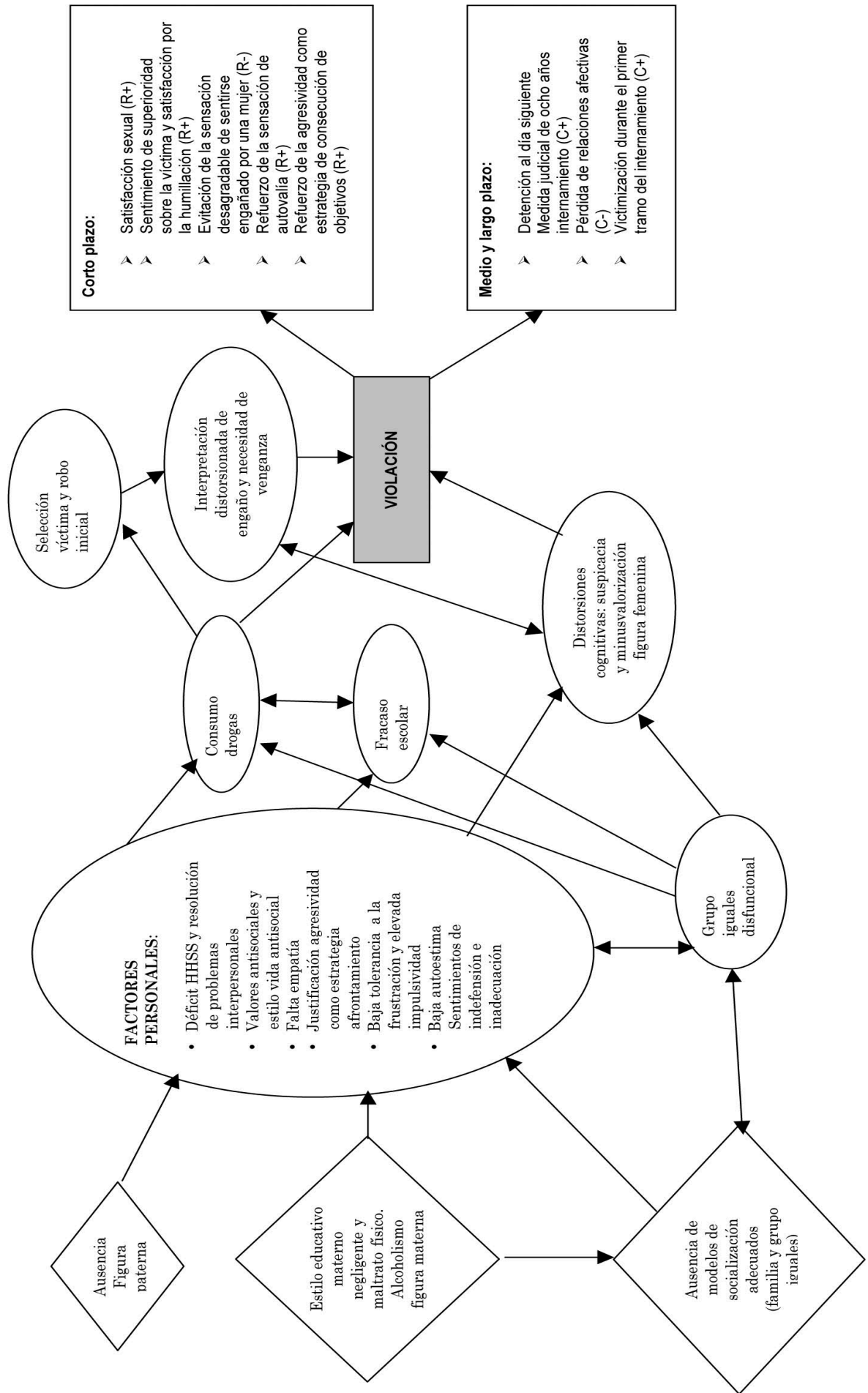




► **ANÁLISIS FUNCIONAL CASO 2**

ANTECEDENTES	CONDUCTA	CONSECUENCIAS
<p>Factores predisponentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de figura paterna. • Estilo educativo materno: Negligente, abandono, ambivalencia afectiva, víctima de maltrato, alcoholismo de la figura materna durante el embarazo que se cronifica posteriormente. • Ausencia de modelos de socialización adecuados ni en la familia ni en el grupo de iguales. • Baja autoestima. • Sentimientos de indefensión e inadecuación sexual. • Baja tolerancia a la frustración y elevada impulsividad. • Déficit HHSS y de resolución de problemas interpersonales. • Déficit HHSS y de resolución de problemas interpersonales. • Grupo de iguales disfuncional. • Adquisición de valores antisociales que deriva en estilo de vida delincuencial. • Capacidad de vinculación afectiva deficitaria: falta de empatía. • Distorsiones cognitivas: alta suspicacia, y desconfianza y minusvalorización de la figura femenina. • Justificación y uso de la agresividad como estrategia de afrontamiento ante conflictos interpersonales. • Fracaso escolar. • Consumo abusivo de drogas. <p>Factores precipitantes:</p> <p><u>Internos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado alterado de conciencia por consumo de drogas. • Déficit en el control inhibitorio. • Interpretación distorsionada sobre supuesto “engaño” por parte de la víctima. • Deseo de venganza causando un daño mayor. <p><u>Externos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Oportunidad por la comisión de un delito previo. 	<p>Cogniciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consideración de la agresión sexual como el “castigo” que puede causar un mayor sufrimiento a la víctima. • “Cosificación” de la víctima. • Sentimiento de omnipotencia y control. No percepción de riesgo. <p>Conducta motora:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agresión sexual que incluye sexo oral y coito vaginal y anal. • Refutación de la víctima y repetición de la agresión a lo largo de la noche. <p>Fisiológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se mantiene el estado fisiológico alterado por el consumo de drogas prolongado a lo largo de la noche. • Disfunción eréctil inicial. Respuesta sexual completa posterior: Alta excitación y eyaculación. 	<p>Corto plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción sexual (R+). • Sentimiento de superioridad sobre la víctima y satisfacción por la humillación (R+). • Evitación de la sensación desagradable de sentirse engañado por una mujer (R-). • Refuerzo de la sensación de autovalía (R+). • Refuerzo de la agresividad como estrategia de consecución de objetivos (R+). <p>Medio y largo plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detención al día siguiente. Medida judicial de ocho años internamiento (C+). • Pérdida de relaciones afectivas (C-). • Victimización durante el primer tramo del internamiento (C+).

► **MODELO FUNCIONAL EXPLICATIVO CASO 2**



► CASO 3

Menor de 17 años de edad y origen sudamericano que pertenece a una familia monoparental compuesta por la progenitora y una fratría de dos hermanos, de los cuales es el mayor.

El menor no ha conocido a su padre, estando a cargo de su madre y abuela materna durante la infancia y adolescencia. El proceso migratorio se produce cuando el menor contaba con 8 años.

Ha sido víctima de maltrato físico y psicológico por parte de su madre durante la infancia; así mismo antes de producirse el proceso migratorio, fue víctima de abuso sexual continuado por parte de un adolescente, habiendo sufrido también episodios puntuales de abuso por parte de una familiar de mayor edad. Esto supuso una sexualización precoz y generó con el paso del tiempo una baja autoestima, sentimientos de inadecuación con respecto al sexo y un conflicto en el desarrollo de su identidad sexual.

Ha presentado problemas de conducta desde edades tempranas, utilizando la agresividad para la satisfacción inmediata de necesidades y como estrategia de afrontamiento de conflictos interpersonales. Durante la preadolescencia, comenzó a relacionarse con otros menores en situación de fracaso escolar en una búsqueda de afinidad, pasando a formar parte de una banda latina de carácter violento, entorno que reforzaba el afrontamiento agresivo que el menor presentaba. Igualmente, se introduce en el consumo de drogas (alcohol y cannabis, principalmente), asimilando así su comportamiento al del grupo de referencia.

Por otra parte, el menor presenta un retraso mental ligero, así como una escolarización deficiente y falta de estimulación en la infancia. Su repertorio de habilidades sociales es inadecuado, teniendo problemas para la comprensión de situaciones sociales complejas y siendo fácilmente influenciado por parte de su grupo de iguales. Igualmente presenta una baja tolerancia a la frustración, baja capacidad empática y un pensamiento caracterizado por una elevada suspicacia.

El menor ha perpetrado dos delitos de agresión sexual en los que ha utilizado una violencia desproporcionada para conseguir su objetivo y ha robado posteriormente a las víctimas; esto ha ocurrido en situaciones de elevado consumo de drogas y cuando ha presentado además un estado de ánimo disfórico.

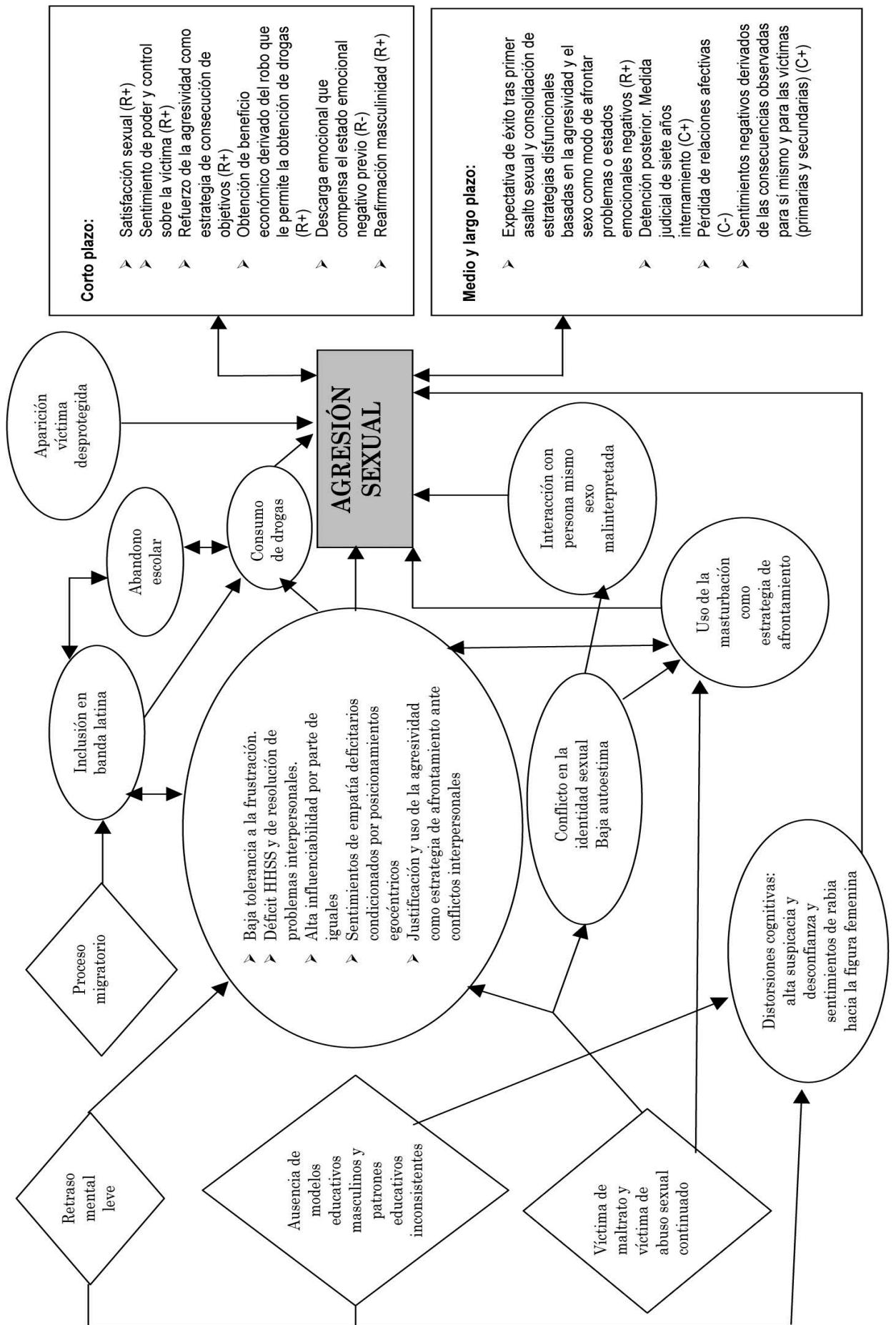


► **ANÁLISIS FUNCIONAL CASO 3**

ANTECEDENTES	CONDUCTA	CONSECUENCIAS
<p>Factores predisponentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abandono paterno. Ausencia de modelos masculinos. • Patrones educativos marcados por convivencia con madre y abuela, caracterizados por: inconsistencia en estilos educativos entre madre y abuela, víctima de maltrato físico y psicológico, estilo de apego evitativo. • Retraso mental leve que le dificulta la adecuada comprensión de determinadas situaciones sociales. • Víctima de abuso sexual continuado entre los siete y los nueve años por parte de dos figuras diferentes y de distinto sexo. • Conflicto en la identidad sexual que genera alta sospecha en la interacción con miembros de su mismo sexo dando un contenido sexual a señales neutras. • Baja autoestima. • Baja tolerancia a la frustración. Incapacidad para demorar el reforzador. • Déficit HHSS y de resolución de problemas interpersonales. Déficit en la capacidad para anticipar las consecuencias probables de su comportamiento. • Alta influenciabilidad por parte de iguales. • Inclusión en banda latina que refuerza los valores antisociales y el estilo de vida delincuencia. • Sentimientos de empatía deficitarios condicionados por posicionamientos egocéntricos. • Distorsiones cognitivas: alta sospecha y desconfianza y sentimientos de rabia hacia la figura femenina. • Justificación y uso de la agresividad como estrategia de afrontamiento ante conflictos interpersonales. • Abandono escolar. • Consumo abusivo de drogas. • Uso de la masturbación como estrategia de afrontamiento de estados emocionales negativos. • Proceso migratorio que dificulta su inserción social. <p>Factores precipitantes:</p> <p><u>Internos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Expectativa de éxito de la agresión derivadas de la comisión de un anterior delito sexual tras el cual no ha percibido ninguna consecuencia negativa. • Estado alterado de conciencia por consumo de drogas. • Déficit en el control inhibitorio. • Sentimientos de animadversión hacia la figura femenina. <p><u>Externos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Interacción con persona del mismo sexo que interpreta como un posible acercamiento de carácter homosexual que genera estado emocional negativo. • Aparición de víctima propicia en situación de desprotección. 	<p>Cogniciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de venganza y expresión de cólera. • Cogniciones que desvalorizan a la mujer. Aparición de justificaciones. • No percepción de riesgo. <p>Conducta motora:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agresión sexual que incluye sexo oral y coito vaginal. • Robo posterior a la agresión sexual. <ul style="list-style-type: none"> • Alto grado de agresividad física, exoesiva para superar la resistencia de la víctima. <p>Fisiológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alta activación fisiológica. • Respuesta sexual completa. Alta excitación y eyaculación. 	<p>Corto plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción sexual (R+). • Sentimiento de poder y control sobre la víctima (R+). • Refuerzo de la agresividad como estrategia de consecución de objetivos (R+). • Obtención de beneficio económico derivado del robo que le permite la obtención de drogas (R+). • Descarga emocional que compensa el estado emocional negativo previo (R-) • Reafirmación masculinidad (R+). <p>Medio y largo plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expectativa de éxito tras primer asalto sexual y consolidación de estrategias disfuncionales basadas en la agresividad y el sexo como modo de afrontar problemas o estados emocionales negativos. (R+). • Defensión posterior. Medida judicial de siete años internamiento (C+). • Pérdida de relaciones afectivas (C-). • Sentimientos negativos derivados de las consecuencias observadas para sí mismo y para las víctimas (primarias y secundarias) (C+).



► **MODELO FUNCIONAL EXPLICATIVO CASO 3**





3.

CONCLUSIONES PREPARATORIAS DEL PROGRAMA

Para el diseño de este programa se ha atendido a los principales resultados y conclusiones de la investigación especializada en esta materia, tal y como se recogen en los análisis y monografías más importantes (Barbaree y Marshall, 2006; Brown, 2005; Garrido y Beneyto, 1996; Garrido, Redondo *et al.*, 1995; López y Del Campo, 1997; Mann y Fernandez, 2006; Marshall y Redondo, 2002; McGuire, 2006; Redondo, 2002, 2008a; Rightland y Welch, 2001; Urra, 2003; Vázquez Mezquita, 1995). Particularmente, se hace énfasis aquí en los siguientes elementos:

3.1. FORMATOS Y TÉCNICAS DE EDUCACIÓN Y ENTRENAMIENTO JUVENIL

Este programa plantea desarrollar sus actividades educativas en los siguientes formatos:

- Actividades en el aula (sesiones grupales, explicaciones del terapeuta, lectura de textos, reflexión, debates...)
- Actividades audiovisuales (proyección de películas, reportajes televisivos...)
- Ordenador (búsqueda de información mediante Internet, juegos interactivos...)
- Biblioterapia (asignación de tareas de lectura, de novelas, ensayos breves, noticias y artículos de diarios y revistas, cómics...)
- Interacción directa (con el terapeuta, entre internos, con familiares...)
- Salidas al exterior (terapéuticas, educativas, culturales...)

Las actividades educativas y las técnicas psicológicas empleadas en el programa serán lo más próximas y parecidas posible a las actualmente utilizadas en la educación juvenil:

- Explicaciones conceptuales a cargo del terapeuta u otras personas
- Lectura de textos, reflexión y comentario
- Relatos (por el terapeuta y los participantes en el programa) de experiencias vividas o conocidas
- Discusión grupal estructurada
- Lectura de libros



- Trabajo a partir de material gráfico y audiovisual: fotos, esquemas, diapositivas...
- Modelado, mostrando en la práctica a los sujetos nuevas conductas (técnica especialmente útil para la intervención con menores y en instituciones –Cherry, 2005)
- Role-playing, o ensayo práctico de los nuevos comportamientos aprendidos
- Moldeamiento y encadenamiento, enseñando a los sujetos nuevas conductas prosociales complejas mediante pequeños pasos
- Reforzamiento social de los avances y logros parciales
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Autodirección y autocontrol, aprendiendo a darse instrucciones mentales para orientar el curso de la propia conducta
- Reestructuración cognitiva, mediante la que el terapeuta confronta y rebate las creencias erróneas de los sujetos
- Solución cognitiva de problemas interpersonales, aprendiendo a anticipar y resolver en la mente, antes que en la realidad, las dificultades y problemas de relación con otras personas
- Desarrollo moral, promovido mediante el debate de dilemas o situaciones en que dos o más personas entran en conflicto, lo que facilitaría que los individuos aprendan a considerar distintos puntos de vista y perspectivas
- Interacciones reales con otras personas para practicar los nuevos aprendizajes
- Salidas al exterior, etcétera.

3.2. **METODOLOGÍA PARA ACTIVIDADES Y SESIONES**

Generalmente las sesiones comenzarán mediante una presentación teórica inicial, debiendo ser después dinámicas y participativas. La participación activa de los sujetos puede estimularse a través de la utilización de muchas de las técnicas anteriormente mencionadas (petición de opiniones, debates, ejercicios de papel y lápiz, etcétera).

3.3. **ESTRUCTURA DE CADA SESIÓN O ACTIVIDAD**

Cada actividad se estructurará generalmente mediante los siguientes epígrafes:

1. Título
2. Objetivo
3. Materiales



4. Desarrollo (y demandas que se efectúan a los participantes)
5. Desenlace y reflexión grupal

3.4. EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN CON CADA CASO

La intervención completa con cada participante en el programa comporta actuaciones tanto de evaluación como de intervención. Algunas de estas actividades, correspondientes a la evaluación e intervención iniciales, deben desarrollarse de forma transversal, en un momento dado; mientras que otras, tanto de aplicación como de evaluación del programa, se han de llevar a cabo de forma longitudinal o continuada.

En el siguiente cuadro se recogen esquemáticamente dichas actuaciones:

► **Tabla 14.**

ACTUACIONES DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN, TANTO TRANSVERSALES COMO LONGITUDINALES

ACTUACIONES	TRANSVERSALES	LONGITUDINALES: PRE-POST
Evaluación	Evaluación inicial: <ul style="list-style-type: none"> • Variables personales y sociodemográficas • Factores de riesgo • Análisis funcional de la conducta delictiva • Valoración del nivel de riesgo • Sesiones de seguimiento individual 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje de los contenidos del programa • Reconocimiento del delito • Aplicación de la Escala de Evaluación Psicológica de Agresores Sexuales Juveniles EPAS-J • Seguimiento individual pos-tratamiento
Intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del programa • Entrevista motivacional • Trabajo con la familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación sucesiva de los módulos de la intervención • Intervención con la familia • Sesiones individuales de apoyo

3.5. INTENSIDAD

El programa consta de 7 módulos, cada uno de los cuales tiene un mínimo de 5 actividades/sesiones de entrenamiento. Ello supone en torno a 35 actividades de una duración aproximada de 1 hora y media. Lo que se traduce en que la intensidad total del programa puede estimarse en un mínimo de 52 horas de intervención, a las que deben añadirse entre 10 y 15 horas destinadas a la evaluación. Es decir, el conjunto del programa debería desarrollarse en un tiempo aproximado de 65 horas.



3.6. MATERIALES

Para el desarrollo del programa se contempla el uso de los siguientes instrumentos:

- **Manual del terapeuta:** Es un libro que recoge la aplicación del “Programa de tratamiento educativo y terapéutico para agresores sexuales juveniles”. En él se presentan las actividades que deben implementarse, sus objetivos, materiales, estructura y dinámica; también las recomendaciones específicas para la aplicación global del programa y de cada actividad en particular.
- **Anexo de actividades:** Libro de ejercicios destinado a los jóvenes participantes en el programa, y elaborado para que éstos trabajen activamente en el programa.
- **Cuaderno personal de terapia:** Recoge todos aquellos materiales (tales como auto-registros de observación, hojas de respuesta, cuadros para anotar tareas, resúmenes de las sesiones, etcétera) que cada sujeto habrá de cumplimentar durante el desarrollo del programa. Convenientemente deberá ser una carpeta o cuaderno de anillas, u otro sistema análogo, que permita ir incorporando hojas sueltas y materiales de trabajo a lo largo de desarrollo de programa.

A continuación se presenta el conjunto del plan de trabajo del programa de tratamiento.



4.

PLAN DE TRABAJO

4.1. AFIANZANDO TU AUTOESTIMA PUEDES MEJORARTE A TI MISMO

4.1.1. Fundamento teórico

La autoestima hace referencia a la percepción valorativa que tiene el sujeto acerca de sí mismo y de su propio comportamiento. O, de otro modo, al grado en que un individuo se halla más o menos satisfecho de quién es y de cómo es. En general, y por lo que aquí nos concierne, una autoestima de razonable a elevada se asocia a personas emprendedoras y que se proponen nuevas metas en su vida, mientras que una autoestima baja se vincula a un cierto desánimo e inhibición conductual, a un cierto abandono de uno mismo. El nivel de autoestima que una persona posee guarda también relación con el éxito que ha tenido en sus iniciativas y en los proyectos que ha emprendido, en cómo le ha ido su vida.

Un constructo que podría relacionarse indirectamente con el de autoestima es el de autoeficacia. Éste concepto procede de la teoría del aprendizaje social de Bandura, y hace referencia a la percepción que tienen las personas de las propias capacidades para enfrentarse a las diversas situaciones y problemas, y poderlos resolver mediante un tipo u otro de comportamientos; según esta perspectiva, muchos infractores juveniles mantendrían su comportamiento antisocial en la medida en que se perciben capaces de llevarlo a cabo con eficacia (véase una importante monografía al respecto en Garrido Martín, Masip y Herrero, 2009).

En la investigación se ha constatado reiteradamente que los infractores y delincuentes de muchas tipologías presentan una autoestima más baja que los sujetos no delincuentes. Ello es especialmente cierto para el caso de los abusadores y agresores sexuales (Marshall, Champagne, Sturgeon y Bryce, 1997). La comisión de un delito sexual, y su correspondiente procesamiento y condena, se asocian por lo común a una devaluación importante de la propia imagen y a una bajada de la autoestima. Existe riesgo de que ello se traduzca en un notable desánimo respecto del futuro y de las propias capacidades y posibilidades para manejarlo. Esta es la razón por la que el programa comienza por este módulo de trabajo sobre autoestima (“Puedes mejorarte a ti mismo”) como una condición necesaria para motivar a los sujetos a trabajar activa y esforzadamente para la mejora de sus posibilidades futuras.

Al inicio del módulo se incluyen diversas dinámicas para fomentar el conocimiento mutuo de los miembros del grupo y la cohesión grupal. Este módulo también intenta favorecer la disposición de los sujetos para el cambio terapéutico, atendida la idea de que dicho cambio requerirá el esfuerzo sostenido del sujeto a lo largo de un tiempo prolongado de etapas sucesivas (Prochaska y DiClemente, 1992).



4.1.2. **Objetivos**

1. Promover un desarrollo más equilibrado de la autoestima, que puede ser deficitaria en la mayoría de los casos o, en algunos de ellos, estar sobrevalorada o inflada.
2. Dotar al menor de recursos que le permitan adquirir un autoconcepto más ajustado.
3. Desarrollar la percepción de los menores acerca de la vinculación existente entre su propia autoestima y una mayor posibilidad de mejora de sus habilidades personales y sociales.

4.2. **CONOCER MEJOR LA SEXUALIDAD**

4.2.1. **Fundamento teórico**

Como ya se ha puesto de relieve, las conductas sexuales y sentimentales necesitan ser socializadas. El primer peldaño de dicha socialización es la transmisión a los sujetos de la información adecuada acerca de los diferentes intereses que los chicos y chicas pueden tener y que tiene que ver con aspectos biológicos, psicológicos y sociales, implicando emociones, sentimientos y conductas sexuales.

Se puede abordar la sexualidad desde distintos puntos de vista, pero para ello es necesario que en ese proceso de información y formación se tengan en cuenta las semejanzas y diferencias entre chicos y chicas, la expresión de sus propios sentimientos y las expectativas que pueden implicar a los diferentes sexos y las distintas personas.

Es decir, se requiere inicialmente cierta educación sexual que ayude a los jóvenes a hacerse conscientes de que pueden haber utilizado el sexo como “estrategia de afrontamiento” de sus problemas emocionales y de relación, pero que en realidad tal estrategia es poco eficaz para la resolución efectiva de dichos problemas. A la vez, se les deben enseñar competencias de afrontamiento más apropiadas, variadas y eficaces para enfrentarse a sus dificultades personales y emocionales (la estrategia más empleada en esta dirección para múltiples problemas de comportamiento ha sido la técnica de resolución de problemas –D’Zurilla, 1993; D’Zurilla y Goldfried, 1971).

Así pues, este módulo sobre educación sexual pretende informar y formar a los sujetos en los aspectos más relevantes de la sexualidad humana. Este aprendizaje implica, para cada uno, contar con la capacidad de transformar su propia realidad y, por tanto, de perfeccionar y superar aquellas situaciones que no permitan vivencias positivas. Es necesario, para que se produzca este proceso, tener en cuenta la diversidad y complejidad social de los sujetos a quienes se dirige el programa.

Por otro lado, debería efectuarse una educación sexual que, además de ser coherente con la idea de educación, también sea coherente con una concepción de la sexualidad como desarrollo personalmente construido.

Con frecuencia se han atribuido a la sexualidad connotaciones muy negativas, lo que no constituye el mejor punto de partida para la educación en esta materia. En este Manual se pretende que los sujetos con los que se trabaja no sólo reciban información de anatomía y fisiología (Kaplan y Sandock, 1990) sino que se formen en actitudes que permitan mejorar sus capacidades y sistemas de valores asociados



a la conducta sexual. Ello puede ayudarles a desarrollar una vida sexual más sana y satisfactoria, a la vez que más consciente y responsable.

4.2.2. **Objetivos**

1. Mejorar la información y los conocimientos de los menores sobre el cuerpo femenino y masculino, los cambios en la pubertad, la anatomía y fisiología humana y los ciclos reproductores.
2. Proporcionarles herramientas que permitan entender sus comportamientos, emociones y sentimientos asociados al hecho sexual humano.
3. Aumentar la capacidad de reflexión sobre la sexualidad entendida como una forma de relación especial entre dos personas que se desean y aceptan recíprocamente, pero también como una forma de relación, comunicación, placer, satisfacción y felicidad.
4. Mejorar la conciencia y disposición para el cambio terapéutico en el marco del tratamiento.
5. Educar sobre la relación psicológica emoción-conducta-pensamiento asociada a la sexualidad y otros comportamientos como la agresión.

4.3. **AUMENTA TUS HABILIDADES PARA LAS RELACIONES AFECTIVAS Y SEXUALES**

4.3.1. **Fundamento teórico**

El *Entrenamiento en Habilidades Sociales* (EHS) es una de las técnicas más conocidas y aceptadas para la educación y el tratamiento de infractores juveniles y delincuentes adultos (Redondo, 2008a; Ross y Fabiano, 1985). El presupuesto central es que un comportamiento social competente requiere tres componentes relacionados (Hollin y Palmer, 2001; Méndez, Olivares y Ros, 2005): *percepción social*, habilidad para reconocer, entender e interpretar convenientemente las señales sociales, tales como la expresión facial de emociones, las indicaciones y respuestas de otras personas, etcétera; la *cognición social*, o habilidad para generar mentalmente alternativas de respuesta viables para responder a las interacciones y demandas sociales; y *actuación social*, o capacidad para llevar a cabo conductas apropiadas en la comunicación y la interacción sociales, tales como escuchar a otros, mantener un buen contacto visual con interlocutores, modular el tono de voz de acuerdo con los contenidos y las situaciones comunicativas, responder a las críticas, ser asertivo en la comunicación, etcétera. Es notorio que muchos infractores juveniles presentan graves déficits en todas estas competencias interpersonales, lo que les acarrea muchos conflictos legales (Blackburn, 1994; Glick, 2003). El entrenamiento en habilidades sociales se ha empleado con delincuentes juveniles y adultos para enseñar muy diversas competencias (Ross y Fabiano, 1985; Garrido, 1993): desarrollar sus habilidades conversacionales, favorecer su “introversión” y reflexión, aumentar su autoestima, sus habilidades de comunicación, su capacidad para expresar asertividad, para el afrontamiento de situaciones de riesgo, y sus habilidades de interacción con figuras de autoridad.

El *entrenamiento en habilidades sociales* suele aplicarse a partir de los siguientes pasos (Caballo,



1998; Garrido, 1993; Gil y García Sáiz, 2004; Redondo, 2008a):

1. *Instrucciones*: se informa a los individuos sobre la habilidad específica que se les va a enseñar (iniciar una conversación, pedir una cita o proponer una relación, etcétera) y acerca de los pasos necesarios para llevar a cabo dicha habilidad.
2. *Modelado*: un 'modelo' (el terapeuta u otra persona del grupo) muestra a los 'aprendices' (los participantes en el tratamiento) los aspectos más relevantes de la habilidad que se entrena.
3. *Ensayo de conducta*: el sujeto reproduce la conducta mostrada, yendo desde habilidades muy sencillas y fácilmente imitables (por ejemplo, saludar a otra persona, iniciar una conversación) a otras más elaboradas (por ejemplo, pedir una relación amorosa, manifestar asertivamente una queja...), de modo que se favorezca un creciente aprendizaje a la vez que la generalización de lo aprendido a las rutinas de la vida diaria.
4. *Reforzamiento positivo y retroalimentación* (generalmente mediante el realce y la alabanza por parte del terapeuta) de los logros de los sujetos en su imitación y la paulatina mejora de cada habilidad enseñada, sugiriéndoles la manera de resolver las dificultades y fallos que puedan presentarse.
5. *Práctica de las habilidades en situaciones reales*, llevando a cabo auto-registros de las situaciones experimentadas y de las propias conductas, anotaciones que luego serán comentadas en el contexto de la terapia. Es obvia la limitación existente para desarrollar este último paso en los casos de cumplimiento de medida en régimen cerrado.

Un aspecto muy importante del trabajo con infractores es que el *entrenamiento en habilidades sociales* no debería limitarse a enseñarles la mera mecánica de las conductas sino también las competencias cognitivas, actitudinales y valorativas que deben acompañar a cada comportamiento. Una estrategia específica propuesta por Marshall y sus colaboradores para mejorar las habilidades interpersonales y reducir el aislamiento de los agresores sexuales (Marshall, Bryce, Hudson, Ward y Moth, 1996) es entrenarles para que sean capaces de identificar aquellas estrategias de relación y apego a otras personas que resultan pobres y superficiales, y ayudarles a explorar modos de relación afectiva más apropiados y plenos.

4.3.2. **Objetivos**

1. Reflexionar acerca de la necesidad que todas las personas tienen de querer y ser queridas, y de expresar a otros y de recibir de otros la manifestación de sus sentimientos de afecto.
2. Desarrollar nuevas habilidades de expresión de emociones y afectos personales.
3. Específicamente, mejorar su competencia para la manifestación de deseos afectivos y sexuales a otra persona.



4.4. APRENDE A NO DISTORSIONAR Y JUSTIFICAR EL ABUSO

4.4.1. Fundamento teórico

Hace más de tres décadas que se constató la relevancia de intervenir sobre la cognición de los infractores y delincuentes. Ello sucedió especialmente a partir de la observación de Ross y sus colaboradores (Ross y Fabiano, 1985; Ross, Fabiano y Garrido, 1990) de que los programas de tratamiento más efectivos realizados en años precedentes habían sido aquéllos que incluían componentes dirigidos a cambiar el modo de pensamiento de los sujetos.

Para modificar el modo de pensar de los infractores se han empleado distintas técnicas psicológicas. La más utilizada ha sido la *reestructuración cognitiva*, que parte de la consideración de que muchos trastornos psicológicos y de conducta son el resultado de automatizaciones sesgadas o irrealistas en el procesamiento de la información; algunos pensamientos automáticos pueden acabar convirtiéndose en firmes ‘distorsiones cognitivas’ o patrones erróneos de interpretación de las interacciones sociales (percibiéndolas como amenazantes, provocadoras, etcétera) (Beck, 2000; Carrasco, 2004; Méndez, Olivares y Moreno, 2005), algo muy frecuente en los delincuentes.

Existen también múltiples distorsiones cognitivas y justificaciones que pueden amparar las conductas de abuso y de agresión sexual. Pollock y Hashmall (citados por Murray, 2000) evaluaron una muestra de 86 agresores sexuales de niños en la ciudad de Toronto, e identificaron en ellos hasta 250 justificaciones distintas del comportamiento de abuso. Las agruparon en varias categorías temáticas. Las dos categorías en las que pudo incluirse un mayor número de distorsiones fueron las siguientes: considerar que la propia víctima había iniciado la actividad sexual (o bien que había consentido realizarla), y aducir que la conducta realizada era debida a la carencia de contactos sexuales habituales o a la intoxicación éflica. Ward (2000) considera que las distorsiones cognitivas funcionarían en los agresores sexuales como una especie de “teorías implícitas”, explicativas y predictivas del comportamiento, hábitos y deseos de sus víctimas. Así, un agresor podría considerar que cuando una niña pregunta acerca de algún comportamiento sexual que ha observado en la televisión, está ‘lanzando el mensaje’ de que le gustaría llevar a cabo dicho comportamiento, lo que podría ‘justificar’ la propia conducta de acariciarla sexualmente.

Mediante la técnica de reestructuración cognitiva puede ayudarse a los sujetos a ‘caer en la cuenta’ de que sus distorsiones cognitivas guardan una estrecha relación con sus conductas infractoras; y a partir de ello se estaría facilitando que puedan reorganizar más racionalmente su pensamiento y su conducta.

También se ha empleado, para incidir en el pensamiento de los infractores, el denominado “programa de solución cognitiva de problemas interpersonales”; en él se entrena a los sujetos para que sean capaces de reconocer y definir los problemas interpersonales, identificar los sentimientos vinculados a ellos, y aprender a generar soluciones innovadoras (diferentes de las que han venido utilizando habitualmente), soluciones que deben tomar en cuenta las diversas consecuencias que se asocian a las distintas opciones de conducta (Redondo, 2008a).

Otras actuaciones a este respecto han sido las técnicas de *autocontrol*, cuya base es el entrenamiento en *auto-instrucciones* (o uso de lenguaje interno) con la finalidad de orientar la propia conducta. A través



del autocontrol se enseña a los individuos a definir convenientemente la tarea a la que se enfrentan, a dirigir la atención a dicha tarea, a resolver los errores que se puedan cometer, y a autoevaluarse y autorreforzarse por sus logros y mejoras (Díaz, Comeche y Vallejo, 2004; Olivares, Méndez y Lozano, 2005).

Asimismo, se han empleado técnicas de desarrollo moral, orientadas a ayudar a los participantes en el programa a “crecer” moralmente. Kohlberg considera que las personas evolucionan, con su desarrollo y maduración, a través de diversos estadios de moralidad, en los que las decisiones de conducta toman en cuenta diferentes tipos de consecuencias (Palmer, 2003, 2005; Redondo, 2008a). En los primeros estadios las decisiones de comportamiento se basan esencialmente en recompensas tangibles e inmediatas para uno mismo y en la evitación del castigo; mientras que en estadios superiores se fundamentarían en consecuencias demoradas y en valores altruistas. Se interpreta que muchos infractores se han estabilizado en los primeros estadios de desarrollo moral (Rich, 2009).

Por ello, estas técnicas se orientan a ayudar a los individuos a avanzar hacia estadios morales superiores. Con esta finalidad, se confronta a los sujetos, mediante actividades de discusión grupal, a posibles dilemas morales, en el sentido de situaciones reales o imaginarias en que entran en conflicto distintas opciones de conducta, todas las cuales tienen sus pros y sus contras. Esta técnica facilita que los sujetos piensen acerca de un dilema y deban tomar partido inicialmente por una solución, pero que a continuación conozcan otras posibles soluciones arbitradas por sus compañeros, así como los argumentos que ellos tienen para formularlas. Lo habitual es que los participantes en un tratamiento completen la información y la reflexión que inicialmente hicieron y puedan, de ese modo, mejorar sus propias elecciones de conducta.

Mediante todas estas técnicas se ha trabajado con infractores sobre todo en relación con sus distorsiones cognitivas, pero también acerca de aspectos que son objetivos de este programa tales como el desarrollo de su empatía con las víctimas, la mejora de su capacidad de relación personal, la disminución de sus actitudes y preferencias sexuales hacia la agresión o hacia los niños, y la prevención de recaídas.

4.4.2. **Objetivos**

1. Aprender a identificar aquellos pensamientos que los participantes tienen o aquellas afirmaciones que realizan (sobre el sexo, las chicas, los chicos, el amor, sobre otras personas, etcétera), para luego debatir cuáles son correctos o incorrectos, lógicos e ilógicos; y aprender a detectar indicios de veracidad y de incoherencia de tales pensamientos y afirmaciones.
2. Practicar la detección de distorsiones y pensamientos erróneos (sobre género y roles de las mujeres, estereotipos sexistas, sobre la conducta y el desarrollo psicosexual de los niños, acerca del uso de la violencia para conseguir cosas, etcétera).
3. Aprender a reconocer cómo determinados pensamientos y emociones, y las elecciones de conducta a que ellos se asocian, producen ciertos resultados o consecuencias.
4. Ponderar en qué grado los sujetos se sienten responsables de sus conductas, a partir de una escala graduada de auto-atribución de responsabilidad que puede elaborarse al efecto. Se



debería comenzar por presentar conductas neutras y, después, comportamientos sexuales infractores. A partir de ello podrán identificarse más fácilmente justificaciones y atribuciones externas que los individuos realizan acerca de la responsabilidad de dichas conductas.

4.5. **AUTOCONTROL EMOCIONAL PARA EVITAR CONFLICTOS**

4.5.1. **Fundamento teórico**

El presupuesto de partida de las técnicas de regulación emocional con infractores sexuales juveniles es que muchos de los comportamientos de abuso o agresión sexual pueden precipitarse como resultado de emociones extremas (tensión, ira, deseo de venganza...) debidas a la dificultad de los sujetos para el manejo apropiado de situaciones conflictivas (Agnew, 2006; Andrews y Bonta, 2006; Tittle, 2006). En todos estos supuestos están implicadas tanto la *carencia de habilidades* como las *interpretaciones inadecuadas* de las interacciones sociales (por ejemplo, atribuyendo mala intención a la otra persona) y, finalmente, una *exasperación emotiva* que puede implicar el enfurecimiento y una posible agresión.

En función de lo anterior, las técnicas psicológicas para regular las emociones de los individuos, y enseñarles cómo controlar sus posibles explosiones iracundas, han consistido en entrenar a los sujetos en una o más de las facetas del comportamiento implicadas en la agresión (Novaco y Renwick, 1998; Novaco, Ramm y Black, 2001). Es decir, en dotarles de mejores habilidades fácticas para enfrentarse eficazmente a las situaciones de conflicto, enseñarles a arbitrar nuevas y más benignas interpretaciones del comportamiento de otras personas, y enseñarles a controlar sus estados de tensión y ansiedad.

4.5.2. **Objetivos**

1. Comprender la conexión existente entre ira/enfado crónico y las conductas agresivas (y sus posibles agresiones sexuales).
2. Desarrollar estrategias para controlar la ira.
3. Fomentar la capacidad asertiva en menores que, aunque no tienen especiales problemas de ira, han abusado sexualmente de sus víctimas.
4. Desarrollar habilidades sociales para expresar el enfado de forma adecuada, y para ser asertivos (es decir, para manifestar abiertamente sus quejas y deseos a otras personas pero de forma no agresiva).
5. Aprender a detectar los precursores situacionales y fisiológicos que anteceden a sus respuestas coléricas.
6. Capacitar a los menores, mediante role-playing de situaciones de discusión, para generar alternativas asertivas a la ira.
7. Debatir acerca de las similitudes y diferencias que puede haber entre aguantarse, negociar o agredir en situaciones específicas de conflicto.



8. Aprender a relajarse mediante “Entrenamiento en relajación”.

4.6. SENTIR SOLIDARIDAD Y EMPATÍA CON LAS VÍCTIMAS

4.6.1. Fundamento teórico

Muchos delitos se cometen en ausencia o por insuficiencia de emociones tales como la compasión con el sufrimiento ajeno, la solidaridad y el altruismo. Estas emociones altruistas y compasivas se han aunado bajo la denominación de *empatía*, en cuanto a aquella capacidad de las personas para ‘sentir con’ otra persona (Echeburúa et al., 2002), siendo solidario con su posible sufrimiento, y para acomodar la propia conducta en coherencia con esos sentimientos positivos.

Específicamente la investigación ha puesto de relieve que la empatía tiene una gran importancia tanto para la explicación de la conducta sexual desviada como para el tratamiento psicológico de la misma.

Se sabe que los abusadores y agresores sexuales no carecen de empatía hacia otras personas en general, sino que más bien estarían faltos de ella por lo que concierne a sus propias víctimas (Fernandez, Marshall, Lightbody y O’Sullivan, 1999). Ello parece deberse a su incapacidad para reconocer el daño que han causado. Por esto un objetivo del tratamiento es sensibilizarlos sobre el dolor que las víctimas experimentan como resultado de la agresión. En un estudio de Martínez, Redondo, Pérez y García-Forero (2008) se exploraron las posibles relaciones entre empatía y agresión sexual, así como los posibles efectos beneficiosos que puede tener el tratamiento psicológico en la mejora de la empatía. Los violadores que recibieron tratamiento aumentaron su empatía por encima de los grupos de delincuentes no-sexuales y de violadores no-tratados.

4.6.2. Objetivos

1. Conocer los efectos generales que producen el uso de la fuerza y la agresión sobre las personas.
2. Conocer las consecuencias del uso de la fuerza y la violencia específicamente sobre niñas y niños, y sobre chicas y chicos jóvenes.
3. Educar a los sujetos acerca de los efectos de la agresión sobre las víctimas secundarias (padres, hermanos, parejas, etcétera).
4. Enseñar cómo haber sufrido violencia puede convertirse en un factor de riesgo para que esa misma persona agrede a otras en el futuro.
5. Reflexionar sobre las emociones, pensamientos y comportamientos de las víctimas en relación con las agresiones que han experimentado.
6. Recordar y describir vivencias personales de victimización haciendo especial énfasis en los sentimientos y consecuencias asociados. Hacer posibles analogías con víctimas de agresión sexual.



4.7. PREPÁRATE PARA PREVENIR QUE LOS ABUSOS PUEDAN REPETIRSE

4.7.1. Fundamento teórico

Un problema importante del tratamiento de los infractores y delincuentes juveniles es la dificultad existente para que los logros obtenidos en un programa acaben consolidándose y transfiriéndose a su vida social cotidiana. Para el caso específico de algunos infractores y agresores sexuales se considera que la repetición delictiva podría funcionar de manera semejante a las recaídas en las conductas adictivas, de forma que en ciertas circunstancias acabaría precipitándose como si resultara inevitable (McMurrin, 2002). En la actualidad se valora que la anticipación y prevención de las reincidencias debe constituir un objetivo proactivo del propio tratamiento, por encima de limitarse a esperar que la prevención acontezca de un modo natural, algo que no siempre sucede (Milan y Mitchell, 1998; Redondo, 2008a).

Por lo que se refiere al tratamiento de infractores sexuales, el fracaso en los procesos de generalización y mantenimiento de la conducta prosocial puede tener consecuencias dramáticas, produciendo nuevas víctimas y otros múltiples daños sociales.

Se han desarrollado técnicas específicas para reducir el riesgo de reincidencia de los infractores y delincuentes que siguen un programa de tratamiento. Éstas se han concretado en estrategias de dos tipos: técnicas de *generalización y mantenimiento* del comportamiento, y estrategias de *prevención de recaídas*. Las primeras utilizan los principios generales del aprendizaje, tales como la demora paulatina de los refuerzos con que se gratifica a los individuos por sus mejoras, y el entrenamiento de los sujetos en situaciones cada vez más parecidas a la vida social real (Milan y Mitchell, 1998). Las técnicas de *prevención de recaídas* enseñan a los jóvenes, paso a paso, cuáles son los principales factores personales y sociales que pueden ponerles en riesgo de volver a cometer un delito y qué controles pueden utilizar para contrarrestarlos, del modo siguiente (Laws, 1989, 2001; Pithers, 1990):

1. El individuo debe adquirir conciencia de que, antes o después, aparecerán situaciones de riesgo asociadas a su conducta infractora (consumo de drogas, momentos y situaciones de cercanía con niños, amistades facilitadoras de comportamientos de agresión sexual).
2. El sujeto es prevenido acerca de que ante estas situaciones es frecuente que se tomen *decisiones aparentemente irrelevantes*. Se entiende por tales ciertos cursos de acción que, aunque a primera vista podrían parecer inocuos a efectos de un delito sexual (quedar con ciertos amigos, dar un paseo por un parque, comprar pornografía adulta, consumir alcohol...), sin embargo en realidad le estarían acercando a posibles situaciones de riesgo. Contrariamente a lo anterior, el sujeto debe aprender a tomar otras opciones de conducta, más normalizadas y adaptativas, que no le aproximen a la recaída o reincidencia en el delito.
3. No obstante, incluso si ha tomado ya una *decisión aparentemente irrelevante*, que le pone en mayor riesgo, ello no significa que todo esté perdido y que necesariamente deba verse abocado a reincidir; aún puede emitir *respuestas adaptativas de afrontamiento*, que le alejen de la situación y de la probabilidad de recaída.
4. Por último, el sujeto debe aprender que según qué opción de las dos anteriores tome, experimentará un sentimiento o bien de *ruptura de la abstinencia* o bien de *mantenimiento*



de la abstinencia; el primero podría desanimarle y contribuir a aumentar su riesgo de recaída mientras que el segundo fortalecería su abstinencia delictiva.

Un constructo relevante en este marco es el de *cadena cognitivo-conductual*, que es la secuencia de respuestas, tanto de pensamiento como de comportamiento y emocionales, que puede conducir al individuo, a modo de peldaños ascendentes, hacia una cada vez más probable recaída en el delito.

4.7.2. **Objetivos**

1. Promover, de manera anticipada y proactiva, la generalización y el mantenimiento de las mejoras y logros obtenidos durante el tratamiento.
2. Enseñar a los sujetos a identificar en sí mismos (estados afectivos, consumo de alcohol o drogas...) y en el ambiente social (ocio desestructurado, encuentro con posibles víctimas, riñas o disputas con otros...) posibles factores facilitadores o precipitantes de conductas antisociales.
3. Entrenarles para ser capaces de analizar su propia conducta y los problemas que pueden aparecer en diversas situaciones personales y sociales, así como para tomar en consideración diferentes alternativas de acción que pueden llevar a distintos resultados (unos prosociales y otros delictivos).
4. Entrenarles en estrategias de afrontamiento más efectivas para prevenir las conductas infractoras y delictivas.



5.

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

El propósito fundamental de la evaluación de un tratamiento es comprobar si es o no efectivo. Desde esta perspectiva, los tratamientos de los delincuentes tienen por objetivo lograr cambios en su comportamiento y en otras variables cognitivas y emocionales concomitantes con el comportamiento delictivo. Traducido lo anterior a parámetros de evaluación, la aplicación de un tratamiento implica la manipulación de ciertas *variables* (independientes), que son los ingredientes que integran el programa, a la vez que se miden los cambios que se producen en las *variables resultado* (o dependientes), que son los efectos positivos esperados del tratamiento (Borkovev y Miranda, 1996; Smith, 1999). Con esta finalidad, pueden tomarse medidas en tres momentos distintos (Echeburúa, 1993; Israel y Hong, 2006): *durante* el tratamiento (para conocer si éste se está aplicando adecuadamente y si está funcionando), evaluación *final* (para saber si los objetivos propuestos se han conseguido), y evaluación *durante el seguimiento* (para averiguar si los logros se han generalizado y se mantienen).

El resultado último de un tratamiento de infractores es que éstos no reincidan en el delito, lo que lleva a la necesidad de, a la postre, medir la reincidencia delictiva, para conocer las tasas antes y después del tratamiento. Sin embargo debe ponerse de relieve que la medida de la reincidencia presenta distintas dificultades metodológicas y prácticas: la cuestión de la *validez*, en cuanto a las dudas que siempre caben acerca de que la medida de reincidencia tomada –nuevas detenciones policiales del individuo, nuevos procedimientos judiciales, internamientos...- dé cuenta de un modo veraz de la magnitud real de comisión de nuevos delitos; el problema de la *fiabilidad*, o la dificultad para que diferentes mediciones de la reincidencia (en diferentes momentos y circunstancias) den lugar a resultados semejantes; la necesidad de un *seguimiento prolongado*, ya que la reincidencia puede producirse pronto o pasado algún tiempo; y la probable insensibilidad de la variable reincidencia como medida positiva de *reintegración social* de un sujeto (es decir, el hecho de que se conozca/desconozca si un sujeto ha cometido un nuevo delito, no niega ni afirma con rotundidad que verdaderamente se haya integrado en la sociedad, y lleve una vida prosocial).

Por todo lo anterior, la evaluación adecuada de un programa de tratamiento requerirá el empleo de diversas medidas de eficacia que, además de la reincidencia, incluyan la valoración de posibles mejoras psicológicas y de comportamiento relevantes para los objetivos del programa: cambios de actitudes, erradicación de distorsiones cognitivas que amparan el delito, mejora de la empatía, progresos educativos, control de posibles adicciones, aumento de la competencia psicosocial, etcétera. Para ello podría resultar conveniente el diseño o la adaptación de escalas psicológicas para la medida del cambio terapéutico, al modo en que se ha hecho para la evaluación del tratamiento de los delincuentes sexuales adultos mediante el diseño de la *Escala de Evaluación Psicológica de la Agresión Sexual-EPAS* (Redondo, Martínez y Pérez, 2005). También sería apropiado evaluar la satisfacción de los sujetos con el tratamiento.

Un aspecto importante de la evaluación de un programa de tratamiento es la elección de un diseño de



evaluación adecuado. Diseño de evaluación hace referencia al sistema de recogida y ordenación de los datos obtenidos, de modo que se garantice el máximo control posible de las variables implicadas, y que los 'efectos' obtenidos (las mejoras terapéuticas) puedan atribuirse con 'certeza' científica a los factores manipulados (el tratamiento) (Redondo, 2008a). En teoría, para evaluar un tratamiento pueden usarse dos tipos principales de diseños: 1) los diseños *intersujetos* (o *intergrupos*), que evalúan la eficacia de un tratamiento a partir de comparar entre sí dos (o más) grupos distintos, uno de los cuales recibe tratamiento y el otro no; y 2) los diseños *intrasujetos*, que evalúan a los mismos individuos (grupo de tratamiento) en distintos periodos temporales, habitualmente antes y después del tratamiento.

Para la evaluación de este programa se recomienda emplear idealmente una estrategia mixta, de combinación de ambos diseños: es decir, constituir dos grupos de infractores, uno de tratamiento y otro de control –a partir de sujetos en lista de espera o, si ello no es posible, de infractores no sexuales-; y evaluar a todos los sujetos, de ambos grupos (tratamiento y control), en dos momentos distintos: antes y después de la intervención realizada con el grupo de tratamiento.





II

Programa de Educación y Tratamiento



El desarrollo de las actividades educativas de este programa ha comportado un proceso laborioso, que ha incluido la consulta y el estudio de otros programas de educación para jóvenes y de múltiples materiales sobre tratamiento de la agresión sexual, la ideación y diseño de las propias actividades educativas, y el debate crítico constante de dichas actividades tanto entre los propios autores como con responsables y técnicos de la Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor.

Entre los materiales consultados han sido especialmente relevantes los siguientes:

Alonso-Gancedo, L., y Iriarte Redín, C. (2005). *Programa educativo de crecimiento emocional y moral: PECEMO*. Archidona (Málaga): Ed. Aljibe.

Budrionis, R., y Jongsma, A. E. (2003). *The sexual abuse victim and sexual offender: Treatment Planner*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.

Burns, R. (2007). The future of delinquency prevention and treatment. En McShane, M.D. y Williams, F.P. (Eds.), *Youth violence and delinquency: Monsters and myths. Volume 3: Juvenile treatment and crime prevention*. Westport, CT, US: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.

Brown, S. (2005). *Treating sex offenders*. Collompton, Devon (Reino Unido) Willan Publishing.

Caballero Mariscal, M. A. (2007). *Técnicas y actividades para trabajar con menores en situación de riesgo*. Granada: Grupo Editorial Universitario.

Canto Ortiz, J. M. (2008). *Dinámica de grupos y autoconciencia emocional*. Málaga: Ed. Aljibe.

Echeburúa, E., y Redondo, S. (2010). *¿Por qué víctima es femenio y agresor masculino? La violencia contra la pareja y las agresiones sexuales*. Madrid: Ed. Pirámide.

Galve, S. (2008). *Amor y sexualidad. Materiales pedagógicos para preadolescentes*. Madrid: Ed. CCS Editorial

Garaigordobil, M. (2008). *Intervención psicológica con adolescentes. Un programa para el desarrollo de la personalidad y la educación en derechos humanos*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Garrido, V., y Beneyto, M. J. (1996). *El control de la agresión sexual. Un programa de tratamiento para delincuentes sexuales en prisión y en la comunidad*. Valencia: Ed. Cristobal Serrano Villalba.

Giommi, R. (1998). *Programa de educación sexual, 15-18 años*. León: Everest.

Inglés Saura, C. J. (2003). *Enseñanza de habilidades interpersonales para adolescentes. Programa PEHIA*. Madrid: Pirámide.

Lameiras, M. (2004). *Programa coeducativo de desarrollo psicoafectivo y sexual*. Madrid: Pirámide.

Loizaga Latorre, F. (2008). *Nuevas técnicas didácticas en educación sexual*. Madrid: McGraw-Hill.

Magaz, A., y Gandarias, A. (Coord.) (2001). *AVANCEMOS. Programa de entrenamiento de habilidades*. Barcelona: Grupo Albor-Cohs.

Moradillo, F. (2008). *Adolescentes y educación para la convivencia*. Madrid: Ed. CCS.

Redondo, S. (2002). *Delincuencia sexual y sociedad*. Barcelona: Ed. Ariel.

Redondo, S. (2008). *Manual para el tratamiento psicológico de los agresores sexuales*. Madrid: Ed. Pirámide.



Segura Morales, M. (2007). *Jóvenes y adultos con problemas de conducta: desarrollo de competencias sociales*. Madrid: Ed. Narcea.

Sorribas, L. (2008). *Intervención con las familias y atención a menores en riesgo social*. Barcelona: Altamar.

Varios autores (2001). *Educación emocional: programa de actividades para ESO*. Barcelona: Cisspraxis.

Varios autores (2005). *La convivencia sin violencia*. Sevilla: Ed. Mad.



MÓDULO I

**Alfianzando tu
autoestima puedes
mejorarte a ti
mismo**



MÓDULO I. INTRODUCCIÓN

AFIANZANDO TU AUTOESTIMA PUEDES MEJORARTE A TI MISMO

Como se ha comentado la autoestima se refiere a la percepción valorativa que tiene una persona acerca de sí misma y de su conducta, al grado en que está más o menos satisfecha de cómo es. Una autoestima de razonable a elevada se asocia a personas emprendedoras y que se proponen nuevas metas en su vida, mientras que una autoestima baja se vincula a un cierto desánimo e inhibición conductual, a un cierto abandono de uno mismo. El nivel de autoestima que una persona posee guarda también relación con el éxito que ha tenido en sus iniciativas y en los proyectos que ha emprendido, en cómo le ha ido su vida.

La investigación ha puesto de relieve que muchas personas con problemas de conducta suelen presentar una autoestima baja, siendo especialmente así en el caso de los abusadores y agresores sexuales (Marshall, Champagne, Sturgeon y Bryce, 1997). La comisión de un delito sexual, y su correspondiente procesamiento y condena, se asocian por lo común a una devaluación importante de la propia imagen y a una bajada de la autoestima. Existe riesgo de que ello se traduzca en un notable desánimo respecto del futuro y de las propias capacidades y posibilidades para manejarlo. Por esta razón el programa incorpora al principio un módulo para el desarrollo de la autoestima, con el objetivo de facilitar que el individuo adquiera un autoconcepto más positivo que le ayude a mejorar sus habilidades personales y sociales.

Como resulta obvio, no podemos entender la baja autoestima como un único factor causal de la delincuencia sexual en jóvenes, pero sin duda es un aspecto que aumentaría la vulnerabilidad y podríamos valorar como predisponente hacia el desarrollo de estas conductas, siendo necesario, claro está, la aparición o influencia de muchos otros factores para que el delito se lleve a cabo.

La baja autoestima facilitará en muchos casos el aislamiento social, la aparición o consolidación de determinadas distorsiones cognitivas asociadas a la conducta abusiva e incluso el desarrollo de sentimientos negativos de corte agresivo derivados del sentimiento de propia incapacidad para obtener determinadas gratificaciones, factores todos ellos de gran importancia en la aparición y desarrollo de la conducta de abuso o agresión sexual.

El desarrollo de un adecuado autoconcepto permitirá al menor ajustar el mismo en diferentes áreas, no sólo en la afectivo-sexual. Este ajuste puede venir derivado por deficiencias en la autopercepción, tanto positivas como negativas. Es decir, nos encontraremos con menores con un perfil más habitual de pobre autoconcepto, pero también con otros que pueden presentar una autoestima inflada e inestable, siendo necesario resituar al menor en sus características y capacidades reales.

A través de las intervenciones planteadas se tratará además de crear un clima que facilite y, sobre todo, motive a los sujetos para entender que tienen la capacidad de cambio, animándoles y apoyándoles en este proceso. Resulta importante en este sentido el cambio de perspectiva sobre sí mismos,



descartando su propia caracterización como “violador” o “agresor sexual”, aspecto que socialmente conlleva al etiquetado de inmodificabilidad (Price-Jones y Barrowcliff, 2010), lo que puede ser asumido por los menores, dificultando así la intervención y la motivación hacia el cambio. Esta modificación de su propia calificación peyorativa hacia una responsabilización sobre los hechos protagonizados como autores de un delito contra la libertad sexual puede facilitar un posicionamiento más asociado a la culpa y alejado de la vergüenza, sentimiento que dificultaría muy posiblemente la intervención como han demostrado diversas investigaciones (Bumby, Langton y Marshall, 1999).

Dentro de esta capacidad para el cambio y la mejora del autoconcepto se incluye el hecho de que los menores mejoren ciertas habilidades y capacidades básicas en su desarrollo socio-educativo y personal. Debemos posibilitar una mejora en su nivel formativo, educacional, de relación, etc. de modo que el propio menor se sienta más capacitado para abordar determinadas situaciones sociales.

El que la intervención sobre la autoestima sea la que abre el programa es también debido a los beneficios que supondrían la mejora de su autoconcepto y su autoeficacia a la hora de trabajar en el resto de los contenidos del programa. Pero resulta necesario remarcar que la intervención sobre la autoestima debe estar presente de algún modo a lo largo de todo el programa, haciendo consciente al menor de sus capacidades para el cambio, y con el objetivo de que los jóvenes no pierdan la motivación de cara a la prevención de recaídas en nuevos comportamientos infractores.



MÓDULO I. ACTIVIDAD 1

¿Cómo soy? ¿Cómo me ven los demás?

OBJETIVO:

Fomentar un autoconcepto más ajustado en los jóvenes participantes en este programa a través de una mejora de la imagen de sí mismos y de la opinión que tienen los demás de ellos.

MATERIALES:

- Cuestionario de autoconcepto

DESARROLLO:

1. Se pide a cada sujeto que complete el Cuestionario de autoconcepto, que se anexa a continuación, sin incluir ninguna identificación personal.
2. El terapeuta recoge los cuestionarios y va leyendo de forma aleatoria y sucesiva las distintas definiciones dadas de autoconcepto.
3. Una vez que ha leído la definición de un cuestionario, se pide a los sujetos que den su opinión acerca de cómo podría esa persona mejorar las características incluidas en su propia definición de autoconcepto. Y así con cada una de las restantes definiciones.
4. En una segunda fase, el terapeuta reparte al grupo nuevos cuestionarios de autoconcepto en blanco, cada uno de ellos con el nombre de un participante para que un compañero, de forma anónima, puntúe cómo percibe él a esa persona.
5. Se recogen estos cuestionarios y se lee sucesivamente en voz alta el resultado (es decir, la opinión de un compañero) para cada participante. En cada caso se debate en grupo si el autoconcepto formulado por el compañero se ajusta o no a la persona en cuestión y por qué.
6. El terapeuta va resumiendo las aportaciones de cada uno de los sujetos.

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

El terapeuta sintetiza la sesión, tomando en cuenta las intervenciones que realicen los propios sujetos, haciendo énfasis en los siguientes aspectos:



- Cómo afecta el autoconcepto que tenemos de nosotros mismos a nuestra manera de pensar y actuar.
- La incidencia que tiene la percepción de los demás sobre nosotros.
- Cómo mejorando el autoconcepto desarrollamos la autoestima.
- Finaliza la sesión resaltando lo relevante que es ser conscientes de la forma en que nos ven los demás y de cómo nos percibimos a nosotros mismos.

► **Anexo I.**

Cuestionario de autoconcepto. (Ficha para el alumno en página 238)

Puntúa de 0 a 10, en función de tu forma de ser (o la forma de ser de tu compañero), cada una de las características que se presentan a continuación. Si es necesario añade nuevas características en las filas en blanco que representen tu manera de ser (o la de tu compañero) y vuelve a puntuarte (o a puntuarle) de 0 a 10.

Yo soy (o él es)...

1. Deportista	_____
2. Buen estudiante	_____
3. Buen amigo	_____
4. Caigo bien a la gente	_____
5. Tengo muchos amigos	_____
6. Los profesores me aprecian	_____
7. Mis padres confían en mí	_____
8.	_____
9.	_____
10.	_____
11.	_____
12.	_____
13.	_____
14.	_____
15.	_____



MÓDULO I. ACTIVIDAD 2

Lo que me gusta de mí

OBJETIVO:

Incrementar la autoestima resaltando los aspectos más positivos de cada sujeto (tanto físicos como en el modo de ser).

MATERIALES:

- Pizarra y Cuaderno personal de terapia.

DESARROLLO:

1. El terapeuta explica los diferentes aspectos (físicos, psicológicos, capacidades, de conducta, etcétera) que son relevantes en una persona.
2. Según lo anteriormente presentado, se pide a los sujetos que cada uno de ellos escriba en su cuaderno de terapia los aspectos de sí mismo que más valora.
3. Cuando todos hayan terminado, sucesivamente cada sujeto leerá lo que ha escrito sobre sí mismo, y se pedirá al resto del grupo que ratifique (o no) los elementos señalados por el individuo, pudiendo sugerir otros aspectos positivos de cada sujeto que no hayan sido puestos de relieve por él mismo.
4. El terapeuta recoge en la pizarra los aspectos más destacados de cada uno de los sujetos, tanto los presentados inicialmente por el propio sujeto como los sugeridos después por sus compañeros.
5. Se pide a cada joven, y al grupo en su conjunto, que identifiquen qué características de las señaladas por las distintas personas pueden ser importantes para que un chico o una chica resulten atractivos afectiva y sexualmente.

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

El terapeuta refuerza los elementos positivos que se han sugerido para cada uno de los sujetos y hace especial hincapié en:

- La necesidad de ser autocríticos, aunque de modo constructivo, para ayudar a la propia



superación y mejora personal.

- Lo importante que es también que cada uno de nosotros destaque los aspectos positivos de los demás y se los recuerde de vez en cuando. Las personas también necesitamos que otros realcen nuestras características más positivas.
- La necesidad que todos tenemos de sentirnos bien con nosotros mismos.



MÓDULO I. ACTIVIDAD 3

Quiero cambiar

OBJETIVO:

Favorecer la reflexión sobre las ventajas e inconvenientes de llevar a cabo determinadas conductas o mantener ciertos hábitos. Así como las ventajas personales que pueden derivarse de cambiar determinadas conductas y hábitos. Por ejemplo, reducir los conflictos con otras personas, mejorar el aseo personal y el aspecto físico, la limpieza y orden de la habitación, mejorar la relación con la familia, con los compañeros, etcétera.

MATERIALES:

- Cuaderno personal de terapia.

DESARROLLO:

1. Se pide a cada sujeto que elija, y mencione en voz alta, 2 comportamientos o hábitos propios, uno que quiera mantener y mejorar, y otro que desee abandonar o eliminar.
2. En relación con cada uno de los comportamientos mencionados, cada sujeto debe anotar pros y contras de llevarlo a cabo.
3. Los sujetos van presentando sucesivamente sus reflexiones ante el grupo, y mediante debate abierto el grupo puede ir aportando nuevas perspectivas.
4. El terapeuta (con la colaboración del grupo) ayuda a cada sujeto a definir operativamente, anotándolo en su cuaderno de terapia, la conducta que quiere mantener o desarrollar y aquella otra que desea eliminar.
5. Se pide a cada sujeto que identifique una situación o interacción con otras personas en que podría practicar el desarrollo de la conducta que desea mejorar, y otra situación en que podría practicar el control de la conducta que desea eliminar.
6. El terapeuta (con la ayuda de algún miembro del grupo) irá sugiriendo a los sujetos cómo poner en práctica las conductas anteriores, ejemplificándolas mediante *role-playing*.
7. Los sujetos deberán anotar en un pequeño auto-registro (en su cuaderno de terapia) las prácticas de conducta que han realizado en vivo, y las traerán a la siguiente sesión.



DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

El terapeuta debe reforzar a los sujetos, realizando sus esfuerzos y progresos:

- Por sus sugerencias acerca de aquellos aspectos positivos que hacen que una conducta apropiada deba mantenerse.
- Por sus comentarios sobre los aspectos negativos que aconsejan dejar de realizar una conducta.
- Por sus reflexiones y comentarios autocríticos sobre las propias conductas y elecciones.
- Por sus ejecuciones prácticas, mediante *role-playing*, tanto en el contexto de la terapia como, especialmente, en situaciones reales.



MÓDULO I. ACTIVIDAD 4

Adaptarse a las nuevas situaciones

OBJETIVO:

Reflexionar y debatir acerca de los cambios que pueden haber sufrido en su vida los diferentes miembros del grupo. Poner de relieve las estrategias de afrontamiento que pueden utilizarse ante los cambios que ocurren en la vida y cuáles pueden resultar más útiles para afrontar de forma adaptativa estas situaciones.

MATERIALES:

- Relato presentado en Anexo 2 sobre un cambio de residencia.
- Otros posibles relatos elegidos por el terapeuta acerca de la vivencia de nuevas situaciones a las que alguien tiene que hacer frente.
- Relatos autobiográficos de los participantes sobre cambios y transiciones vitales.

DESARROLLO:

1. El terapeuta reparte el relato planteado para esta actividad a los participantes y se pide a un miembro del grupo que lo lea en voz alta (también puede utilizarse otro relato alternativo seleccionado por el terapeuta o autobiográfico de algún participante).
2. Se comenta entre todos cómo se sintió la protagonista, qué cosas tuvo que dejar atrás al cambiar de residencia, qué cosas consiguió en la nueva residencia, etcétera.
3. Se pide a los sujetos que piensen ahora en cambios (de escuela, de barrio, de residencia, país u otros) que han vivido ellos mismos.
4. Se reparte la hoja de trabajo anexa a esta actividad (para incorporar al Cuaderno personal de terapia) y se pide que cada uno la complete pensando en el cambio más importante experimentado en la vida.
5. El terapeuta, o un sujeto del propio grupo, va anotando en la pizarra las emociones, pensamientos, etcétera, de los distintos sujetos en relación al cambio que experimentaron.
6. Se debate en el grupo cómo afectan los cambios a las personas, qué pérdidas les suponen y



qué nuevas oportunidades pueden darles.

7. El terapeuta elabora, a partir de los relatos de los propios sujetos, las diferentes formas que han aparecido de afrontar un cambio, y cuáles de éstas pueden ser más positivas y adaptativas para el individuo (identificando cuáles de ellas probablemente no lo son).

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

El terapeuta resume la sesión, tomando en cuenta las intervenciones realizadas por los jóvenes, haciendo énfasis en los siguientes aspectos:

- Cómo afectan los cambios a la vida de las personas
- Qué estrategias podemos utilizar para afrontar positivamente dichos cambios (y cuáles pueden ser dañinas y desadaptativas)

► Anexo 2.

Relato sobre un cambio de residencia. (Ficha para el alumno en página 239)

Tenía yo 16 años y estaba en penúltimo año de secundaria, y lo peor que me podía suceder, me sucedió. Mis padres decidieron que la familia se mudaba de Tejas a Arizona. Tenía dos semanas para arreglar todos mis “asuntos” y mudarme de residencia con mis padres antes de que empezara la escuela. Tenía que dejar mi primer trabajo, a mi novio y a mi mejor amiga, y tratar de empezar una nueva vida. Despreciaba a mis padres por arruinar mi vida con este cambio de residencia.

A todo el mundo le dije que no quería vivir en Arizona y que regresaría a Tejas a la primera oportunidad. Cuando llegué a Arizona, me aseguré de que todos supieran que tenía un novio y una mejor amiga esperándome en Tejas. Estaba determinada a guardar distancia de todos; de cualquier modo me iría pronto.

Llegó el primer día de clase y me sentí muy desdichada. Sólo podía pensar en mis amigos de Tejas y en lo mucho que deseaba estar con ellos. Durante una temporada sentí que mi vida no tenía sentido. Sin embargo, con el tiempo las cosas mejoraron un poco.

Fue durante mi clase de matemáticas del segundo trimestre cuando le vi por primera vez. Era alto, pulcro y realmente bien parecido. Nunca había visto yo unos ojos azules tan hermosos como los suyos. Estaba sentado a sólo tres lugares de mí en la primera fila de la clase. Como consideraba que no tenía nada que perder, decidí hablarle.

“Hola, mi nombre es Sheila, ¿y el tuyo?”, pregunté con acento tejano.

El chico que estaba a su lado pensó que me dirigía a él.

“Mike”.

“Ah, hola, Mike”, le respondí por no ser descortés.



“¿Cómo te llamas?”, pregunté de nuevo, dirigiendo mi atención al muchacho de ojos azules. Miró hacia atrás; no creía que yo le estuviera preguntando a él su nombre. “Chris”, respondió en voz baja.

“Hola, Chris”, sonreí. Y me puse a trabajar.

Chris y yo nos hicimos amigos. Nos gustaba hablar en clase. Chris era deportista y yo estaba en la banda de música de la escuela; en secundaria, la presión de los compañeros hacía que no se mezclaran socialmente los dos grupos. Nuestros caminos se cruzaban de cuando en cuando en actividades escolares; pero en general, nuestra amistad se limitó a las cuatro paredes de la clase de matemáticas.

Chris se graduó ese año y por algún tiempo se separaron nuestros caminos. Después, un día fue a verme a la tienda del centro comercial donde trabajaba. Me gustó mucho verlo. Tomó la costumbre de visitarme en mis descansos y empezamos a hablar de nuevo. La presión de sus amigos deportistas había disminuido y nos hicimos muy buenos amigos. Mi relación con mi novio de Tejas ya no era tan importante. Sentía que mi relación con Chris crecía, que tomaba el lugar de mi relación de Tejas.

Había pasado un año desde que salí de Tejas y Arizona empezaba a parecer mi hogar. Chris fue mi acompañante en mi baile de gala cuando acabé la secundaria; fuimos tres parejas juntas, nosotros y dos de sus amigos deportistas con sus parejas. La noche de mi baile de gala cambió nuestra relación para siempre, sus amigos me aceptaron y eso hizo que Chris se sintiera mejor. Finalmente nuestra relación podía quedar al descubierto.

Chris fue una persona muy importante para mí durante esa época de mi vida tan difícil. Con el tiempo, de nuestra relación surgió un amor muy fuerte. Ahora comprendo que mis padres no mudaron a la familia a Arizona para hacerme daño, aunque en aquellos momentos eso sentí. Ahora creo firmemente que todo sucede por alguna razón. Porque si no me hubiera mudado a Arizona, jamás habría conocido a Chris.

Sheila K. Reyman

Relato extraído y adaptado de “Sopa de pollo para el alma del adolescente” de J. Canfield, M.V. Hansen y K. Kirberger



► Anexo 3.

Hoja de trabajo. (Ficha para el alumno en página 241)

MÓDULO I	Cambio experimentado en la vida
MÓDULO II	Reacciones que tuve (pensamientos, emociones y comportamientos)
MÓDULO III	Qué hice para afrontar el cambio
MÓDULO IV	Quién fue el responsable del cambio
MÓDULO V	Qué cosas dejé atrás
MÓDULO VI	Qué cosas nuevas obtuve
MÓDULO VII	Cuál es mi situación actual en relación con aquella experiencia de cambio (emociones y pensamientos)



MÓDULO I. ACTIVIDAD 5

¿Cómo me gustaría y quiero ser?

OBJETIVO:

Desarrollar el autoconcepto a partir de fomentar en los sujetos objetivos vitales y planes de futuro atractivos para ellos a la vez que realistas.

MATERIALES:

- Cuestionario de autoconcepto futuro (Anexo 4).
- Hoja de trabajo: Planes de futuro (Anexo 5).

DESARROLLO:

1. Se pide a cada sujeto que complete de forma anónima el *Cuestionario de autoconcepto futuro*, acerca de cómo le gustaría ser dentro de cinco años.
2. El terapeuta recoge los cuestionarios y lee de forma aleatoria los diferentes autoconceptos futuros planteados. Se debate en grupo sobre cómo podría conseguir cada persona llegar a ser de esa forma y las dificultades con las que se podría encontrar.
3. Se pide a los participantes que completen la hoja de trabajo sobre Planes de futuro.
4. Se recogen las hojas de trabajo y se debate en grupo la viabilidad de los objetivos planteados. Se pide a los participantes que aporten ideas o estrategias para conseguir dichos objetivos vitales.
5. El terapeuta resume las aportaciones de cada uno de los sujetos resaltando aquellos objetivos propuestos que resultan realistas y viables, y aquellas estrategias que parecen apropiadas para alcanzar dichos objetivos.

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

El terapeuta sintetiza la sesión, tomando en cuenta las intervenciones que realicen los propios sujetos, haciendo énfasis en la necesidad de tener objetivos vitales importantes acerca de cómo queremos



ser y qué queremos lograr (en relación con la familia, la pareja, nuestra educación, el trabajo, otros hobbies...), que guíen nuestra conducta a medio y largo plazo.

► **Anexo 4.**

Cuestionario de autoconcepto futuro. (Ficha para el alumno en página 242)

Puntúa de 0 a 10 cada una de las características que se presentan a continuación, según cómo te gustaría ser dentro de cinco años. Puedes añadir, en las filas en blanco, nuevas características sobre cómo te gustaría ser y puntuarlas también de 0 a 10.

Pasados cinco años yo querría ser...

1. Deportista	_____
2. Buen estudiante	_____
3. Buen amigo	_____
4. Caigo bien a la gente	_____
5. Tengo muchos amigos	_____
6. Los profesores me aprecian	_____
7. Mis padres confían en mí	_____
8.	_____
9.	_____
10.	_____
11.	_____
12.	_____
13.	_____
14.	_____
15.	_____



► Anexo 5.

Planes de futuro. (Ficha para el alumno en página 243)

Escribe a continuación cuáles son tus planes para el futuro:

1. Mis estudios...

2. Mi trabajo...

3. Mi pareja...

4. Mi familia...

5. Mis amigos...

(...)



MÓDULO II

Conocer mejor la sexualidad



MÓDULO II. INTRODUCCIÓN

CONOCER MEJOR LA SEXUALIDAD

Como ya se ha puesto de manifiesto, se pretende que los menores adquieran información y formación en educación sexual. Se entiende que muchos de los menores pueden tener escasos conocimientos sobre sexualidad pero esto no implica que no hayan tenido ya experiencias (buenas o malas), vivencias (positivas o negativas) y también hayan recibido información (acertada o no) en relación con la sexualidad. Así pues el objetivo de este módulo es ofrecer una educación sexual apropiada que parta de la realidad y diversidad de la población atendida.

Distintos modelos que durante años se han utilizado para desarrollar programas de educación sexual han provocado, dependiendo en parte de la cultura de origen o el lugar donde se desarrollen, que se mantengan actitudes inmovilistas y, en algunos casos, sexistas. Algunos autores (Graudreau, 1985; Font, 1990; López y Oroz, 1999 y López, 2005) exponen diferentes modelos de hacer educación sexual. Desde una perspectiva más tradicional, pasando por un modelo sanitario preventivo, cuyo objetivo principal es evitar los riesgos de la actividad sexual, entendiendo la sexualidad como mera ausencia de la enfermedad, sin tener como objetivo explícito el bienestar de las personas y, por último, un “Modelo Biográfico”, basado en el derecho a la diversidad de las personas, mostrando ante todo actitudes tolerantes. Sus características principales se basan en un trabajo de desarrollo autobiográfico y sus contenidos se centran en la identidad corporal, la autoestima, el trabajo de género, las habilidades sociales, las emociones y sentimientos, las relaciones afectivas y emocionales, y la información sobre métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual, implicando una perspectiva multifuncional basada en el desarrollo biopsicosocial.

A continuación, exponemos algunas pautas de trabajo que permiten que las sesiones de educación sexual se desarrollen desde una perspectiva amplia, desde el respeto y teniendo en cuenta la diversidad de las experiencias de los individuos, vivencias y sensaciones que conlleva el hecho de ser un ser sexual.

El objetivo principal de la educación sexual, como señala el sexólogo Carlos de la Cruz, es “que chicos y chicas aprendan a conocerse, aprendan a aceptarse y aprendan a expresar su erótica de forma que sean felices y se sientan satisfechos y satisfechas”. Para ello, deben quedar claras las tres dimensiones siguientes.

Sexuación: proceso que se inicia con la gestación de un ser humano y termina con su muerte. Aunque la sexuación admite infinidad de matices distintos, sólo permite dos resultados, ser hombre o mujer. Desde la primera sesión de trabajo en educación sexual, se debe transmitir a los jóvenes que tanto los hombres como las mujeres son seres únicos e irrepetibles y que su desarrollo permitirá que se acepten tal y cómo son.

Sexualidad: se trata de las experiencias y vivencias particulares, de cómo se sienten siendo hombres



o mujeres, de su forma de vivir y de entender qué es el hecho de ser personas sexuadas. Ello implica que la sexualidad cambia con el tiempo y que debe valorarse como resultado de experiencias y aprendizajes. El papel del terapeuta irá encaminado a que los menores se acepten y se respeten asumiendo esas experiencias, sin olvidar que también influyen otros aspectos relacionados con la orientación e identidad sexual de cada persona.

Erótica: se trata de la forma en que cada uno desea expresarse como hombre o mujer, donde influyen factores externos (cultura, país de origen, modelo de educación recibido y aprendido...) e internos (forma de entender las relaciones, las parejas, los sentimientos...). El papel del terapeuta aquí es que los menores comprendan que las diferentes formas de expresarse son válidas siempre y cuando se hagan desde el respeto a otras personas.

Por ello se entiende que cuando se hace educación sexual, en realidad lo que se hace es dar a conocer el Hecho Sexual Humano (HSH). La mayoría de los autores que mencionan este concepto entienden que los profesionales que hacen educación sexual han de abordar de una forma amplia cuestiones biológicas, afectivas, eróticas, interrelaciones, vivencias, modelos de pareja, etc.

El siguiente cuadro extraído del “Programa de educación sexual y prevención del VIH en acogimiento residencial” resume todo lo anterior:

RESUMEN DEL HECHO SEXUAL HUMANO (HSH)		
Sexo	Algo que se es...	Procesos de sexuación
Sexualidad	Algo que se siente	Vivencias
Erótica	Algo que se desea	Deseos
Amatoria	Algo que se hace	Conductas

En definitiva, si hacemos educación sexual no podemos hablar sólo de la reproducción o del placer, sino de personas, de sentimientos, de emociones, de miedos, de vergüenzas, de inquietudes, de necesidades, de intereses, de conductas, de deseos... de personas humanas que hemos nacido con un sexo y como consecuencia de ello tenemos que aprender a aceptarnos como tal y en el caso de los jóvenes con los que trabajamos ayudarles a entender el HSH.

Se ofrecen a continuación algunas orientaciones metodológicas que pueden ayudar a mejorar la intervención y a desarrollar un clima grupal adecuado:

- Ofrecer consignas claras. Para ello es necesario que el terapeuta tenga muy bien definidos los conceptos básicos.
- Facilitar la búsqueda de respuestas a cuestiones e inquietudes planteadas por los menores.
- La educación debe ser cercana, continua y adaptada a las necesidades grupales e individuales, pero teniendo en cuenta que la intervención educativa recogida en este manual está prioritariamente dirigida al grupo y no al menor en particular, ya que este aspecto se



abordará fundamentalmente a través de terapia individual.

- Utilizar estrategias que permitan que los menores se vayan desarrollando de manera autónoma.
- Aunque la intervención esté dirigida a un grupo de varones, es importante que en el discurso aparezcan también las chicas.
- Crear un ambiente de confianza, respeto, tolerancia, y sobre todo de confidencialidad.
- La evaluación debe formar parte de cada una de las actividades.



MÓDULO II. ACTIVIDAD 1

¿Qué sabemos sobre la sexualidad humana?

OBJETIVOS:

Repasar los conceptos básicos sobre sexualidad humana (anatomía, cambios físicos y psicológicos durante la sexualidad, la reproducción, etcétera), muchos de los cuales hayan aprendido probablemente los jóvenes durante su educación. Informarles sobre aquellos conceptos o temáticas que desconozcan, y resolver las dudas que se les planteen en estas materias. El terapeuta deberá tener en cuenta la edad de los jóvenes para adaptar la actividad a su nivel de desarrollo y conocimientos generales.

MATERIALES:

- Cuaderno personal de terapia.
- Cuestionario sobre sexualidad humana (Anexo 6).
- Contenidos teóricos extraídos de diferentes recursos didácticos (Anexo 7).

DESARROLLO:

1. Repartir el Cuestionario sobre sexualidad humana (Anexo 6).
2. Informar que la actividad no pretende volver a repetir lo que ya puedan saber, sino que se van a repasar algunos conceptos y se van a resolver las dudas que puedan tener.
3. Facilitar al grupo materiales didácticos (libros, revistas, páginas web especializadas, videos, etcétera) para que los consulten y a continuación cumplimenten el cuestionario (Anexo 7).
4. Después de un máximo de 30 minutos de búsqueda de información supervisada y de responder al cuestionario, se ponen en común las respuestas y se comentan los conceptos sobre los que hayan surgido más dudas.

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

El terapeuta reflexiona con el grupo acerca de la amplia información disponible en la actualidad sobre la sexualidad y destaca los elementos más relevantes. Se retoman algunas de las dudas que aún se



podieran tener para, a continuación, evidenciar que, a pesar de toda la información disponible, es normal que haya aspectos que se desconozcan. No obstante, se incide sobre la importancia de preguntar o buscar información sobre este tema para mejorar el propio conocimiento al respecto, practicar una sexualidad responsable y satisfactoria y evitar riesgos en futuras relaciones sexuales.

► **Anexo 6.**

Cuestionario sobre sexualidad humana. (Ficha para el alumno en página 244)

SEXUALIDAD HUMANA	
1.	¿Qué significa aparato genital?
2.	¿Cuáles son las partes del aparato genital masculino?
3.	¿Cuáles son las partes del aparato genital femenino?
4.	¿Qué es la pubertad?
5.	¿Cómo cambian los chicos durante la pubertad?
6.	¿Cómo cambian las chicas durante la pubertad?
7.	¿Qué es el esperma? ¿Qué es lo que contiene?
8.	¿Qué es la menstruación?
9.	¿Qué es el Hecho Sexual Humano? (HSH)
10.	¿Qué es la Respuesta Sexual Humana (RSH)?



MÓDULO II. ACTIVIDAD 2

Sexo saludable

OBJETIVO:

Proporcionar información y facilitar la reflexión acerca de relaciones sexuales sanas y saludables.

MATERIALES:

- Cuaderno personal de terapia.
- Hoja de trabajo sobre relaciones sexuales saludables (Anexo 7)
- Mitos sobre las relaciones sexuales (Anexo 8).

DESARROLLO:

1. Se distribuye a los sujetos en pequeños grupos de trabajo.
2. Cada grupo debe trabajar durante unos treinta minutos en torno a qué es una relación sexual saludable. Para ello el terapeuta entregará la hoja del Anexo 8, donde el grupo reflejará sus reflexiones y comentarios al respecto.
3. Cada grupo expone al conjunto sus puntos de vista, criterios y argumentos.
4. Se debaten las diferentes opiniones y propuestas.
5. El terapeuta anota en la pizarra los “mitos” sobre las relaciones sexuales que puedan surgir en los comentarios de los grupos.
6. Se pide a los menores que sugieran otros ejemplos de mitos o creencias erróneas sobre las relaciones sexuales que puedan haber oído comentar a otras personas. Se abre un debate en el grupo en el que el terapeuta, con el apoyo del Anexo 8, podrá aportar más información.

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

El terapeuta refuerza los conocimientos y opiniones positivas expresadas y hace hincapié en:

- Los elementos más importantes que definen una relación sexual saludable.



- Aclara informaciones erróneas.
- Destaca las dimensiones afectivas, de cuidado y de respeto hacia el otro.
- Utiliza las estrategias educativas recomendadas para crear ante todo un clima de confianza y confidencialidad entre los menores.

► **Anexo 7.**

Hoja de trabajo sobre relaciones sexuales saludables. (Ficha para el alumno en página 246)

A continuación debes marcar en cada cuadro aquellas características que destacarías sobre las relaciones sexuales saludables.

Una relación sexual debe iniciarse cuando...	Una relación sexual debe finalizar cuando...
<p>La chica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es... • Tiene... • Está... 	<p>El chico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es... • Tiene... • Está...
Una relación sexual es buena cuando...	Una relación sexual no es buena cuando...

► **Anexo 8.**

Mitos sobre las relaciones sexuales. (Ficha para el alumno en página 247)

(Fuente: Lameiras et al. (2004), *Programa coeducativo de desarrollo psicoafectivo y sexual*, Madrid, Ediciones Pirámide)

Tener en cuenta que el trabajo sobre mitos acerca de la sexualidad tiene que ir orientado sobre todo a poner de relieve que las relaciones sexuales y eróticas tienen que basarse en el respeto, la tolerancia, la confianza y sobre todo en cómo las decisiones de uno mismo inciden en los demás y viceversa.

Algunos de los mitos que se pueden debatir están basados en la Respuesta Sexual Humana, en las diferentes prácticas eróticas y los comportamientos sociales que hay respecto a las vivencias en la sexualidad.



SEXUALIDAD

1. Sexualidad es igual a coito. Si no realizas la penetración, no has tenido una relación sexual completa.

No. Sexualidad implica todo nuestro cuerpo sexuado. Puede haber sexualidad muy placentera sin coito.

2. La sexualidad comienza cuando se empiezan a tener relaciones con penetración.

No. La sexualidad empieza con la vida y finaliza con ella. La penetración es sólo una manifestación de todas las posibilidades que brinda el cuerpo sexuado.

RELACIONES SEXUALES

3. La relación sexual siempre debe ser natural y espontánea. Planificar una relación sexual implica que ésta no se disfruta igual.

No. La sexualidad es una conducta que debe estar bajo nuestro control y planearla y anticipar su ocurrencia es el prerrequisito para una sexualidad responsable. Lo que no quiere decir que tengamos que anticipar el momento “exacto” de llevarla a cabo.

4. El hombre siempre sabe sobre sexualidad y sobre cómo llevar a cabo las relaciones sexuales.

No es cierto. Las investigaciones muestran que suelen ser las mujeres quienes están más informadas sobre la sexualidad, aunque a menudo se atribuye a los hombres el saber más sobre el sexo. Además suele esperarse de los varones un papel activo que no tiene por qué ser exclusivo o prioritario, ya que la iniciativa puede ser tomada por igual por los dos miembros de una pareja.

PLACER y DESEO

5. Que una chica no sienta nada significa que es frígida.

No, porque el que no “sienta” puede implicar que todavía no ha descubierto las capacidades de su propio cuerpo, o bien ello puede ser debido a que no le excita suficientemente la forma actual de sus relaciones sexuales.

6. Cuanto mayor sea el tamaño del pene, mayor placer se obtiene y mayor placer se proporciona a la pareja.

El tamaño no importa si tenemos en cuenta dos cuestiones. La primera, que el principal órgano que desencadena el orgasmo en la mujer es el clítoris, y no necesita del pene para ser estimulado; y la segunda, que la parte más sensible de la vagina es el tercio externo, por tanto, la más cercana al orificio vaginal.



7. Es una desviación o patología tener durante la relación sexual fantasías sexuales con otra persona.

No. De hecho, las fantasías sexuales son un buen predictor de salud sexual. El problema se presenta cuando el sujeto tiene que pensar necesariamente en otra persona para poder obtener satisfacción sexual con su pareja.

8. Cuando un hombre pierde su erección es que no encuentra a su pareja sexualmente atractiva.

No. Muchos factores pueden afectar a la erección, por ejemplo enfermedades como la diabetes, tener fiebre, estar agotado física o intelectualmente...

9. Un hombre siempre se excita cuando se encuentra en una situación sexual.

No. Depende también de cómo la interprete, de que se sienta cómodo, etcétera. En definitiva, en las relaciones sexuales la mente y las emociones juegan un papel muy importante y pueden controlar el cuerpo.

COMPORTEMIENTOS SOCIALES

10. Existen normas que dicen lo que es normal y anormal en sexualidad.

En un sentido social y legal existen dos normas básicas que todos debemos respetar: no se puede tener relaciones sexuales con niños y no se puede forzar a otra persona a mantener una relación sexual.

Aparte de esas pautas fundamentales, las diferentes culturas tienen creencias diferentes sobre lo que es adecuado o no en el ámbito sexual.

11. El coito debe evitarse durante el embarazo.

No, a no ser que exista prescripción médica que así lo aconseje. Lo beneficioso es que la pareja esté satisfecha con su vida sexual.

12. El hombre debe aguantar hasta que la mujer haya tenido su orgasmo.

No necesariamente, pero es verdad que dentro de la actividad sexual hay que buscar la satisfacción de las personas implicadas. Hasta que ambas no hayan quedado satisfechas no se debería considerar finalizada la actividad sexual.

13. Por naturaleza, los hombres tienen mucho más deseo que las mujeres.

No sabemos lo que deseamos "por naturaleza", lo que sí sabemos es que el deseo del hombre socialmente se ha permitido, legitimado y reforzado más, mientras que tradicionalmente el deseo sexual de las mujeres se ha reprimido. Hoy las cosas afortunadamente han cambiado hacia un mayor equilibrio en el reconocimiento y la aceptación social del deseo sexual de mujeres y hombres.



14. Una mujer debe tener el orgasmo durante la penetración.

No necesariamente. Como hemos dicho, para la mayoría de las mujeres el órgano desencadenante del orgasmo es el clítoris, cuya estimulación no requiere necesariamente penetración.

Respuesta Sexual Humana**15. Cuando el hombre eyacula termina la relación sexual.**

No necesariamente, ya que la relación sexual puede continuar mediante otras formas de estimulación sexual de la pareja.

16. Si un hombre eyacula antes de la penetración (o inmediatamente después) es que tiene eyaculación precoz.

No. Puede significar que estaba tan excitado que no ha necesitado la estimulación de la penetración. El problema puede surgir cuando el hombre siente que no tiene ningún control sobre su eyaculación.

17. El orgasmo es más placentero si ambas personas llegan a la vez.

No necesariamente. Cada persona siente y disfruta su orgasmo. El problema es que creamos que se necesita llegar juntos para disfrutar y ser normales.

18. Hay dos tipos de orgasmo en la mujer, vaginal y clitoridiano.

Hay mucha controversia sobre esto. Lo que sí es cierto es que es el clítoris y no la vagina el órgano anatómo-fisiológicamente equivalente al pene masculino y concretamente al glande (la parte más sensible del pene), que es el órgano principal que en los hombres vehicula el placer y desencadena el orgasmo.

19. El orgasmo es obligatorio en la relación sexual. Sin orgasmos no hay sexualidad.

No es cierto, ya que la sexualidad nos gratifica desde varias dimensiones (intimidad, sensualidad, caricias placenteras, transmisión de afecto...), no solamente a través del placer representado por el orgasmo.

20. La mujer tarda más en alcanzar el orgasmo que el hombre.

No necesariamente todas las mujeres, al compararlas con el conjunto de los hombres, pero en muchos casos eso es lo que se observa, aunque no tiene por qué ser un problema.

21. Si un hombre no logra tener varios orgasmos en una relación sexual es que tiene un problema.

No. Todo lo contrario. En la mayoría de los casos, los hombres tienen sólo un orgasmo en la relación sexual, a no ser que se repita la erección y se reanude la actividad sexual aunque sea después de un breve espacio de recuperación (período refractario). Por el contrario, que una mujer tenga varios orgasmos durante una relación sexual es más frecuente.



MÓDULO II. ACTIVIDAD 3

Embarazo y reproducción humana

OBJETIVO:

Consolidar conocimientos sobre la reproducción y promover la reflexión sobre el embarazo y su planificación.

MATERIALES:

- Cuaderno personal de terapia.
- Relato sobre un embarazo en la adolescencia (Anexo 9)

DESARROLLO:

1. Se reparte el relato del Anexo 9.
2. Se les pide que lean el relato individualmente y que intenten ponerse en el lugar de los dos protagonistas.
3. Una vez finalizada la lectura, deben escribir, también de manera individual, lo que ellos harían si fueran María y, a continuación, si estuvieran en el lugar de Juan.
4. Se ponen en común las diferentes emociones y pensamientos que podrían experimentar, y las decisiones que, según ellos, podrían adoptar los personajes.
5. Se debate cuál de las alternativas planteadas podría ser la más adecuada y se reflexiona sobre las posibles dudas o mitos que puedan surgir.
6. Si las características del grupo lo permiten, se puede sugerir que los jóvenes comenten, de forma voluntaria, las dudas y dificultades que ellos mismos tuvieron su primera vez y cómo lograron superarlas.

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

El terapeuta retoma algunos conceptos sobre los cuales aún se puedan tener dudas, y realiza



la necesidad de contar con la máxima información para tomar la decisión de mantener relaciones sexuales. Asimismo se subraya la importancia de utilizar un método anticonceptivo eficaz así como las consecuencias que para ellos y para otras personas puede tener un embarazo en la adolescencia.

Se debe respetar la posibilidad de que algún menor mencione la alternativa de la interrupción voluntaria del embarazo. El terapeuta debe tener información sobre ella y explicar las posibilidades que existen a este respecto.

► **Anexo 9.**

Relato sobre un embarazo en la adolescencia. (Ficha para el alumno en página 251)

María y Juan llevan algo menos de seis meses saliendo juntos. Se conocen del barrio y parece que se hayan conocido de toda la vida. Aunque aún son jóvenes, ambos tienen 16 años, creen que para ser una pareja de verdad deben dar el siguiente paso en su relación. Tanto María como Juan están muy nerviosos con la decisión de mantener relaciones sexuales. María siente que aún no está preparada, pero no se lo ha dicho a Juan por miedo a que él piense que no lo quiere suficiente. Juan, por su parte, siente temor de no saber llevar la iniciativa en la relación y que su falta de experiencia le juegue una mala pasada. A pesar de esto, ambos jóvenes piensan que con la información que les han dado en la escuela y todas las películas que han visto no tiene que ser tan complicado.

Por fin llega el día en el que han decidido dar el gran paso y Juan debe ir a comprar preservativos. Le parece que los venden en la farmacia, pero, cuando se encuentra delante de la farmacéutica se muere de vergüenza y es incapaz de pedirlos. Como no lo quiere reconocer ante María, cuando se encuentra con ella le dice que al ser la primera vez y ser tan especial no quiere que nada les “corte el rollo” y que prefiere hacerlo con la técnica del “marcha atrás”. María no está muy convencida. Ella preferiría utilizar un método anticonceptivo más fiable, pero en su primera vez no quiere discutir con Juan, bastante nerviosa está ya.

Ha pasado una semana y María está muy preocupada por si está embarazada. Siente que no deberían haber sido tan imprudentes. Una amiga suya le pregunta que qué le pasa y María le acaba explicando sus preocupaciones. Juntas van a la farmacia a comprar una prueba de embarazo. María se hace la prueba y constata sobresaltada que el resultado es afirmativo. La amiga de María intenta tranquilizarla diciéndole que este tipo de métodos no son al cien por cien seguros y que lo mejor es que vayan a un Servicio de planificación familiar para que le repitan la prueba. Al día siguiente, María, acompañada de su amiga, se dirige al Servicio de planificación familiar donde, después de explicar lo que le ha pasado y tras un análisis de orina, le confirman que efectivamente está embarazada.



MÓDULO II. ACTIVIDAD 4

Prácticas seguras

OBJETIVO:

Informar a los jóvenes sobre los diferentes métodos anticonceptivos existentes, sobre sus ventajas e inconvenientes.

Informar sobre las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) más comunes y cómo prevenirlas.

MATERIALES:

- Cuaderno personal de terapia.
- Listado de métodos anticonceptivos (Anexo 10)
- Información sobre los distintos métodos:

DESARROLLO:

1. Se reparte el Listado de métodos anticonceptivos del Anexo 10.
2. Los menores deberán rellenar, individualmente, la hoja de métodos escribiendo las ventajas e inconvenientes que en su opinión presentan cada uno de ellos.
3. Se pone en común el trabajo individual, reflejando las aportaciones de cada uno en la pizarra. A continuación se corrigen los errores que pueda haber sobre las ventajas e inconvenientes sugeridos por los jóvenes para los diferentes métodos anticonceptivos.
4. Para introducir el concepto de Infección de Transmisión Sexual (ITS), el terapeuta aprovechará el trabajo de la ficha anterior y hará reflexionar al grupo sobre si se ha tenido en cuenta tanto en ventajas como en inconvenientes.
5. El terapeuta dará recomendaciones para la prevención de ITS.
6. Debate de grupo sobre cuál es el mejor método según sus necesidades e intereses.





DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

El terapeuta facilitará la reflexión sobre:





- La utilización de los métodos para prevenir embarazos no planificados.
- Establecer con la pareja el método más adecuado.
- Riesgos de una infección y, en su caso, cómo acceder al tratamiento adecuado.

► Anexo 10.



Listado de métodos anticonceptivos. (Ficha para el alumno en página 252)

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	VENTAJAS	INCONVENIENTES
 PRESERVATIVO MASCULINO DE BARRERA	<ul style="list-style-type: none">• Único método que protege tanto de los embarazos no planificados como de las infecciones.• Fácil de usar.• Comparte la responsabilidad en la pareja.• No tiene efectos secundarios. Evita las ITS.	<ul style="list-style-type: none">• Puede ser que alguna de las personas de la pareja tenga alergia al látex, por ello los hay de poliuretano.• Si no se usa correctamente puede perder efectividad, romperse...
 PRESERVATIVO FEMENINO DE BARRERA	<ul style="list-style-type: none">• Único método que protege tanto de los embarazos no planificados como de las infecciones, incluso también del herpes vaginal.• Puede colocarse un rato antes de la relación sexual.• No tiene efectos secundarios. Evita las ITS.	<ul style="list-style-type: none">• Es necesario un poco de práctica para su utilización.• Puede resultar un poco caro y en ocasiones difícil de conseguir. No todas las farmacias los comercializan.



MÉTODO ANTICONCEPTIVO	VENTAJAS	INCONVENIENTES
<p>DIAFRAGMA CON ESPERMICIDA</p>  <p>DE BARRERA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es muy efectivo si se usa correctamente. • Si se aprende a usarlo, es parecido a colocar un tampón. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es necesario cuidarlo muy bien: lavarlo tras su uso, asegurarse de que no se agujerea. • Colocarlo entre media y una hora antes y retirarlo entre 6 y 8 horas después de la relación sexual. • No todas las mujeres pueden usarlo: alergias, cuello del útero desplazado... • No evita las ITS.
<p>PÍLDORA ANTICONCEPTIVA</p>  <p>HORMONAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es uno de los métodos más efectivos para la prevención de los embarazos. • Regula el ciclo menstrual y disminuye los desarreglos hormonales. • Es necesario tener un seguimiento con un especialista. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hay que tomarla todos los días, si se olvida una toma ya no será efectiva durante ese ciclo. • Si se vomita tras las dos horas de haberla tomado, es necesario repetir la toma. • Puede producir efectos secundarios más agudos, que en su caso deben consultarse a un especialista. • No evita las ITS.
<p>PARCHE ANTICONCEPTIVO</p>  <p>HORMONAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es muy fácil de usar. • Durante las tres semanas de uso, se puede hacer una vida normal: deporte, ducharse... • La chica que lo usa no se ve afectada por vómitos o diarreas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene las mismas contraindicaciones que la píldora anticonceptiva. • No evita las ITS.
<p>ANILLO VAGINAL</p>  <p>HORMONAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se coloca y se retira con facilidad. • Si está bien colocado, no se nota. • Se pone al principio del ciclo menstrual y se retira a la tercera semana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es de un solo uso por ciclo. • Tiene las mismas contraindicaciones que la píldora anticonceptiva. • No evita las ITS.



MÉTODO ANTICONCEPTIVO	VENTAJAS	INCONVENIENTES
<p>INYECTABLES IMPLANTES SUBCUTÁNEOS</p>  <p>HORMONALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existen dosis para uno, dos o tres meses si es inyectable. • Si es un implante, puede tener una duración de hasta 5 años. • Actúan del mismo modo que la píldora anticonceptiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambos métodos requieren la intervención de un especialista. • Tienen las mismas contraindicaciones que la píldora anticonceptiva. • No evita las ITS.
<p>D.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO)</p>  <p>HORMONAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puede permanecer colocado hasta diez años. • Suele recomendarse a mujeres que tengan una estabilidad en la pareja. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe un DIU liberador de hormonas cuya eficacia es de hasta un año. No todas las mujeres pueden usarlo. • Se recomienda a aquellas mujeres que han dado a luz, por lo menos una vez. • Pueden darse efectos secundarios: sangrado. • No evita las ITS.



MÓDULO II. ACTIVIDAD 5

Dilemas sobre las relaciones sexuales

OBJETIVO:

Reflexionar sobre las diferentes situaciones en las que podrían encontrarse al tener relaciones sexuales y de pareja. Para ello se han seleccionado situaciones sobre la responsabilidad en las relaciones sexuales, la infidelidad de pareja y la existencia de posibles disfunciones sexuales. A criterio de los terapeutas podría trabajarse también sobre otros dilemas que puedan darse en vinculación con las relaciones sexuales.

MATERIALES:

- Cuaderno personal de terapia.
- Relatos para reflexionar (Anexo I I)

DESARROLLO:

1. Se reparte el Anexo I I con los tres relatos para reflexionar.
2. Se pide que escriban, poniéndose en el lugar de los protagonistas, qué es lo que harían ellos si se encontraran en esa situación.
3. Se debate en grupo cuáles han sido las soluciones aportadas para cada relato.
4. En caso de que se desconozcan las Disfunciones sexuales vinculadas al tercer relato, se explican rápidamente las más frecuentes tanto en hombres como en mujeres.

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

El terapeuta destaca los siguientes aspectos que se pretenden trabajar en cada uno de los relatos:

- La responsabilidad en las relaciones sexuales y las consecuencias que pueden derivarse de mantener contactos sexuales sin ningún tipo de método anticonceptivo.



- Resaltar la confianza que debe mantenerse con la pareja y las consecuencias que puede tener la infidelidad, sobre todo si se ha desarrollado sin prevención frente a las Infecciones de Transmisión Sexual.
- Abordar el tema de las disfunciones sexuales y la satisfacción sexual de la pareja, y cómo el diálogo es fundamental en este ámbito.

► Anexo I I.

Relatos para reflexionar. (Ficha para el alumno en página 254)

Primer relato

Por fin ha llegado junio y se han acabado las clases. Mario va a celebrar que ha finalizado los exámenes yendo a una discoteca con sus amigos. En la discoteca, ha estado fijándose toda la noche en una chica y, finalmente, decide acercarse para hablar con ella. Después de muchas risas y miradas, la chica le comenta que esta noche no están sus padres en casa, y que si quiere podrían ir allí. Una vez en casa de la chica, Mario se da cuenta que no lleva preservativos y se lo dice a ella. Ella responde que tampoco tiene.

¿Qué harías tú si fueras Mario? Ponte también en el lugar de la chica, ¿qué harías?

Segundo relato

Juan y Eva llevan saliendo más de un año. Ya hace algunos meses que mantienen relaciones sexuales. Parece que su relación personal es estable y satisfactoria. Una noche Juan se va de cena con unos amigos para celebrar el cumpleaños de uno de ellos. Después de la cena, deciden irse a tomar unas copas. Juan, que no acostumbra a beber, lleva ya más de 3 copas cuando se le acerca una chica. La chica empieza a hablar con él y, después de un rato de estar juntos, acaban liándose. Juan pasa la noche en casa de la chica y, a la mañana siguiente, se da cuenta que ha mantenido relaciones sexuales sin ningún tipo de método anticonceptivo.

¿Qué harías tú si fueras Juan? ¿Se lo dirías a Eva? ¿Cuáles son las posibles consecuencias de la relación sexual mantenida?

Tercer relato

Víctor y Elena tienen problemas a la hora de mantener relaciones sexuales. Víctor siente que no tiene ningún control sobre su erección y a los pocos minutos de empezar la penetración no puede evitar eyacular. Elena, que siente que no están disfrutando de sus contactos sexuales, le comenta a Víctor que a lo mejor deberían visitar a un especialista. Víctor, avergonzado y furioso, le dice que la próxima vez lo hará mejor y que él no tiene ningún problema. Sólo es cuestión de ir más lento la próxima vez, comenta.



¿Qué crees que le pasa a Víctor? ¿Crees que lo que le sucede tiene alguna solución? ¿Qué deberían hacer?

MÓDULO I

MÓDULO II

MÓDULO III

MÓDULO IV

MÓDULO V

MÓDULO VI

MÓDULO VII



MÓDULO II. ACTIVIDAD 6

Situaciones para comunicarse, negociar y pactar con la pareja

OBJETIVO:

- Reflexionar sobre la importancia de la comunicación en la pareja, ya sea estable o no, en las diversas situaciones que pueden darse a la hora de mantener relaciones sexuales, dando a conocer a los jóvenes posibilidades de negociación con la pareja, tanto para la utilización de métodos anticonceptivos como para el manejo de habilidades necesarias en situaciones que pueden generar conflictos e intereses distintos en la pareja.
- Dotar de estrategias y habilidades para el diálogo y la comunicación, potenciando la autoestima, el autoconocimiento y la propia aceptación.
- Modificar conductas de inseguridad, agresividad y faltas de respeto que los jóvenes puedan presentar hacia la pareja.

MATERIALES:

- Cuaderno personal de terapia.
- Situaciones para interpretar de forma individual o en pareja (Anexo 12).

DESARROLLO:

1. Preparar en cartulina las diferentes situaciones que se presentan en el Anexo 12.
2. Si el trabajo es individual, el menor escribirá en el cuaderno de terapia aquellas alternativas que cree más adecuadas para que la situación sea lo más positiva posible. Para ello es necesario que el menor interprete la situación como si fuera un diálogo en pareja.
3. Si el trabajo se realiza por parejas de jóvenes participantes en el programa, se les pedirá que preparen la situación, busquen las diferentes alternativas que se les ocurran y que las representen en un *rol-playing*. Para esto es importante explicar que uno de los dos representa el papel de no estar de acuerdo con la situación y el otro de plantearla como posibilidad para mejorar la comunicación en la pareja. Hay que resaltar la conveniencia de efectuar un esfuerzo por comunicarse, entender las necesidades del otro, y respetar sus valores y creencias.



4. Es importante que en esta dinámica se representen los papeles de forma improvisada y natural. Esto permitirá al terapeuta conocer los comportamientos de los jóvenes y observar los diferentes puntos de vista.

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

Los participantes expresarán cómo se han sentido en cada situación, qué dificultades han tenido, qué recursos han utilizado, etc. Se destacarán aquellos conocimientos, actitudes, valores y comportamientos positivos que los menores muestran, y se les pedirá que realicen un listado de ellos.

► Anexo 12.

Algunas situaciones para la negociación. (Ficha para el alumno en página 255)

1 - En la pareja es importante que ningún miembro presione al otro y en el caso de que esto ocurra es necesario defender nuestros intereses y derechos.	2 - Los dos debemos tener claro cómo son las relaciones y encuentros más satisfactorios. Esto nos permitirá autocuidarnos.
3 - El cuidado mutuo es un gesto de cariño. Si no se acepta es que no se está interesado en respetar y querer.	4 - A veces es necesario que la pareja hable de lo que ocurre en sus encuentros. Esto debería hacerse preferiblemente fuera de la situación de relación sexual, para evitar interferir con ésta.
5 - El diálogo y la comunicación permiten que la pareja se entienda, se respete y se conozca mejor; por ello es necesario que mantengan conversaciones acerca de sus necesidades e intereses respectivos.	6 - La agresividad, las amenazas y las sospechas en la pareja no crean una buena comunicación, generando miedo y no permitiendo que haya acuerdos en las relaciones y encuentros sexuales.
7 - En algún momento puede que un miembro de la pareja pregunte al otro acerca de parejas anteriores. En esta situación es importante que cada uno se tome su tiempo para responder, se respeten las experiencias previas que puedan haber tenido y se dialogue sobre lo que apetece o no decir.	8 - Pactar y negociar va a favorecer que existan encuentros más satisfactorios, relaciones más seguras, diálogos más adecuados, y que se tengan en cuenta los intereses de uno y otro.



MÓDULO III

Aumenta tus habilidades para las relaciones afectivas y sexuales



MÓDULO III. INTRODUCCIÓN

AUMENTA TUS HABILIDADES PARA LAS RELACIONES AFECTIVAS Y SEXUALES

Muchos infractores sexuales presentan importantes déficits y carencias en sus habilidades para la relación afectiva y sexual. De este modo un objetivo muy relevante del trabajo con estos menores es mejorar sus habilidades interpersonales y reducir su aislamiento social (Marshall, Bryce, Hudson, Ward y Moth, 1996). Para ello es necesario entrenarles en aquellas estrategias de relación y apego a otras personas que han sido en ellos pobres y superficiales, y ayudarles a explorar modos de relación afectiva más apropiados y plenos. En concreto, en este módulo se reflexionará con los jóvenes acerca de la necesidad que todas las personas tenemos de querer y ser queridas, de expresar a otros y recibir de ellos manifestaciones de afecto, y se les entrenará en nuevas habilidades de expresión de emociones y afectos íntimos y sexuales.

Entendemos las *habilidades sociales* como el repertorio de comportamientos que se manejan en las relaciones interpersonales y que se pueden aprender y perfeccionar. Estos comportamientos, si se han desarrollado convenientemente, contribuyen a la consecución de una adecuada adaptación social. La inadecuación en la competencia social es una característica muy común en los infractores sexuales; es habitual, por tanto, que carezcan de competencia para mantener relaciones interpersonales de carácter íntimo y que presenten importantes déficits en su capacidad asertiva, utilizando frecuentemente estilos de comunicación o bien pasivos o bien agresivos. Tales déficits aumentan la probabilidad de fracasar en sus intentos por mantener relaciones satisfactorias con los otros, lo que puede contribuir al desarrollo y consolidación de estrategias inapropiadas en una búsqueda disfuncional de intimidad, todo esto fomentado por un miedo o una baja tolerancia al rechazo social.

Un repertorio de habilidades sociales puede ser inadecuado tanto por déficit como por exceso. Es decir, en un extremo encontramos lo que podría denominarse estilo de interacción pasivo, o retraimiento social, que se caracteriza por una dificultad para decir que no, por una tendencia exagerada a preocuparse más por las necesidades de los demás que por las propias, fracaso en la expresión de sentimientos y evitación a todo costa de conflictos interpersonales. Este estilo pasivo de interacción, llevado al extremo, puede tener importantes consecuencias negativas a medio y largo plazo para el individuo, tales como baja autoestima, sintomatología depresiva, aislamiento social, y la consiguiente dificultad para conseguir reforzamiento social.

En el extremo contrario encontramos casos de individuos cuyo comportamiento resulta inadecuado por exceso, a causa de un estilo de comunicación agresivo hacia los demás (física o verbalmente), violación frecuente de los derechos de los otros y tendencia a satisfacer las necesidades propias sin considerar las de los demás. Este repertorio agresivo de relación interpersonal, aunque inadecuado, suele ser eficaz a corto plazo para la consecución de un objetivo concreto; sin embargo, con el tiempo, esta manera de interactuar provoca el rechazo de los demás, así como actitudes defensivas, lo que también puede derivar en una reducción de los contactos interpersonales y la pérdida de relaciones de amistad.



En cuanto a los infractores sexuales, en este área tiene especial relevancia el tipo de delito cometido. Aquellos infractores que han cometido un delito sexual contra personas adultas, o de su misma edad, suelen tener un repertorio de habilidades sociales inadecuado por exceso, bastante similar al del resto de delincuentes violentos. Sin embargo, en aquellos cuyo delito tiene que ver con el abuso infantil, solemos encontrar una mayor inmadurez afectiva y relacional, un estilo de comunicación de carácter pasivo, ansiedad social, sentimientos de impotencia o inadecuación y un mayor nivel de aislamiento social.

Por otra parte, se considera un repertorio de habilidades sociales eficaz aquel que está compuesto por comportamientos que, cuando se utilizan en la interacción social, tienden a provocar el reforzamiento positivo por parte de los otros. Se tratará a través de este módulo de dotar a los infractores juveniles de los recursos necesarios para un correcto desempeño social de manera que puedan conseguir tal reforzamiento a través de estrategias de interacción adecuadas.



MÓDULO III. ACTIVIDAD 1

¿Qué valoramos en uno mismo/en el otro como pareja?

OBJETIVO:

Identificar las características que presentan algunos chicos en cuanto miembros de una pareja, atendiendo especialmente a aquellos aspectos que debieran mejorarse, tales como los relacionados con las actitudes sexistas, el uso del poder en la pareja, los celos, las conductas sexuales de riesgo, la violencia psicológica, etcétera. Asimismo, se pretende reflexionar acerca de si la mejora en todas las anteriores características, que es deseable en ellos mismos, lo es igualmente en la pareja.

MATERIALES:

- Cuaderno personal de terapia.
- Autoinforme sobre características de uno mismo como miembro de una pareja/características del otro miembro de la pareja (Anexo 13).

DESARROLLO:

1. Se reparte entre los integrantes del grupo el material *Autoinforme sobre características de uno mismo como miembro de una pareja/características del otro miembro de la pareja* (Anexo 13).
2. Se les pide que durante 10 minutos piensen en las características que consideran que ellos tienen como pareja/novio. Es importante que reflexionen acerca de cómo creen que son y se comportan en el rol de pareja/novio. Si no tienen pareja actualmente, se les sugiere que piensen acerca de cómo fueron con la pareja que tuvieron con anterioridad y, si nunca han tenido pareja, cómo serían hipotéticamente con una pareja si la tuvieran.
3. Se les indica que escriban 10 características suyas en el listado del Anexo 13 y que valoren cada una de estas características en sí mismo, marcándola con una cruz en la casilla correspondiente, como punto fuerte (o aspecto positivo) o como punto débil (o aspecto negativo).
4. La segunda parte de la tarea consiste en indicar en la columna "Pareja" si cada característica señalada como propia es un punto fuerte (positivo) o un punto débil (negativo) en su pareja actual, o debería serlo en una hipotética pareja que pudieran tener.
5. Finalmente, se reproduce el Anexo 13 en la pizarra y se van anotando, para el conjunto del



grupo, todas las características que han apuntado los chicos y las valoraciones que han hecho de ellas.

6. Se debaten en el grupo las características aportadas y sus valoraciones, así como si éstas reciben la misma consideración cuando se refieren a su pareja/novia.

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

El terapeuta resalta que de igual forma que hay aspectos de uno mismo que pueden beneficiar a una relación de pareja, hay otros elementos negativos susceptibles de dificultarla. Se reflexiona sobre algunas características personales que son especialmente dañinas como la falta de comunicación, los celos, las actitudes sexistas, y otras que pueda haber indicado el grupo. Se destaca también que de la misma manera que algunos aspectos son negativos en la pareja/novio, también lo son en uno mismo como pareja/novio.

► Anexo 13.

Autoinforme sobre características de uno mismo como miembro de una pareja/características del otro miembro de la pareja. (Ficha para el alumno en página 256)

CARACTERÍSTICAS PROPIAS	PUNTO FUERTE	PUNTO DÉBIL	PAREJA
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			



MÓDULO III. ACTIVIDAD 2

Mitos sobre el amor y las relaciones de pareja

OBJETIVO:

Reflexionar sobre los diferentes mitos y estereotipos vinculados al amor y las relaciones de pareja. Desmentir creencias erróneas sobre las relaciones afectivas y sexuales y pensar y debatir acerca de los celos en la pareja.

MATERIALES:

- Cuaderno personal de terapia.
- Creencias y mitos sobre el amor y las relaciones de pareja (Anexo 14).
- Material para el terapeuta.

DESARROLLO:

1. Repartir el Anexo 15 titulado Creencias y mitos sobre el amor y las relaciones de pareja.
2. Cada persona debe contestar de forma individual si, desde su punto de vista, son verdaderas o falsas las afirmaciones del Anexo 14.
3. Se reproduce el recuadro en la pizarra y, después de 15 minutos de trabajo individual, se ponen en común las respuestas.
4. Con la ayuda del Material para el terapeuta (Anexo 15), se debaten y discuten algunos de los mitos o creencias erróneas que puedan resultar más confusos.

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

El terapeuta destacará que en nuestra sociedad existen diferentes mitos o creencias erróneas sobre el amor y las relaciones de pareja. Hay que subrayar que muchas de estas creencias pueden interferir en la relación de pareja y dificultarla. Sobre todo se debe reflexionar sobre el papel negativo que pueden jugar los celos y el control por parte de la pareja en la generación de conflictos y problemas de relación.



► **Anexo 14.**

Creencias y mitos sobre el amor y las relaciones de pareja. (Ficha para el alumno en página 257)

(Fuente: Adaptado de Lameiras et al. (2004), *Programa coeducativo de desarrollo psicoafectivo y sexual*, Madrid, Ediciones Pirámide)

CREENCIAS Y MITOS	VERDADERO	FALSO
1. Todas las personas tenemos nuestra “media naranja”.		
2. El amor verdadero sólo se siente una vez en la vida y por una sola persona.		
3. Cuando dos personas se aman deben culminar su amor con el matrimonio o la convivencia, formando una familia.		
4. Si dos personas se aman, ningún obstáculo impedirá que estén juntos. Con amor se supera todo.		
5. Si dos personas se aman, su pasión persistirá durante toda la vida.		
6. Cuando tenemos una pareja estable, todos nuestros deseos, fantasías y pasiones las tenemos que satisfacer con ella.		
7. Nuestros sentimientos amorosos son individuales y únicos y no están influenciados por factores sociales, biológicos y/o culturales.		
8. El amor y el enamoramiento son lo mismo. Cuando una persona deja de estar apasionadamente enamorada de su pareja es que ya no la ama.		
9. Las parejas siempre están constituidas por un hombre y una mujer. En todas las culturas el ser humano ha tendido por naturaleza a emparejarse.		
10. Cuando amas a una persona profundamente siempre debes sentir algo de celos. Los celos son un signo indispensable del amor verdadero.		
11. Si amas profundamente a alguien, es normal que quieras saber en cada momento lo que hace y dónde está esa persona.		
12. Cuando dos personas están realmente enamoradas, saben todo lo que la otra persona piensa, siente y hace en todo momento.		



13. Dos personas que son una verdadera pareja hacen todo juntos. El resto de amigos y amigas no deberían interferir en su relación.		
14. Las mejores parejas jamás discuten. Siempre están de acuerdo en todo.		
15. Si realmente quiero a mi pareja, siempre voy a estar dispuesto a mantener relaciones sexuales cuando el otro lo pida. Si en ese momento no me apetece, es que no lo quiero bastante.		

► **Anexo 15.**

Material para el terapeuta: mitos sobre el amor en pareja. (Ficha en página 259)

(Fuente: C. Yela (2000), *El amor desde la perspectiva de la Psicología Social*, Madrid, Ediciones Pirámide)

- **Mito de la media naranja:** es la creencia de que hemos elegido la pareja que teníamos predestinada de alguna forma, y que ha sido la única o la mejor elección posible.
- **Mito de la exclusividad:** creencia de que el amor romántico sólo puede sentirse por una única persona (al mismo tiempo).
- **Mito del matrimonio o convivencia:** creencia de que el amor romántico-pasional debe conducir a la unión estable de la pareja, y constituirse en la única base del matrimonio (o de la convivencia en pareja).
- **Mito de la omnipotencia:** creencia de que “el amor lo puede todo” y, por tanto, si hay verdadero amor no deben influir decisivamente los obstáculos externos o internos sobre la pareja.
- **Mito de la perdurabilidad (o de la pasión eterna):** creencia de que el amor romántico y pasional de los primeros meses puede y debe perdurar tras miles de días de convivencia.
- **Mito de la fidelidad:** creencia de que todos los deseos pasionales, románticos y eróticos, deben satisfacerse exclusivamente con una única persona.
- **Mito del libre albedrío:** creer que nuestros sentimientos amorosos son absolutamente íntimos y no están influidos por factores sociobiológico-culturales ajenos a nuestra voluntad y conciencia.
- **Mito de la equivalencia:** creencia de que “amor” y “enamoramiento” son equivalentes, y por tanto, que si uno deja de estar apasionadamente enamorado es que ya no ama a su pareja.
- **Mito de los celos:** creencia de que los celos son un signo de amor e incluso requisito indispensable del “verdadero amor”.
- **Mito del emparejamiento:** creencia de que la pareja es algo natural y universal, por lo que en todas las épocas y culturas el ser humano ha tendido por naturaleza a emparejarse.



MÓDULO III. ACTIVIDAD 3

Escuchar es sentir

OBJETIVO:

Incrementar la escucha activa de una persona con la que se tiene una relación afectiva o íntima, y resaltar la importancia de la escucha en la identificación de las emociones, tanto propias como de los demás.

MATERIALES:

- Tarjetas en cada una de las cuales figurará la denominación de una emoción, positiva o negativa.
- Cuaderno personal de terapia.

DESARROLLO:

1. Se distribuye el grupo por parejas de chicos, que intervendrán sucesivamente mientras que los restantes miembros del grupo observan.
2. A uno de los miembros de cada pareja se le entrega una tarjeta con el nombre de una emoción, tarjeta que el sujeto lee y después oculta para que ni el otro chico ni los restantes miembros del grupo puedan ver de qué emoción se trata.
3. El sujeto que tiene la tarjeta debe explicar minuciosamente un episodio de su vida afectiva en el cual experimentó esa emoción, sin llegar a nombrar dicha emoción de manera expresa (emociones de pareja, íntimas, sexuales...).
4. Se pide al compañero que "imagine" de qué emoción puede tratarse y que argumente cómo ha llegado a esa conclusión.
5. Antes de decir la solución, el terapeuta pide a los restantes miembros del grupo que den su propia opinión acerca de cuál sería la emoción expresada por el sujeto y por qué consideran que es ésta y no otra.
6. A continuación se invierten los papeles, y se le entrega una tarjeta al sujeto que anteriormente escuchaba, iniciándose de nuevo el ejercicio.



7. La acción se repite con el resto del grupo.

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

El terapeuta hace balance de la sesión y de las respuestas de los diferentes equipos y miembros del grupo, destacando:

- La importancia de la escucha activa.
- La necesidad de implicarnos emocionalmente en aquello que nos explican. Las historias van más allá del mensaje, suelen estar vinculadas a alguna emoción.
- Resaltar la conducta de escucha como un componente básico en las habilidades sociales.
- La necesidad de sentirse comprendido.



MÓDULO III. ACTIVIDAD 4

Consejos prácticos sobre cómo ligar

OBJETIVO:

Dotar a los chicos de las habilidades sociales necesarias para pedir una relación sexual o afectiva consentida. Se les entrenará mediante role-playing en aquellas habilidades imprescindibles para poder entablar una conversación con otra persona, ser capaz de transmitir a esa persona que se sienten atraídos por ella y, finalmente, las habilidades de comunicación necesarias para pedir una cita o relación con esa persona.

MATERIALES:

- Cuaderno personal de terapia.
- Sala de terapia con la amplitud suficiente para escenificar el role-playing.
- Algunos elementos de decoración que permitan simular un ambiente de encuentro entre gente joven, debiendo evitarse asimilar el lugar de encuentro exclusivamente a un bar o discoteca.

DESARROLLO:

1. Se prepara el lugar, que representará el espacio de encuentro entre jóvenes. Cuantos más elementos de decoración se introduzcan, más fácil será para los chicos contextualizar el lugar y ponerse en el papel que deben representar.
2. Se divide el grupo en dos: los que van a representar el papel de chico/chica que pide una relación y los que van a recibir dicha petición.
3. Se trabaja de forma progresiva en las siguientes tres habilidades:
 - a. Entablar una conversación con una persona que te guste.
 - b. Decirle a la otra persona que te sientes atraído por ella.
 - c. Pedir a la otra persona una cita o una relación afectiva y/o sexual.
4. El terapeuta designa una pareja y pide a ambos sujetos que se pongan en situación. Para ello explica que se encuentran en un lugar de diversión o recreo (discoteca, parque, viaje, etcétera)



y que uno de ellos se siente atraído por el otro y, por tanto, decide iniciar una conversación. Las dos personas, imbuidas de su papel, deben representar la escena, enmarcándola en un contexto concreto como los señalados.

5. Una vez finalizada la representación, se pide a los restantes miembros del grupo que aporten nuevas ideas y estrategias para mejorar o realizar de otro modo la misma escena. Estas ideas o estrategias se anotan en la pizarra.
6. De forma semejante, se repite la escena con diferentes parejas para las otras dos habilidades (manifestar a la otra persona que te sientes atraído por ella, y pedirle una cita o relación).
7. Para concluir, una última pareja representa la escena completa, a partir de las ideas y estrategias que se han considerado mejores para cada escenario y habilidad.
8. También se pueden representar las anteriores habilidades y la escena completa pero variando la situación a partir de que la chica o chico que recibe la petición de relación, rechace dicha propuesta. En este caso el entrenamiento incidiría en cómo gestionar adecuadamente dicho rechazo.
9. El ejercicio podría mejorarse sustancialmente mediante situaciones de *role-playing* en que participaran chicas (voluntarias, educadoras, etcétera).

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

El terapeuta hace hincapié en la dificultad natural que tiene para la mayoría de las personas iniciar una relación afectiva o sexual. Pone énfasis en la conveniencia de practicar las habilidades necesarias para esta modalidad especial de interacción. También subraya la importancia de contar con las estrategias necesarias para afrontar un posible rechazo por parte del otro, y para gestionar adecuadamente las emociones o pensamientos negativos que se pueden experimentar.



MÓDULO III. ACTIVIDAD 5

Consentir y no consentir

OBJETIVO:

Educar a los sujetos sobre el significado y la necesidad de dar el propio consentimiento para tener una relación íntima con otra persona o mantener una relación sexual con ella. También educarles acerca de en qué formas y grados puede mostrarse dicho consentimiento y, contrariamente, cómo podría expresarse el no consentimiento.

Esta actividad podría facilitarse extremando la situación para que a los jóvenes se les haga más evidente la necesidad de dar consentimiento para una relación sexual. Para ello puede plantearse a los sujetos una tesitura imaginaria en la que un joven recibe una propuesta de relación íntima de parte de una persona que en absoluto resulta de su agrado. La idea es que la situación planteada evidencie con claridad la necesidad de dar explícitamente consentimiento para las relaciones sexuales.

MATERIALES:

- Cuaderno personal de terapia.

DESARROLLO:

1. El deseo de relaciones íntimas y sus grados: pedir a los sujetos que den ejemplos de posibles formas y grados de relación íntima con otra persona (salir juntos, cogerse la mano, darse un beso, acariciarse, estar solos en una habitación, verse desnudos, masturbarse recíprocamente, o tener una relación sexual).
2. Listar en la pizarra dichas formas de relación íntima y, mediante la participación del grupo, ordenarlas por grado de intimidad, de menos a más.
3. Los modos de mostrar consentimiento: pedir a los sujetos ejemplos de posibles maneras en que puede expresarse el propio consentimiento para una relación íntima (por ejemplo, decir verbalmente que sí, sonreír a la propuesta de la otra persona, iniciar o continuar la conducta propuesta, sugerir posibilidades para llevarla a cabo, dar otras opciones o alternativas, etcétera).
4. Los modos de expresar que no se acepta una relación: pedir a los sujetos ejemplos de posibles formas en que alguien puede mostrar que no acepta participar en una relación íntima (decir verbalmente no, poner cara de disgusto o enfado, apartarse de la otra persona, etcétera).



5. Listar en la pizarra dichas formas de expresión del consentimiento y del no consentimiento, ordenándolas de menos explícitas a más explícitas.
6. Solicitar las opiniones del grupo para valorar qué modos de consentimiento (en cuanto a su forma y explicitud) serían apropiados para según qué grados de intimidad.
7. Analizar la siguiente cuestión: ¿hasta qué punto es razonable y legítimo interpretar que el consentimiento recibido para una acción íntima concreta puede implicar darlo para un grado superior de intimidad?
8. El ejercicio podría mejorarse sustancialmente mediante situaciones de role-playing en que participaran chicas reales (voluntarias, educadoras, etcétera).

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

Se debería poner de relieve la importancia de tener indicios fidedignos de consentimiento para las diversas pretensiones de intimidad con otra persona.

Enseñar a los sujetos a pensar en los comportamientos humanos (por ejemplo, una relación sexual), no como meros actos repentinos, sino como una secuencia de acciones concatenadas que se desarrollan a lo largo de un período de tiempo más o menos prolongado y comportan diversas expresiones y conductas de las personas implicadas. Cada pequeña acción de uno es interpretada por el otro de cierta forma, y responde a ella facilitando que el comportamiento pueda continuar hacia siguientes acciones o que deba interrumpirse. Lo anterior significa que alguien puede consentir ciertas acciones íntimas o consentirlas en ciertos momentos, pero no otras o no consentirlas en otros momentos. Cada etapa en cada momento específico debe ser expresamente aceptada, e incluso una vez admitida e iniciada podría desearse interrumpirla.



MÓDULO III. ACTIVIDAD 6

Colaborar en una agresión sexual realizada por otro

OBJETIVO:

Enseñar a los sujetos que pueden existir distintos grados de colaboración o participación en un abuso o agresión sexual, desde la autoría plena hasta la observación del hecho. Es decir, que una agresión sexual se puede realizar y también se puede promover, facilitar o permitir a través de conductas como masturbarse durante la misma, grabar lo que sucede, presenciar el acto, etcétera.

MATERIALES:

Película: **Acusados** (1988) EEUU

Reparto: Jodie Foster y Kelly McGillis

Género: Drama

Duración: 105 minutos

Sinopsis: ¿Cuáles son los límites de la justicia? ¿Hasta dónde llega la responsabilidad de la sociedad entera frente al crimen? Jodie Foster consiguió el Oscar a la Mejor Actriz por su espléndida interpretación de Sarah Tobias, la joven camarera que sufre una triple violación a manos de unos desalmados y ante la pasividad de todos los que hubieran podido evitarla. Una víctima que es convertida en acusada, en provocadora, en causante directa de la violencia. Una violencia que es sólo el principio de su odisea. Una odisea que la llevará a enfrentarse a todo un sistema judicial con la única ayuda de su abogada para conseguir que la justicia condene a los criminales y a los que permitieron pasivamente que pudiesen cometer su crimen.

Película: **Nuestros chicos** (1999) EEUU

Director: Guy Ferland

Género: Thriller

Duración: 86 minutos

Sinopsis: La detective Heather Brooks regresa a su pequeño pueblo después de estar años trabajando en la investigación de un caso en el que un grupo de jóvenes del equipo de béisbol, admirados por toda la comunidad, parece ser el responsable de la violación de una joven retrasada, Leslie Faber. La joven posee la mente de una niña, pero el cuerpo de una adolescente. Nadie cree en la historia de Leslie hasta que ésta comienza a pintar unos dibujos en los que muestra lo que realmente ocurrió.



DESARROLLO:

1. Visionado de una de las películas propuestas. También podría utilizarse cualquier otra película o documental que trate el tema de la violencia sexual (u otras formas de agresión) y de los diferentes grados de participación en estos hechos. Si por las características del grupo no se considera apropiado este tipo de materiales, se puede realizar la actividad con la lectura de un caso ficticio o real de violencia sexual que implique a varios autores y diferentes grados de participación de éstos en la agresión.
2. Una vez escogido y visionado el material, se hacen al grupo las siguientes preguntas para la reflexión:
 - a. ¿Quién es el autor del hecho?
 - b. ¿Puede haber más de un autor?
 - c. ¿A las personas que están observando lo que sucede, cómo las calificaríais?
 - d. ¿Se puede ser autor de un hecho como éste sin participar directamente en él? ¿En qué sentido se puede ser autor?
 - e. ¿Hay algún posible atenuante de la responsabilidad de estos autores en los hechos sucedidos (embriaguez de la víctima, disminución psíquica de la víctima, presión del grupo, etcétera)?
3. El terapeuta va anotando en la pizarra las conclusiones que se van consensuando acerca de los diferentes grados de participación y su correspondiente nivel de responsabilidad/autoría en los hechos.

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

El terapeuta realiza un resumen final de todas las reflexiones realizadas durante el debate en torno al grado de participación que se puede tener en una agresión sexual y, consecuentemente, la responsabilidad en la misma. Por otro lado, también se realza la idea de que la vulnerabilidad y características de la víctima no disminuyen la responsabilidad o autoría de los hechos.



MÓDULO IV

Aprénde a no distorsionar y justificar el abuso



MÓDULO IV. INTRODUCCIÓN

APRENDE A NO DISTORSIONAR Y JUSTIFICAR EL ABUSO

Múltiples distorsiones cognitivas y justificaciones de los agresores pueden amparar sus conductas de abuso y de agresión sexual. Este módulo se orienta a ayudar a los jóvenes infractores a superar sus distorsiones cognitivas, o errores del razonamiento, aprendiendo a identificar y contrarrestar aquellos pensamientos sobre el sexo, las chicas y los chicos, el amor, sobre la presión y los comentarios de otras personas o sobre el empleo de la violencia, entre otros muchos aspectos, que les han servido para justificar sus acciones ilícitas. Así mismo, esas distorsiones y justificaciones dificultan el reconocimiento posterior del delito. Los agresores deben aprender a darse cuenta de cómo determinados pensamientos y emociones, y las elecciones de conducta a que ellos se asocian, producen consecuencias y resultados muy negativos y dañinos para otras personas.

El reconocimiento y la responsabilización de los hechos delictivos por parte del infractor son elementos esenciales para alcanzar los objetivos establecidos en la terapia así como, a largo plazo, la no reincidencia. En líneas generales, los menores que han cometido delitos sexuales, presentan una gran dificultad inicial para hablar abiertamente del delito que llevaron a cabo, mostrando un amplio repertorio de mecanismos que niegan o diluyen su responsabilidad. Las razones que dificultan el reconocimiento del delito son múltiples, aunque entre ellas son frecuentes los sentimientos de vergüenza, que impiden contar lo ocurrido, el miedo a las reacciones de sus familiares y amigos, y el temor a las consecuencias judiciales y a dar una imagen negativa de sí mismo que contribuyan a etiquetarlos como “agresores sexuales” (Price-Jones y Barrowcliff, 2010). Para que los infractores comiencen a hablar con sinceridad sobre su conducta sexual problemática será importante que antes se exploren y se desmonten tales miedos, a menudo basados en razonamientos distorsionados.

Los mecanismos y justificaciones que los infractores utilizan para eximirse de responsabilidad son diversos y en cada caso conviene identificar los más relevantes (Garrido y Beneyto, 1996)

Los mecanismos del tipo “yo no lo hice” implican una desvinculación total de la acción delictiva que se les imputa, incluyéndose en esta categoría la *negación*, la *coartada* y la *culpabilización*. En el caso de la *negación*, el infractor simplemente rechaza que los hechos hayan ocurrido, o bien reconoce que tales conductas pudieron suceder, pero niega su participación en las mismas. La *coartada* y la *culpabilización*, por su parte, implican una mayor elaboración; en el primer caso se intentará demostrar la imposibilidad física de haber cometido el delito a través de coartadas y pretextos, mientras que en el segundo caso intentarán culpabilizar directa o indirectamente a otros.

Los mecanismos del tipo “no fue para tanto” tienen como objetivo transformar la valencia negativa de la acción, intentando que lo ocurrido no parezca tan malo como en realidad fue. Se incluyen dentro de esta categoría la *minimización*, la *justificación* y el *menosprecio* de la *víctima*. La *minimización* consiste en distorsionar los hechos u omitir determinados detalles para que su conducta parezca menos reprochable. En el caso de la *justificación*, lo que se intenta es buscar alguna razón que legitime su comportamiento



infractor. El menosprecio de la *víctima* consiste en desvalorizar a ésta de tal manera que en cierto modo se la hace responsable o merecedora del abuso o agresión sexual.

Los mecanismos “Sí, pero...” implican que se reconocen los hechos delictivos pero, sin embargo, se niega la responsabilidad subjetiva en los mismos a través de tres tipos de estrategias: *Sí, pero no tuve más remedio*, mediante la cual se intenta transmitir la idea de que no había otra opción en esas circunstancias; *sí, pero no quería hacerlo*, en la que se enfatiza una ausencia de intencionalidad; y *sí, pero no era realmente yo*, según la cual se hace referencia a un estado alterado de conciencia, ya sea por haber estado bajo los efectos del consumo de alcohol o drogas, por la experimentación de una intensa excitación, por haber perdido el control de los impulsos, etc.

A continuación se presenta un ejemplo de cada una de las categorías anteriores.

“YO NO LO HICE”	
Negación	“Todo lo que esa mujer cuenta es mentira”
Coartada	“¿Cómo iba a abusar de ella, si a esa hora yo estaba en el cine?”
Culpabilización	“Fue mi amigo el que la violó, yo no hice nada”
“NO FUE PARA TANTO”	
Minimización	“Solo la toqué un poco, nada más, no creo que sea tan grave”
Justificación	“Con su comportamiento esa noche, la verdad es que me dio a entender que quería tener relaciones sexuales conmigo”
Menosprecio de la víctima	“Con esa ropa que llevaba... lo estaba pidiendo”
“SÍ, PERO...”	
Sí, pero no tuve más remedio	“Mis amigos me obligaron a hacerlo”
Sí, pero no quería hacerlo	“Solo estábamos jugando, no sé cómo pasó, en realidad yo no quería hacerle daño”
Sí, pero no era realmente yo	“Esa noche había tomado de todo y no sabía ni lo que hacía”

Para promover el reconocimiento del delito y que el infractor pueda hablar de su conducta sexual problemática de manera sincera y sin excusas, es importante que el terapeuta adopte una posición firme, en la que se confronten las contradicciones e inconsistencias de los sujetos. También será de utilidad establecer para la intervención un objetivo común con el infractor, orientado principalmente a evitar la recaída, lo cual puede constituir una fuerte motivación para participar en la intervención.

Por otra parte, muchos infractores sexuales tienden a racionalizar su conducta, a partir de diversos pensamientos automáticos y creencias distorsionadas que confieren normalidad a su comportamiento



sexual inapropiado.

Quienes han abusado sexualmente de una niña o un niño pueden considerar que los niños tienen capacidad para decidir tener o no relaciones sexuales, o interpretar que en realidad deseaban tener un contacto sexual ya que no se resistieron muy activamente al mismo.

Los infractores que han agredido a personas de su misma edad o a personas adultas, puede tener la creencia de que la negativa de una mujer a tener relaciones sexuales sólo es parte de una estrategia de seducción, que en el fondo todas las mujeres tienen el deseo de ser violadas, o que una mujer que viste provocativamente está buscando tener relaciones sexuales con él.

La intervención en esta área requiere la identificación de los pensamientos automáticos distorsionados y las creencias que los sustentan, de cara a que el infractor aprenda a valorar más apropiadamente qué pensamientos se ajustan a la realidad y cuáles no, pudiendo sustituir tales pensamientos distorsionados por otros más racionales y realistas. Estas mejoras podrían ayudar al individuo a tomar decisiones más ajustadas y prudentes cuando en un futuro pueda hallarse en posibles situaciones de riesgo.



MÓDULO IV. ACTIVIDAD 1

Afrontar constructivamente la culpa y la vergüenza

OBJETIVO:

Enseñar a los sujetos distintas maneras, más saludables para su propio futuro, de afrontar la vergüenza y culpa naturales que se derivan de las conductas realizadas y de sus consecuencias. Entre ellas estarían reconocer abiertamente lo sucedido, hacerse conscientes de los daños causados a las víctimas primarias y secundarias (es decir, tanto a quienes sufren directamente un agresión como a sus padres, novio/pareja, hijos...), pedir disculpas, expresar pesadumbre y arrepentimiento por lo hecho, etcétera.

MATERIALES:

- Cuaderno personal de terapia.

DESARROLLO:

1. Se pide a cada sujeto del grupo que exponga una situación o vivencia en la que haya pasado gran vergüenza. ¿Qué pensó en aquel momento que era lo peor que podía pasar? ¿Qué sucedió realmente? ¿Cómo se sintió? ¿Pudo superarlo? ¿Qué hizo para superarlo?
2. A continuación, explicar alguna situación en la que hiciera algo malo y en que alguien importante para él se enterara y estuviera enfadado o en desacuerdo con lo sucedido. ¿Qué pasó? ¿Cómo se sintió y qué dijo la otra persona? ¿Cómo se sintió él mismo?
3. ¿Hizo algo para disminuir la vergüenza o culpa por lo hecho? ¿Qué hizo en concreto?
4. Pedirles que digan si la vivencia de vergüenza aludida les ayudó o no a cambiar posteriormente alguna conducta.
5. ¿Qué tendría que haber sucedido para que esta experiencia les hubiera ayudado a cambiar su comportamiento posterior?

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

El terapeuta resume la sesión y concluye realizando cómo las cosas negativas que nos han sucedido o hemos experimentado en la vida, como la vergüenza y la culpa, pueden ser utilizadas como un motor de cambio positivo, permitiéndonos mejorar nuestra conducta y en conjunto nuestra vida.



MÓDULO IV. ACTIVIDAD 2

Negar no permite avanzar

OBJETIVOS:

Facilitar el inicio del reconocimiento del abuso o de la agresión realizados. Para ello se ayudará a los sujetos a identificar posibles razones que dificultan el reconocimiento (por ejemplo, vergüenza y culpabilidad, reacciones agresivas de los familiares, miedo a la justicia, etcétera).

Razonar a los sujetos cómo la negación constituye una etapa normal y frecuente de los primeros estadios del tratamiento, pero que si se mantiene estaría entorpeciendo las posibilidades de cambio terapéutico: para poder cambiar es necesario primero reconocer que se tiene un problema que resolver.

MATERIALES:

- Cuaderno personal de terapia.

DESARROLLO:

1. Pedir a los sujetos que reflexionen y expresen sus opiniones sobre qué es la sinceridad, si se puede o debe ser sincero siempre o sólo en determinadas ocasiones, cuánto cuesta ser sincero, cómo se sienten cuando son sinceros con ellos mismos y con los demás.
2. Sugerirles que mencionen situaciones y episodios en que han engañado a otros o han dicho verdades a medias, e irlos anotando en la pizarra.
3. Repasar dichos episodios, y pedirles que digan si lo que sucedió en cada caso llegó o no a saberse después. Si no se supo, ¿qué creen que podría haber pasado si se hubiera conocido?
4. Visto desde ahora, ¿habrían hecho lo mismo que hicieron en aquella situación o preferirían haber sido más sinceros?

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

El terapeuta debe enfatizar la importancia que desempeña la sinceridad en un estilo de vida saludable. La ansiedad que genera guardar secretos y no ser sinceros con los demás ni con nosotros mismos. La importancia que tiene la sinceridad en el cambio terapéutico. Animarles a reconocer en qué grado la mentira es una estrategia que utilizan en sus vidas con frecuencia, y si creen que a veces podría generar problemas más graves que aquello que pretenden evitar.



MÓDULO IV. ACTIVIDAD 3

Las excusas de la agresión y el abuso (incluido el sexual)

OBJETIVO:

Ayudar a los sujetos a identificar los tipos de excusas y justificaciones más frecuentes que ellos utilizan para afrontar sus propios conflictos internos (por ejemplo, negación, racionalización, minimización, etcétera).

MATERIALES:

- Cuaderno personal de terapia.

DESARROLLO:

1. Definir qué es una excusa o justificación. Poner ejemplos del empleo de excusas en relación con comportamientos neutros desde el punto de vista de la legalidad penal (por ejemplo, volver tarde a casa, evitar quedar con un amigo, faltar al trabajo, etcétera).
2. El terapeuta hace un listado en la pizarra de los principales mecanismos de justificación de la agresión y el abuso (negación, minimización, etcétera).

Tipo: “yo no lo hice”:

- Negación
- Coartada
- Culpabilización de otro

Tipo: “no fue para tanto”:

- Minimización
- Justificación
- Menosprecio de la víctima

Tipo: “sí, pero...”:

- Sí, pero no tuve más remedio
- Sí, pero no quería hacerlo
- Sí, pero no era realmente yo



3. Pedir a los sujetos que mencionen ejemplos de posibles situaciones en las que han utilizado la agresión con otras personas o han abusado física, psicológica o sexualmente de ellas. Recoger dichos ejemplos en la pizarra.
4. Pedirles que digan cómo justificaron el haber hecho lo que hicieron, recordando situaciones concretas. Listarlas en la pizarra.
5. Someter a cuestionamiento empírico (al modo socrático) cada justificación que se vaya mencionando: ¿Qué pruebas hay a favor de la veracidad de dicha justificación? ¿Hay excepciones? ¿Qué pruebas hay en contra?
6. Solicitar sus sugerencias para conectar sus propias justificaciones con los mecanismos de defensa típicos (listados según el punto 2).
7. Pedirles otros ejemplos de cada mecanismo justificador.

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

Al finalizar esta sesión los sujetos deben saber cuáles son los principales mecanismos de defensa o excusas que las personas suelen utilizar para justificar sus comportamientos. También deberían ser capaces de identificar los suyos propios. Además, han de poder reconocer la conducta de abuso y responsabilizarse de ella sin necesidad de usar mecanismos de defensa para justificarla.



MÓDULO IV. ACTIVIDAD 4

El pensamiento deformado

OBJETIVOS:

Desarrollar y expandir el pensamiento de los jóvenes para hacerlo más realista y capaz de tomar en consideración elementos pro-sociales.

Ayudar a los sujetos a “caer en la cuenta” de sus construcciones erróneas de algunas realidades de interacción social, así como a “darse cuenta” de la interdependencia entre sus estructuras de pensamiento distorsionado, sus emociones descontroladas y sus comportamientos delictivos.

MATERIALES:

- Cuaderno personal de terapia.

DESARROLLO:

1. Se exponen cuáles son los pensamientos distorsionados que presentan las personas con más frecuencia.
2. El terapeuta pone ejemplos, mediante imágenes de cómics u otros elementos audiovisuales, de distintas distorsiones cognitivas, y pide a los sujetos que las clasifiquen en las diferentes categorías propuestas.
3. Se les pide que pongan ejemplos propios sobre los diversos pensamientos distorsionados que hayan podido presentar según las categorías anteriormente establecidas.



Pensamientos automáticos: son aquellas cogniciones evaluadoras, veloces y breves, que se van produciendo en nosotros y que valoran aspectos de la realidad de cada momento y situación.

Las distorsiones cognitivas son una modalidad de pensamientos automáticos caracterizados por efectuar una interpretación tergiversada e irracional de determinadas realidades.

Distorsiones cognitivas más típicas:

1. Pensamiento del tipo “todo o nada”
2. Pensamiento catastrófico
3. Descalificación completa de una persona (o de un contexto o una situación: la escuela, un trabajo...), dejando de lado sus aspectos más positivos
4. Etiquetado negativo de otras personas, prescindiendo de lo que tienen de bueno
5. Razonamiento emocional (“sentir” intuitivamente que algo es cierto a pesar de las evidencias en contrario)
6. Magnificación o minimización de alguna cosa
7. Filtrado mental o abstracción selectiva (prestar atención sólo a aquellos elementos negativos y parciales de alguna realidad)
8. Lectura de la mente de otra persona, como “prueba” de lo que sucede (“sé exactamente lo que está pensando”, “adivino sus pensamientos”)
9. Sobregeneralización (llegar a una conclusión negativa a partir de información muy parcial)
10. Personalización (atribuir a otros mala fe o mala intención, sin considerar otras opciones)
11. Afirmaciones imperativas y rígidas del tipo “debo” y “tengo que”, que impelen la conducta “inevitablemente” hacia la generación de problemas
12. Visión en forma de túnel, percibiendo sólo aquella parte de la realidad que hace más problemática una situación

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

Énfasis final, a partir de los diversos ejemplos comentados, acerca de cómo nuestras conductas no aparecen en el vacío, sino que siempre es posible encontrar conexiones entre nuestros comportamientos y determinados pensamientos, emociones y situaciones.



MÓDULO IV. ACTIVIDAD 5

Auto-registro de distorsiones cognitivas y emociones asociadas a conductas problemáticas

OBJETIVOS:

Entrenar en la auto-observación y el auto-registro de pensamientos/emociones relacionados con las conductas problemáticas, y de las situaciones que favorecen la aparición de dichos pensamientos/emociones.

Tomando en cuenta sus auto-registros, entrenar a los sujetos en la identificación de pensamientos que puedan ser distorsiones cognitivas, constatando su relación con determinadas situaciones que las favorecen.

MATERIALES:

- Cuaderno personal de terapia.

DESARROLLO:

1. El terapeuta introduce los conceptos de situaciones, pensamientos, emociones y conductas, y sus recíprocas relaciones en la vida diaria de las personas. Retoma el concepto de distorsiones cognitivas y lo ejemplifica de forma variada.
2. Se entrega a cada uno un auto-registro vacío para que anote cuáles son sus propios pensamientos/emociones más frecuentes, ante qué situaciones se producen, y a qué conductas suelen dar lugar.
3. A continuación se pide a los restantes miembros del grupo que den su opinión sobre lo comentado por cada sujeto en relación con su propio registro de pensamientos, emociones y conductas; se van corrigiendo los errores y reforzando las opiniones y sugerencias adecuadas.
4. Se pide opinión, a cada sujeto y al resto del grupo, sobre qué pensamientos podrían resultar más realistas que las distorsiones identificadas, y se instruye a los participantes en el desarrollo de esta estrategia de reestructuración cognitiva (es decir, de sustitución de pensamientos ilógicos o irrealistas por otros más razonables).



5. Al final de la sesión se entrega un nuevo auto-registro vacío a los sujetos para que durante los días que siguen (antes de la siguiente sesión) anoten, en relación con diversas situaciones de la vida real, sus pensamientos, emociones y conductas.
6. Durante la primera parte de la siguiente sesión, se revisan los auto-registros y se les anima a ir identificando las propias distorsiones cognitivas, las situaciones en que se producen, y las conductas a las que se asocian.

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

Énfasis final, a partir de los diversos ejemplos comentados, acerca de cómo las conductas problemáticas no aparecen sin más, sino que suelen guardar relación con situaciones, pensamientos y emociones antecedentes, o con las consecuencias que las siguen.



MÓDULO IV. ACTIVIDAD 6

Distorsiones de género: chicas, chicos, personas

OBJETIVO:

Educar en igualdad de género, especialmente en relación con la sexualidad.

MATERIALES:

- Cuaderno personal de terapia.

DESARROLLO:

1. Pedir al grupo sus opiniones sobre las características sexuales principales que comparten las personas, tanto mujeres como hombres, en los cuatro ámbitos siguientes: características físicas (¿cómo son en su estructura, fuerza, aspecto, etcétera?), de conducta (¿cómo se comportan en la sexualidad?), de pensamiento (¿qué piensan acerca de las relaciones sexuales?) y emocionales (¿qué desean, qué sienten y cómo lo manifiestan?). Listar los aspectos mencionados en cuatro columnas en la pizarra.
2. Tomar cada característica y someterla a prueba de realidad a partir de su cuestionamiento socrático o mediante la presentación de diferentes imágenes y situaciones reales o simbólicas sobre hombres y mujeres concretos (a partir de situaciones y experiencias personales, cómics, películas, imágenes de Internet, etcétera). Para cada elemento sugerido pueden plantearse las siguientes cuestiones: ¿Es este aspecto universal y aplicable al conjunto de las personas? ¿Es más propio de los hombres que de las mujeres? ¿Es más propio de las mujeres que de los hombres?
3. A partir de los debates anteriores valorar cada característica inicialmente aplicada a los hombres en tres posibles niveles: exclusiva de los hombres, prioritaria de los hombres, o compartida también con las mujeres.

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

Como resultado de lo anterior debería ponerse de relieve cómo la mayoría de características sexuales, tanto físicas como de conducta, de pensamiento y emocionales, son comunes a todos los seres humanos, tanto mujeres como hombres; sólo algunas son aplicables en exclusiva a las mujeres o a los



hombres, sin que ello menoscabe en absoluto su igualdad como seres humanos, sino que más bien realzaría su recíproca complementariedad.

MÓDULO I

MÓDULO II

MÓDULO III

MÓDULO IV

MÓDULO V

MÓDULO VI

MÓDULO VII



MÓDULO V

Autocontrol emocional para evitar conflictos



MÓDULO V. INTRODUCCIÓN

AUTOCONTROL EMOCIONAL PARA EVITAR CONFLICTOS

La intervención relacionada con la adquisición de un mayor autocontrol en los menores implicados en delitos contra la libertad sexual es una de las áreas principales de tratamiento y está indicada esencialmente para disminuir sus dificultades a la hora de controlar sus impulsos, sean o no de naturaleza sexual.

Dentro de esta área de intervención se incluirían las intervenciones destinadas a una mejor gestión de aquellas emociones que pudieran distorsionar las interacciones sociales, así como a plantear técnicas de recondicionamiento asociadas a estímulos y situaciones socialmente adecuados. Esta segunda área de intervención no será tratada en este programa grupal, abordándose exclusivamente en el tratamiento individual, donde se incluirían las técnicas de recondicionamiento, saciación o sensibilización encubierta.

Se ha demostrado a través de diversas investigaciones que muchos comportamientos de abuso o agresión sexual pueden precipitarse como resultado de emociones extremas (tensión, ira, deseo de venganza...) debidas a la dificultad de los sujetos para el manejo apropiado de situaciones conflictivas (Agnew, 2006; Andrews y Bonta, 2006; Tittle, 2006). En todos estos supuestos están implicadas tanto la *carencia de habilidades* como las *interpretaciones inadecuadas* de las interacciones sociales (por ejemplo, atribuyendo mala intención a la otra persona) y, finalmente, una *exasperación emotiva* que puede implicar el enfurecimiento y una posible agresión. Por ello este módulo de intervención se orienta a enseñar a los jóvenes a controlar sus posibles explosiones iracundas, y a arbitrar respuestas alternativas de cariz asertivo, no agresivo.

Si se consigue una mejora en estas estrategias y habilidades de afrontamiento y resolución de problemas, descartando el abuso o la agresión como herramienta "válida", habrá más posibilidades de que el sujeto no utilice este mecanismo como estrategia para descargar su ira o su rabia ni para enaltecer su sensación de poder, disminuyendo de ese modo su probabilidad de recaída en la conducta delictiva.

Para conseguir este fin se han incluido en el presente módulo técnicas de disminución de la activación que resultarían antagónicas de la respuesta agresiva y sexual, contribuyendo a inhibir dichas respuestas, así como de control estimular, de modo que los menores sean capaces de generar alternativas válidas de afrontamiento o el simple distanciamiento de la situación problema. Además, se tratarán con los menores aquellos aspectos relacionados con la reinterpretación de las situaciones identificadas por ellos como amenazantes, agresivas, o simplemente estimulantes, que resulten socialmente inadecuadas, generando pensamientos e interpretaciones alternativos que minimicen su impacto emocional y la reactividad asociada a los mismos.



MÓDULO V. ACTIVIDAD 1

Las consecuencias negativas de la ira

OBJETIVO:

Reflexionar sobre los resultados nocivos que las manifestaciones de ira pueden tener para otras personas y para ellos mismos, promoviendo la asunción de consecuencias.

MATERIALES:

- Cuaderno personal de terapia.

DESARROLLO:

1. Pedir a los sujetos que pongan ejemplos de situaciones y conductas de enfado e ira de una persona con otra.
2. Pedirles que pongan ejemplos de consecuencias negativas que suelen producir, y experimentar, quienes se alteran y enfadan gravemente (por ejemplo, daños personales, miedo en otras personas, culpabilización personal, problemas con la justicia, privación de libertad, pérdidas económicas, sanciones en el centro...).
3. Efectuar un listado amplio en la pizarra de situaciones de ira y de sus posibles consecuencias.
4. Uno a uno, se pide a cada sujeto que identifique si él ha experimentado alguna de dichas consecuencias como resultado del enfado de otras personas.
5. En un segundo momento, se pide también a cada joven que recuerde y diga si él ha sido causante, en un momento de enfado e ira descontrolados, de consecuencias negativas para otras personas.
6. A partir de todos los anteriores ejercicios, se va generando en la pizarra un listado amplio en el que se recojan las consecuencias negativas que se derivan de la utilización de la ira para otras personas y para uno mismo.



DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

El terapeuta pone de relieve, a partir de todo lo comentado y de otras casuísticas conocidas por él, las consecuencias perniciosas, a veces muy graves y persistentes, que las manifestaciones de la ira pueden producir a diversas personas: parejas, hijos, padres, amigos, etcétera.

Se realza la idea de que las personas que utilizan el enfado y la agresión como estrategias habituales en sus relaciones, pueden ser temidas pero no son apreciadas y queridas por los otros. Por el contrario, las personas que mantienen con los demás relaciones relajadas y armoniosas son personas respetadas y que inspiran confianza y estima.



MÓDULO V. ACTIVIDAD 2

Análisis y control de la ira: la frustración sexual

OBJETIVOS:

Entrenar en auto-observación y auto-registro de situaciones que propician incrementos de emociones de ira, y una posible agresión. Aprender a controlar la rabia y a buscar alternativas de actuación frente a esta emoción.

Realzar la idea de que la ira y el enfado (y quizá un abuso o una agresión) pueden también tener su origen en una frustración afectiva y sexual, como resultado de ser rechazado por alguien.

MATERIALES:

- Cuaderno personal de terapia.
- Hoja de trabajo (Anexo 16).
- Escenas de películas.
- Relatos o textos cortos.

DESARROLLO:

1. Se describe a los sujetos la emoción de la ira y los procesos mediante los que se precipita.
2. En la pizarra se establecen las columnas básicas del análisis funcional de la conducta (Anexo 16).
3. Se pide la participación de los jóvenes para poner ejemplos de sus propias experiencias de ira y enfado (valorándolas por su intensidad entre 0 y 10), las situaciones más frecuentes en las que se producen, y las consecuencias gratificantes de las que a veces son seguidas. Se debe dedicar a ello una media hora para que los sujetos se familiaricen con la idea de que toda conducta (incluida la ira) es favorecida por ciertas situaciones y es seguida de ciertas gratificaciones.
4. El terapeuta enfatiza que una situación que puede ser causa de gran ira y enfado es la frustración afectiva o sexual. Es decir, del hecho de que alguien que te atrae, te rechace o menosprecie.



5. Se debaten en grupo las diferentes emociones de ira que los sujetos han planteado y las diversas formas que puede haber de comportarse cuando estas emociones se experimentan.
6. Se entrega a cada uno un auto-registro vacío para que durante los días siguientes (antes de la siguiente sesión) describan los episodios de ira experimentados por ellos, los antecedentes que los precedieron y las gratificaciones que los siguieron.
7. Durante la primera parte de la siguiente sesión, se revisan y ponen en común los auto-registros efectuados, reforzando lo hecho por cada uno y corrigiendo los errores de auto-registro.
8. Se puede ampliar esta actividad con el visionado de alguna película, o la lectura de algún texto, donde se refleje una situación en que el protagonista haya experimentado rabia y se haya comportado de forma agresiva. A continuación se podría debatir en el grupo el uso de la agresión para expresar la rabia, y qué alternativas a la violencia podrían existir.

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

Énfasis final, a partir de los diversos ejemplos comentados, acerca de cómo las manifestaciones de enfado y de ira no aparecen en el vacío, sino que siempre guardan conexión con circunstancias antecedentes y con ciertas consecuencias gratificantes que les siguen. Realce de la necesidad de estar precavidos y preparados ante la posibilidad de una frustración afectiva o sexual, que podría llevar a una agresión. Por ello es muy importante aprender a controlar la expresión de la rabia.

► Anexo 16.

Hoja de análisis. (Ficha para el alumno en página 260)

Describe a continuación diversas emociones de ira y enfado que hayas experimentado. Escribe en las columnas de la izquierda las situaciones que se produjeron y los pensamientos que te venían a la cabeza mientras sentías esa rabia. Finalmente, anota en la última columna, qué hiciste en esa situación.

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN DE IRA Y CONDUCTA REALIZADA	CONSECUENCIA GRATIFICANTE QUE EXPERIMENTASTE



MÓDULO V. ACTIVIDAD 3

Mejora tu asertividad

OBJETIVOS:

Diferenciar los tres estilos básicos de comunicación en las interacciones sociales problemáticas: agresivo (insultando o violentando a otras personas para defender el propio interés o derecho), inhibido (abandonando cualquier defensa o reivindicación del propio derecho), y asertivo (expresando franca y abiertamente qué queremos y consideramos justo, pero de forma no agresiva).

Entrenar a los sujetos en habilidades de asertividad alternativas a las expresiones de ira y agresión a otros.

MATERIALES:

- Cuaderno personal de terapia.

DESARROLLO:

1. El terapeuta efectúa una explicación sobre los tres estilos básicos de comunicación a que se ha aludido, ejemplificándolos. Se escriben en la pizarra mediante tres columnas, señalando debajo de cada estilo algunas de sus características principales.
2. Se pide a los sujetos que sugieran pros y contras del uso de cada uno de los diferentes estilos comunicativos.
3. Se pide a dos participantes que representen una escena de ira y agresión (por ejemplo, una discusión de pareja o entre amigos, una disputa con los padres, etcétera).
4. Durante el desarrollo de la escena, se solicita a los jóvenes que recuerden y definan en qué consiste la asertividad, pidiéndoles que pongan ejemplos al respecto y describan qué conductas asertivas podrían utilizarse para afrontar la ira suscitada en la escena representada, y tales conductas se van anotando en la pizarra.
5. A continuación se efectúa un nuevo role-playing de la anterior escena (con los mismos sujetos o con otros nuevos) de acuerdo con la propuesta de conductas asertivas que se ha realizado.
6. Se debaten en el grupo los pros y contras de las diversas conductas asertivas, es decir, en qué grado resultan adecuadas para la resolución de éste o de otros conflictos.



DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

El terapeuta recapitula la sesión pidiendo a los sujetos que en sus propias palabras den una definición aproximada de lo que es la asertividad. Pone de relieve la conveniencia de la comunicación asertiva por encima de las otras dos opciones, agresiva e inhibida.

El terapeuta refuerza las respuestas adecuadas de los sujetos y realza la utilidad de las expresiones asertivas para el logro de los propios deseos y objetivos a la vez que para el control de la ira.



MÓDULO V. ACTIVIDAD 4

Respira hondo y contrólate

OBJETIVOS:

Enseñar y entrenar a los sujetos en la observación e identificación de las manifestaciones físicas de su cuerpo que tienen lugar cuando experimentan sentimientos de enfado e ira.

Entrenarles para que puedan contrarrestar el malestar personal que generan determinadas situaciones mediante un mayor control de sus emociones.

MATERIALES:

- Cuaderno personal de terapia.
- Música de relajación.
- Alfombra o colchoneta.
- Sala amplia o gimnasio.
- Los participantes deberán vestir con ropa cómoda, que no les oprima.

DESARROLLO:

Esta actividad se dividirá en 2 partes:

A) Conocimiento sobre las manifestaciones físicas de la ira:

1. Pedir a los sujetos ejemplos de manifestaciones físicas de la ira (por ejemplo, sudoración, alteración del habla, trastorno de la capacidad de reflexión, taquicardia, tensión muscular, etcétera).
2. Escribir en la pizarra un listado amplio de tales manifestaciones.
3. Pedir a cada uno que diga cuáles son las manifestaciones físicas más habituales en él mismo.
4. Realizar los mismos pasos anteriores en relación con las manifestaciones corporales que “transmiten a los otros” tu estado de ira (por ejemplo, mirada fija al otro, aumento del tono de



voz, postura rígida, ciertas expresiones faciales, movimientos de manos o puños, etcétera).

B) Entrenamiento en relajación:

1. Se pide a los sujetos que se estiren en el suelo boca arriba, con la columna vertebral recta.
2. A continuación se les indica que flexionen las rodillas y separen los pies hasta encontrar una postura cómoda.
3. El terapeuta explica con voz pausada las instrucciones que deben seguir:
 - *Busca tensiones en tu cuerpo. Observa cómo sientes tu cuerpo y si notas alguna tensión en él.*
 - *Coloca la mano izquierda sobre el vientre y la derecha sobre el pecho. Inspira lentamente por la nariz y llena el vientre de aire. Observa la mano izquierda como sube, mientras que la derecha debe subir muy poco.*
 - *Espira el aire por la boca de forma suave y lenta. Haz respiraciones largas, lentas y profundas que hagan subir y bajar el vientre. Concéntrate en la sensación de respirar y nada más. Continúa el ejercicio durante cinco o diez minutos, y examina, al final de cada respiración profunda, si tienes alguna tensión en el cuerpo. Abandónate y permite que todas las tensiones se diluyan.*
4. Se repite este ejercicio dos o tres sesiones (o más si es necesario) para que el sujeto adquiera práctica y lo pueda hacer luego solo.
5. El terapeuta, mediante “imaginación guiada”, propondrá a los sujetos situaciones altamente aversivas. Para facilitar la vivencia de estas situaciones se indicará a los participantes que cierren los ojos e imaginen que se hallan realmente en dicha situación.
6. Se pedirá a los sujetos que observen cómo se siente y lo digan en voz alta. A continuación se les indicará que realicen el precedente ejercicio de respiración profunda y relajación. Finalmente se les pregunta cómo se sienten ahora.
7. Se debaten en grupo las emociones sentidas, y la posibilidad y utilidad de controlar los sentimientos y temores mediante el control de las reacciones fisiológicas de su propio cuerpo.

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

El terapeuta realza las consecuencias negativas que puede tener la ira para uno mismo y para otras personas, así como los posibles modos de contrarrestar las posibles manifestaciones de la ira, por ejemplo mediante relajación.



Finalmente, sintetiza la sesión, tomando en cuenta las intervenciones que realicen los propios sujetos, haciendo énfasis en los siguientes aspectos:

- La conexión de las emociones con reacciones fisiológicas del propio cuerpo.
- El control de dichas reacciones conlleva el control, al menos en parte, de las emociones negativas que están asociadas a ellas.



MÓDULO V. ACTIVIDAD 5

“Tiempo fuera”, o abandonar temporalmente una situación, como estrategia de afrontamiento de la ira

OBJETIVO:

Entrenar en la utilización de la técnica de “tiempo fuera” como otra estrategia de control de la ira. Esta técnica consiste esencialmente en aprender a detectar en uno mismo que, en determinada situación, se están comenzando a precipitar las señales de la ira, y que lo más conveniente para interrumpir una escalada o intensificación agresiva, es abandonar temporalmente dicha situación.

MATERIALES:

- Cuaderno personal de terapia.

DESARROLLO:

1. Se pide a dos sujetos que representen una escena de ira y agresión (por ejemplo, en una situación de pareja, una discusión entre amigos, una disputa con los padres), etcétera.
2. El terapeuta explica en qué consiste la técnica de “tiempo fuera” y pide a los sujetos su colaboración para poner distintos ejemplos de situaciones en las que podría utilizarse.
3. Dichas situaciones y ejemplos se van anotando en la pizarra.
4. Efectuar un *role-playing* introduciendo el uso de la técnica de “tiempo fuera” en distintas situaciones que han sido previamente ejemplificadas.
5. Debatir con el grupo los pros y contras del uso de la técnica de “tiempo fuera”, es decir, en qué grado es adecuada para la resolución de éste o de otros conflictos interpersonales.

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

El terapeuta refuerza las respuestas adecuadas de los sujetos y pone de relieve la utilidad de la técnica de “tiempo fuera” para la prevención de posibles situaciones de ira y agresión.



MÓDULO VI

Sentir solidaridad y empatía con las víctimas



MÓDULO VI. INTRODUCCIÓN

SENTIR SOLIDARIDAD Y EMPATÍA CON LAS VÍCTIMAS

Se denomina *empatía* a aquel conjunto de emociones altruistas y compasivas que confieren a un ser humano la capacidad para ‘sentir con’ otra persona (Echeburúa *et al.*, 2002) y para acomodar el propio comportamiento en consonancia con esos sentimientos positivos. Se considera que la empatía tiene una gran importancia tanto para la explicación de la conducta sexual infractora como para el tratamiento de la misma. Así, el objetivo de este módulo es sensibilizar y educar a los menores sobre el daño y sufrimiento que las víctimas experimentan como resultado de un abuso o agresión sexuales.

Como ya se ha explicado en la fundamentación teórica de este programa, muchos de los delitos que se cometen están relacionados con una ausencia o insuficiencia de emociones empáticas por parte del infractor, el cual tendría dificultades para reconocer el daño que ha causado, mostrándose insensible ante el dolor de sus víctimas. En algunas ocasiones podemos encontrar cómo determinadas cogniciones y creencias de los infractores tienen su base en la negación o minimización del daño causado, pensando por ejemplo, que los niños pequeños pueden disfrutar con las relaciones sexuales, o que una mujer que se resiste a mantener una relación sexual no está sino empleando una estrategia de seducción. Esta negación del dolor y del sufrimiento que provocan sus comportamientos desviados supone una primera barrera en el desarrollo de la empatía hacia la víctima, motivo por el cual las distorsiones cognitivas se abordan previamente en este programa de intervención. Cuando se ha superado esta barrera y una vez que los infractores han aceptado que sus conductas han causado un importante daño en sus víctimas, se pretende profundizar a lo largo de este módulo en la comprensión y entendimiento de dicho daño.

La empatía y la compasión hacia el sufrimiento ajeno funcionan en los seres humanos como un freno ante los impulsos agresivos, que va más allá de la mera anticipación de consecuencias negativas para uno mismo y consiste en una identificación emocional con el otro. Si los infractores no desarrollan esta capacidad, se perdería un elemento motivador de suma relevancia a la hora de evitar recaídas. La razón de esto es que, aunque los infractores conozcan el probable castigo y otras consecuencias negativas que sus comportamientos infractores pueden tener a medio y largo plazo, la toma de decisiones, en situaciones de alto riesgo, probablemente sea más influida por la anticipación de emociones placenteras inmediatas que por consecuencias negativas demoradas. Ello fácilmente puede romper el proceso de razonamiento lógico y una toma de decisiones adecuada, lo que constituyen elementos centrales del trabajo que debe realizarse en el módulo de prevención de recaídas.

Mediante el desarrollo de la capacidad empática se espera que los infractores sean más capaces de identificarse con las emociones de sus víctimas, reconociendo el daño que sus comportamientos les han causado, tanto a corto como a largo plazo; la comprensión empática podrá funcionar entonces como un potente inhibidor ante el impulso desviado y como un acicate para poner en práctica todas las estrategias aprendidas con el objetivo de evitar la recaída.



MÓDULO VI. ACTIVIDAD 1

¿Qué piensas tú sobre lo que podría estar pensando, deseando o podría hacer otra persona?

OBJETIVO:

A partir de la teoría de la mente, referida aquí al desarrollo de la capacidad personal de anticipar razonablemente las intenciones y posibles conductas de otras personas (primer orden de previsión de conducta), el objetivo de esta actividad es entrenar a los sujetos en imaginar con el mayor realismo y veracidad posibles, a la vista de las imágenes y comentarios presentados, qué pueden estar pensando, deseando o probablemente harán otras personas.

MATERIALES:

- Fotos o diapositivas de rostros (chicas, chicos, personas adultas, etcétera).
- Escenas de películas.
- Lectura de textos breves de novelas.
- Relatos del propio terapeuta.

DESARROLLO:

1. Se presenta al grupo la imagen de un rostro (por ejemplo, de una chica).
2. Se presenta también un comentario o expresión verbal de dicha persona (aunque sea por escrito). Este comentario debería estar preferiblemente relacionado con situaciones sobre los primeros contactos de los jóvenes con chicas, las relaciones de pareja, o las primeras experiencias sexuales.

Ejemplo 1: En una fiesta, en casa de unos amigos, te encuentras con esta chica, que es una conocida del grupo de amigos, y te comenta que acaba de romper con su novio.

Ejemplo 2: En el portal de tu casa te cruzas con una vecina de tu misma edad. Se te acerca, cargada con bolsas de la compra, y te pregunta si le puedes ayudar a subirlas hasta su casa.



Se puede solicitar a los participantes que propongan otras situaciones análogas para este ejercicio.

3. Se pide a los sujetos que piensen durante 5 minutos sobre la situación presentada, imaginen qué es lo que dicha persona podría estar pensando (podría pensar varias cosas) y lo anote en su cuaderno de terapia.
4. Se efectúa una puesta en común del grupo, para lo cual el terapeuta pide a cada sujeto que exprese lo que en su opinión estaría pensando la persona presentada.
5. El terapeuta, o un sujeto del propio grupo, va anotando en la pizarra las propuestas de los distintos sujetos. Sobre la marcha, cuando se exprese cada propuesta, deberá consensuarse con el grupo si es una propuesta nueva, todavía no mencionada, o en realidad se trata de una formulación diferente de algo ya mencionado. De este modo, las propuestas se reducirán a un número limitado para poderlas contrastar entre sí.
6. Cada propuesta recogida es sometida a debate del grupo para asignarle por mayoría (y con síntesis final del terapeuta) uno de los siguientes 3 calificativos: improbable, probable, muy probable.
7. La misma dinámica se realizará para los supuestos siguientes: lo que puede estar deseando esa persona (la chica de la fotografía) y lo que hará esa persona. De esta forma se reflexionará sobre los posibles pensamientos, deseos y conducta del otro desde el punto de vista de uno mismo.

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

El terapeuta sintetiza la sesión, tomando en cuenta las intervenciones que realicen los diversos sujetos, haciendo énfasis en los siguientes aspectos:

- a) La dificultad y subjetividad inherentes al hecho de decidir qué pueden estar pensando, deseando o harán otras personas.
- b) Pese a dicha dificultad, la necesidad que tenemos de efectuar tales atribuciones cotidianamente.
- c) La importancia de hacer atribuciones verosímiles.
- d) Cómo esta habilidad es una base muy importante para que las relaciones humanas sean adecuadas, y el comportamiento de las diversas personas pueda ser lógico y coherente para los otros. De ese modo se mejora la convivencia entre los seres humanos.



MÓDULO VI. ACTIVIDAD 2

¿Qué piensas tú sobre lo que piensa Toni que piensa, desea o hará Sonia?

OBJETIVO:

Esta actividad continúa la anterior a partir de la teoría de la mente (segundo orden de predicción de conducta). El objetivo ahora es entrenar a los sujetos en imaginar con el mayor realismo y veracidad posibles, a la vista de imágenes y comentarios presentados, qué pueden estar pensando otras personas sobre lo que piensan terceras personas y sobre lo que desean o lo que harán esas terceras personas.

MATERIALES:

- Fotos o diapositivas de rostros (chicas, chicos, personas adultas, etcétera).
- Escenas de películas.
- Lectura de textos breves de novelas.
- Relatos del propio terapeuta.

DESARROLLO:

1. Se presenta al grupo la imagen de un rostro (por ejemplo, de una chica) que dice algo (aunque, a efectos del ejercicio, se recoja por escrito).
2. A continuación se presenta al grupo la imagen de una segunda persona que efectúa algún comentario sobre la anterior. Sería conveniente que este comentario estuviese relacionado con una situación vinculada a los primeros contactos con chicas, las relaciones de pareja, o las primeras experiencias sexuales.
3. Se pide a los sujetos que piensen durante 5 minutos sobre las situaciones presentadas, imaginen qué es lo que la segunda persona podría estar pensando sobre lo que piensa la primera, y lo anote en su cuaderno de terapia.
4. Se efectúa una puesta en común del grupo, para lo cual el terapeuta pide a cada sujeto que exprese lo que en su opinión estaría pensando la segunda persona presentada.
5. El terapeuta, o un sujeto del propio grupo, va anotando en la pizarra las propuestas de los distintos sujetos. Sobre la marcha, cuando se exprese cada propuesta deberá consensuarse



con el grupo si es una propuesta nueva, todavía no mencionada, o en realidad se trata de una formulación diferente de algo ya mencionado. Así puede reducirse el número de propuestas, haciendo más viable su comparación.

6. Cada propuesta recogida es sometida a debate del grupo para asignarle por mayoría (y con síntesis final del terapeuta) uno de los siguientes 3 calificativos: improbable, probable, muy probable.
7. Este mismo procedimiento se seguirá para los supuestos siguientes: lo que piensa la segunda persona de lo que desea la primera, y lo que piensa esa segunda persona de lo que hará la primera.

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

El terapeuta sintetiza lo expuesto haciendo énfasis en los siguientes aspectos:

- a) La mayor dificultad y subjetividad inherentes al hecho de decidir qué pueden estar pensando unas personas sobre lo que piensan, desean o harán otras.
- b) Pese a dicha dificultad, la necesidad de efectuar tales atribuciones cotidianamente, ya que tales situaciones son muy frecuentes en la vida social.
- c) La importancia de hacer atribuciones verosímiles, para evitar malos entendidos y problemas.
- d) Cómo esta habilidad interpretativa constituye una de las bases importantes de las relaciones humanas.



MÓDULO VI. ACTIVIDAD 3

Haber sido víctima de una agresión: carta al agresor

OBJETIVO:

Favorecer la expresión de emociones, como la ira, la rabia, la impotencia, la vergüenza o la tristeza, contra aquéllos que hayan podido agredir al propio sujeto, para a continuación animarles a generar respuestas alternativas de afrontamiento de dichas emociones.

MATERIALES:

- Cuaderno personal de terapia.

DESARROLLO:

1. Pedir a cada sujeto que recuerde una ocasión en que haya podido ser víctima de una agresión (por ejemplo, por parte de algún agresor que quería robarle, por parte de los compañeros del colegio, de los conocidos del barrio, de los hermanos, de los padres, etcétera).
2. Una vez establecido el recuerdo se pide a cada sujeto que escriba una carta a quien fuera su agresor en la infancia o adolescencia, en la que exprese libremente sus sentimientos de enfado y cólera contra el mismo, mostrándole las razones de dicha ira. También pueden estar involucrados sentimientos de impotencia, vergüenza o tristeza.
3. Aquellos sujetos que lo deseen pueden leer en voz alta la carta escrita. Esta actividad es voluntaria y hay que llevarla a cabo con cuidado ya que puede haber agresores de la propia familia del chico, y esto puede dificultar el reconocimiento de la agresión ante el grupo. Ante la sospecha de que el sujeto esté describiendo en su cuaderno haber sufrido abuso infantil, puede ser preferible retomar con él el trabajo de la carta al agresor en sesiones individuales.
4. Repaso y comentario, frase a frase, de la carta, pidiendo al sujeto que exprese sus razones así como los sentimientos que se asocian a cada manifestación.
5. Dar al sujeto la oportunidad de que exprese también sentimientos de revancha y venganza hacia el agresor: ¿qué cosas malas le desearía?
6. A medida que el sujeto vaya razonando sus explicaciones y justificaciones para la ira, irle cuestionando acerca de la veracidad o distorsión de sus argumentos.



7. Resumir, con el sujeto, qué justificaciones de su ira resultan veraces y apropiadas (por ejemplo, los sentimientos de ira contra el agresor) y cuáles pueden ser exageradas y distorsionadas (por ejemplo, el deseo de vengarse contra su hija).
8. Invitar al sujeto a generar respuestas alternativas de afrontamiento de su ira: ¿En relación con aquello que pasó, qué es lo que a ti más te conviene para ahora y para tu futuro? ¿Pensar en ello a menudo? ¿Olvidarlo? ¿No olvidarlo pero encajarlo en tu vida como algo que sucedió pero que no tiene por qué condicionar tu futuro? Etcétera.

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

El terapeuta pone de relieve los sentimientos más importantes expresados por cada sujeto en relación con el hecho que ha descrito, y le pide que él mismo sintetice su estado de ánimo actual al respecto de lo que en su día le sucedió.



MÓDULO VI. ACTIVIDAD 4

Interpretar el papel de ser víctima, agresor y testigo

OBJETIVO:

Favorecer que cada sujeto experimente cómo puede sentirse alguien que es víctima de fuertes emociones de ira y sometimiento (incluido el sexual) por parte de otra persona.

MATERIALES:

- Carta de una víctima de abuso sexual (Anexo 17).

DESARROLLO:

1. El equipo terapéutico debería escribir breves guiones de situaciones típicas de agresión (por ejemplo, abuso sexual, violación, robo con intimidación, hurto, etcétera), en las que podrían participar dos o tres personajes: víctima, agresor y testigo altruista que ayuda a la víctima. Una posibilidad para idear los guiones es basarse en casos reales o en cartas de víctimas, reales o ficticias. (En el Anexo 18 se incluye, a modo de ejemplo, la carta de una víctima de abuso sexual a partir de la cual se puede elaborar un guión y, finalmente, leer la carta en voz alta al finalizar la actividad.)
2. La representación por parte de los sujetos de los anteriores papeles puede tener un importante contenido educativo, por las siguientes razones:
 - a. “Ser víctima” les ayudará a experimentar las emociones derivadas de la agresión para las víctimas reales, lo que puede contribuir a mejorar su empatía.
 - b. “Ser testigo altruista” entrena en conductas de ayuda a otras personas desvalidas, haciendo que dirijan su atención y preocupación hacia el sufrimiento y las necesidades de las víctimas.
 - c. Interpretar el rol de agresor en un marco terapéutico puede ayudar a los sujetos a mejorar su capacidad de control de las secuencias de agresión.
3. A partir de un guión concreto, mediante *role-playing*, se entrena a sujetos del grupo para que representen sucesivamente los diferentes papeles.
4. Los sujetos representan completa y seguida la secuencia de agresión.



5. Se pide a los restantes sujetos del grupo, observadores, que anoten en su cuaderno terapéutico los sentimientos principales de cada uno de los personajes, para luego comentarlos con el grupo.
6. Finalizada la representación, se analiza por el grupo cada uno de los personajes e interpretaciones, de la siguiente manera:
 - a. Primero se pide a los observadores que uno a uno digan cuáles eran los sentimientos principales de dicho personaje, y se van anotando en la pizarra.
 - b. A continuación se pide al propio personaje que exprese cuáles fueron sus auténticos sentimientos durante la escena.
 - c. Se comentan y debaten las similitudes y discrepancias entre las apreciaciones de los observadores y las vivencias relatadas por el propio personaje.
7. Para finalizar, se pide a cada personaje que diga si en lugar de lo que hizo, de acuerdo con el guión, podría haber hecho una cosa distinta y mejor para evitar o disminuir la situación de conflicto.

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

El terapeuta pondrá de relieve cómo muchas agresiones acontecen en un marco de interacciones humanas que pueden ser interpretadas por sus actores de diferentes formas, lo que puede incluir fuertes distorsiones cognitivas del agresor acerca de las conductas, los pensamientos y los sentimientos de la víctima.

► Anexo 17.

Carta de una víctima. (Ficha para el alumno en página 261)

Hola, señor:

Han pasado veinte años desde lo que hiciste, veinte años en los que he vivido atormentada, asustada, llena de culpas. Aún no comprendo cómo se puede hacer tanto daño y andar por la vida como si nada hubiera pasado.

Ahora te veo y no entiendo cómo puedes ser tan cínico y tratar a tus hijas como si nada, y demostrar ante la gente un amor que nunca sentiste, porque quien ama no daña de ese modo.

Me asusta pensar que en el mundo existen personas como ustedes: tú y tus cómplices, que por retener a un hombre son capaces de ofrecer a sus propias hijas.

Creo que no tienes idea del daño que hiciste, ya que jamás trataste de repararlo, aunque de cualquier manera no hubiera sido posible repararlo.



Afortunadamente en mi vida me he encontrado con gente buena que está tratando de ayudarme a superar mis miedos, mis traumas, pero, sobre todo, a darme cuenta de que yo no he sido culpable, sino tu víctima.

Hoy entiendo el porqué nunca te llamé “papá”, ésta es una palabra que nunca te ganaste y, que a la fecha, me cuesta trabajo o me es imposible pronunciar.

No sé si alguna vez podré perdonarte, porque no es fácil vivir tantos años atormentada y tratar de olvidar todas las consecuencias que tu abuso me produjo.

Por último, quiero desearte hoy, en tu día, “Feliz Cumpleaños”.

Teresa

[Texto extraído de VV.AA. (2006). *Mujeres que se atreven a contar su experiencia de abuso sexual*. DEMAC, año 8, nº 22]



MÓDULO VI. ACTIVIDAD 5

Consecuencias para la víctima y su entorno, y para el agresor y su entorno

OBJETIVOS:

Con esta actividad se pretende aglutinar los contenidos de los diferentes módulos en los que hasta aquí se ha trabajado, representándolos en una situación judicial figurada, potenciando y generalizando los aprendizajes conseguidos.

También que los menores adquieran algún conocimiento acerca de los contenidos de la ley penal, que delimitan lo que es o no es un delito contra la libertad sexual, ayudando a que adquieran conciencia de qué conductas constituyen un delito sexual.

Otro objetivo es representar y desmontar algunos de los mitos y resistencias que minimizan y justifican su comportamiento de abuso o agresión, así como aumentar su nivel de conciencia sobre las consecuencias que la agresión ha tenido para la víctima y su entorno.

MATERIALES:

- Relato en que se incluya la descripción de un caso figurado, incluyendo pruebas, declaraciones previas, contenido de la denuncia, etcétera. Los ejemplos pueden ser muy variados, aunque la prioridad deberían ser casos de abuso o agresión sexual.
- Pizarra para apuntar las reflexiones más relevantes.
- Cuaderno personal de terapia donde los menores preparen un borrador sobre el contenido de lo que van a representar y expresar en el acto de juicio simulado.

DESARROLLO:

1. Se distribuye al grupo por parejas o grupos pequeños.
2. Cada pareja o grupo adoptará un rol dentro del acto de juicio figurado: acusados, abogados defensores, víctimas, fiscales y jueces.
3. Se presentará y describirá el caso orientando a los menores sobre los contenidos esenciales que deberían tener sus respectivas representaciones, aunque dejándoles margen suficiente para que ellos puedan incorporar sus propias aportaciones.



4. Se desarrollará el acto de audiencia, o juicio oral, proponiendo pruebas y exponiendo cada parte sus conclusiones sobre lo sucedido.
5. Se dictará sentencia motivada (es decir, expresando los argumentos fundamentales en los que se basa), imponiendo a los acusados la medida que se considere más ajustada a los hechos imputados.

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

En base a todo lo debatido en el juicio simulado, se extraerán las conclusiones oportunas y se plasmarán en la pizarra, haciendo énfasis en las principales áreas en que se ha trabajado: mecanismos de defensa y justificaciones de la conducta infractora, consecuencias del hecho para la víctima y su entorno, consecuencias judiciales para el imputado, y consecuencias derivadas para el entorno del infractor.





MÓDULO VII

**Prepárate para
prevenir que los
abusos puedan
repetirse**



MÓDULO VII. INTRODUCCIÓN

PREPÁRATE PARA PREVENIR QUE LOS ABUSOS PUEDAN REPETIRSE

En la actualidad se valora que la anticipación y prevención de la reincidencia debe constituir un objetivo prioritario del tratamiento de los infractores sexuales. Las técnicas de *prevención de recaídas* enseñan a los sujetos, paso a paso, los factores personales y sociales que pueden ponerles en riesgo de volver a cometer un delito y los controles que pueden utilizar para contrarrestarlos (Laws, 1989, 2001; Pithers, 1990). Es decir, los jóvenes en tratamiento deben adquirir conciencia de que, antes o después, aparecerán situaciones de riesgo asociadas con su conducta infractora (por ejemplo, alguien que le ofrece una droga, unos niños que juegan en la calle, un amigo que ha cometido también delitos sexuales y podría sugerir la realización de nuevas infracciones), y que deben haberse aprendido respuestas *adaptativas de afrontamiento*, que le alejen de la situación y de la probabilidad de recaída.

Los delitos sexuales, en general, no son consecuencia de conductas puramente impulsivas o actos en los que previamente no se había pensado, aunque, con frecuencia, los agresores intenten trasladar a los demás —e incluso a sí mismos— este argumento. Por el contrario, suelen presentar una cierta planificación y ser la culminación de un proceso en el que previamente se han desarrollado fantasías e ideaciones que desembocan en conductas abiertas. Estos componentes cognitivos suelen tener relación directa con activaciones emocionales, alimentándose, de forma recíproca, unos y otros factores. La excitación sexual y las distorsiones cognitivas son también elementos presentes en la mayoría de actuaciones que conllevan los delitos sexuales y, todo ello, culmina en la ideación de posibilidades que se concretan en el momento en que se presenta una oportunidad.

Los infractores deben alcanzar un conocimiento suficiente sobre cuáles son los factores de riesgo que, en su caso, influyen directamente en los comportamientos que constituyen el delito, lo que obliga a hacerles partícipes de la comprensión de su propio análisis funcional de la conducta infractora. Las decisiones *aparentemente irrelevantes* son, en este caso, decisiones que aparentemente no tienen relación directa con la agresión o el abuso pero sí constituyen parte de la cadena, de la secuencia de comportamientos, en cualquiera de los tres niveles de conducta, que culmina con la inmersión del sujeto en una situación de riesgo, y en la que ya figuran diversos factores con peso significativo que condicionan poderosamente las actuaciones posteriores. Lo que se busca en la prevención, es que el infractor sea capaz de identificar la relevancia de estas decisiones y de tomar opciones de conducta que le alejen de la situación de alto riesgo. Si se consigue esto, no sólo influiremos en la evitación directa del delito, sino que mejoraremos otros aspectos relacionados: mejora de la percepción de autoeficacia y de la seguridad de poder afrontar con éxito futuras situaciones de riesgo.

Si el agresor, no obstante lo anterior, ha llegado a colocarse en la situación de riesgo, sigue disponiendo de la posibilidad de desarrollar otras respuestas de afrontamiento adaptadas, por ejemplo, las que le permitan escapar de la situación o pedir ayuda, aunque también pueden aparecer respuestas de afrontamiento inadecuadas produciéndose la *violación de la abstinencia*, y que supone la presencia de pensamientos y emociones asociados al fracaso. Incluso en esta situación, aún quedan recursos para



que el infractor pueda disponer de alternativas que disminuyan la probabilidad de volver a delinquir. Debemos ajustar las expectativas del agresor respecto a sus propias fuerzas o posibilidades para resolver adecuadamente una situación de riesgo, buscando el equilibrio entre la gravedad de la situación en que puede encontrarse y sus propios recursos.

Que el infractor comprenda todo lo anterior es fundamental para garantizar, en la medida de lo posible, la no repetición del delito. Su propia actitud personal, y también su confianza, respecto a la posibilidad de superar situaciones de cierto riesgo, afianzada por el hecho de disponer de recursos personales y habilidades de afrontamiento, facilitarán respuestas adecuadas cuando se produzcan momentos –que, sin duda, los habrá- en que surja la *oportunidad* de reincidir en el delito.



MÓDULO VII. ACTIVIDAD 1

No existen las casualidades

OBJETIVO:

Sensibilizar a los sujetos sobre su implicación en el abuso, y que adquieran conciencia de que el abuso no ha sido un hecho aislado sino que es la consecuencia de haber tomado una serie de decisiones determinadas.

MATERIALES:

- Cuaderno personal de terapia.
- Pizarra.

DESARROLLO:

1. El terapeuta explica detalladamente, ayudándose de la pizarra, el modelo cognitivo-conductual del proceso de recaída (ver Anexo 18).
2. Se pide a cada uno de los sujetos que realice un listado de obstáculos personales y sociales que tuvieron que superar para cometer el abuso (selección de una víctima propicia, buscar el aislamiento o anonimato necesarios para realizar el abuso, utilización de diversos mecanismos de negación y ocultación del hecho, etcétera).
3. Se pondrán en común las aportaciones de cada joven listándolas en la pizarra.
4. Se analizará la siguiente cuestión: a la vista de los obstáculos superados para llevar a cabo el abuso, ¿puede afirmarse que la situación de abuso haya sido consecuencia de una casualidad, de un impulso, o más bien es el fruto de un plan más o menos elaborado?

DESENLAZE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

El terapeuta, a modo de conclusión, vuelve sobre el esquema del modelo cognitivo-conductual del proceso de recaída y destaca la necesidad de que cada sujeto conozca detalladamente qué le llevó a realizar el abuso. Esa es la pieza clave del proceso de prevención de la recaída. En la medida que un sujeto conoce cuáles fueron los pasos que dio para la comisión del abuso podrá poner el remedio necesario para no volver a efectuar todas aquellas conductas que nuevamente harían más probable el abuso.



MÓDULO VII. ACTIVIDAD 2

Los factores de riesgo

OBJETIVO:

Explorar los factores de riesgo que están vinculados a la conducta de abuso. Que cada sujeto conozca cuáles son sus propios factores de riesgo.

MATERIALES:

- Cuaderno personal de terapia.
- Pizarra.

DESARROLLO:

1. El terapeuta retoma el modelo cognitivo-conductual del proceso de recaída visto con anterioridad (ver Anexo 18). En esta ocasión se detendrá en la explicación acerca de los factores de riesgo. Un factor de riesgo es cada uno de los elementos que facilitan las condiciones para que se produzca una conducta de abuso. Por ejemplo: salir con ciertos amigos, consumir gran cantidad de alcohol, ir a determinados lugares...
2. El terapeuta explica la diferencia entre factores de riesgo ambientales (externos) y factores de riesgo personales (internos). Los factores de riesgo ambientales son las situaciones externas a los propios sujetos pero que también les afectan, tales como las conductas de los demás, los conflictos a los que deben hacer frente (como por ejemplo: que les abandone la novia o pareja, la separación de sus padres, problemas en la escuela, etcétera). Los factores de riesgo personales hacen referencia a los propios pensamientos, emociones y conductas que influyen en el comportamiento de abuso. Algunos ejemplos de riesgos personales pueden ser el experimentar sentimientos de frustración, tener pensamientos o creencias equivocados sobre otras personas o ciertas situaciones, consumo abusivo de sustancias, etcétera.
3. A continuación se pide a cada uno de los sujetos que identifique al menos 5 factores de riesgo que pudieron influir en la realización de su conducta de abuso. Una vez identificados los factores de riesgo propios, los sujetos deberán discriminar si se trata de factores de riesgo personales o ambientales.
4. Se pide a cada participante que, de forma individual, efectúe en su cuaderno personal de terapia una jerarquización de los factores de riesgo en función de la frecuencia o fuerza con que aparezcan en su vida.



5. Se realiza una puesta en común y se anotan en la pizarra los factores de riesgo del grupo, como síntesis de los manifestados por los diversos sujetos. Entre todo el grupo se establece una jerarquía consensuada de los riesgos. Se invita a los sujetos a contrastar las similitudes y diferencias de su propia jerarquía de riesgos con la del conjunto del grupo.

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

El terapeuta vuelve sobre el esquema del proceso de recaída y destaca:

- La necesidad de reconocer los factores de riesgo presentes en el ciclo de abuso de cada uno de los sujetos. Anticipar esos factores es lo que les va a permitir evitarlos o controlarlos para que la situación de abuso no se vuelva a producir.
- La importancia de algunos factores de riesgo específicos de esta problemática, como los siguientes:
 - El consumo abusivo de alcohol u otras drogas.
 - El consumo de pornografía que incluya situaciones de sumisión y vejación de las mujeres y conductas agresivas de los varones.
 - Frecuentar amistades antisociales que probablemente los colocarán en situaciones de riesgo para repetir el abuso o la agresión.
 - Llevar una vida con mucho tiempo de ocio desestructurado, es decir, sin ninguna finalidad preestablecida (deportiva, cultura, etcétera).
 - Fantasías y pensamientos anticipatorios del abuso: pensar en la posibilidad de llevar a cabo un abuso y excitarse con ello, hace más probable realizarlo.



MÓDULO VII. ACTIVIDAD 3

Superar los factores de riesgo

OBJETIVO:

Proporcionar a los sujetos estrategias para neutralizar los diferentes factores de riesgo presentes en su conducta de abuso. En concreto, enseñarles a dar respuestas de enfrentamiento adaptadas. Éstas suelen consistir en conductas alternativas o antagónicas a las situaciones y factores de riesgo: evitar comprar o disponer de pornografía antisocial, salir con amigos prosociales, pasar tiempo en actividades de ocio estructurado y finalista, no quedarse a solas con menores u otras posibles víctimas de abuso o agresión, etcétera.

MATERIALES:

- Cuaderno personal de terapia.
- Pizarra.

DESARROLLO:

1. El terapeuta, ayudándose del esquema explicativo del proceso de prevención de la recaída, explica en qué consisten las respuestas de enfrentamiento adaptadas. Una respuesta de enfrentamiento adaptada les permite alejarse de las situaciones de riesgo, y hace más probable poder evitar la recaída; mientras que una respuesta de enfrentamiento desadaptada (antagónica con las mencionadas anteriormente) les estaría acercando o conduciendo directamente a la recaída.
2. Se pide a cada sujeto que, para cada factor de riesgo que anotó en su cuaderno personal de terapia, elabore 2 posibles estrategias de afrontamiento adaptadas.
3. Se pondrán en común las aportaciones de cada uno de los sujetos, anotándolas en la pizarra.
4. En grupo se analizará si las estrategias de afrontamiento propuestas realmente pueden considerarse eficaces para los factores de riesgo que se pretenden neutralizar.



DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

El terapeuta destaca la necesidad de que cada sujeto sea capaz de elaborar respuestas de enfrentamiento adaptadas para los diferentes factores de riesgo presentes en su ciclo de abuso. Esto les proporcionará mayor eficacia para evitar y controlar los factores de riesgo.

A nivel individual el terapeuta puede explorar, con cada sujeto, las secuencias de su propio proceso de abuso, considerando:

- Fantasías desviadas y creencias favorables a la conducta de abuso.
- Cuáles fueron los pasos que dio para llevar a cabo el abuso (selección de la víctima, preparación, aislar a la víctima, etcétera).
- Cuáles fueron sus pensamientos y sentimientos durante cada uno de estos pasos.
- Qué mecanismos utilizó para esconder el abuso o no responsabilizarse de él.



MÓDULO VII. ACTIVIDAD 4

Los beneficios de nuestra conducta no son lo que parecen

OBJETIVOS:

Introducir la distinción entre beneficios a corto y largo plazo. También entre aquellas acciones que se realizan para conseguir cosas positivas (refuerzo positivo) y las que se llevan a cabo para evitar cosas negativas o daños (refuerzo negativo).

MATERIALES:

- Cuaderno personal de terapia.
- Pizarra.
- Selección de textos, cómics, material audiovisual, etcétera.

DESARROLLO:

1. Presentar a los sujetos ejemplos (y pedirles que ellos pongan otros) de situaciones en que las personas toman determinadas opciones y hacen ciertas cosas: ir a la escuela/no ir, consumir una droga/rechazarla, aprender un oficio/despreocuparse de ello, obligar a un menor a masturbarle, forzar una relación sexual... Para ello pueden utilizarse películas seleccionadas, textos literarios, cómics, etcétera.
2. Intentar que los sujetos hallen ejemplos propios o cercanos a ellos, y describan y especifiquen las situaciones con detalle. Anotarlos en la pizarra.
3. Pedir a los jóvenes que digan qué consecuencias inmediatas pudieron derivarse de cada conducta consignada, valorándolas como positivas o negativas para ellos, y como positivas o negativas para otras personas afectadas. Anotarlas en una primera columna.
4. Pedirles que digan qué consecuencias a medio y largo plazo pudieron derivarse de cada conducta consignada, valorándolas como positivas o negativas para ellos, y como positivas o negativas para otras personas afectadas. Anotarlas en una segunda columna.



DESENLAZCE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

El terapeuta hace caer en la cuenta a los sujetos sobre las posibles ventajas y satisfacciones personales que produce el hecho de ser coherente y responsable con la realidad de la propia conducta (por ejemplo, mejora del auto-respeto y la autoestima, reducción del miedo a que se sepa la verdad, reducción de la ansiedad y tensión, disminución de los sentimientos de culpabilidad, menor probabilidad de problemas con otras personas y con la justicia, etcétera).



MÓDULO VII. ACTIVIDAD 5

Todos necesitamos un buen amigo que nos ayude de verdad (siempre hay alguien en quien confiar)

OBJETIVO:

Identificar personas cercanas en las que los sujetos del grupo puedan confiar y con cuya ayuda podrían contar para la evitación de nuevos episodios de abuso.

MATERIALES:

- Cuaderno personal de terapia.

DESARROLLO:

1. Se pide a los sujetos que realicen un listado con los nombres de todas aquellas personas que consideran que son sus amigos de verdad.
2. A continuación se les pide que consideren la posibilidad de explicar su problema a alguna de las personas del listado.
3. Los sujetos deberán indicar cuáles son las cualidades que hacen que esa persona sea adecuada para ayudarles con su problema.
4. Practicar mediante *role-playing* cómo explicar su problema a esta persona de referencia y cómo le pedirían su participación e implicación en el proceso de solución de su problema.

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

El terapeuta razonará la necesidad de contar al menos con una persona de referencia a la que poder recurrir en cualquier momento, especialmente en los más difíciles. Es muy importante saber escoger bien a dicha persona, ya que ha de tratarse de alguien que pueda ayudarles a evitar una posible recaída, y cuyos sólidos valores puedan ayudar al individuo a mantener un estilo de vida prosocial.



MÓDULO VII. ACTIVIDAD 6

El efecto mariposa

OBJETIVO:

Analizar y reflexionar sobre la necesidad de pensar siempre en las posibles consecuencias de nuestros actos.

MATERIALES:

- Cuaderno personal de terapia.
- **Película: El efecto mariposa**
Director: Eric Bress y J. Mackye Gruber
País: Estados Unidos
Año: 2004
Duración: 113 minutos.
Sinopsis: Evan Treborn sufre pérdidas cortas en su noción del tiempo desde que era pequeño. Con una infancia marcada por acontecimientos desagradables que quedaron apuntados en un diario por recomendación de un psiquiatra, en su etapa universitaria Evan recupera esos recuerdos y descubre que ha roto la vida de la gente que más quería. Enamorado de su amiga Kayleigh, Evan decide viajar a su pasado en su mente de adulto para arreglar sus errores y mejorar el presente de todos. Pero el efecto mariposa tiene sus consecuencias en su presente, generalmente desafortunadas.

DESARROLLO:

1. Visionado de la película en grupo.
2. Entre todos los sujetos, a partir del visionado de la película, se analizará el hecho de que en la vida estamos inmersos en un continuo proceso de elección. A diario tomamos múltiples decisiones, unas más importantes y otras menos. Cuando elegimos seleccionamos una opción y, por tanto, rechazamos otras posibles. Todas las decisiones comportan distintas consecuencias. De ese modo cada decisión importante que se adopta inicia un camino que lleva a determinadas nuevas alternativas y a ciertos resultados.
3. Se pide a los sujetos que anoten en su cuaderno de terapia algún episodio cercano de su vida en el que tuvieron la opción de actuar de otra manera a como lo hicieron. Valorar si la



opción elegida fue la más apropiada o si, por el contrario, creen que desaprovecharon alguna oportunidad.

4. En grupo, los sujetos deberán exponer sus experiencias personales y proponer diferentes resoluciones de esos episodios si hubieran elegido una alternativa diferente.

DESENLACE Y REFLEXIÓN GRUPAL:

El terapeuta expone la necesidad de pensar siempre en todas las posibles consecuencias de nuestros actos, aunque algunas de ellas puedan resultar remotas. Realza la conveniencia de reflexionar sobre los errores que se han cometido y así aprender a partir de ellos.





Apéndice



ÁREA PERSONAL

Fecha de nacimiento (edad):..... País de origen/nacionalidad:..... En España desde:.....

1. Atención y percepción:

2. Tipo de pensamiento y capacidad de razonamiento:

3. Resolución de problemas y aprendizaje:

4. Personalidad:

5. Habilidades sociales:

6. Maduración moral:

7. Autoestima y ansiedad:

8. Locus de control:

9. Tolerancia a la frustración y control de impulsos:

10. Motivación de logro e impulsividad:

11. Empatía y estabilidad emocional

12. Trastornos psicopatológicos o intentos de suicidio/autolesiones: Sí No
¿Cuál? ¿Cuándo?

13. Accidentes (de tráfico u otros) o enfermedades: Sí No
¿Cuál? ¿Cuándo?

ÁREA FAMILIAR

I. Estructura familiar:

Miembros de la familia (edad y profesión):

País de procedencia padre y madre:

Unidad familiar de convivencia:

Vivienda y barrio:

¿Ambiente marginal o desarraigo familiar? ("en la calle"):



Fugas del hogar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuándo y tiempo?
Padre/madre ausente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Quién? ¿Cuándo? ¿Cuánto tiempo?
Problemáticas padre:
Problemáticas madre:
Relación de pareja padres: <input type="checkbox"/> Estable <input type="checkbox"/> Inestable <input type="checkbox"/> Conflictiva <input type="checkbox"/> Maltrato <input type="checkbox"/> Otra:
Problemáticas de la familia (delincuencia, drogadicción, trastornos psicológicos, etc):
2. Modelo educativo:
<input type="checkbox"/> Supervisión inadecuada: ¿Permisivos o indiferentes?
<input type="checkbox"/> Dificultad en controlar el comportamiento:
<input type="checkbox"/> Disciplina inapropiada: ¿por exceso o por déficit?
<input type="checkbox"/> Inconsistencia padre-madre:
<input type="checkbox"/> Límites adecuados y afecto:
<input type="checkbox"/> Otro:
3. ¿Víctima de malos tratos o abusos sexuales? (quién/tiempo)
¿Testigo de violencia familiar? (quién/tiempo)
ÁREA EDUCATIVA
1. Nivel de estudios conseguidos en la actualidad: <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Garantía Social o similar <input type="checkbox"/> Graduado Escolar <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Módulo Grado Medio <input type="checkbox"/> Módulo Grado Superior <input type="checkbox"/> Estudios superiores
2. Estudios actuales o en curso:



3. Abandono de estudios: ¿Cuándo? ¿Por qué?			
4. Problemas en la escuela (peleas, expulsiones, absentismo, aislamiento, etc.): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
5. ¿Cambios de centro educativo? (nº veces y motivo):			
6. Contacto y objetivos laborales:			
7. Ingreso en centro de reforma o de tutela previo a este ingreso: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Edad:			
ACTIVIDADES CON EL GRUPO DE IGUALES Y OCIO			
1. Grupo de iguales de pertenencia (prosocial, antisocial, sin grupo, etc.):			
2. Rol en el grupo de iguales (líder, figura obediencia, etc.):			
3. Actividades que realiza en grupo:			
4. Actividades de ocio e intereses:			
5. Relaciones de pareja: nº		Duración máxima:	Convivencia/novios:
Hijos (nº, sexo y edad):		Problemas en relaciones:	
6. Consumo habitual de drogas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
A. Tipo de droga: _____	Edad inicio: _____	Abandono consumo: _____	¿Tratamiento? _____
B. Tipo de droga: _____	Edad inicio: _____	Abandono consumo: _____	¿Tratamiento? _____
C. Tipo de droga: _____	Edad inicio: _____	Abandono consumo: _____	¿Tratamiento? _____
D. Tipo de droga: _____	Edad inicio: _____	Abandono consumo: _____	¿Tratamiento? _____
ADAPTACIÓN AL CENTRO			
1. Aceptación normas y horario: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas:			
2. Aceptación autoridad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desafiante, pasivo u otros:			
3. Relación con el equipo educativo:		Relación con iguales:	
4. Sanciones: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Faltas leves: <input type="checkbox"/> 1-5 <input type="checkbox"/> 5-10 <input type="checkbox"/> Más de 10			
Graves: nº		Muy graves: nº	
5. Agresividad: <input type="checkbox"/> física <input type="checkbox"/> verbal <input type="checkbox"/> ausencia			
6. Progresión positiva en el centro: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. Grupo: <input type="checkbox"/> ordinario <input type="checkbox"/> finalista <input type="checkbox"/> otro			



HISTORIAL DELICTIVO

1. Edad de primer ingreso en centros de menores:

2. Nº de ingresos: Nº de delitos:

3. Antecedentes por otros delitos no sexuales: Sí No

Contra la propiedad Contra las personas Contra salud pública
 Otros:

4. Actividad delictiva no penada: No Sí. Tipología:

5. Medidas (tiempo): Refundición:

HECHO DELICTIVO ACTUAL

1. Descripción y modus operandi:

2. Tipología delictiva: Agresión sexual mujer adulta Agresión sexual hombre adulto
 Agresión sexual/abusos de menor chico Agresión sexual/abusos de menor chica Mixto

3. Edad de la víctima: Sexo de la víctima:

4. Tipo de víctima: Conocida Desconocida Familiar:

5. Edad de comisión del delito sexual: Año:

6. Empleo de armas: No Sí. Arma blanca Arma de fuego Otras:

7. Compañía en agresión: Solo En grupo: nº de agresores

8. Otras agresiones en el mismo delito:

9. Lugar del delito: coche portal domicilio familiar calle
 domicilio víctima otros:



10. Tipo de acto sexual:	<input type="checkbox"/> Penetración vaginal	<input type="checkbox"/> Anal	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Tocamientos
	<input type="checkbox"/> Exhibicionismo	<input type="checkbox"/> Masturbación	<input type="checkbox"/> otros:	
11. Consumo de drogas en comisión del delito:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí:		
12. Actitud ante el delito:	<input type="checkbox"/> Reconoce	<input type="checkbox"/> No reconoce/Niega	<input type="checkbox"/> Minimiza	
13. Actitud ante el delito después tratamiento:	<input type="checkbox"/> Reconoce	<input type="checkbox"/> No reconoce/Niega	<input type="checkbox"/> Minimiza	
14. Actitud de la familia:	<input type="checkbox"/> Reconoce	<input type="checkbox"/> No reconoce/Niega	<input type="checkbox"/> Minimiza	
15. Versión del interno:				
16. Nº de agresiones sexuales cometidas:				
17. Nº de agresiones sexuales condenadas:		Edades de comisión delitos:		



Referencias bibliográficas



- Abel, G. G. (1996). *Abel Assessment for Sexual Interest: Juvenile Sex Offenders: Therapist Product Information*. Brochure, Atlanta, GA: Abel Screening, Inc.
- Agnew, R. (2006). *Pressured into crime: an overview of general strain theory*. Los Ángeles: Roxbury Publishing Company.
- Andrade, J.T., Vincent, G.M. y Saleh, F.M. (2006). Juvenile sex offenders: A complex population. *Journal of Forensic Sciences*, 51 (1), 163-167.
- Andrés-Pueyo, A. (2009). La predicción de la violencia contra la pareja. En E. Echeburúa, J. Fernández-Montalvo, y P. de Corral, *Predicción del riesgo de homicidio y de violencia grave en la relación de pareja* (pp. 21-55). Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Andrés-Pueyo, A., y Redondo, S. (2004). *Predicción de la conducta violenta: estado de la cuestión*. Comunicación presentada en la Mesa 4ª: Evaluación y predicción de la violencia, en el Congreso de Criminología: Violencia y Sociedad. Salamanca, 1-3 de abril.
- Andrews (2001). Principles of effective correccional programs. En L.L. Motiuk y R.C. Serin (Eds.), *Compendium 2000 on effective ocrrectional programming* (págs. 9-17). Ottawa: Correctional Service Canada.
- Andrews, D., y Bonta, J. (2006). *The Psychology of Criminal Conduct (4ª ed.)*. Cincinnati (EEUU): Anderson Publishing Co.
- Aragónés de la Cruz, R.M. (1998). Los agresores sexuales adolescentes. *Anuario de Psicología Jurídica*, 101-139.
- Baker, A., Tabacoff, R., Tornusciolo, G. y Eisenstadt, M. (2003). Family secrecy: A comparative study of juvenile sex Offenders and youth with conduct disorders. *Family Process*, 42 (1), 105-116.
- Blackburn, R. (1994). *The psychology of criminal conduct: Theory, research and practice*. Chichester, Reino Unido: Wiley.
- Borkovec, T. D. y Miranda, J. (1996). Between-group psychotherapy. Outcome research and basic science. *NIMH Psychotherapy & Rehabilitation Research Bulletin*, 5, 14-20.
- Barbaree, H. E., y Marshall, W. L. (2006). An introduction to the Juvenile Sex Offenders. En H. E. Barbaree y W. L. Marshall, *The juvenile sex offenders (2ª Ed.)* (pp. 1-18). Nueva York: The Guilford Press.
- Barbaree, H. E., y Lagton, C. M. (2006). The effects of child sexual abuse and family environment. En H. E. Barbaree y W. L. Marshall, *The juvenile sex offenders (2ª Ed.)* (pp. 58-76). Nueva York: The Guilford Press.
- Bechtel, K., Lowenkamp, C. T., y Latessa, E. (2007). Assessing the risk of re-offending for juvenile offenders using the youth level of service/case management inventory. *Journal of Offender Rehabilitation*, 45(3), 85-108.
- Beck, J. S. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Becker, J., y Hunter, J. (1997). Understanding and treating child and adolescent sexual offenders. *Advances in clinical child psychology*, 19, 177-197.
- Becker, J. V., y Johnson, R. (2001). Treating juvenile sex offenders. En J. B. Ashford, B. D. Sales y W. H. Reid, *Treating adult and juvenile offenders with special needs* (cap. 10, pp. 273-289). Washington, D.C: American Psychological Association.



- Beech, A., y Fordham, A.S. (1997). Therapeutic climate of sexual offender treatment programs. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9, 219-237.
- Bereiter, J. (2007). Review of The juvenile sex offender. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 7 (3), 268.
- Bijleveld, C., y Hendriks, J. (2003). Juvenile sex offenders: Differences between group and sol offenders. *Psychology, Crime & Law*, 9 (3), 237-245.
- Blanchard, R., Cantor, J. M., y Robichaud, L. K. (2006). Biological factors in the development of sexual deviance and aggression in males. En H. E. Barbaree y W. L. Marshall, *The juvenile sex offenders (2º Ed.)* (pp. 77-104). Nueva York: The Guilford Press.
- Boer, D. P, Hart, S., Kropp, P. R., y Webster, Ch. D. (1997). *Sexual Risk Violence-20*. Psychological Assessment Resources, Inc.
- Borum, R., Lodewijks, H., Bartel, P. A., y Forth, A. E. (2010). En R. K. Otto y K. S. Douglas (Ed.) *Handobook of violence risk assessment* (pp. 63-79). New York: Routletge/Talylor & Francis Group.
- Bradford, W., y Federoff, P. (2006). Pharmacological treatment of the juvenile sex offender. En H. Barbaree y W. Marshall (ed.), *The juvenile sex offender* (págs.189-218). New York: The Guilford Press.
- Brandes, B. J., y Cheung, M. (2009). Supervision and treatment of juveniles with sexual behavior problems. *Child Adolescence Social Work Journal*, 26, 179-196.
- Brown, S. (2005). *Treating sex offenders*. Cullompton, Devon (Reino Unido): Willan Publishing.
- Budrionis, R., y Jongsma, E. (2003). *The sexual abuse victim and sexual offender*. New Jersey: Wiley & Sons, Inc.
- Bumby, K.M.; Langton, C.M. y Marshall, W.L. (1999): "Shame and guilt, and their relevante for sexual offenders treatment", en B.K. Schwartz y H.R. Cellini (eds.), *The Sex Offender (vol 3)*, Kingston, NJ, Civic Research Institute.
- Burrowes, N., y Needs, A. (2009). Time to contemplate change? A framework for assessing readiness to change with offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 14(1), 39-49.
- Butler, S.M., y Seto, M.C. (2002). Distinguishing two types of adolescent sex offenders. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 1, 83-90.
- Caballo, V.E. (Ed.) (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos: Vol. 2. Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación*. Madrid: Siglo XXI.
- Caldwell, M. F. (2010). Study characteristics and recidivism base rates in juvenile sex offenders recidivism. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(2), 197-212.
- Capdevila, M., Ferrer, M., y Luque, E. (2006). *La reincidencia en el delicto en la justicia de menors*. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especializada (Colección Justicia y Sociedad, nº 25).
- Carrasco, I. (2004). Terapias racionales y de reestructuración cognitiva. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (Cap. 25, págs. 667-709). Madrid: Pirámide.
- Cherry, S. (2005). *Transforming behaviour: Pro-social modelling in practice*. Cullompton, Devon (Reino Unido): Willen Publishing.



- Craig, L. A. (2010). Controversies in assessing risk and deviancy in sex offenders with intellectual disabilities. *Psychology, Crime & Law*, 16(1-2), 75-101.
- Cullen, F.T. y Gendreau, P. (2006). Evaluación de la rehabilitación correccional: política, práctica y perspectivas. En R. Barberet y J. Barquín, *Justicia penal siglo XXI: Una selección de Criminal Justice 2000* (págs. 275-348). Granada: Editorial Comares.
- Dicataldo, F. C. (2009). *The perversion of youth: Controversies in the assessment and treatment of juvenile sex offenders*. New York: New York University Press.
- D'Zurilla, T. J. (1993). *Terapia de resolución de conflictos: Competencia social, un nuevo enfoque en la intervención clínica*. Bilbao, Desclée de Brouwer. (Original de 1986).
- D'Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). *Problem solving and behavior modification*. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126. (Traducción en C. Botella –Comp., 1985-, Aportaciones de la psicoterapia. Valencia: Promolibro.)
- Díaz, M. I., Comeche, M. I., y Vallejo, M. A. (2004). Técnicas de autocontrol. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (Cap. 21, págs. 577-593). Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. (1993). *Modificación de conducta y psicología clínica*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Echeburúa, E., Amor, P.J. y Fernández-Montalvo, J. (2002). *Vivir sin violencia*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E., y Guerricaechevarría, C. (2006). Abuso sexual de menores. En E. Baca, E. Echeburúa, y J.M. Tamarit (Eds.), *Manual de victimología* (pp. 129-147). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Echeburúa, E., García Arán, M., Mena, J. M., Navarro, J. C., y Redondo, S. (2009). *¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes?* (Interrogantes de la Fundación Víctor Grífols –de Bioética-. Monográfico N° 1). Barcelona: Fundación Víctor Grífols.
- Edwards, D. L., Schoenwald, S. K., Henggeler, S. W., y Strother, K. B. (2001). A multilevel perspective on the implementation of Multisystemic Therapy (MST): attempting dissemination with fidelity. En G.A. Bernfeld, D.P. Farrington, y A.W. Leschied, *Offender rehabilitation in practice: Implementing and evaluating effective programs* (págs. 97-120). Chichester: Wiley.
- Erickson, C. (2009). *The effectiveness of functional family therapy in the treatment of juvenile sexual offenders*. Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering, Vol 69(10B), pp. 6409.
- Farrington, D. P. (1992). Criminal career research in the United Kingdom. *British Journal of Criminology*, 32, 521-536.
- Felson, M. (2006). *Crime and nature*. Thousand Oaks (EEUU, California): Sage.
- Fernandez, Y. M., Marshall, W.L., Lightbody, S. y O'Sullivan, C. (1999). The Child Molester Empathy Measure. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11, 17-31.
- Ford, M., y Linney, J. (1995). Comparative analysis of juvenile sexual offenders, violent nonsexual offenders, and status offenders. *Journal of Interpersonal violence*, 10, 56-70.



- Freeman, K. A., Dexter-Mazza, E. T., y Hoffman, K. C. (2005). Comparing personality characteristics of juvenile sex offenders and non-sex offending delinquent peers: a preliminary investigation. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 17 (1), 3-12.
- Galbraith, R. E. y Jones, T. M. (1976). *Moral reasoning*. Minneapolis, MN (EEUU): Greenhaven Pres Inc.
- Gallagher, C. A., Wilson, D. B. y McKenzie, D. L. (1999). *A meta-analysis of the effectiveness of sexual offender treatment programs*. Manuscrito no publicado, University of Maryland (USA).
- Gallagher, C. A., Wilson, D. B., Hirschfield, P., Coggeshall, M. B. y McKenzie, D. L. (1999). A quantitative review of the effects of sex offender treatment on sexual reoffending. *Corrections Management Quarterly*, 3, 19-29.
- Garrido, V. (1993). *Técnicas de tratamiento para delincuentes*. Madrid: Fundación Ramón Areces.
- Garrido, V. y Beneyto, M.J. (1996). *El control de la agresión sexual. Un programa de tratamiento para delincuentes sexuales en prisión y en la comunidad*. Valencia: Ed. Cristobal Serrano Villalba.
- Garrido, V. y Beneyto, M.J. (1997). La valoración psicológica de los agresores sexuales: los delitos, la reincidencia y el tratamiento. En *Cuadernos de Derecho Judicial: Delitos contra la libertad sexual*. Escuela Judicial. Consejo General del Poder Judicial.
- Garrido, V., Stangeland, P. y Redondo, S. (2006). *El maltrato y el abuso sexual en niños. En Principios de criminología (3ª edic.)* (pp. 713-750). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Garrido, V., Morales, L. A. y Sánchez-Meca, J. (2006). What works for serious juvenile offenders?: a systematic review. *Psicothema*, 18, 3, 611-619.
- Garrido Martín, E., Masip, J., y Herrero, C. (2009). *Autoeficacia y delincuencia*. Madrid: Ed. Dykihson.
- Gil, F. y García Saiz, M. (2004). Entrenamiento en habilidades sociales. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (Cap. 29, págs. 796-827). Madrid: Pirámide.
- Gillis, H. L., y Gass, M. A. (2010). Treating juveniles in a sex offenders program using adventure-based programming: A matched group design. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, Vol. 19(1), 20-34.
- Glick, B. (2003). Aggression replacement training: a comprehensive intervention for aggressive youth. En B.K. Schwartz, *Correctional psychology: practice, programming, and administration* (págs. 14-1 a 14-20). Kingston, NJ (EEUU): Civic Research Institute.
- Graña, J. L., Garrido, V., y González Cieza, L. (2008). *Reincidencia delictiva en menores infractores de la Comunidad de Madrid: evaluación, características delictivas y modelos de predicción*. Madrid: Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor.
- Graña, J. L., Garrido, V., y González Cieza, L. (documento inédito). *Reincidencia delictiva en menores infractores de la Comunidad de Madrid: evaluación, características y propuestas de intervención*.
- Gundy, C., y Woodhams, J. (2010). Sexually deviant juveniles: comparisons between the offender and offence characteristics of 'child abusers' and 'peer abusers'. *Psychology, Crime & Law*, 16(1-2), 47-64.
- Hall, N. G. C. (1995). Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 63, 802-809.



- Hanson, R. K., y Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 348-362.
- Hanson, R. K., y Morton-Bourgon, K. E. (2009). The accuracy of recidivism risk assessment for sexual offenders: a meta-analysis of 118 prediction studies. *Psychological Assessment*, 21(1), 1-21.
- Hayez, J. Y. (2010). Adolescents auteurs d'abus ou de pseudo-abus. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 58, 112-119.
- Hendriks, J., y Bijleveld, C. (2004). Juvenile sexual offenders: contrasting child abusers with peer abusers. *Criminal behavior and mental health*, 14, 238-250.
- Hendriks, J., y Bijleveld, C. (2008). Recidivism among juvenile sexual offenders after residential treatment. *Journal of sexual aggression*, 14 (1), 19-32.
- Henggeler, S. W. (1989). *Delinquency in Adolescence*. Newbury Park (EEUU): Sage.
- Henggeler, S. W. (2003). Advantages and Disadvantages of Multisystemic Therapy and Other Evidence-Based Practices for Treating Juvenile Offenders. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 3(4), 53-59.
- Henggeler, S. W., Melton, G. B., Brondino, M. J., Scherer, D. G., y Hanley, J. H. (1997). Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: The role of treatment fidelity in successful dissemination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 821-833.
- Hersant, J. L. (2007). Risk assessment of juvenile sex offender reoffense. *Dissertation Abstracts International : Section B: The Sciences and Engineering*, 67 (8-B), 4710.
- Hollin, C. R. (1995). The meaning and implications of "programme integrity". En J. McGuire (Ed.), *What works: Reducing reoffending-guidelines from research and practice* (págs. 195-208). Chichester, UK: Wiley.
- Hollin C. R. (2006). Offending behaviour programmes and contention: evidence-based practice, manuals, and programme evaluation. En C.R. Hollin y E.J. Palmer (Ed.), *Offending behaviour programmes* (págs. 33-67). Chichester (Reino Unido): Wiley.
- Hollin, C. R., y Palmer, E. J. (2001). Skills training. En C.R. Hollin (Ed.), *Offender assessment and treatment* (págs. 269-280). Chichester (Reino Unido): Wiley.
- Howell, J. C. (2009). *Preventing and reducing juveniles delinquency*. Thousand Oaks (EEUU): Sage Publications.
- Hunter, J. A., y Figueredo, 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., Figueredo, A.J. Malamuth, N. M., y Becker, J.V. (2003). Juvenile sex offenders: Toward the development of a typology. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 15 (1), 27-48.
- Israel, M. y Hong, W. (2006). If 'something works' is the answer, what is the question? Supporting pluralist evaluation in community corrections in the United Kingdom. *European Journal of Criminology*, 3(2), 181-200.
- Katz, R. (1990). Psychosocial adjustment in adolescent child molesters. *Child abuse and neglect*, 14, 567-575.



- Lameiras, M., et al. (2004). *Programa coeducativo de desarrollo psicoafectivo y sexual*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Lamerias, M. Carrera M. (2009). *Educación sexual. De la teoría a la práctica*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Landenberger, N. A., y Lipsey, M. W. (2005). The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1(4), 451-476.
- Laws, D. R. (Ed.) (1989). *Relapse prevention with sex offenders*. New York: Guilford.
- Laws, D. R. (2001). Relapse prevention: reconceptualization and revision. En C.R. Hollin (Ed.), *Offender assessment and treatment* (págs. 297-307). Chichester (Reino Unido): Wiley.
- Laws, D. R., y Marshall, W.L. (1991). Masturbatory reconditioning with sexual deviates: An evaluative review. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 13, 13-25.
- Lemert, E. M. (1972). Desviación Primaria y Secundaria. En R. del Olmo: *Estigmatización y conducta desviada* (97-102). Maracaibo (Venezuela): Centro de Investigaciones Crimnológicas, Universidad de Zulia.
- Lemert, E. M. (1981). *Devianza, problemi sociali e forme di controllo*. Milán: Giuffrè editore.
- Lipsey, M. W. (1999). Can intervention rehabilitate serious delinquents? *Annals of the American Academy of Political & Social Science*, 564, 142-166.
- Lipsey, M.W., y Landerberger, N.A. (2006). Cognitive-behavioral interventions. En B.C. Welsh y D.P. Farrington, *Preventing crime: What works for children, offenders, victims and places* (págs. 57-71). Dordrecht (Holanda): Springer.
- Littell, J. H. (2005). A systematic review of effects of multisystemic therapy. Comunicación presentada en el *14th World Congreso of Criminology*, University of Pennsylvania, 8, agosto.
- Loeber, R., Farrington, D. P., y Waschbusch, D. A. (1998). Serious and violent juvenile offenders. En R. Loeber y D.P. Farrington (Eds.), *Serious and violent juvenile offenders* (págs. 313-345), Thousand Oaks, CA: Sage.
- Loeber, R., y Farrington, D. P. (1998). *Serious and violent juvenile offenders. Risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- López, F. (1995). *Educación Sexual de Adolescentes y Jóvenes*. Madrid: Editorial Siglo XXI.
- López, F., Carpintero, E., del Campo, A., Lázaro, S. y Soriano, S. (2011). *Intervención Educativa y Terapéutica*. Madrid: Ediciones Pirámide.0
- López, F. y Del Campo, A. (1997). *Prevención de abusos sexuales a menores*. Salamanca: Amarú. 5 vols.
- López, F., Hernández, A. y Carpintero, E. (1994). *Los abusos sexuales de menores: Lo que recuerdan los adultos*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Lösel, F. (2002). ¿Sirve el tratamiento para reducir la reincidencia de los delincuentes sexuales? En S. Redondo (Coord.), *Delincuencia sexual y sociedad* (pp. 361-393). Barcelona: Ariel.
- Lösel, F. y Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 117-146.



- MacPhail, J. (1989). The Moral Education Approach in Treating Adult Inmates. *Criminal Justice and Behaviour*, 16, 81-97.
- Magnelli, B. R. (2003). *The relationships between treatment, family functioning, and recidivism in high-risk juvenile offenders*. ProQuest Information & Learning, US.
- Mann, R. E., y Fernandez, Y. M. (2006). Sex offender programmes: concept, theory, and practice. En C. R. Hollin y E. J. Palmer (Ed.), *Offending behaviour programmes* (págs. 155-177). Chichester (Reino Unido): Wiley.
- Marshall, W. L. (2001). *Agresores sexuales*. Barcelona: Ariel.
- Marshall, W. L. (1996). Assessment, treatment, and theorizing about sex offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 23, 162-199.
- Marshall, W. L., Bryce, P., Hudson, S.M., Ward., T. y Moth, B. (1996). The enhancement of intimacy and the reduction of loneliness among child molesters. *Journal of Family Violence*, 11, 219-235.
- Marshall, W. L., Champagne, F., Sturgeon, C. y Bryce, P. (1997). Increasing the self-esteem of child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9, 321-333.
- Marshall, W. L., Eccles, A. y Barbaree, H.E. (1993). A three tiered approach to the rehabilitation of incarcerated sex offenders. *Behavioral Sciences and the Law*, 11, 441-445.
- Marshall, W. L., y Fernandez, Y.M. (1997). Enfoques cognitivo-conductuales para las parafilias: el tratamiento de la delincuencia sexual. En V. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, Vol. I. Madrid: Siglo XXI.
- Marshall, W., y Marshall, L. (2002). ¿Cómo llega alguien a convertirse en un delincuente sexual? En S. Redondo (Coord.), *Delincuencia sexual y sociedad* (pp. 235-250). Barcelona: Ariel.
- Marshall, W.L., y Redondo, S. (2002). Control y tratamiento de la agresión sexual. En S. Redondo (Coord.), *Delincuencia sexual y sociedad* (pp. 301-328). Barcelona. Ariel.
- Martínez, M., Hilterman, E. y Andrés-Pueyo, A. (2005). *SVR-20 Manual de Valoración del Riesgo de Violencia Sexual*. Barcelona: Publicaciones Universitat de Barcelona.
- Martínez, M., Redondo, S., Pérez, M., y García-Forero, C. (2008). Empatía en una muestra española de delincuentes sexuales. *Psicothema*, 20(2), 199-204.
- Maruna, S., LeBel, T., Mitchell, N. y Naples, M. (2004). Pygmalin in the reintegration process: desistance from crime through the looking glass. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 271-281.
- McCoy, W. K. (2008). Predicting treatment outcome and recidivism among juvenile sex offenders: The utility of th JSOAP-II and ERASOR in an outpatient treatment program. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68 (11-B), 7673.
- McGuire, J. (2006). General offending behaviour programmes: concept, theory, and practice. En C.R. Hollin y E.J. Palmer (Ed.), *Offending behaviour programmes* (págs. 69-111). Chichester (Reino Unido): Wiley.
- McMurrin, M. (2002). ¿Es el agresor sexual un adicto al delito? En S. Redondo (Coord.), *Delincuencia sexual y sociedad* (pp. 251-269). Barcelona: Ariel.
- Méndez, F.X., Olivares, J., y Moreno, P. (2005). Técnicas de reestructuración cognitiva. En J. Olivares y F.X. Méndez, *Técnicas de modificación de conducta* (págs. 409-442). Madrid: Biblioteca Nueva.



- Méndez, F.X., Olivares, J., y Ros, C. (2005). Entrenamiento en habilidades sociales. En J. Olivares y F.X. Méndez, *Técnicas de modificación de conducta* (págs. 337-369). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Milan, M. A., y Mitchell, Z. P. (1998). La generalización y el mantenimiento de los efectos del tratamiento. En V.E. Caballo (comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (págs. 121-143). Madrid: Siglo XXI.
- Miller, W. R., y Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing*. Nueva York: Guilford.
- Ministerio del Interior (2006a). *El control de la agresión sexual: Programa de intervención en el medio penitenciario. Un programa de tratamiento para delincuentes sexuales en prisión (Manual del terapeuta)*. Madrid: Ministerio del Interior, Secretaría General Técnica.
- Ministerio del Interior (2006b). *El control de la agresión sexual: Programa de intervención en el medio penitenciario. Un programa de tratamiento para delincuentes sexuales en prisión (Cuaderno de prácticas)*. Madrid: Ministerio del Interior, Secretaría General Técnica.
- Mitchell, J. A. (2009). *A qualitative exploration of changes in family relationships throughout the course of juvenile sex offenders treatment*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Vol. 70(2-B), pp. 1351.
- Murray, J. (2000). Psychological profile of pedophiles and child molesters. *The Journal of Psychology*, 134(2), 211-224.
- National Adolescent Perpetrator Network (1993). The revised report from the National Task Force on Juvenile Sexual Offending. *Juvenile and Family Court Journal* 38(4), 1-120.
- Nee, C., y Ellis, T. (2005). *Treating offending children: What works? Legal and Criminological Psychology*, 10(1), 133-148.
- Nichols, K. (2009). The criminalization of adolescent sexual behavior. *PsycCRITIQUES*, Vol 54(44), 2009.
- Novaco, R. W., y Renwick, S.J. (1998). Anger predictors of the assaultiveness of forensic hospital patients. En E. Sanavio (Ed.), *Behavior and cognitive therapy today: Essays in honor of Hans J. Eysenck* (págs. 199-208). Amsterdam: Elsevier Science.
- Novaco, R. W., Ramm, M. y Black, L. (2001). Anger treatment with offenders. En C.R. Hollin (Ed.), *Offender assessment and treatment* (págs. 281-296). Chichester (Reino Unido): Wiley.
- O'Reilly, G. y Carr, A. (2006). Assessment and treatment of criminogenic needs. En H. Barbaree y W. Marshall, *The juvenile sex offender* (págs. 189-218). New York: The Guilford Press.
- Olivares, J., Méndez, F.X. y Lozano, M. (2005). Técnicas de autocontrol. En J. Olivares y F.X. Méndez (Eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (págs. 371-408). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Palmer, E. (2003). *Offending behaviour: Moral reasoning, criminal conduct and the rehabilitation of offenders*. Cullompton, Devon (Reino Unido): Willan Publishing.
- Parks, G. A. (2004). Juvenile sex offender recidivism: typological differences in risk assessment. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 65 (6-B), 3176.
- Pereda, N., y Forns, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect*, 31, 417-426.



- Pithers, W. D. (1990). Relapse prevention with sexual aggressors: A method for maintaining therapeutic gain and enhancing external supervision. En W.L. Marshall, D.R. Laws y H.E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault* (págs. 343-361). Nueva York: Plenum.
- Poirier, J. G. (2008). The juvenile sex offender. En Hall, H.V. (Ed), *Forensic psychology and neuropsychology for criminal and civil cases*. Boca Raton, FL, US: CRC Press.
- Polaschek, D. L., Anstiss, B., y Wilson, M. (2010). The assessment of offending-related stage of change in offenders: Psychometric validation of the URICA with male prisoners. *Psychology, Crime & Law*, 16(4), 305-325.
- Polizzi, D. M., McKenzie, D. L. y Hickman, L. J. (1999). What works in adult sex offender treatment? A review of prison- and non-prison-based treatment programs. *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology*, 43, 357-374.
- Prently, R., Cavanaugh, D. J., y Righthand, S. (2009). Predicting risk of sexual recidivism in juveniles: Predictive validity of the J-SOAP-II. En A. Beech, L. Craig, y K. Browne (Ed.), *Assessment and treatment of sex offenders: A handbook*. New York: John Wiley & Sons.
- Prentky, R., y Schwatz, B. (2006). Treatment of adult sex offenders. *Applied Research Forum, National Online Resource Centre on Violence Against Women*, Diciembre, 1-10.
- Price-Jones, D. W., y Barrowcliff, A. (2010). Attitudes towards sex offenders regarding competency, liability, voluntariness of offence, and disposal: the influence of being classified as having a learning disability. *Psychology, Crime & Law*, 16(3), 251-263.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (págs. 184-214). Sycamore, IL: Sycamore Press.
- Redondo, S. (Coord.) (2002). *Delincuencia sexual y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Redondo, S. (2004). Perfil psicológico de los delincuentes sexuales. En E. Echeburúa (Ed.), *Personalidades violentas* (95-108). Madrid: Pirámide.
- Redondo, S. (2008a). *Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes*. Madrid: Pirámide.
- Redondo, S. (2008b). Individuos, sociedades y oportunidades en la explicación y prevención del delito: Modelo del Triple Riesgo Delictivo (TRD). *Revista Española de Investigación Criminológica*, Artículo 6, Número 7, 2008.
- Redondo, S., y Luque, E. (en prensa). *Eficacia terapéutica del tratamiento de los agresores sexuales en los centros penitenciarios españoles*. Síntesis de evaluación, a partir de un encargo de la Dirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria (Ministerio del Interior).
- Redondo, S., Martínez, M. y Pérez, M. (2005). *Traducción y adaptación de diversas escalas psicológicas para la evaluación de los agresores sexuales*. Documento no publicado. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.
- Redondo, S., Pérez, M., y Martínez, M. (2007). El riesgo de reincidencia en agresores sexuales: investigación básica y valoración mediante el SVR-20. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 187-195.
- Redondo, S., Navarro, J.C., Martínez, M., Luque, E. y Andrés, A. (2005). Evaluación del tratamiento psicológico de los agresores sexuales en la prisión de Brians. *Boletín Criminológico*, nº 79.



- Redondo, S. y Sánchez Meca, J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la delincuencia juvenil. En M. Pérez, J.R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez, e I. Amigo Vázquez, *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia* (págs. 183-214). Madrid: Pirámide.
- Rich, Ph. (2009). Understanding complexity in sexually abusive youth. En J. Andrade (Ed.), *Handbook of violence risk assessment and treatment: New approaches for mental health professionals* (pp. 529-559). New York: Springer Publishing Co.
- Righthand, S., Pretky, R., Knight, R., Carpenter, E., Hecker, J. E. y Nangle, d. (2005). Factor structure and validation of the Juvenile Sex Offender Assessment Protocol (J-SOAP). *Sexual Abuse: Journal of research and Treatment*, 17 (1), 13-30.
- Righthand, S., y Welch, C. (2001). Juveniles who have sexually offended: a review of the professional literature. *Office of juvenile justice and delinquency prevention report*. Washington, DC: U.S. Department of Justice.
- Roe-Sepowitz, D., y Krysik, J. (2008). Examining the sexual offenses of female juvenile: The relevance of childhood maltreatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(4), 405-412.
- Ross, R., y Fabiano, E. A. (1985). *Time to Think: A Cognitive Model of Delinquency Prevention and Offender Rehabilitation*. Johnson City, TN: Institute of Social Sciences and Arts.
- Ross, R., Fabiano, E., y Garrido, V. (1990). El Pensamiento Prosocial. El modelo cognitivo para la prevención y tratamiento de la delincuencia. *Delincuencia/Delinquency*, Monográfico n. 1, pp. 1-116.
- Ruiz, M. A. (1998). Habilidades terapéuticas. En M.A. Vallejo, *Manual de terapia de conducta* (vol. I, págs. 83-96). Madrid: Dykinson.
- Ruiz, M. A. y Villalobos, A. (1994). *Habilidades terapéuticas*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Salat, M. (2009). Differentiating juvenile sex offenders from juvenile non sex offenders. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, Vol. 70(2-B), pp. 1356.
- Sánchez-Meca, J. (1997). Methodological issues in the meta-evaluation of correctional treatment. En S. Redondo, V. Garrido, J. Pérez y R. Barberet (Eds.), *Advances in Psychology and Law: International Contributions* (págs. 486-498). Berlín: De Gruyter.
- Schoenwald, S. K., Heiblum, N., Saldana, L., y Henggeler, S. W. (2008). The international implementation of multisystemic therapy. *Evaluation & the Health Professions*, 31(2), 211-225.
- Serin, R. C., y Lloyd, C. D. (2009). Examining the process of offender change: The transition to crime desistance. *Psychology, Crime & Law*, 15(4), 347-364.
- Shi, L., y Nicol, J. (2007). Into the mind of a juvenile sex offender: A clinical analysis and recommendation from an attachment perspective. *American Journal of Family Therapy*, 35 (5), 395-402.
- Sigurdsson, J. F., Gudjonsson, G., Asgeirsdottir, B. B., y Sigfusdottir, I. D. (2010). Sexually abusive youth: what are the background factors that distinguish them from other youth? *Psychology, Crime & Law*, 16(4), 289-303.
- Smith, D.L. (1999). Getting our act together: Lessons on meaningful psychotherapy research from the philosophy of science. *Journal of Clinical Psychology*, 55(12), 1495-1505.
- Soller, M. V., Karnik, N. S., y Steiner, H. (2006). Psychopharmacologic Treatment in Juvenile Offenders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 15(2), 477-499.



- Swenson, C. C., Henggeler, S. W., y Schoenwald, S. K. (2001). Family-based treatments. En C.R. Hollin (Ed.), *Offender assessment and treatment* (págs. 205-220). Chichester (Reino Unido): Wiley.
- † A. Hart-Kerkhoffs, L., Doreleijers, T. A. H., Jansen, L. M. C., van Wijk, A. P. H., y Bullens, R. A. R. (2009). Offense related characteristics and psychosexual development of juveniles sex offenders. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3, ArtID 19.
- Tittle, C. (2006). Desarrollos teóricos de la Criminología. En R. Barberet y J. Barquín (ed.), *Justicia penal siglo XXI*. (págs. 1-54). Granada: Editorial Comares.
- Ward, T. (2000). Sexual offenders' Cognitive distortion as implicit theories. *Aggression and Violent Behavior*, 5 (5), 491-507.
- Tong, L. S., y Farrington, D. (2006). How effective is the "Reasoning and Rehabilitation" programme in reducing reoffending? A meta-analysis of evaluations in four countries. *Psychology, Crime & Law*, 12 (1), 3-24.
- Urta, J. (2003). *Agresores sexuales. Casos reales. Riesgo de reincidencia*. Madrid: EOS.
- Van Wijk, A., (1999). *An exploratory study into juveniles sex offenders*. Amsterdam: Advies-en Onderzoeksgroep Beke, Arnhem/VU.
- Van Wijk, A., Loeber, R., Pardini, D. Bullens, R. y Doreleijers, T. (2005). Violent juvenile sex offenders compared with violent juvenile nonsex offenders: Explorative findings from the Pittsburg Youth Study. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 17 (3), 333-352.
- Van Wijk, A., Vermeiren, R., Loeber, R., Hart-Kerkhoffs, L., Doreleijers, T. y Bullens, R. (2006). Juveniles sex offenders compared to non-sex offenders: A review of the literature 1995-2005. *Trauma, violence, and abuse*, 7 (4), 227-243.
- Vázquez Mezquita, B. (1995). *Agresión sexual. Evaluación y tratamiento en menores*. Madrid: Siglo XXI.
- Varios autores (2009). *Delitos sexuales y reincidencia*. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.
- Vess, J., y Skelton, A. (2010). Sexual and violent recidivism by offender type and actuarial risk: reoffending rates for rapists, child molesters and mixed-victim offenders. *Psychology, Crime & Law*, 16(7), 541-554
- Waite, D., Keller, A., McGarvey, E. L., Wieckowski, E., Pinkerton, R. y Brown, G. L. (2005). *Sexual Abuse: Journal of research and Treatment*, 17 (3), 313-331.
- Ward, T., Hudson, S.M. y Keeman, T.R. (2001). The assessment and treatment of sexual offenders against children. En C.R. Hollin (Ed.), *Offender assessment and treatment* (págs. 349-361). Chichester (Reino Unido): Wiley.
- White, J. W., Kadlec, K. M., y Sechrist, S. (2006). Adolescents sexual aggression within heterosexual relationships. En H. E. Barbaree y W. L. Marshall, *The juvenile sex offenders (2º Ed.)* (pp. 128-147). Nueva York: The Guilford Press.
- White, S. F., Cruise, K. R., Frick, M.L.S., y Frick, P. J. (2009). Differential correlates to self-report and parent-report of callous-unemotional traits in a sample of juvenile sexual offenders. *Behavioral Sciences and the Law*, 27, 910-928.



- Williams, J. D. (2007). Juvenile sex offenders: Predictors of recidivism. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 68 (5-A), 2185.
- Wolf, A. L. (2009). Differentiating two types of juvenile sex offenders: Generalists versus specialists. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, Vol. 70(2-B), pp. 1360.
- Woodhams, J. y Hatcher, R. (2010). Introductory comments to the special issue: contemporary perspectives on sex offending, its assessment, and treatment. *Psychology, Crime & Law*, 16(1-2), 1-3.
- Woodhams, J., Hollin, C., y Bull, R. (2008). Serial juvenile sex offenders and their offenses. En Kocsis, R.N. (Ed), *Serial murder and the psychology of violent crimes*. Totowa, NJ, US: Humana Press.
- Worling, J. R., y Langström, N. (2006). Risk of sexual recidivism in adolescents who offend sexually. En H. E. Barbaree y W. L. Marshall, *The juvenile sex offenders* (2º Ed.) (pp. 219-234). Nueva York: The Guilford Press.
- Zankman, S., y Bonomo, J. (2004). Working with parents to reduce juvenile sex offender recidivism. *Journal of child sexual abuse*, 13 (3-4). Número especial: *Identifying and treating youth who sexually offend: Current approaches, techniques and research*. 139-156.





Anexos



ANEXO 1.

Cuestionario de autoconcepto

Puntúa de 0 a 10, en función de tu forma de ser (o la forma de ser de tu compañero), cada una de las características que se presentan a continuación Si es necesario añade nuevas características en las filas en blanco que representen tu manera de ser (o la de tu compañero) y vuelve a puntuarte (o a puntuarle) de 0 a 10.

Yo soy (o él es)...

1. Deportista	_____
2. Buen estudiante	_____
3. Buen amigo	_____
4. Caigo bien a la gente	_____
5. Tengo muchos amigos	_____
6. Los profesores me aprecian	_____
7. Mis padres confían en mí	_____
8.	_____
9.	_____
10.	_____
11.	_____
12.	_____
13.	_____
14.	_____
15.	_____



ANEXO 2.

Relato sobre un cambio de residencia

Tenía yo 16 años y estaba en penúltimo año de secundaria, y lo peor que me podía suceder, me sucedió. Mis padres decidieron que la familia se mudaba de Tejas a Arizona. Tenía dos semanas para arreglar todos mis “asuntos” y mudarme de residencia con mis padres antes de que empezara la escuela. Tenía que dejar mi primer trabajo, a mi novio y a mi mejor amiga, y tratar de empezar una nueva vida. Despreciaba a mis padres por arruinar mi vida con este cambio de residencia.

A todo el mundo le dije que no quería vivir en Arizona y que regresaría a Tejas a la primera oportunidad. Cuando llegué a Arizona, me aseguré de que todos supieran que tenía un novio y una mejor amiga esperándome en Tejas. Estaba determinada a guardar distancia de todos; de cualquier modo me iría pronto.

Llegó el primer día de clase y me sentí muy desdichada. Sólo podía pensar en mis amigos de Tejas y en lo mucho que deseaba estar con ellos. Durante una temporada sentí que mi vida no tenía sentido. Sin embargo, con el tiempo las cosas mejoraron un poco.

Fue durante mi clase de matemáticas del segundo trimestre cuando le vi por primera vez. Era alto, pulcro y realmente bien parecido. Nunca había visto yo unos ojos azules tan hermosos como los suyos. Estaba sentado a sólo tres lugares de mí en la primera fila de la clase. Como consideraba que no tenía nada que perder, decidí hablarle.

“Hola, mi nombre es Sheila, ¿y el tuyo?”, pregunté con acento tejano.

El chico que estaba a su lado pensó que me dirigía a él.

“Mike”.

“Ah, hola, Mike”, le respondí por no ser descortés.

“¿Cómo te llamas?”, pregunté de nuevo, dirigiendo mi atención al muchacho de ojos azules.

Miró hacia atrás; no creía que yo le estuviera preguntando a él su nombre. “Chris”, respondió en voz baja.

“Hola, Chris”, sonreí. Y me puse a trabajar.

Chris y yo nos hicimos amigos. Nos gustaba hablar en clase. Chris era deportista y yo estaba en la banda de música de la escuela; en secundaria, la presión de los compañeros hacía que no se mezclaran socialmente los dos grupos. Nuestros caminos se cruzaban de cuando en cuando en actividades escolares; pero en general, nuestra amistad se limitó a las cuatro paredes de la clase de matemáticas.

Chris se graduó ese año y por algún tiempo se separaron nuestros caminos. Después, un día fue a verme a la tienda del centro comercial donde trabajaba. Me gustó mucho verlo. Tomó la costumbre de visitarme en mis descansos y empezamos a hablar de nuevo. La presión de sus amigos deportistas había disminuido y nos hicimos muy buenos amigos. Mi relación con mi



novio de Tejas ya no era tan importante. Sentía que mi relación con Chris crecía, que tomaba el lugar de mi relación de Tejas.

Había pasado un año desde que salí de Tejas y Arizona empezaba a parecer mi hogar. Chris fue mi acompañante en mi baile de gala cuando acabé la secundaria; fuimos tres parejas juntas, nosotros y dos de sus amigos deportistas con sus parejas. La noche de mi baile de gala cambió nuestra relación para siempre, sus amigos me aceptaron y eso hizo que Chris se sintiera mejor. Finalmente nuestra relación podía quedar al descubierto.

Chris fue una persona muy importante para mí durante esa época de mi vida tan difícil. Con el tiempo, de nuestra relación surgió un amor muy fuerte. Ahora comprendo que mis padres no mudaron a la familia a Arizona para hacerme daño, aunque en aquellos momentos eso sentí. Ahora creo firmemente que todo sucede por alguna razón. Porque si no me hubiera mudado a Arizona, jamás habría conocido a Chris.

Sheila K. Reyman

Relato extraído y adaptado de "Sopa de pollo para el alma del adolescente" de J. Canfield, M.V. Hansen y K. Kirberger



ANEXO 3.

Hoja de trabajo

Cambio experimentado en la vida
Reacciones que tuve (pensamientos, emociones y comportamientos)
Qué hice para afrontar el cambio
Quién fue el responsable del cambio
Qué cosas dejé atrás
Qué cosas nuevas obtuve
Cuál es mi situación actual en relación con aquella experiencia de cambio (emociones y pensamientos)



ANEXO 4.

Cuestionario de autoconcepto futuro

Puntúa de 0 a 10 cada una de las características que se presentan a continuación, según cómo te gustaría ser dentro de cinco años. Puedes añadir, en las filas en blanco, nuevas características sobre cómo te gustaría ser y puntuarlas también de 0 a 10.

Pasados cinco años yo querría ser...

1. Deportista	_____
2. Buen estudiante	_____
3. Buen amigo	_____
4. Caigo bien a la gente	_____
5. Tengo muchos amigos	_____
6. Los profesores me aprecian	_____
7. Mis padres confían en mí	_____
8.	_____
9.	_____
10.	_____
11.	_____
12.	_____
13.	_____
14.	_____
15.	_____



ANEXO 5.

Planes de futuro

Escribe a continuación cuáles son tus planes para el futuro:

1. Mis estudios...

2. Mi trabajo...

3. Mi pareja...

4. Mi familia...

5. Mis amigos...

(...)



ANEXO 6.

Cuestionario sobre sexualidad humana

SEXUALIDAD HUMANA	
1.	¿Qué significa aparato genital?
2.	¿Cuáles son las partes del aparato genital masculino?
3.	¿Cuáles son las partes del aparato genital femenino?
4.	¿Qué es la pubertad?
5.	¿Cómo cambian los chicos durante la pubertad?



6.	¿Cómo cambian las chicas durante la pubertad?
7.	¿Qué es el esperma? ¿Qué es lo que contiene?
8.	¿Qué es la menstruación?
9.	¿Qué es el Hecho Sexual Humano? (HSH)
10.	¿Qué es la Respuesta Sexual Humana (RSH)?



ANEXO 1.

Hoja de trabajo sobre relaciones sexuales saludables

A continuación debes marcar en cada cuadro aquellas características que destacarías sobre las relaciones sexuales saludables.

Una relación sexual debe iniciarse cuando...	Una relación sexual debe finalizar cuando...
La chica: <ul style="list-style-type: none">• Es...• Tiene...• Está...	El chico: <ul style="list-style-type: none">• Es...• Tiene...• Está...
Una relación sexual es buena cuando...	Una relación sexual no es buena cuando...



ANEXO 8.

Mitos sobre las relaciones sexuales

(Fuente: Lameiras et al. (2004), *Programa coeducativo de desarrollo psicoafectivo y sexual*, Madrid, Ediciones Pirámide)

Tener en cuenta que el trabajo sobre mitos acerca de la sexualidad tiene que ir orientado sobre todo a poner de relieve que las relaciones sexuales y eróticas tienen que basarse en el respeto, la tolerancia, la confianza y sobre todo en cómo las decisiones de uno mismo inciden en los demás y viceversa.

Algunos de los mitos que se pueden debatir están basados en la Respuesta Sexual Humana, en las diferentes prácticas eróticas y los comportamientos sociales que hay respecto a las vivencias en la sexualidad.



SEXUALIDAD

1. Sexualidad es igual a coito. Si no realizas la penetración, no has tenido una relación sexual completa.

No. Sexualidad implica todo nuestro cuerpo sexuado. Puede haber sexualidad muy placentera sin coito.

2. La sexualidad comienza cuando se empiezan a tener relaciones con penetración.

No. La sexualidad empieza con la vida y finaliza con ella. La penetración es sólo una manifestación de todas las posibilidades que brinda el cuerpo sexuado.

RELACIONES SEXUALES

3. La relación sexual siempre debe ser natural y espontánea. Planificar una relación sexual implica que ésta no se disfruta igual.

No. La sexualidad es una conducta que debe estar bajo nuestro control y planearla y anticipar su ocurrencia es el prerrequisito para una sexualidad responsable. Lo que no quiere decir que tengamos que anticipar el momento “exacto” de llevarla a cabo.

4. El hombre siempre sabe sobre sexualidad y sobre cómo llevar a cabo las relaciones sexuales.

No es cierto. Las investigaciones muestran que suelen ser las mujeres quienes están más informadas sobre la sexualidad, aunque a menudo se atribuye a los hombres el saber más sobre el sexo. Además suele esperarse de los varones un papel activo que no tiene por qué ser exclusivo o prioritario, ya que la iniciativa puede ser tomada por igual por los dos miembros de una pareja.

PLACER y DESEO

5. Que una chica no sienta nada significa que es frígida.

No, porque el que no “sienta” puede implicar que todavía no ha descubierto las capacidades de su propio cuerpo, o bien ello puede ser debido a que no le excita suficientemente la forma actual de sus relaciones sexuales.

6. Cuanto mayor sea el tamaño del pene, mayor placer se obtiene y mayor placer se proporciona a la pareja.

El tamaño no importa si tenemos en cuenta dos cuestiones. La primera, es que el principal órgano que desencadena el orgasmo en la mujer es el clítoris, y no necesita del pene para ser estimulado; y la segunda, es que la parte más sensible de la vagina es el tercio externo, por tanto, la más cercana al orificio vaginal.



7. Es una desviación o patología tener durante la relación sexual fantasías sexuales con otra persona.

No. De hecho, las fantasías sexuales son un buen predictor de salud sexual. El problema se presenta cuando el sujeto tiene que pensar necesariamente en otra persona para poder obtener satisfacción sexual con su pareja.

8. Cuando un hombre pierde su erección es que no encuentra a su pareja sexualmente atractiva.

No. Muchos factores pueden afectar a la erección, por ejemplo enfermedades como la diabetes, tener fiebre, estar agotado física o intelectualmente...

9. Un hombre siempre se excita cuando se encuentra en una situación sexual.

No. Depende también de cómo la interprete, de que se sienta cómodo, etcétera. En definitiva, en las relaciones sexuales la mente y las emociones juegan un papel muy importante y pueden controlar el cuerpo.

COMPORTAMIENTOS SOCIALES

10. Existen normas que dicen lo que es normal y anormal en sexualidad.

En un sentido social y legal existen dos normas básicas que todos debemos respetar: no se puede tener relaciones sexuales con niños y no se puede forzar a otra persona a mantener una relación sexual.

Aparte de esas pautas fundamentales, las diferentes culturas tienen creencias diferentes sobre lo que es adecuado o no en el ámbito sexual.

11. El coito debe evitarse durante el embarazo.

No, a no ser que exista prescripción médica que así lo aconseje. Lo beneficioso es que la pareja esté satisfecha con su vida sexual.

12. El hombre debe aguantar hasta que la mujer haya tenido su orgasmo.

No necesariamente, pero es verdad que dentro de la actividad sexual hay que buscar la satisfacción de las personas implicadas. Hasta que ambas no hayan quedado satisfechas no se debería considerar finalizada la actividad sexual.

13. Por naturaleza, los hombres tienen mucho más deseo que las mujeres.

No sabemos lo que deseamos "por naturaleza", lo que sí sabemos es que el deseo del hombre socialmente se ha permitido, legitimado y reforzado más, mientras que tradicionalmente el deseo sexual de las mujeres se ha reprimido. Hoy las cosas afortunadamente han cambiado hacia un mayor equilibrio en el reconocimiento y la aceptación social del deseo sexual de mujeres y hombres.



14. Una mujer debe tener el orgasmo durante la penetración.

No necesariamente. Como hemos dicho, para la mayoría de las mujeres el órgano desencadenante del orgasmo es el clítoris, cuya estimulación no requiere necesariamente penetración.

Respuesta Sexual Humana

15. Cuando el hombre eyacula termina la relación sexual.

No necesariamente, ya que la relación sexual puede continuar mediante otras formas de estimulación sexual de la pareja.

16. Si un hombre eyacula antes de la penetración (o inmediatamente después) es que tiene eyaculación precoz.

No. Puede significar que estaba tan excitado que no ha necesitado la estimulación de la penetración. El problema puede surgir cuando el hombre siente que no tiene ningún control sobre su eyaculación.

17. El orgasmo es más placentero si ambas personas llegan a la vez.

No necesariamente. Cada persona siente y disfruta su orgasmo. El problema es que creamos que se necesita llegar juntos para disfrutar y ser normales.

18. Hay dos tipo de orgasmo en la mujer, vaginal y clitoridiano.

Hay mucha controversia sobre esto. Lo que sí es cierto es que es el clítoris y no la vagina el órgano anátomo-fisiológicamente equivalente al pene masculino y concretamente al glande (la parte más sensible del pene), que es el órgano principal que en los hombres vehicula el placer y desencadena el orgasmo.

19. El orgasmo es obligatorio en la relación sexual. Sin orgasmos no hay sexualidad.

No es cierto, ya que la sexualidad nos gratifica desde varias dimensiones (intimidad, sensualidad, caricias placenteras, transmisión de afecto...), no solamente a través del placer representado por el orgasmo.

20. La mujer tarda más en alcanzar el orgasmo que el hombre.

No necesariamente todas las mujeres, al compararlas con el conjunto de los hombres, pero en muchos casos eso es lo que se observa, aunque no tiene por qué ser un problema.

21. Si un hombre no logra tener varios orgasmos en una relación sexual es que tiene un problema.

No. Todo lo contrario. En la mayoría de los casos, los hombres tienen sólo un orgasmo en la relación sexual, a no ser que se repita la erección y se reanude la actividad sexual aunque sea después de un breve espacio de recuperación (período refractario). Por el contrario, que una mujer tenga varios orgasmos durante una relación sexual es más frecuente.



ANEXO 9.

Relato sobre un embarazo en la adolescencia

María y Juan llevan algo menos de seis meses saliendo juntos. Se conocen del barrio y parece que se hayan conocido de toda la vida. Aunque aún son jóvenes, ambos tienen 16 años, creen que para ser una pareja de verdad deben dar el siguiente paso en su relación. Tanto María como Juan están muy nerviosos con la decisión de mantener relaciones sexuales. María siente que aún no está preparada, pero no se lo ha dicho a Juan por miedo a que él piense que no lo quiere suficiente. Juan, por su parte, siente temor de no saber llevar la iniciativa en la relación y que su falta de experiencia le juegue una mala pasada. A pesar de esto, ambos jóvenes piensan que con la información que les han dado en la escuela y todas las películas que han visto no tiene que ser tan complicado.

Por fin llega el día en el que han decidido dar el gran paso y Juan debe ir a comprar preservativos. Le parece que los venden en la farmacia, pero, cuando se encuentra delante de la farmacéutica se muere de vergüenza y es incapaz de pedirlos. Como no lo quiere reconocer ante María, cuando se encuentra con ella le dice que al ser la primera vez y ser tan especial no quiere que nada les “corte el rollo” y que prefiere hacerlo con la técnica del “marcha atrás”. María no está muy convencida. Ella preferiría utilizar un método anticonceptivo más fiable, pero en su primera vez no quiere discutir con Juan, bastante nerviosa está ya.

Ha pasado una semana y María está muy preocupada por si está embarazada. Siente que no deberían haber sido tan imprudentes. Una amiga suya le pregunta que qué le pasa y María le acaba explicando sus preocupaciones. Juntas van a la farmacia a comprar una prueba de embarazo. María se hace la prueba y constata sobresaltada que el resultado es afirmativo. La amiga de María intenta tranquilizarla diciéndole que este tipo de métodos no son al cien por cien seguros y que lo mejor es que vayan a un Servicio de planificación familiar para que le repitan la prueba. Al día siguiente, María, acompañada de su amiga, se dirige al Servicio de planificación familiar donde, después de explicar lo que le ha pasado y tras un análisis de orina, le confirman que efectivamente está embarazada.



ANEXO 10.

Listado de métodos anticonceptivos

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	VENTAJAS	INCONVENIENTES



MÉTODO ANTICONCEPTIVO	VENTAJAS	INCONVENIENTES



ANEXO 11.

Relatos para reflexionar

Primer relato

Por fin ha llegado junio y se han acabado las clases. Mario va a celebrar que ha finalizado los exámenes yendo a una discoteca con sus amigos. En la discoteca, ha estado fijándose toda la noche en una chica y, finalmente, decide acercarse para hablar con ella. Después de muchas risas y miradas, la chica le comenta que esta noche no están sus padres en casa, y que si quiere podrían ir allí. Una vez en casa de la chica, Mario se da cuenta que no lleva preservativos y se lo dice a ella. Ella responde que tampoco tiene.

¿Qué harías tú si fueras Mario? Ponte también en el lugar de la chica, ¿qué harías?

Segundo relato

Juan y Eva llevan saliendo más de un año. Ya hace algunos meses que mantienen relaciones sexuales. Parece que su relación personal es estable y satisfactoria. Una noche Juan se va de cena con unos amigos para celebrar el cumpleaños de uno de ellos. Después de la cena, deciden irse a tomar unas copas. Juan, que no acostumbra a beber, lleva ya más de 3 copas cuando se le acerca una chica. La chica empieza a hablar con él y, después de un rato de estar juntos, acaban liándose. Juan pasa la noche en casa de la chica y, a la mañana siguiente, se da cuenta que ha mantenido relaciones sexuales sin ningún tipo de método anticonceptivo.

¿Qué harías tú si fueras Juan? ¿Se lo dirías a Eva? ¿Cuáles son las posibles consecuencias de la relación sexual mantenida?

Tercer relato

Víctor y Elena tienen problemas a la hora de mantener relaciones sexuales. Víctor siente que no tiene ningún control sobre su erección y a los pocos minutos de empezar la penetración no puede evitar eyacular. Elena, que siente que no están disfrutando de sus contactos sexuales, le comenta a Víctor que a lo mejor deberían visitar a un especialista. Víctor, avergonzado y furioso, le dice que la próxima vez lo hará mejor y que él no tiene ningún problema. Sólo es cuestión de ir más lento la próxima vez, comenta.

¿Qué crees que le pasa a Víctor? ¿Crees que lo que le sucede tiene alguna solución? ¿Qué deberían hacer?



ANEXO 12.

Algunas situaciones para la negociación

<p>1 - En la pareja es importante que ningún miembro presione al otro y en el caso de que esto ocurra es necesario defender nuestros intereses y derechos.</p>	<p>2 - Los dos debemos tener claro cómo son las relaciones y encuentros más satisfactorios. Esto nos permitirá autocuidarnos.</p>
<p>3 - El cuidado mutuo es un gesto de cariño. Si no se acepta es que no se está interesado en respetar y querer.</p>	<p>4 - A veces es necesario que la pareja hable de lo que ocurre en sus encuentros. Esto debería hacerse preferiblemente fuera de la situación de relación sexual, para evitar interferir con ésta.</p>
<p>5 - El diálogo y la comunicación permiten que la pareja se entienda, se respete y se conozca mejor; por ello es necesario que mantengan conversaciones acerca de sus necesidades e intereses respectivos.</p>	<p>6 - La agresividad, las amenazas y las sospechas en la pareja no crean una buena comunicación, generando miedo y no permitiendo que haya acuerdos en las relaciones y encuentros sexuales.</p>
<p>7 - En algún momento puede que un miembro de la pareja pregunte al otro acerca de parejas anteriores. En esta situación es importante que cada uno se tome su tiempo para responder, se respeten las experiencias previas que puedan haber tenido y se dialogue sobre lo que apetece o no decir.</p>	<p>8 - Pactar y negociar va a favorecer que existan encuentros más satisfactorios, relaciones más seguras, diálogos más adecuados, y que se tengan en cuenta los intereses de uno y otro.</p>



ANEXO 13.

Autoinforme sobre características de uno mismo como miembro de una pareja/características del otro miembro de la pareja

CARACTERÍSTICAS PROPIAS	PUNTO FUERTE	PUNTO DÉBIL	PAREJA
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			



ANEXO 14.

Creencias y mitos sobre el amor y las relaciones de pareja

(Fuente: Adaptado de Lameiras et al. (2004), *Programa coeducativo de desarrollo psicoafectivo y sexual*, Madrid, Ediciones Pirámide)

CREENCIAS Y MITOS	VERDADERO	FALSO
1. Todas las personas tenemos nuestra “media naranja”.		
2. El amor verdadero sólo se siente una vez en la vida y por una sola persona.		
3. Cuando dos personas se aman deben culminar su amor con el matrimonio o la convivencia, formando una familia.		
4. Si dos personas se aman, ningún obstáculo impedirá que estén juntos. Con amor se supera todo.		
5. Si dos personas se aman, su pasión persistirá durante toda la vida.		
6. Cuando tenemos una pareja estable, todos nuestros deseos, fantasías y pasiones las tenemos que satisfacer con ella.		
7. Nuestros sentimientos amorosos son individuales y únicos y no están influenciados por factores sociales, biológicos y/o culturales.		
8. El amor y el enamoramiento son lo mismo. Cuando una persona deja de estar apasionadamente enamorada de su pareja es que ya no la ama.		
9. Las parejas siempre están constituidas por un hombre y una mujer. En todas las culturas el ser humano ha tendido por naturaleza a emparejarse.		



CREENCIAS Y MITOS	VERDADERO	FALSO
10. Cuando amas a una persona profundamente siempre debes sentir algo de celos. Los celos son un signo indispensable del amor verdadero.		
11. Si amas profundamente a alguien, es normal que quieras saber en cada momento lo que hace y dónde está esa persona.		
12. Cuando dos personas están realmente enamoradas, saben todo lo que la otra persona piensa, siente y hace en todo momento.		
13. Dos personas que son una verdadera pareja hacen todo juntos. El resto de amigos y amigas no deberían interferir en su relación.		
14. Las mejores parejas jamás discuten. Siempre están de acuerdo en todo.		
15. Si realmente quiero a mi pareja, siempre voy a estar dispuesto a mantener relaciones sexuales cuando el otro lo pida. Si en ese momento no me apetece, es que no lo quiero bastante.		



ANEXO 15.

Material para el terapeuta: mitos sobre el amor en pareja

(Fuente: C. Yela (2000), *El amor desde la perspectiva de la Psicología Social*, Madrid, Ediciones Pirámide)

Mito de la media naranja: es la creencia de que hemos elegido la pareja que teníamos predestinada de alguna forma, y que ha sido la única o la mejor elección posible.

Mito de la exclusividad: creencia de que el amor romántico sólo puede sentirse por una única persona (al mismo tiempo).

Mito del matrimonio o convivencia: creencia de que el amor romántico-pasional debe conducir a la unión estable de la pareja, y constituirse en la única base del matrimonio (o de la convivencia en pareja).

Mito de la omnipotencia: creencia de que “el amor lo puede todo” y, por tanto, si hay verdadero amor no deben influir decisivamente los obstáculos externos o internos sobre la pareja.

Mito de la perdurabilidad (o de la pasión eterna): creencia de que el amor romántico y pasional de los primeros meses puede y debe perdurar tras miles de días de convivencia.

Mito de la fidelidad: creencia de que todos los deseos pasionales, románticos y eróticos, deben satisfacerse exclusivamente con una única persona.

Mito del libre albedrío: creer que nuestros sentimientos amorosos son absolutamente íntimos y no están influidos por factores sociobiológico-culturales ajenos a nuestra voluntad y conciencia.

Mito de la equivalencia: creencia de que “amor” y “enamoramiento” son equivalentes, y por tanto, que si uno deja de estar apasionadamente enamorado es que ya no ama a su pareja.

Mito de los celos: creencia de que los celos son un signo de amor e incluso requisito indispensable del “verdadero amor”.

Mito del emparejamiento: creencia de que la pareja es algo natural y universal, por lo que en todas las épocas y culturas el ser humano ha tendido por naturaleza a emparejarse.



ANEXO 16.

Hoja de análisis

Describe a continuación diversas emociones de ira y enfado que hayas experimentado. Escribe en las columnas de la izquierda las situaciones que se produjeron y los pensamientos que te venían a la cabeza mientras sentías esa rabia. Finalmente, anota en la última columna, qué hiciste en esa situación.

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN DE IRA Y CONDUCTA REALIZADA	CONSECUENCIA GRATIFICANTE QUE EXPERIMENTASTE



ANEXO 17.

Carta de una víctima

Hola, señor:

Han pasado veinte años desde lo que hiciste, veinte años en los que he vivido atormentada, asustada, llena de culpas. Aún no comprendo cómo se puede hacer tanto daño y andar por la vida como si nada hubiera pasado.

Ahora te veo y no entiendo cómo puedes ser tan cínico y tratar a tus hijas como si nada, y demostrar ante la gente un amor que nunca sentiste, porque quien ama no daña de ese modo.

Me asusta pensar que en el mundo existen personas como ustedes: tú y tus cómplices, que por retener a un hombre son capaces de ofrecer a sus propias hijas.

Creo que no tienes idea del daño que hiciste, ya que jamás trataste de repararlo, aunque de cualquier manera no hubiera sido posible repararlo.

Afortunadamente en mi vida me he encontrado con gente buena que está tratando de ayudarme a superar mis miedos, mis traumas, pero, sobre todo, a darme cuenta de que yo no he sido culpable, sino tu víctima.

Hoy entiendo el porqué nunca te llamé “papá”, ésta es una palabra que nunca te ganaste y, que a la fecha, me cuesta trabajo o me es imposible pronunciar.

No sé si alguna vez podré perdonarte, porque no es fácil vivir tantos años atormentada y tratar de olvidar todas las consecuencias que tu abuso me produjo.

Por último, quiero desearte hoy, en tu día, “Feliz Cumpleaños”.

Teresa

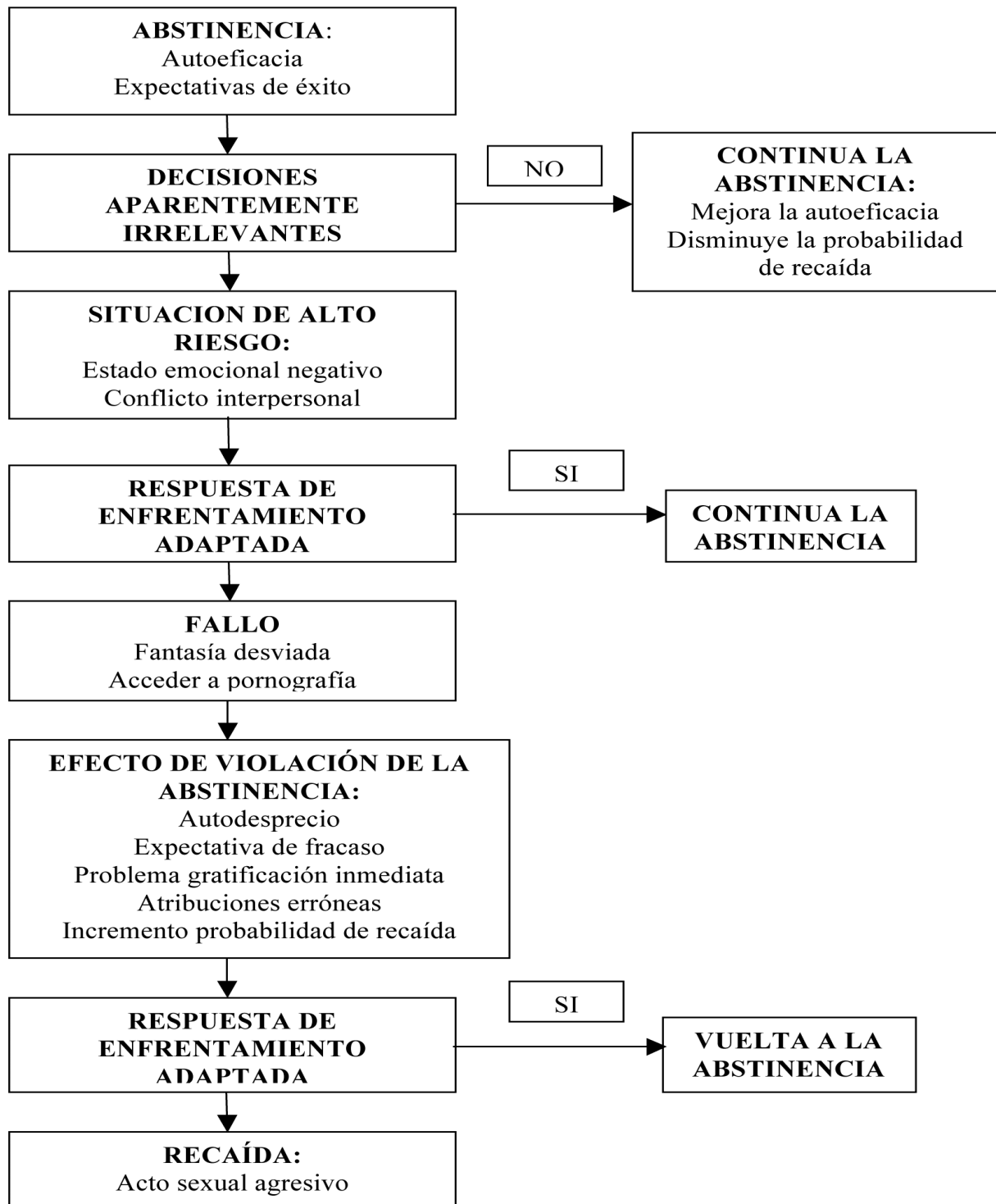
[Texto extraído de VV.AA. (2006). *Mujeres que se atreven a contar su experiencia de abuso sexual*. DEMAC, año 8, nº 22]



ANEXO 18.

Modelo cognitivo-conductual del proceso de recaída. (Pithers, W.D., 1983)

Referencia: Pithers, W.D., Marques, J.K., Gibat, C.C. y Marlatt, G.A. (1983) Relapse prevention with sexual aggressives: A self-control model of treatment and the maintenance of change. En J.G. Greer e I.R. Stuart (eds.) The sexual aggressor (pp. 214-234). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.





ZM

La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE PRESIDENCIA,
JUSTICIA Y PORTAVOCÍA DEL GOBIERNO

Comunidad de Madrid

www.madrid.org

