



Adolescentes y jóvenes que agraden sexualmente

Autor: Vicente Ángel Briet García

Psicólogo-Especialista en Sexología

Responsable del Servicio de Sexología de la Universidad de Alicante (Centro de Apoyo al Estudiante; C.A.E) y Jefe del Departamento de Orientación de Nazaret
Miembro de la junta directiva de la Federación Española de Sociedades de Sexología FESS.

vbrietgarcia@yahoo.es

cae.sex@ua.es

1.-Introducción

Debemos ser conscientes que uno de los más importantes descubrimientos del primer proyecto de "Save the children" (Alonso, J.M; Horno, P. 2004) y de diferentes investigaciones sobre el abuso sexual y los delitos contra la libertad sexual, es que muchos agresores adultos inician su comportamiento desviado cuando son adolescentes y han llevado a cabo conductas de carácter ofensivo durante muchos años. Uno de cada dos ofensores sexuales adultos comenzó su comportamiento abusivo siendo adolescentes (Knight y Prentky, 1993). Así mismo se estima que aproximadamente un 20% de las violaciones las realizan menores de edad y el 50% de los agresores cometen su primer abuso antes de la edad adulta (Abel, Mittelman y Becker, 1985; Groth, Longo y MacFadin, 1982). La estimación es que un 30% de los abusos son cometidos por menores de edad, pero seguramente existe una subestimación del problema dado que estos datos solamente son la punta de un iceberg que progresivamente alcanza mayores dimensiones. En Estados Unidos se estima que los jóvenes son responsables de más de la quinta parte de las violaciones y de la mitad de los casos de ofensas sexuales a niños (Hunter, 2000).

Si nos atenemos a las cifras de incidencia y prevalencia debemos de ser conscientes que los estudios son relativamente recientes y es, a partir de los años 80, cuando comienza dicha investigación. De los datos aportados por Becket (1999) observamos que se estima que al menos un tercio de las agresiones sexuales son responsabilidad de adolescentes y jóvenes. No obstante hay que ser conscientes de que muchas de las mismas no son detectadas o comunicadas por razones de negación y minimización del problema. Aunque la mayoría de los casos suelen pertenecer al género masculino, son varios los estudios clínicos que nos señalan la presencia tanto de mujeres adolescentes y prepúberes que manifiestan comportamientos abusivos

Todos estos argumentos justifican sobremanera la necesidad de atender lo más tempranamente posible estas circunstancias para evitar que estos jóvenes se conviertan en adultos agresores. Hay que ser conscientes que estamos anulando un derecho fundamental de la infancia y es el derecho a la salud. En su artículo 24, la declaración universal de los derechos del niño dice "Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de

esos servicios sanitarios”, y esto incluye a la salud sexual. Un menor que abusa, ofende o agrede sexualmente no es un menor sano y tiene todo el derecho a recibir apoyo, orientación y tratamiento para rehabilitar un aspecto que resulta disfuncional en su desarrollo personal, emocional y social. Llevar a la práctica un programa rehabilitador, promueve la posibilidad real de romper el ciclo del abuso, el acoso o la agresión.

Además necesitamos mejores herramientas en la detección y el diagnóstico para evaluar si las agresiones son básicamente sexuales y si los jóvenes sometidos a una medida concreta son ofensores reales y/o potenciales y determinar el tratamiento correcto. En la actualidad se adolece de modelos de intervención específicos en el campo del menor que permitan abordar de manera eficaz dichos tratamientos y el seguimiento que se ofrece a los jóvenes agresores en los centros de menores es inadecuado y en el enfoque actual se tiende a criminalizar a los menores agresores con el convencimiento de ser la medida más adecuada.

Si atendemos a la ley que regula la responsabilidad penal de los menores, comprobamos que su objetivo principal es el educativo y sin embargo en cuestiones de esta índole el panorama es de un significativo abandono. El trasfondo de la ley que regula la responsabilidad penal de los menores promueve como objetivo central la educación y la rehabilitación, pero las medidas reales son fundamentalmente represivas y sancionadoras.

Este capítulo está enfocado a reflexionar sobre la importancia de ofrecer un modelo de intervención adecuado para el trabajo con los menores, adolescentes y jóvenes infractores sometidos a una medida judicial en medio abierto, que tenga relación con la comisión de algún delito contra la libertad sexual tipificado como agresión sexual, abuso sexual o acoso sexual. Hay que ser conscientes que muchos de los programas desarrollados hasta la fecha, se han basado en enfoques destinados a intervenir sobre adultos desatendiendo cuestiones relacionadas con las peculiaridades y necesidades tan características del periodo evolutivo relacionado con la adolescencia y la juventud.

2.-Que entendemos por agresores sexuales adolescentes y juveniles?

Un agresor sexual joven o adolescente es una persona cuya edad oscila entre los 12 y los 18 años y que comete cualquier acto de tipo sexual, contra la voluntad de la víctima, sin su consentimiento o de una manera agresiva, explotadora o amenazante. Muchas definiciones usan como criterio definitorio de abuso sexual, la diferencia de edad entre la víctima y el agresor, pero hay que tener presente lo inadecuado de este criterio si tenemos presente que aproximadamente un 30% de los abusos se producen entre menores. Resulta por lo tanto más adecuado usar como criterio la presencia del poder y el control (en el sentido de “asimetría” que propone López, 1995), que el de la edad.

3.-El marco legal español

El marco legal de referencia en el cual se tipifican los delitos contra la libertad sexual es el Código Penal Español. Ley Orgánica 10/95, de 23 de Noviembre. En palabras de Noguero (2005), “la libertad sexual, como bien jurídico protegido, es una parcela de la libertad en general, por lo que, en principio, puede identificarse con el derecho a decidir en qué condiciones o circunstancias y con qué personas se realizan se reciben actos de naturaleza sexual”.

El Código Penal define abuso sexual como todo acto que atente contra la libertad o indemnidad sexual de otro, realizado sin el consentimiento de éste y sin que medie violencia ni intimidación. Se considera que el abuso sexual es sin consentimiento cuando se realice entre menores de trece años, en personas que se hallen privadas de sentido o con trastorno mental. También se considera viciado el consentimiento cuando se obtiene por el prevalimiento de una situación de superioridad en la que se cercena la libertad de la víctima. Puede darse abuso sexual cuando, aún contando con el consentimiento de la víctima, ésta es mayor de trece años y menor de dieciséis, pero el agresor se ha valido del engaño para viciar el consentimiento del menor.

El Código Penal establece la diferencia entre el abuso y la agresión sexual en que, en los abusos (Art.181), no puede mediar violencia ni intimidación, mientras que la agresión sexual está caracterizada por el uso de la violencia o la intimidación en la vulneración de la libertad o indemnidad sexual (Art. 178). A su vez éste código define la violación (Art. 179) como el acceso carnal por la vía vaginal, anal o bucal o la introducción de objetos por alguna de las dos vías primeras, o miembros corporales y define exhibicionismo y provocación sexual como ejecutar o hacer ejecutar a otros, actos de exhibición obscena ante menores de edad o incapaces (Art.185; L.O.; 15/2003). Y para finalizar considera "acoso sexual", solicitar favores de naturaleza sexual para sí o para un tercero, en el ámbito de la relación laboral o docente provocando en la víctima una situación intimidatoria, hostil o humillante, agravándose la penalidad si el acoso se comete prevaleándose de una situación de superioridad laboral, docente o jerárquica, o con el anuncio expreso o tácito de causar a la víctima un mal relacionado con las legítimas expectativas, así como cuando la víctima sea especialmente vulnerable por razón de su edad, enfermedad o situación. (Noguerol, 2005).

4.-Etiología

Para aproximarnos brevemente a los posibles factores causales y correlacionales asociados al problema podemos prestar atención a una serie de elementos entre los que incluimos la historia de maltrato infantil, los factores relacionados con el estilo de vida familiar, los factores relacionados con las habilidades sociales, los factores de aprendizaje y de socialización sexual, así como los factores relacionados con la salud mental y el consumo de sustancias tóxicas.

a)La historia de maltrato

El papel que juega el maltrato infantil en la etiología del comportamiento ofensivo sexual parece notablemente complejo y los estudios que han tratado de dar luz en este fenómeno tienden a coincidir en que las tasas de victimización sexual, la precocidad en la experimentación de las conductas de tipo abusivo y la gravedad de las mismas suelen ser mayores en los adultos ofensores sexuales. Parece existir consenso en que la transmisión intergeneracional del abuso está presente en una proporción significativamente mayor que el resto de población.

b)Los estilos de vida familiar

Los elementos relacionados con el estilo de vida que más comúnmente se encuentran en los ofensores sexuales tienen que ver con la desestructuración de los núcleos de convivencia. Los perfiles familiares de riesgo son aquellos donde el menor ha experimentado la separación física y/o emocional de uno o ambos padres ya sea por la inestabilidad familiar, la separación o el divorcio o por estar sujeto a una medida de protección o desamparo que lleve a un internamiento en las residencias de menores de la red de servicios sociales. Así mismo si nos centramos

en los aspectos relacionales propios de las familias desestructuradas observamos que los modelos de comunicación intrafamiliar suelen ser bastante negativos y predomina la violencia en los mismos, la crítica excesiva, la desvalorización y la humillación como métodos disciplinarios.

En el plano de los afectos podemos hablar de una dificultad para encontrar fuentes de apoyo emocional que suele traducirse en los menores en problemas para establecer vínculos emocionales y además son frecuentes las referencias de los menores a la distancia y la inaccesibilidad emocional de sus progenitores. Si prestamos atención a los modelos de socialización sexual paterna, comprobamos que el haber sido objeto de abuso sexual o la exposición a sus propias experiencias sexuales son experiencias que viven con más frecuencia quien manifiesta un comportamiento ofensivo en su adolescencia y juventud.

Cantón Cortés (1997) sugiere que el modelado ofrecido en las prácticas anteriores es un mecanismo de aprendizaje que puede intervenir en la conducta de los agresores sexuales.

c) Las habilidades sociales

Son múltiples las investigaciones que nos ofrecen correlaciones entre los déficits en habilidades sociales y los problemas en el comportamiento sexual donde prevalecen las pobres relaciones con compañeros y el aislamiento social (Becker, 1990, Knight y Prentky, 1993, Feherenbah, 1986, Miner y Crimmins, 1995). La ansiedad social y el miedo a las interacciones heterosexuales suelen a su vez estar patentes (Katz 1990). La capacidad para construir apegos está más disminuida y eso deriva en un pobre ajuste social que repercute en una propensión a las conductas sexualmente abusivas y agresivas.

d) El aprendizaje y la socialización sexual

En este apartado aludiremos a las experiencias de aprendizaje que pueden condicionar una sexualidad disfuncional futura. Tal y como consideran Echeburúa y Gerrickaechevarria (2000), la aparición reiterada de fantasías sexuales disfuncionales, asociadas, por ejemplo al placer de la masturbación, especialmente en la pubertad y en la adolescencia, pueden facilitar que se condicione una atracción sexual disfuncional. No hay que olvidar además, que el sexo puede ser tanto fuente de placer como elemento reductor del malestar y la ansiedad emocional. Si un adolescente utiliza este mecanismo como un liberador de la angustia o la rabia contenida, no podemos olvidar el poderosísimo efecto reforzador que brinda el orgasmo, de manera que estas pautas de comportamiento sexual disfuncional queden fijadas ostensiblemente.

En referencia a la socialización aludimos la falta de asunción de normas y límites en cuanto lo sexualmente saludable y lo que no. En este sentido las pautas educativas recibidas quizás hayan adolecido de crecimiento moral y/o hayan estado incorrectamente formadas sin olvidar el modelado como fuente de aprendizaje.

e) La salud mental y la personalidad

A pesar de no existir patología grave en los menores que agraden sexualmente si que son frecuentes los diagnósticos de trastornos del comportamiento y los rasgos de personalidad antisocial (Kavoussi, Kaplan y Becker, 1988; Miner Siekert y Ackland, 1997). Así mismo los problemas de control de impulsos o la baja autoestima que frecuentemente ponen al menor en una posición que Echeburúa y Gerrickaechevarria (2000) denominan "vulnerabilidad psicológica". Cuando el menor presenta un vínculo inseguro con sus padres, puede desarrollar una visión negativa de si mismo y sobre los demás y favorecer la pobre autoestima,

las dificultades en la resolución de problemas, el escaso control de la ira o los pensamientos intrusivos. Además Knight y Prentky (1993) observaron que algunos factores característicos de los niños abusados sexualmente (empatía reducida, incapacidad para reconocer emociones apropiadas en otros e incapacidad para captar la perspectiva de otra persona) pueden tener relevancia para aquellos que agraden sexualmente. Las distorsiones cognitivas (culpar a la víctima, racionalizar el hecho abusivo...) suelen también estar presentes en el pensamiento de estos menores.

f) El consumo de sustancias tóxicas

Los estudios que valoran la relación entre el comportamiento sexual agresivo y el consumo de sustancias tóxicas varían ampliamente. Lightfoot y Barbarie (1993) encontraron cifras que oscilaban entre el 3'4% hasta el 72%. Es claro el potencial desinhibidor que puede presentar una pauta de abuso de sustancias tóxicas, pero plantearnos que el consumo de drogas puede considerarse como responsable último del comportamiento abusivo, vulnera uno de los principios básicos de la intervención terapéutica con este tipo de problemática y que supone la asunción de responsabilidad. De otro modo, tal y como dice Noguero (2005) "significaría fomentar las justificaciones y las minimizaciones que están en la base de muchas de estas conductas".

5.-Intervención

El tratamiento para los agresores sexuales es muy variado y puede ir desde el internamiento en régimen cerrado, hasta programas de carácter ambulatorio como el que más adelante vamos a detallar a modo de ejemplo. No existen demasiados estudios que reflejen la diferencia entre un enfoque de carácter ambulatorio y otro en régimen de internamiento. Uno de los estudios que mejor refleja la comparación entre ambos enfoques nos lo ofrecen Borduin, Henggeler, Blaske y Stein (1990). En este estudio los resultados obtenidos reflejaban que aquellos jóvenes que participaron de un enfoque "multisistémico" reincidían un 12'5% para los comportamientos de tipo sexual y un 25% para las ofensas no sexuales, mientras que los jóvenes que recibieron un tratamiento individual reincidieron un 75%.

Todo programa terapéutico debería contemplar como objetivo principal ayudar a los menores a incrementar su control sobre el comportamiento abusivo, incrementar sus comportamientos prosociales, prevenir la victimización y detener la progresión en el desarrollo de problemas psicosexuales. Los formatos pueden ir desde la intervención individualizada hasta el formato de carácter grupal y la asistencia a las familias.

Aunque la terapia de carácter grupal se erige como el tratamiento de elección, falta evidencia empírica que demuestre la efectividad superior de este enfoque. El trabajo grupal sin embargo puede facilitar que emerjan vivencias, pensamientos y emociones en un entorno protegido con un problema común compartido y actuar como catalizador de procesos individuales así como la participación activa.

Son varios los autores que argumentan que los programas enfocados exclusivamente en las conductas de carácter ofensivo, son de un valor limitado y proponen una visión más global (Goocher, 1994). Algunos enfoques han procurado una intervención interdisciplinar que incluyera el soporte farmacológico con fármacos inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS) por su potencial reductor del deseo sexual, pero es todavía poca la investigación al respecto y habría que ser muy precavido en el análisis de que sujetos serían candidatos idóneos para someterse a tal enfoque complementario y en que dosis (Hunter y Lexier, 1988).

Cuando existe una excitación sexual muy desviada de los parámetros que dicta los criterios de salud sexual, resultan eficaces las técnicas de modificación de conducta tales como la sensibilización encubierta y otras de carácter aversivo que pretenden bajo los principios del condicionamiento conductual, reducir la excitación a base de establecer asociaciones entre dichos estímulos desviados y las posibles consecuencias futuras de carácter negativo. La investigación sobre esta cuestión es limitada (sobre todo en adolescentes) aunque parece que puede resultar más efectiva en jóvenes que son sexualmente excitados por niños pequeños (Weinrott, Riggan y Frothingham, 1997).

Además no hay que olvidar el importante papel que puede jugar el apoyo familiar de cara a reducir el riesgo de recidiva. Parece demostrado (Rasmussen, 1999) que ésta es una variable relevante en el pronóstico de reincidencia y es que aquellos casos en los que se logra el adecuado apoyo familiar se incrementa la efectividad de los mismos.

En adelante vamos a presentar un programa tipo que podría ser un ejemplo de lo prioritario a trabajar en esta área de intervención tan específica y la vez importante y necesaria. Centrándonos en el programa propuesto y el contexto en el cual se ubicó procedemos a detallar las características del mismo.

Nuestro programa se ubicó en un escenario de trabajo sobre la infancia y la juventud en situaciones de riesgo y donde se hace patente la vulnerabilidad de los menores. Este escenario es la fundación Nazaret. Desde el año 1993 uno de los recursos que ofrecemos en dicha Fundación es el abordaje de las problemáticas que manifiestan los menores de la ciudad de Alicante entre 14 y 18 años que han cometido delitos y se les ha impuesto una Medida Judicial en Medio Abierto. Se les presta la atención socioeducativa necesaria para facilitar su integración en la vida comunitaria, se potencian sus capacidades, se media en sus circunstancias conflictivas y se les posibilitan oportunidades de crecimiento.

Para ello Nazaret dispone de un equipo de educadores cuya metodología de trabajo se basa en conseguir ser un referente significativo para el/la menor y establecer una relación basada en el respeto, confianza, cercanía y empatía. Intervienen en los diferentes factores que inciden en la realidad del/la menor, y llevan acciones planificadas en todos los ámbitos de su vida: individual, familiar, socio-cultural, formativo-laboral, grupal y comunitario y que sustenta el convencimiento de apostar por un enfoque de carácter "multisistémico" al que antes aludíamos.

Son ejes básicos de la intervención la inserción laboral y la prevención a través del trabajo con grupos. Desde hace cuatro años se realizan en Nazaret talleres sobre formación laboral en mensajería, prevención del consumo de drogas, prevención de la violencia de género, educación vial, preparación del Graduado Escolar, alfabetización, educación en valores, vídeo forum, y actividades deportivas y además se ha creado un departamento de Inserción Laboral que se comparte con los otros programas. También lo son el apoyo y orientación a las familias, la mediación con los recursos comunitarios (informando de los recursos existentes, capacitando y mediando para su acceso e integración), y el trabajo con las pandillas.

Se coordinan las intervenciones sociales, jurídicas, sanitarias y educativas en un plan integral común. Se realiza un trabajo educativo en la calle y de red en los barrios con el fin de abrir puertas. Las razones que fundamentan la necesidad de una atención más especializada en el contexto de las agresiones y las situaciones de violencia de tipo sexual son fundamentalmente el incremento de situaciones de agresión sexual que cada vez son más denunciadas y que necesitan de un abordaje más especializado y a la vez desde una perspectiva ecológica y global, y que va

más allá de las medidas de libertad vigilada o internamiento. Fruto de la satisfacción de esa necesidad nace esta aproximación teórico-práctica.

5.1.-Fundamentación teórica del programa:

La fundamentación teórica de un “programa de control de la agresión sexual” puede basarse en varios modelos que expliquen la problemática de la agresión sexual. En nuestro caso nos hemos decantado por el modelo del ciclo del abuso (Lane, 1991) para explicar la génesis de dicha problemática y acudimos al modelo de Carnes para explicar su mantenimiento: el modelo adictivo en el abuso sexual realizado por niños o adolescentes (Carnes, 1983), tiene su base teórica en la teoría del aprendizaje, considera el orgasmo como un poderosísimo reforzador, e hipotetiza que este refuerzo puede ser el resultado de la conducta de abuso sexual o de la fantasía sobre la ejecución de esa conducta de abuso antes de llevarla a cabo. Puesto que toda conducta sexual compulsiva responde a un ciclo adictivo bien organizado, resulta de importancia que el agresor lo conozca.

Así mismo acudimos al modelo explicativo de la delincuencia sexual de Marshall y Barbaree (1989) con especial atención a la confrontación de los patrones cognitivos prodelictivos, así como en el modelo de estilo de vida criminal del G.D Walters (1989) y en el modelo de prevención de recaída de Pithers (1987;1988).

5.2.-Supuestos que fundamentan el programa:

Son varios los supuestos que deben fundamentar cualquier intento de intervención sobre la agresión sexual en menores. En nuestro caso optamos por entender este fenómeno desde los siguientes:

-La adolescencia es un periodo de alta receptividad para lograr cambios significativos en una intervención reeducativa de cualquier índole y más específicamente la sexual.

-El abuso sexual no se cura con el paso del tiempo

-El tratamiento temprano puede evitar la transición a adulto agresor sexual.

-El acto de cometer una agresión sexual, es el resultado de comportamientos, sentimientos y pensamientos que se convierten en patrones predecibles.

-Los agresores son un grupo heterogéneo. Ello deriva en la necesidad de ajustar el tratamiento de manera idiosincrásica.

-La evaluación precisa detectará los aspectos comunes y diferenciales para el plan de intervención integral.

-La puesta en práctica de programas promueve el avance en la evaluación, el diagnóstico diferencial, los modelos explicativos y el tratamiento específicos del campo del menor.

-Los estudios sobre la reincidencia avalan la tesis según la cual aquellos sujetos que han recibido tratamiento obtuvieron sistemáticamente mejores pronósticos de no reincidencia que aquellos que no lo habían recibido o lo habían rechazado (Garrido, Stangeland y Redondo, 2006).

5.3.-.-Criterios de participación en el programa

Optamos por la inclusión de algunos criterios para la inclusión de los menores en el programa de intervención dado que se hace necesario poder establecer unos mínimos elementos sobre los que establecer la idoneidad o no de su participación en el programa. Estos fueron:

- Tener entre 14 y 18 años
- Tener un nivel madurativo y de inteligencia mínimo que no invalide su participación.
- Que la sentencia o medida proponga el tratamiento específico de la agresión sexual cometida
- Permeabilidad al cambio. Tras un periodo oscilante entre 1 y 3 meses de evaluación, valoración del reconocimiento y empatía, se valora su idoneidad para tratamiento (entre 6 meses a 1 año)

5.4.-Datos relativos a la composición del grupo tratado

Los siguientes datos tienen que ver con el perfil de los componentes del grupo que tratamos en el programa atendiendo a criterios tales como edad, tipo de delito y tipo de medida impuesta por el juez.

	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5
Edad	15	15	17	16	14
Tipo de delito	Acoso sexual	Acoso sexual	Agresión sexual	Agresión sexual	Abuso sexual
Tipo de medida	Libertad vigilada (cautelar)	Libertad vigilada (cautelar)	Libertad vigilada (cautelar)	Libertad vigilada (cautelar) Internamiento en régimen cerrado	Libertad vigilada (cautelar)

5.5.-Evaluación

Para la evaluación “general” optamos por seguir parte del modelo ofrecido por Garrido y Beneyto (1995) donde se propone la autobiografía como instrumento de evaluación de las primeras sesiones y que divide la evaluación en la profundización de las siguientes áreas, a saber: general, familiar, social, sexual y delictiva y sobre el que hemos efectuado modificaciones para adaptar las preguntas al contexto del menor y más específicamente a un perfil de menores en situación de exclusión social que en definitiva ha sido el porcentaje mayoritario de menores atendidos, donde las características cognitivas e intelectivas a veces están tan empobrecidas que dificultan la comprensión de las preguntas a efectuar. En cualquier caso hay que ser conscientes que existen escasos recursos evaluativos adaptados a población adolescente y joven.

Para la evaluación “específica” de la agresión cometida optamos por seguir el protocolo de explotación de datos de Advocacy (Save The Children, 2004) en el que se valoran 4 ejes perceptivos:

- Eje I: percepción con relación a la víctima y daño infringido a ésta.
- Eje II: percepción con relación a él mismo como sujeto de la acción ofensiva y con relación a su sexualidad.
- Eje III: percepción con relación al Apoyo / Rechazo de la familiar nuclear- y/ o familia extensa, y /o tutores/ cuidadores.
- Eje IV: percepción con relación al Apoyo / Rechazo del contexto social, instituciones, servicios, vecindario...).

A su vez optamos por añadir la evaluación de las distorsiones cognitivas (desde un punto de vista cualitativo) y donde resulta de interés complementarla con el esquema que nos brinda el análisis funcional del comportamiento. Para la evaluación de la personalidad nos hemos apoyado en los instrumentos que nos brinda la evaluación psicológica en el campo de la adolescencia (CDS, HSPQ, AD o el cuestionario de autocontrol infantil y adolescente por mencionar algunos).

Sobre la evaluación debemos comentar que existen problemas para evaluar el riesgo de reincidencia. No obstante para valorar la misma hemos seguido como criterio-guía los elementos aportados por los siguientes instrumentos:

-SVR-20. Esta guía es una valoración (con formato de listado de chequeo de 20 ítems) de factores de riesgo de violencia sexual, que contempla tres áreas que son el funcionamiento psicosocial, los delitos sexuales y los planes de futuro y que se puede aplicar en poblaciones de delincuentes sexuales jóvenes y adultos. El resultado de la valoración permite la calificación de tres niveles de riesgo de violencia sexual (bajo, moderado y alto). El grado de validez predictiva es de 0'83 sobre 1.

-*Perfiles de riesgo de la conducta abusiva* (Vazquez Rosoni y otros, 2005) donde se establecen diferentes criterios basados en las siguientes áreas: ambiente familiar, historia sexual y ajuste, reconocimiento de responsabilidad, problemas de comportamiento y nivel de fuerza y agresión física a la víctima. El resultado de la valoración permite la calificación de tres niveles de riesgo de conducta abusiva (bajo, moderado y alto).

Los componentes de dichos criterios son los siguientes:

Riesgo bajo:

- primera ofensa
- admisión total o parcial de responsabilidad
- familia que apoye
- ausencia de historia de consumo de drogas
- relaciones y sentimientos adecuados hacia amigos y compañeros
- ausencia de violencia
- ausencia de comportamiento sexual agresivo
- ausencia de fantasías de carácter violento

Riesgo moderado:

- más de una ofensa sexual
- historia de otras conductas criminales
- minimización o negación del hecho
- proyección de responsabilidad en la víctima
- inapropiado apoyo familiar
- presencia de consumo de drogas
- destrezas pobres en las habilidades sociales
- baja autoestima o autoimagen distorsionada
- no percibir su comportamiento como problema
- la ofensa es más seria

Riesgo alto:

- comportamiento sexual predatorio
- fantasías y comportamiento violento
- ofensas serias, despersonalización de la víctima, violencia sádica, ritualista o extraña
- culpa a la víctima
- uso de amenazas o fuerza
- familia que no responde a las necesidades afectivas/básicas del joven
- historia severa de abuso
- rechazo al tratamiento
- ofensas múltiples
- víctimas infantes o discapacitadas

En la actualidad la ausencia de medidas de evaluación fiables y válidas así como diseñadas específicamente para este momento evolutivo tan peculiar, condicionan sobremanera cualquier intento de análisis específico y supone uno de los actuales retos de cualquier intervención sobre menores. No obstante existen algunas escalas para adolescentes referidas a aspectos cruciales tales como:

-La empatía: escala de empatía con la víctima para adolescentes (Becker y Kaplan, 1991) el cual consta de 10 ítems para la valoración de la actitud empática del agresor durante la comisión de los hechos.

-Las distorsiones cognitivas: Escala cognitiva de adolescentes (Becker y Kaplan, 1984).

Así mismo podemos aproximarnos a escalas no específicamente diseñadas para menores pero que pueden resultar de utilidad para valorar actitudes de corte machista y con garantías psicométricas suficientes. Pueden resultar de utilidad las siguientes:

-Double Standard Scale (DDS) (Caron et al, 1993) el cual permite valorar la doble moral sexual.

-Rape Supportive Attitude Scale (RSAS) (Lottes, 1991) que mide la actitud favorable hacia la violación.

5.6.-Tratamiento:

El enfoque terapéutico ha estado diseñado tomando como referencia, las intervenciones con más de una base empírica dentro del campo de la delincuencia juvenil (tal como el enfoque multisistémico) que pueden resultar efectivas. En este caso el compendio de áreas trabajadas nace de la convicción de su necesidad de trabajo una vez evaluados los perfiles de los menores integrantes del programa y siempre tomado éste como complemento al enfoque multisistémico ofrecido por nuestra institución.

5.6.1.-Áreas de trabajo

1º.-Reconocimiento del problema y tomar responsabilidad con respecto sus acciones

La responsabilización de la acción cometida es la primera piedra de la prevención de la reincidencia. No obstante y a pesar de que los menores presentan un reconocimiento inicial de su comportamiento superior al de la población adulta, este es uno de los principales escollos iniciales que debemos de superar. Las razones residen principalmente en el conceptuar el programa en un contexto judicial.

Si esto ocurriera en un contexto de carácter clínico presuponemos que el adolescente se sentiría más libre para confrontar el reconocimiento de su problema.

La mayoría de los agresores sexuales que reciben tratamiento lo hacen de forma obligada, por requerimiento judicial y por ello no suelen estar motivados para el cambio, por lo tanto el primero de los objetivos es que asuman su comportamiento como un problema y que como tal pueda ser modificado. Los fenómenos más frecuentes que solemos encontrar durante este proceso y que operan a modo de mecanismos defensivos son:

-La *negación*: afirman que no ha sucedido ninguno de los hechos imputados o que la víctima miente.

-La *minimización*. Reconociendo una pequeña parte de los hechos denunciados atribuyendo el resto a mentiras, exageraciones o a la interpretación de terceras personas.

-El *reconocimiento parcial* pero restando importancia a las consecuencias o minimizando las consecuencias de la agresión.

En este estadio inicial se hace conveniente intervenir sobre las justificaciones y excusas sobre los que se asienta la negación de su conducta que suelen producirse para mantener su implicación en el abuso sexual sin experimentar ansiedad, culpa o depresión si es el caso de haber sido en el pasado víctima de abuso.

Como terapeutas nos debemos enfrentar de manera directa pero a la vez empática indicándole sus errores y confrontando con el máximo de información recabado a través de la sentencia y los datos aportados por terceras personas (educador responsable y familiares fundamentalmente).

Otras posibles dificultades relacionadas con el reconocimiento residen fundamentalmente en:

-La dificultad para diferenciar emociones y comunicarlas, así como para diferenciar emociones de pensamientos. En este plano es especialmente importante el manejo de la rabia.

-El déficit de aprendizaje emocional básico que está en la base de la falta de empatía que los agresores muestran hacia la víctima.

El primer paso que contribuye a la modificación del comportamiento es el reconocimiento del abuso, no solo desde el ámbito cognitivo, sino con coherencia emocional y comprensión ideo-afectiva de lo vivido por la víctima.

En el caso de un no reconocimiento inicial puede resultar aconsejable ir avanzando progresivamente en su reconocimiento marcándonos aproximaciones sucesivas al mismo para ir aumentando a compromisos más complejos que ayuden

a mitigar las resistencias iniciales. En ese sentido la intervención se centra en incrementar la educación sexual y trabajar aspectos relacionados con la socialización, el respeto y las normas de convivencia centradas en lo sexual, incrementar sus habilidades sociales y de comunicación, su capacidad de resolver problemas sin olvidar en todo momento el objetivo de que el agresor reconozca los hechos. Sabemos que en muchos casos esto ocurre en estadios avanzados. Si y solo si existe reconocimiento pasaremos a la fase posterior. En caso contrario el programa de educación sexual y el enfoque terapéutico multisistémico que brinda el área de “medidas judiciales” se mantendrá hasta agotar la medida.

2º.-Conciencia emocional y empatía

Nos referimos en este sentido al trabajo relativo a la identificación de los sentimientos, pensamientos y situaciones que lo exponen a repetir el acto abusivo. Además en el déficit en el aprendizaje emocional básico está la base de la falta de empatía que los agresores suelen mostrar hacia las víctimas.

Por empatía no debemos entender solamente la capacidad cognitiva de comprender e identificarse con el punto de vista del otro, sino que han de enfatizarse los componentes cognitivos, afectivos y comportamentales.

Para ello resulta conveniente que los menores efectúen un análisis de las consecuencias negativas (daño causado) que provocan el abuso desde el punto de vista de los sentimientos, pensamientos y comportamientos a partir de historias de abuso reales y ficticias. Los juegos de cambio de rol (reales o por escrito) y el diálogo socrático son estrategias eficaces para incrementar el entrenamiento en empatía.

3º.-Reestructuración de las distorsiones cognitivas

Partimos del análisis efectuado en la evaluación individualizada (mediante las escalas diseñadas al efecto y la entrevista) para detectar las distorsiones cognitivas y las creencias erróneas más arraigadas y modificarlas mediante educación socio-sexual.

4º.-Educación y socialización sexual

El objetivo fundamental de esta área supone distinguir comportamientos sexuales abusivos de los no abusivos, distinguir muestras de afecto de comportamiento abusivo, analizar los mitos y creencias erróneas en torno al abuso para acabar construyendo una definición de abuso entre los participantes, partiendo de historias e imágenes que estimulen el análisis y la reflexión, así como la toma de conciencia de las repercusiones legales y personales que conlleva el abuso.

Aludimos a la socialización sexual donde nos planteamos como objetivos fundamentales los siguientes:

- Distinguir los comportamientos sexuales ofensivos de los que no lo son
- Distinguir que son muestras de afecto de ofensas.

- Analizar mitos y creencias erróneas en torno a las ofensas.
- Tomar conciencia de las repercusiones legales y personales que conlleva el comportamiento ofensivo

5°.-Reparación del daño

En las etapas finales del proceso se hace necesario contemplar el análisis y la puesta en práctica acciones reparatorias imaginadas o reales (en los casos que lo indiquen) en beneficio de las víctimas. Los juegos de rol, la redacción de cartas son las estrategias de elección para esta área.

6°.-Modificación de la secuencia de sucesos

Aludimos con ello al análisis sobre la secuencia de pensamientos, sentimientos y situaciones que pueden llevar a un menor a cometer un abuso. Una vez que una persona conoce su propia secuencia de sucesos, puede aprender otras formas de reaccionar a los sucesos identificados en la secuencia.

En dicha secuencia resulta conveniente identificar los factores de bajo, moderado o alto riesgo. Cada individuo tiene su propia secuencia y aunque existen elementos comunes a los menores integrantes del programa, se hace conveniente efectuar un análisis individualizado de los eslabones de cada secuencia y aprender pasos alternativos e incompatibles, así como estrategias de afrontamiento a los elementos identificados con algún grado de riesgo. El análisis de las necesidades que satisfizo la agresión sexual y satisfactores alternativos a la misma también se contempla en esta área.

7°.-Plan para una vida libre de abusos: la prevención de recaídas

Generalmente los comportamientos abusivos no son conductas impulsivas sino que de una u otra manera obedecen a una planificación. En ese sentido el objetivo prioritario de esta área de trabajo supone analizar las situaciones de riesgo de reabuso y desarrollar actividades eficaces para prevenirlos.

Aquí se hace necesario que los menores adquieran destrezas para:

-Reconocer las decisiones y las condiciones que sitúan a los menores en riesgo de reincidencia.

-Planear, desarrollar y practicar un abanico de respuestas de enfrentamiento a las situaciones y elementos identificados como de alto riesgo.

-Manejar las dificultades en el control de la excitación sexual mediante estrategias de corte conductista (saciedad, control de estímulos, aversión encubierta....)

-Desarrollar estrategias para reducir la probabilidad de que un fallo provoque de manera inmediata una recaída.

-Realizar modificaciones del estilo de vida que promuevan la abstinencia continuada en el caso de coexistir patrones de uso o abuso de sustancias tóxicas.

-Enfrentarse a su medio en relación a lo profesional, en las destrezas de relación social y en la capacidad de autocontrol frente a situaciones estresantes.

Durante el transcurso del programa así como a la finalización del mismo fijaremos unos criterios de evaluación-consecución de la eficacia del mismo y que se traducen en los siguientes indicadores:

En le área emocional:

- que los menores reconozcan emociones en sí mismos y en los demás
- que desarrollen empatía hacia las víctimas
- que identifiquen las señales que pudieran desencadenar el patrón personal de conducta abusiva

En el área cognitiva:

- que superen las distorsiones cognitivas que justifican o minimizan el abuso
- que identifiquen los pensamientos que pongan al menor en riesgo de repetir el patrón abusivo

Y en el área conductual:

- que reconozcan la agresión sexual con coherencia ideo-afectiva
- que desarrollen habilidades sociales para satisfacer necesidades que antes lo fueron por el abuso sexual
- desarrollar habilidades para resolver conflictos y enfrentar la sexualidad sin dañarse ni dañar a otros
- la no reiteración de conductas violentas en el área sexual u otras

6.-Las recidivas

Hay muy pocas características que realmente tengan una asociación empírica con la recaída. Según Weinrott (1998) se incluyen las siguientes: la psicopatología, la excitación sexual desviada, las distorsiones cognitivas, el absentismo escolar, una ofensa sexual previa (conocida) culpar a la víctima y el uso de la fuerza o la amenaza. Contrario a la creencia común, factores como los déficits en habilidades sociales, la falta de empatía o la negación de la ofensa o intento sexual no han sido empíricamente asociados con la recaída o simplemente no han sido investigados. No obstante el sentido común dicta que esta debe ser la línea de trabajo a desarrollar terapéuticamente y en el plano de la investigación.

Los datos referidos por los estudios sobre las tasas de reincidencia son muy variables puesto que las variaciones metodológicas de los estudios en aspectos como la definición de reincidencia (un nuevo arresto o una nueva sentencia) o la duración del seguimiento (Prentky et al, 2000) alteran los tantos por ciento de los estudios. El rápido desarrollo y cambio que se produce durante esta etapa motiva que se deban distinguir los cambios que ocurren de manera natural, a los ocurridos con motivo del tratamiento. Además tras haber sido acusados (reciban tratamiento o no) factores como la disuasión, la humillación, la falta de oportunidad, el incremento de la vigilancia pueden entre otros alterar unos datos (oscilan entre 8% al 54% de reincidencia según los estudios) que generalmente muestran tasas bajas de reincidencia (Weinrott, 1996).

7.-Conclusiones:

Se hace necesario el diagnóstico diferencial caso a caso antes de cualquier intervención para efectuar un tratamiento adaptado al campo de la adolescencia y la juventud. Aunque toda intervención sobre agresiones sexuales presente elementos comunes que requiere de un mismo enfoque, la tipología de la agresión (si es acoso, abuso o agresión) requiere de un trabajo más específico o incluso menos profuso. No todos los jóvenes agresores requieren de un tratamiento prolongado. Una historia de abuso sexual no elaborada obviamente requiere de mayor duración en la intervención.

Coincidiendo con las conclusiones del estudio de Richardson y Graham, (1997), al efectuar la evaluación descubrimos aspectos que resaltan las diferencias significativas con los ofensores sexuales adultos y que condicionan poderosamente cualquier intervención terapéutica, a saber: el conocimiento sexual es más pobre en los adolescentes. El papel de la fantasía como precursora del abuso está menos claramente comprendido y a su vez parece menos significativo que en los adultos y así mismo las conductas de los menores están mucho menos fijadas. El papel de la familia es mucho más crítico con los adolescentes. Las estrategias de perpretación son menos sofisticadas y consistentes en los menores pero los factores situacionales y de oportunidad parecen constituirse más como factores precursores de los comportamientos ofensivos.

Los factores cognitivos operan como precursores con menor frecuencia que en los adultos y las distorsiones cognitivas están menos desarrolladas. A diferencia con los adultos, los adolescentes viven en un mundo social con diferentes valores, creencias y expectativas y tienden a ser emocionalmente más inestables. El papel que desempeña la familia en los más jóvenes es mucho más crítico y no debemos olvidar que su personalidad todavía está en proceso de desarrollo. Muchos adolescentes que abusan ha sido abusados sexualmente, pero están temporalmente más próximos a estas experiencias abusivas que los adultos. Así mismo suelen presentar muy pocos incidentes de conducta abusiva y los más jóvenes suelen anticipar grados de control externo de su conducta por los padres y educadores, y los contextos éticos y legales son significativamente distintos entre ellos y los adultos.

8.-Elementos determinantes para el éxito terapéutico

Más importante que asistir a un número determinado de sesiones, resulta relevante el compromiso y la conexión emocional y cognitiva de los menores. Ésta es más factible, cuanto menor sea el perfil antisocial del menor. Lograr la involucración familiar en el proceso favorece la implicación y el avance en el logro de los objetivos aunque el problema fundamental reside en la alta proporción de familias desestructuradas que se esconden tras este tipo de problemáticas.

El avance en la identificación de los factores de riesgo mejorará el mejor indicador de la eficacia de un programa: la no reiteración de las conductas violentas en el área sexual. Las dificultades de evaluar estos aspectos a medio y largo plazo dificultan la posibilidad de testar la eficacia de las intervenciones.

El formato clínico de cualquier programa y su desvinculación parcial de contexto judicial, se convierte en un marco idóneo que permite proyectar sobre los jóvenes, que el escenario de la intervención se convierta en un contexto más seguro para que asuman su responsabilidad con respecto a los hechos y eso permita la continuidad de la intervención.

Respecto a las intervenciones hay que tener presente siempre una evaluación individualizada una vez analizados los factores de riesgo. Tras esa evaluación, todo programa debería sostenerse en un análisis periódico que contemple objetivos medibles, con cambios observables y donde se pueda acreditar una capacidad demostrada para aplicar los cambios efectuados en situaciones cotidianas.

Ya para terminar, no debemos olvidar que sería deseable que incluso el lenguaje que utilizamos para describir este fenómeno fuera menos determinista e incluyera referencias en términos de comportamiento y no en términos de categorías diagnósticas. Un lenguaje que ponga el acento en el comportamiento y no tanto en la persona puede ayudar a reducir la probabilidad de aparición del fenómeno de la “profecía que se autocumple” y permite que la persona sea más que su propio pasado.

La estigmatización que sobre este fenómeno produce la sociedad, puede llevar a mantener una asunción de verdad y una inmutabilidad en el comportamiento del menor. Si a lo largo del capítulo nos hemos referido en estos términos (ofensor sexual, agresor sexual, abusador sexual...) es por facilitar la aproximación de los lectores a la conceptualización de esta problemática, pero siempre siendo conscientes del impacto que el lenguaje puede provocar y con el ánimo de operar cambios en este sentido, los cambios necesarios para que describamos el fenómeno desde el comportamiento y no desde la categorización que disminuya las opciones al crecimiento. Nunca debemos que olvidar que son menores.

Bibliografía:

-Abel, G.G., Mittelman, M.S., and Becker, J.V. 1985. Sex offenders: Results of assessment and recommendations for treatment in clinical criminology. In *The Assessment and Treatment of Criminal Behavior*, edited by M.H. Ben-Aron, S.J.

- Alonso, J.M; Horno, P; Save The Children; 2004: Una experiencia de buena práctica en intervención sobre abuso sexual infantil: Advocacy, construcción de redes y formación.
- Becker, J.V. and Kaplan, M. S. 1984. Cognitive scales for adolescents. Departement of psychology. University of Arizona, Tucson, Arizona 85721.
- Becker, J.V., and Kaplan, M.S. 1993. Cognitive behavioral treatment of the juvenile sex offender. In *The Juvenile Sex Offender*, edited by H.E. Barbaree, W.L. Marshall, and S.M. Hudson. New York, NY: Guilford Press.
- Becker, J.V. 1990. Treating adolescent sexual offenders. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol 21.
- Becket,R; (1999)Evaluation of adolescent sexual abusers, Children and young people who sexually abuse others. Mason, H. Ervoga, M (eds.) Ratledge books.
- Borduin, C.M., Henggeler, S.W., Blaske, D.M., and Stein, R.J. 1990. Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. Vol 34.
- Cáceres,J; Tratamiento de parafilias y violación. Ed.síntesis.
- Carnes, P. 1983: *Out of shadows: understanding sexual addiction*. CompCare. Minneapolis.
- CaronSL, DavisCM, Halteman, WA y Stickle, M. 1993. Predictors of condom-related behaviours among first –year college students. *Journal of Sex Resesarch*. Vol 30.
- Diaz Morfa, J; Ofensores sexuales juveniles; Aspectos psicosociales de la violencia juvenil; *Revista de Juventud*, N°62.
- Echeburúa, E;2005, *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*. Ed. Ariel.
- Echeburúa, E; Gerricaechevarría, C. 2000: *Abuso sexual en la infancia: Victimas y agresores. Un enfoque clínico*. Ariel. Barcelona
- Fehrenbach, P.A., Smith, W., Monastersky, C., and Deisher, R.W.1986. Adolescent sexual offenders: Offender and offense characteristics. *American Journal of Orthopsychiatry*. Vol 56.
- Garrido,V; Beneyto, MJ. 1995; *El control de la agresión sexual*; Ed. Cristóbal Serrano Villalba.
- Garrido, V; Stangeland,P; Redondo,S; 2006 *Principios de criminología*.3ª ed. Valencia, Tirant lo blanc.
- Gray,A.S. Pithers, W.D.1993. Relapsed prevention with sexually aggressive adolescents and children: Expanding treatment and supervision. *The juvenile Sex Offender*, edited by H.E Barbaree, W. L. Marxhall, S.M Hudson. New York, Guilford Press.
- Goocher, B.E. 1994. Some comments on the residential treatment of juvenile sex offenders. *Child and Youth Care Forum*. Vol 23.
- Groth, N.A., Longo, R.E., and McFadin, J.B. 1982. Undetected recidivism among rapists and child molesters. *Crime and Delinquency*. Vol 28

-Guimon, J;2007;Controversias en el tratamiento de los agresores sexuales.Avances en salud mental relacional. Vol 6, nº 3.

-Hayes, S;Barbottis, F;Hayes, C; 2002; Anti-libidinal medication and people with disabilities—long-term follow-up of outcomes following third party consent to medication for problematic sexual behaviour. Centre for Behavioural Sciences, Department of Medicine -University of Sydney, New South Wales.

-Holam, K;Save The Children; 2000;Tratamiento de jóvenes agresores sexuales; posibilidades y retos.

-Hunter, J.A. 2000. Understanding Juvenile Sex Offenders:Research Findings and Guidelines for Effective Management andTreatment. Juvenile Justice Fact Sheet. Charlottesville, VA: Institute of Law, Psychiatry, & Public Policy,University of Virginia.

-Hunter, J.A., Jr., and Lexier, L.J. 1998. Ethical and legal issues in the assessment and treatment of juvenile sex offenders. Child Maltreatment. Vol 3.

-Ida Dickie, B.A;1998; An information processing approach to understanding sympathy deficits in sexual offenders; tesis of departament of Psychology Carleton University.

-Katz, R.C. 1990. Psychosocial adjustment in adolescent child molesters. Child Abuse and Neglect. Vol 14.

-Kavoussi, R.J., Kaplan, M., and Becker, J.V. 1988. Psychiatric diagnoses in adolescent sex offenders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Vol 27.

-Knight, R.A., and Prentky, R.A. 1993. Exploring characteristics for classifying juvenile sex offenders. In The Juvenile Sex Offender, edited by H.E. Barbaree, W.L. Marshall, and S.M. Hudson. New York, NY: Guilford Press.

-Lane, S. 1991: The sexual abuse cycle. In Ryan G. D. Y S. Lane (eds.). Juvenile sexual offending: causes, consequences, and correction. Lexington, D. C. Health. Massachusetts.

-Lightfoot, L.O., and Barbaree, H.E. 1993. The relationship between substance use and abuse and sexual offending in adolescents. In The Juvenile Sex Offender, edited by H.E. Barbaree, W.L. Marshall, and S.M. Hudson. New York, NY:Guilford Press,

-Lopez, F. 1995; Prevención de los abusos sexuales a menores y educación sexual. Amarú. Salamanca.

-Lottes IL.1998; Rape Supportive Attitude Scale. En CM Davis, WL Yarber, R Bauserman, G. Sherer y SL Davis (Eds) Handbook of sexuality-related measures, Londres: Sage.

-Marshall, W.L., and Barbaree, H.E. 1990. Outcome of comprehensive cognitive-behavioral treatment programs. In Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offender, edited by W.L. Marshall, D.R. Laws, and H.E.Barbaree. New York, NY: Plenum Press.

-Modelo de prevención, detección y monitoreo de situaciones de abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes; Aldeas infantiles SOS, Costa Rica, 2007.

-Miner, M.H., and Crimmins, C.L.S. 1995. Adolescent sexoffenders: Issues of etiology and risk factors. In *The Sex Offender: Vol. 1. Corrections, Treatment and Legal Practice*, edited by B.K. Schwartz and H.R. Cellini. Kingston, NJ: Civic Research Institute.

-Miner, M.H., Siekert, G.P., and Ackland, M.A. 1997. *Evaluation: Juvenile Sex Offender Treatment Program, Minnesota Correctional Facility—Sauk Centre. Final report—Biennium (1995-1997)*. Minneapolis, MN: University of Minnesota, Department of Family Practice and Community Health, Program in Human Sexuality.

-Noguerol, V; *Agresiones sexuales*; 2005, Madrid; Ed. Síntesis.

-Pithers, W.D. *Relapse prevention of sexual aggression*. Pithers, W.D., Kashima, K.M., Cumming, G.F., Beal, L.S., Buell, M.M. Vermont Treatment Program for Sexual Aggressors. Vermont Department of Corrections South Burlington, Vermont 05403

-Prentky, R., Harris, B., Frizzell, K., and Righthand, S. 2000. An actuarial procedure for assessing risk in juvenile sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. Vol 12

-Rasmussen, L.A. 1999. Factors related to recidivism among juvenile sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. Vol 11.

-Redondo, S; Pérez, M; Martínez, M; 2007; *El riesgo de reincidencia en agresores sexuales: investigación básica y valoración mediante el SVR-20*; *Papeles del psicólogo*. Vol 28,

-Richardson, G. y Graham, F. 1997. *Relapse Prevention*. In *En Working with Sexually Abusive Adolescents*, edit. by Hoghughi, M., Bhate, SR; Graham, F. London, Sage Publications.

-Save the children, 2001; *Abuso sexual infantil: manual de formación para profesionales*.

-Sierra, J.C.; Rojas, A; Ortega, V; Martín, J.D; *Evaluación de actitudes sexuales machistas en universitarios: primeros datos psicométricos de las versiones españolas de la Double Standard Scale (DSS) y de la Rape Supportive Attitude Scale (RSAS)*. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. Vol 7, Nº 1.

-Urra, J; *Agresor Sexual, casos reales riesgo de reincidencia*. Madrid, 2003; ed. EOS.

-Vázquez, O; 2005; *Justicia juvenil, programa socio-educativo para el control de la agresión sexual*, Ed. Corporación Opción. Chile.

-Walters G.D. White.T. W. 1989. *A Cognitive Model of Lifestyle Criminality*. *Criminal Justice Research Bulletin* Volume:4 Issue: 4.

-Weinrott, M. 1998b. *Recidivism among juvenile sex offenders: Are favourable outcomes only favorable when therapy matters? Handout from Empirically-based treatment interventions for juvenile sex offenders*. Presentation sponsored by the Child Abuse Action Network and the State Forensic Service, Augusta, ME, August 1998.

-Weinrott, M. 1996. Juvenile Sexual Aggression: A Critical Review. Boulder, CO: University of Colorado, Institute for Behavioral Sciences, Center for the Study and Prevention of Violence.

-Weinrott, M., Riggan, M., and Frothingham, S. 1997. Reducing deviant arousal in juvenile sex offenders using vicarious sensitization. Journal of Interpersonal Violence. Vol 12.

