



Centro Universitario
Cardenal Cisneros

Trabajo de fin de Máster

Programa para la prevención de los delitos sexuales en adolescentes

Ignacio Martín Pérez

Director: Álvaro Fernández

Máster en Psicología General Sanitaria

Centro universitario Cardenal Cisneros

Universidad de Alcalá de Henares

Año 2020

Índice

RESUMEN.	3
ABSTRACT.	3
1. MARCO TEÓRICO.	4
1. 1. DEFINICIÓN DE AGRESIÓN/ABUSO SEXUAL Y VIOLACIÓN.	4
1. 2. PREVALENCIA	5
1. 3. FACTORES DE RIESGO PRESENTES EN AGRESORES SEXUALES JUVENILES	7
1. 4. ETIOLOGÍA DE LA AGRESIÓN/ABUSO SEXUAL	9
1. 5. PROGRAMAS TERAPÉUTICOS PARA AGRESORES SEXUALES JUVENILES	11
2. JUSTIFICACIÓN	15
3. OBJETIVOS.	16
3. 1. OBJETIVOS GENERALES.	16
3. 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	16
4. METODOLOGÍA.	17
4. 1. DISEÑO DEL PROGRAMA	17
4. 2. PARTICIPANTES DEL PROGRAMA.	17
4. 3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.	17
4. 4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.	20
4. 5. DESARROLLO DEL PROGRAMA.	20
Módulo I: SEXUALIDAD (Grupal)	20
Módulo II: EMOCIONES (Grupal)	22
Módulo III: DISTORSIONES COGNITIVAS (Individual)	23
Módulo IV: EMPATÍA (Grupal)	25
Módulo V: HABILIDADES SOCIALES (Grupal)	26
Módulo VI: ASERTIVIDAD (Grupal)	27
Módulo VII: AUTOESTIMA (Grupal)	29
Módulo VIII: CONTROL DE IMPULSOS (APRENDIZAJE INHIBITORIO) (Individual)	30
Módulo IX: RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS (Grupal)	32
Módulo X: PIRÁMIDE DE RIESGO (Individual)	33
5. DISCUSIÓN.	34
6. REFERENCIAS.	37
7. ANEXOS.	45
7. 1. Ejemplo de ilustraciones utilizadas para explicar el aparato reproductor masculino y femenino y su funcionamiento.	45
7. 2. Ejemplos de conductas afectivas y sexuales.	45

7. 3. Ejemplos de conductas sexuales adaptativas y desadaptativas.	45
7. 4. La “Tarta de los sentimientos” (Méndez, 1998).	46
7. 5. Ejemplo del modelo A – B – C (Ellis y cols., 1990).	46
7. 6. Testimonio de una víctima de agresión sexual.	47
7. 7. Figura explicativa de la agresividad, asertividad y sumisión.	48
7. 8. Hoja de registro para la autoestima y autoconcepto.	48
7. 9. Autorregistro para actividades gratificantes.	48
7. 10. Ejemplo de pirámide de riesgo.	49
8. DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD.	50

RESUMEN.

En los últimos años se ha incrementado el número de delitos sexuales (abuso, agresión, acoso sexual, violación, etc.) y, por tanto, el número de personas que perpetúan dichos delitos, así como el número de víctimas. Cabe destacar que la repercusión es aún mayor cuando dichos delitos son cometidos por personas y hacia personas de menor edad. Existen numerosos programas terapéuticos destinados a la intervención sobre las víctimas y, en los últimos años, se ha incrementado el interés hacia intervenir no solo con las víctimas, sino también con los abusadores y agresores sexuales, con el fin de que no vuelvan a reincidir en sus conductas.

Tras analizar los principales factores de riesgo presentes en agresores sexuales, así como la etiología de la agresión sexual, el siguiente programa está destinado a la prevención de futuras conductas de abuso y/o agresión sexual, interviniendo para ello sobre los principales factores de riesgo que mantienen dichas conductas. Así, el programa está dirigido, principalmente, hacia aquellos menores que presenten conductas sexuales inapropiadas en su núcleo familiar y, secundariamente, hacia los miembros de su familia.

Este programa pretende conseguir cambios terapéuticos a nivel cognitivo, emocional y conductual tanto en el menor como en el resto de los miembros de la familia más cercana, así como en las relaciones y el clima familiares, con el fin último de reducir tanto el número de futuros abusadores y agresores sexuales, como el número de víctimas de los mismos.

Palabras clave: Delitos sexuales, Agresores juveniles, Prevención.

ABSTRACT.

In the last years, the number of sexual crimes (sexual abuse, aggression, harassment, rape, etc.) has increased and therefore the number of people who perpetuate such crimes, as well as the number of victims. It should be noted that the impact is even greater when these crimes are committed by persons and towards minors. There are numerous therapeutic programs aimed at the intervention on victims and, in recent years, interest has increased towards intervening not only with the victims, but also with the abusers and sexual aggressors, so that they do not relapse in their behaviors.

After analyzing the main risk factors present in sexual aggressors, as well as the etiology of sexual assault, the following program is aimed at preventing future behaviors of sexual abuse and / or aggression, intervening on the main risk factors that maintain these behaviors. Thus, the program is directed, mainly, towards those minors who present

inappropriate sexual behaviors in their family nucleus and, secondarily, towards the members of their family.

This program aims to achieve therapeutic changes at a cognitive, emotional and behavioral level both in the minor and in the rest of the members of the closest family, as well as in family relationships and climate, with the ultimate goal of reducing both the number of future abusers and sex offenders, such as the number of victims.

Keywords: Sex crimes, Youth aggressors, Prevention.

1. MARCO TEÓRICO.

En los últimos años se ha acrecentado la preocupación social respecto a la violencia sexual. Algunos ejemplos de este tipo de violencia podemos encontrarlos en casos como el de “La Manada” en España o el movimiento “Me Too” en EEUU desarrollado a partir de las acusaciones contra Harvey Weinstein. Este tipo de casos fueron cometidos por adultos tanto de forma individual como grupal. Sin embargo, existen otros casos que no aparecen en los medios de comunicación y que se producen día a día. Éstos son los menores que abusan de otros niños. Entre estos menores agresores podemos encontrar aquellos que han sufrido abusos y lo manifiestan con conductas sexuales desviadas, aquellos que presentan otro tipo de problemas (emocionales, psicológicos, etc.) y los materializan a través de este tipo de conductas, menores que han sido expuestos a pornografía a muy temprana edad y justifican sus conductas sexuales como normalizadas o niños que han sido expuestos a conductas sexuales que, aunque no iban dirigidas a ellos, les ha causado un gran impacto negativo (McGrath, 2018). Por tanto, resulta de vital importancia el estudio de estos casos para poder intervenir sobre ellos a modo de prevención, reducir y eliminar sus conductas sexuales desviadas y así, evitar que éstas se consoliden y den paso a un futuro agresor sexual y al aumento de víctimas sexuales.

1. 1. DEFINICIÓN DE AGRESIÓN/ABUSO SEXUAL Y VIOLACIÓN.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia sexual como: “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo” (Organización Mundial de la Salud, 2011). Por su parte, Núñez y colaboradores (2008) resumen la violencia sexual en “toda aquella conducta que amenace o violente el derecho de cada persona a decidir y ejercer de manera voluntaria todo lo que respecte a su sexualidad”.

Así, la violencia sexual engloba una serie de conductas que es necesario delimitar y diferenciar. Herrero y Mendaza (2011) definen agresión y abuso sexual juvenil como “todo contacto o interacción entre el agresor (menor de 18 años) y una víctima (menor de edad o adulta) con el propósito de que el primero se estimule sexualmente, sin que exista consentimiento por parte de la víctima”.

Por otra parte, Nicuesa (2014) considera abuso sexual infantil o pederastia a “toda conducta en la que un menor es utilizado como objeto sexual por parte de otra persona con la que mantiene una relación de desigualdad, ya sea en cuanto a la edad, la madurez o el poder”.

Por último, Noguerol (2010) define violación como “la relación sexual no consentida en la que una persona impone a otra, por fuerza o intimidación con un mal mayor, su determinación de mantener una relación sexual no consentida, y la obliga a acceder a sus deseos en contra de su voluntad”.

1. 2. PREVALENCIA

En España, un adolescente es considerado con responsabilidad penal cuando su edad se encuentra comprendida entre los 14 y los 17 años. Las cifras de delitos cometidos durante este periodo de edad y sus correspondientes imputaciones se recogen en las memorias emitidas por la Fiscalía General de Menores, en este caso, en el año 2019 (Benedicto y cols., 2017).

La siguiente tabla 1 muestra la comparativa de las cifras de delitos sexuales y no sexuales, cometidos por menores, recogidas desde el año 2014 hasta el año 2018, fecha última de la publicación de las memorias de la Fiscalía General de Menores (Fiscalía General del Estado, 2019).

Tabla 1

Prevalencia de los diferentes tipos de delitos cometidos por menores. Fuente: Elaboración propia a través de la Fiscalía General del Estado, 2019.

Totales	nivel nacional-	Total	Total	Total	Total	Total
jurisdicción de menores.	de menores.	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
		2018.	2017.	2016.	2015.	2014.
Delitos.	Agresión sexual.	648	451	476	417	440

Programa para la prevención de los delitos sexuales en adolescentes

Abuso sexual.	1.185	935	795	664	641
Violencia de género.	944	684	543	433	409
Robos con fuerza.	4.051	4.451	4.604	5.437	5.630
Robos con violencia o intimidación.	3.945	4.120	4.342	4.404	4.752
Lesiones	11.782	11.814	11.238	9.959	9.186

Tal y como se puede apreciar, se ha producido un incremento en aquellos delitos que atentan contra la libertad sexual, tales como la agresión o el abuso sexual. Respecto a la agresión sexual, en el año 2018 se contabilizaron 648 delitos, frente al año 2017 en el cual se registraron 451, 476 delitos en el año 2016, 417 en 2015 y 440 en 2014. En cuanto a delitos de abuso sexual, en 2018 se contabilizaron 1.185 delitos, 935 en 2017, 795 en 2016, 664 en 2015 y 641 en 2014.

La causa del incremento en este tipo de delitos se debe, tal y como se señala en las memorias emitidas por la Fiscalía General de Menores (Fiscalía General del Estado, 2019), a la reforma legislativa del CP LO 1/2015, debido a que ésta incrementó la edad para prestar consentimiento en las relaciones sexuales de trece a dieciséis años.

Según la nota de prensa del Instituto Nacional de Estadística (2019), el número total de menores condenados por sentencia firme en el año 2018 fue 13.664, de los cuales 10.753 eran varones (78'7%), frente a 2.911 mujeres (21'3%). Respecto a la edad, el grupo más numeroso corresponde a los 17 años (29'9% del total), seguido del grupo de 16 años (28'6%). De los 10.753 menores, 323 fueron condenados por delitos sexuales. El 98'1% fueron varones y el 1'9% mujeres. Del total de estos delitos, 95 fueron considerados como abuso sexual, 181 como abuso y agresión sexual a menores de 16 años y 69 como agresión sexual. Del total de agresiones sexuales, ocho fueron consideradas como violación.

En resumen, en los últimos años se ha producido un incremento de delitos sexuales, situándose en primer lugar la agresión y abuso sexual, seguido de la violación, cometidos por menores en su mayoría varones con edades comprendidas entre los 16 y 17 años.

1. 3. FACTORES DE RIESGO PRESENTES EN AGRESORES SEXUALES JUVENILES

Cuando nos referimos a factores de riesgo presentes en agresores sexuales juveniles nos referimos a elementos que aumentan la probabilidad, en este caso, de que un individuo lleve a cabo conductas sexuales desviadas en comparación con otro que no presente factores de riesgo. Por otro lado, aquellos factores protectores presentes en el individuo y su entorno (familia, relaciones sociales, autoestima, etc.) reducen la probabilidad de que éste manifieste conductas de agresión o abuso sexual y, por tanto, su consolidación. Ambos factores no determinan la presencia o ausencia de futuras conductas sexuales desviadas, sino más bien su probabilidad. Su papel es, pues, fundamental en el desarrollo de la conducta sexual desviada en los agresores sexuales y es por ello que los programas terapéuticos se dirigen a la intervención sobre los factores de riesgo que propician dichas conductas y al aumento y fortalecimiento de los factores de protección (Desbrow y cols., 2014).

Uno de los factores de riesgo más importante en los agresores sexuales (así como en la gran mayoría de los delincuentes) es la presencia de distorsiones cognitivas o creencias que justifican la agresión o el abuso sexual. Se deben de tomar en especial consideración debido a que estas creencias orientan y mantienen la conducta sexual desviada porque se muestran como “argumentos válidos” para el agresor que legitiman su conducta. Hay que tener en cuenta que el agresor no sólo interpreta su conducta de forma sesgada, sino también sus necesidades y emociones, así como las necesidades y conductas de la víctima (Day y cols., 2010; Hempel y cols., 2015; Merdian y cols., 2014; Semiatin, Murphy y Elliott, 2013). Algunos ejemplos de estas distorsiones cognitivas los encontramos respecto a las mujeres y su papel en la sociedad (“Las mujeres deben someterse a los deseos de los hombres, así ha sido siempre”, “Una mujer, aunque sea obligada, seguro que disfruta”), respecto a los niños (“Los niños también desean tener relaciones sexuales”, “Los niños siempre están excitados”) o en cuanto a términos morales respecto al comportamiento sexual (“Si un niño lo acepta, ¿por qué no voy a tener una relación sexual con él?”) (Redondo y cols., 2012). También se deben atender aquellas distorsiones cognitivas que actúan como mecanismo de defensa para el agresor, especialmente aquellas que justifican sus comportamientos bien negándolos (“Yo no he sido”), minimizándolos (“Tampoco es tan grave”) o bien culpando a la víctima (“Fue ella/él quién me provocó, se lo merece”) (Castro, López-Castedo y Sueiro, 2009). Sin embargo, para poder llevar a cabo una intervención de manera eficaz, se debe atender al concepto de distorsión cognitiva en su globalidad, es decir, no sólo las interpretaciones sesgadas del delito sexual, sino también las actitudes que lo favorecen y el procesamiento cognitivo durante el mismo (Marshall, Marshall y Kingston, 2011).

Otro factor de riesgo de especial relevancia para tener en cuenta en los infractores sexuales es un déficit en su capacidad empática. Este déficit se manifiesta en las graves dificultades que presentan para reconocer el sufrimiento y daño que causan a sus víctimas con sus conductas sexuales desviadas (Brown, Harkins y Beech, 2012; Robinson y Rogers, 2005). No sólo no reconocerían este sufrimiento en su víctima, sino que no presentarían sentimientos negativos (culpa, vergüenza, etc.) al cometer el delito, lo cual, en conjunción con la presencia de distorsiones cognitivas, facilitará que su conducta se vuelva a repetir. Es por ello que para algunos autores el déficit de empatía se convierte en uno de los elementos protectores para el propio agresor, en el sentido de que mantiene su conducta sexual desviada a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones (Herrero y Mendaza, 2011).

A nivel emocional podemos encontrar como diversos estados emocionales, tales como sentimientos depresivos, soledad, ira, agresividad o ansiedad incrementarían las tendencias desviadas de los agresores sexuales (Castro, López-Castedo y Sueiro, 2009). Además, la autoestima del agresor sexual también contribuye a sus problemas sociales debido a que niveles bajos o carencias pueden conducir a los delincuentes sexuales a canalizar su violencia sexual hacia víctimas que perciben como débiles o indefensas (Herrero y Mendaza, 2011).

A nivel conductual, podemos encontrar una ausencia de habilidades de comunicación en este tipo de delincuentes, lo cual genera dificultades para la relación con otras personas y por ende un mayor aislamiento social. Tal y como refieren diversos investigadores, los agresores sexuales suelen mostrarse más ansiosos y nerviosos ante situaciones sociales en comparación con otros delincuentes no sexuales debido a su falta de habilidades para una adecuada interacción social (Rich, 2009; White, Cruise y Frick, 2009; Leroux y cols., 2016). Además, esta ausencia de habilidades sociales afecta directamente a su capacidad de resolución de problemas, la cual se refleja en respuestas desadaptativas de afrontamiento causándoles problemas laborales, dificultades en las relaciones interpersonales, baja tolerancia a situaciones de frustración, etc. (Castro, López-Castedo y Sueiro, 2009).

Por último, algunos autores señalan como los agresores sexuales y los delincuentes en general presentan un menor aprendizaje inhibitorio fruto de una serie de experiencias tempranas (victimización sexual, maltrato familiar, etc.), lo cual se traduciría en una débil conducta inhibitoria, en este caso, de sus impulsos sexuales (Garrido, Stangeland y Redondo, 2006).

1. 4. ETIOLOGÍA DE LA AGRESIÓN/ABUSO SEXUAL

Las conductas de agresión, abuso sexual o violación no tienen un origen indeterminado ni aparecen de forma espontánea sin explicación alguna. Muchos individuos que cometen actos de agresión o abuso sexual hacia otras personas han sufrido a lo largo de su infancia y adolescencia experiencias sexuales traumáticas (Marshall, Laws y Barbaree, 2013; Pérez, Martínez y Redondo, 2007). Así, numerosos autores ponen de manifiesto como muchos delincuentes sexuales efectivamente han sufrido experiencias sexuales más amplias, variadas, atípicas y traumáticas en comparación con otros menores de su misma edad, incluso con otros delincuentes no sexuales. Tales experiencias pueden incluir interacciones sexuales forzadas o con niños, bien participando en ellas o bien visualizándolas en otros o a través de pornografía, que además incluya imágenes violentas, o experiencias directas de abuso sexual, emocional o malos tratos domésticos (Cale, Smallbone, Rayment-McHugh y Dowling, 2016; Marshall, Laws y Barbaree, 2013; Seto y Eke, 2015; Fergusson y cols., 2013; Gunby y Woodhams, 2010; Mancini y cols., 2012; Andreu, C., 2014).

Así mismo, la evidencia refiere que los adultos agresores sexuales que han sido víctimas de maltrato físico o psicológico en su niñez son más propensos a desarrollar conductas abusivas a temprana edad (Seto y Lalumière, 2010; Skuse y cols., 1998). Redondo, Martínez-Catena y Luque (2014) evaluaron una muestra de 678 agresores sexuales encarcelados en España, de los cuales el 18'7% habían sido víctimas de malos tratos y un 9% habían sufrido abuso sexual en la infancia (Illescas y Mangot, 2017). Worling (1995) señala que un alto porcentaje de jóvenes ofensores sexuales reportan haber sido víctimas de agresiones físicas graves durante su niñez, además manifestaban conductas abusivas sexuales a corta edad y mostraban mayor prevalencia de psicopatología.

Estas vivencias no solo hacen proclives a los individuos a desarrollar excitación sexual ante menores o el sexo violento, sino que también les hacen permeables a sufrir graves carencias en empatía en un futuro. Autores como Martínez-Catena y Redondo (2016) han puesto de manifiesto la relación entre experiencias sexuales traumáticas y déficits empáticos específicos: individuos que habían sido víctimas en su infancia de agresión física y sexual y habían sido expuestos a pornografía infantil, no solo confesaban haber cometido más delitos relacionados con abuso de menores o agresiones sexuales contra mujeres, sino que también presentaban una menor empatía hacia niños y mujeres víctimas de abuso y agresión sexual.

Tal y como se señaló anteriormente, varios investigadores han evidenciado como los abusadores sexuales presentan, además, problemas de comunicación y aislamiento social en mayor grado que otros delincuentes (Hulme y Middleton, 2013; Porter, Newman, Tansey y

Quayle, 2015). Estos problemas tienen su origen no sólo en experiencias de victimización sexual, sino que también en vivencias relacionadas con el abandono familiar y el rechazo afectivo. Pinto y Aramayo (2010) ponen de manifiesto tal afirmación en un estudio llevado a cabo con delincuentes sexuales de la cárcel de San Pedro, en el cual tres de los cinco casos evaluados presentaban una estructura familiar reconstruida, con ausencia de relación entre los padres y ausencia de cariño y afecto hacia sus hijos, donde la jerarquía se centraba en una sola persona (normalmente el padre) la cual ejercía el poder a través de la violencia debido, además, al consumo de alcohol.

Por tanto, aquellos individuos que en la infancia y adolescencia han sufrido estilos parentales negligentes, que incluyen rechazo o desvinculación emocional, incongruencia educativa y ausencia de cuidado de los hijos, podrían ser más vulnerables a sufrir déficits severos en autoestima, capacidad de comunicación y habilidades de relación interpersonal. Estos jóvenes serían más lábiles a desarrollar una “hipersexualización de su emocionalidad y conducta” como mecanismo de compensación y afrontamiento de dichas carencias afectivas y comunicativas, lo cual se manifestaría a partir de repertorios sexuales desviados y antisociales (fantasías sexuales desviadas y masturbación, conductas de abuso y agresión sexual, violación, etc.) (Martínez-Catena y Redondo, 2016; Maniglio, 2012; Mancini, Reckdenwald y Beauregard, 2012; Marshall y Marshall, 2014b; Agnew, 2014; Hamby, Finkelhor y Turner, 2012; Hollin y Palmer, 2009; Zurbriggen, Gobin y Freyd, 2010).

Por otro lado, Echeburúa y Guerricaechevarría (2011) señalan como una orientación sexual desviada puede deberse a la asociación de las primeras conductas sexuales con fantasías sexuales y excitaciones eróticas atípicas, ya sea casualmente o mediante coerción. Por ejemplo, si durante el transcurso de la conducta masturbatoria se produce una asociación de ésta con fantasías sexuales desviadas que impliquen sentimientos de poder, control, expresiones de agresión o humillación hacia otra persona, se producirá un condicionamiento, de modo que cada vez que aparezcan las fantasías sexuales desviadas el individuo llevará a cabo su conducta masturbatoria y la excitación sexual producida como resultado de la conducta (refuerzo positivo) hará que ésta se consolide y mantenga a lo largo del tiempo (Fernández y Sanz, 2014).

En resumen, la victimización a una edad temprana tiene graves consecuencias para el funcionamiento psicológico de la víctima a corto plazo (sobre todo cuando el agresor es un miembro familiar) y a largo plazo puede dar lugar a alteraciones emocionales y comportamientos sexuales desadaptados. Debido a que las secuelas de los diferentes tipos de

victimización (castigo físico, abuso sexual, abandono emocional, etc.) producen sintomatología similar en niños de la misma edad, se debe prestar especial atención a aquellos que muestren conductas sexuales desviadas, bien por exceso (promiscuidad sexual o desarrollo sexual prematuro), bien por defecto (inhibición sexual), para poder diferenciar niños víctimas de abuso sexual de otros niños víctimas de abandono familiar (por ejemplo) (Finkelhor, 2008; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2011).

1. 5. PROGRAMAS TERAPÉUTICOS PARA AGRESORES SEXUALES JUVENILES

Hasta hace relativamente unos años a los agresores sexuales, tanto adultos como jóvenes, se les aplicaba exclusivamente medidas coercitivas con el fin de modificar su comportamiento sexual desviado. Sin embargo, el estudio de los factores de riesgo presentes en este tipo de agresores ha tenido una gran relevancia, tal y como se ha expuesto, para aumentar el conocimiento y la comprensión de las conductas sexuales desviadas y, así, poder desarrollar y llevar a cabo programas de tratamiento terapéuticos sobre estos factores con el fin de reducirlos y encaminar al agresor sexual hacia una correcta socialización de sus conductas sexuales.

El Programa de Tratamiento Educativo y Terapéutico para Agresores Sexuales Juveniles ha sido diseñado por Redondo y colaboradores (2012) con el fin de intervenir sobre aquellos factores de riesgo presentes en los agresores sexuales juveniles que mantienen su conducta. Las dimensiones que abarca este programa son: autoestima, sexualidad, habilidades sociales, distorsiones cognitivas, autocontrol emocional, empatía y prevención de las agresiones y abusos sexuales. De modo que la principal fortaleza de este programa es que interviene sobre los principales factores de riesgo presentes en los agresores sexuales juveniles: carencia de empatía, de habilidades sociales y presencia de distorsiones cognitivas que justifican la agresión. Otra fortaleza a tener en cuenta es que, además de estos factores, el programa interviene sobre otras dimensiones (autoestima, sexualidad y autocontrol emocional) y lleva a cabo una prevención para evitar futuras conductas de abuso o agresión sexual. Con lo cual, el contenido del programa resulta ser bastante completo.

Sin embargo, las debilidades de este programa se encuentran en la población a la que va destinada. Tal y como se refleja en las Memorias de 2018 emitidas por la Agencia para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor (Fiscalía General del Estado, 2019), el programa PETASJ (Programa Educativo y Terapéutico para Agresores Sexuales Juveniles) ha sido aplicado en el Centro de Internamiento Teresa de Calcuta de la Comunidad de Madrid en ocho menores condenados (cuatro por agresión sexual y cuatro por abuso sexual), todos ellos varones con

una edad media de 17 años y en su mayoría con nacionalidad española. Así, el programa estaría destinado específica y exclusivamente para agresores sexuales juveniles que ya han sido condenados, sin tener en cuenta otros factores referentes al contexto (social y familiar) y dejando de lado una intervención con la familia del agresor. Además, el programa se lleva a cabo una vez que se ha producido el delito sexual y no antes, cuando puede estar gestándose en el seno familiar.

El programa ATURA'T está dirigido a menores o jóvenes que cumplen medidas judiciales y a sus familias. Su objetivo principal es la evaluación e intervención con dichos menores que han cometido un delito de agresión sexual. La intervención se lleva a cabo de forma grupal, mediante un modelo cognitivo-conductual, combinada con tratamiento individual del agresor. Las principales dimensiones que aborda son: autoestima, habilidades sociales, distorsiones cognitivas (hacia los demás o la sexualidad), empatía, activación sexual desviada y manejo de situaciones de riesgo. En cuanto al trabajo con la familia, éste se encamina a la intervención sobre posibles actitudes disfuncionales, la revisión del entorno familiar y, por último, asesoramiento y orientación. Así, las principales fortalezas de este programa se encuentran, por un lado, en la intervención de los principales factores de riesgo en agresores sexuales juveniles (ausencia de habilidades sociales, carencia de empatía y presencia de distorsiones cognitivas que justifiquen la agresión). El programa resulta ser bastante completo puesto que además de estos factores también interviene sobre una activación sexual desviada y prepara al menor ante posibles situaciones de riesgo donde pueda poner en marcha sus conductas sexuales desviadas. Por otro lado, el programa ATURA'T no solo interviene con el menor en sí, sino también con su familia, de forma que se garantice una correcta integración del joven a la misma. El programa se implementó en el año 2008 y hasta 2018 han intervenido con un total de 167 jóvenes (acusados en su mayoría de agresión y abuso sexual) y a sus familias (Arranz y cols., 2014, 2015; en prensa, 2018), lo cual resulta ser una muestra bastante amplia en comparación con otros programas desarrollados.

Sin embargo, este programa presenta similitudes en sus debilidades con el programa de Redondo y colaboradores (2012): solo interviene con los menores una vez que se ha producido el delito y han sido penados por ello, dejando a un lado una labor más preventiva en aquellos casos en los que se detecten conductas sexuales desviadas tempranamente en el núcleo intrafamiliar. Además, el programa está basado exclusivamente en el modelo cognitivo-conductual, lo cual, aunque resulte ser el más eficaz, puede ver limitada su implementación en aquellos jóvenes que presenten alguna discapacidad cognitiva o no tengan un desarrollo cognitivo adecuado.

Por último, el programa DIAS (Programa de Desarrollo Integral para Agresores Sexuales) fue el precursor del Programa de Tratamiento Educativo y Terapéutico para Agresores Sexuales Juveniles desarrollado por Redondo y colaboradores (2012). Aplicado inicialmente en el año 2005 en el Centro de Ejecución de Medidas Judiciales, su objetivo principal es la intervención sobre los factores de riesgo relacionados directamente con la disminución del riesgo de reincidencia sexual. Así, las principales dimensiones sobre las que interviene el programa son: empatía, distorsiones cognitivas, educación sexual, autoestima, habilidades sociales, impulso sexual, prevención de recaídas e intervención familiar. Hasta la fecha de su actualización en 2012, el programa fue aplicado a 39 menores, de los cuales 32 cumplían sentencia judicial por agresión sexual y los 7 restantes por abuso sexual. Cabe destacar que previa a su aplicación, se realiza una evaluación exhaustiva del menor, se trabaja con él de forma individual la asunción del delito y por último se lleva a cabo un análisis funcional para detectar factores de riesgo y de protección presentes en el menor. Una vez más, la principal fortaleza de este programa es que aborda los principales factores de riesgo: empatía, habilidades sociales y distorsiones cognitivas, junto con otras dimensiones importantes tales como la autoestima, educación sexual y especialmente la prevención de recaídas del delito sexual. Además, la muestra de aplicación es bastante amplia en comparación con otros programas y resulta ser bastante beneficioso para los participantes puesto que se individualiza la intervención a partir de la evaluación previa y la detección de factores de riesgo y de protección. Otra fortaleza a añadir sería, previa a la aplicación del programa, el reconocimiento del delito por parte del menor puesto que este factor influye en gran medida de cara a la motivación hacia el tratamiento (Redondo y cols., 2012).

Por otro lado, este programa no deja de estar exento de debilidades. Aunque propone una intervención familiar transversal, se ha llevado a cabo exclusivamente con menores en un centro de internamiento, con lo cual las variables propias de cada centro también pueden influir de cara al tratamiento. Como debilidad compartida con otros programas es que, a pesar de ser una muestra relativamente amplia, el programa se aplica una vez los menores han sido condenados y están en un centro de internamiento, dejando de lado una labor preventiva en el ámbito familiar.

Tabla 2.

Principales fortalezas y debilidades de los programas terapéuticos aplicados a agresores sexuales juveniles. Fuente: elaboración propia a partir de Redondo y colaboradores (2012) y Arranz y colaboradores (2014).

Programas	Fortalezas	Debilidades
Programa de Tratamiento Educativo y Terapéutico para Agresores Sexuales Juveniles (Redondo y cols., 2012).	Interviene sobre los principales factores de riesgo: empatía, habilidades sociales y distorsiones cognitivas.	Se ha aplicado a una muestra pequeña: 8 menores condenados en un centro de internamiento.
	Interviene sobre otras dimensiones: autoestima, sexualidad y autocontrol emocional.	Se aplica una vez que se ha producido el delito y condenado por ello, no antes.
	El objetivo final es la prevención de futuros abusos o agresiones sexuales.	Interviene exclusivamente con los menores infractores: no se señalan objetivos con la familia ni con el contexto social.
Programa ATURA'T (Arranz y cols., 2014).	Interviene sobre los principales factores de riesgo: empatía, habilidades sociales y distorsiones cognitivas.	Se aplica una vez que se ha producido el delito y condenado por ello, no antes.
	Interviene sobre otras dimensiones: activación sexual desviada y situaciones de riesgo.	Basado exclusivamente en el modelo cognitivo-conductual.
	Interviene con las familias del menor.	

	Aplicado a una muestra relativamente amplia (57 menores).	
Programa de Desarrollo Integral para Agresores Sexuales (DIAS) (Redondo y cols., 2012).	Interviene sobre los principales factores de riesgo: empatía, habilidades sociales y distorsiones cognitivas.	Se aplica una vez que se ha producido el delito y condenado por ello, no antes.
	Interviene sobre otras dimensiones: autoestima, educación sexual, prevención de recaídas, etc.	Influencia de variables propias del centro de internamiento.
	Previa a su aplicación, evaluación del menor y asunción del delito por parte del mismo.	Aunque uno de sus objetivos es la intervención familiar, se ha aplicado exclusivamente con menores infractores.
	Aplicado a una muestra relativamente amplia (39 menores).	

2. JUSTIFICACIÓN

Tomando en consideración las aportaciones del marco teórico, es de vital importancia desarrollar un programa que lleve a cabo una acción preventiva sobre los factores de riesgo anteriormente mencionados, debido a que éstos tienen una gran influencia en la aparición y consolidación de una conducta sexual desviada. Para ello, se recogerán en este programa los factores más importantes (creencias que justifican la agresión, déficit de empatía, ausencia de habilidades sociales y de resolución de problemas y déficit en el aprendizaje inhibitorio) y para cada uno de ellos se llevará a cabo una intervención psicológica con el fin de otorgar a los participantes del programa herramientas para controlarlos y así en un futuro reducir al mínimo la incidencia de los mismos sobre la consolidación de una conducta sexual desviada.

Existen numerosos programas que han intervenido sobre dichos factores de riesgo una vez que la conducta sexual desadaptativa ha sido detectada por la justicia y en consecuencia se

ha juzgado al menor por ello. Así, resulta interesante intervenir con aquellos menores que presenten indicios de una conducta sexual inapropiada en el interior de su propio núcleo familiar, antes de que dicha conducta se haya extrapolado al ámbito extrafamiliar.

Respecto al núcleo familiar, aquellas familias donde el abuso sexual se da entre hermanos/as se caracterizan por la presencia de padres distantes física y emocionalmente (falta de supervisión, de imposición de límites y de distribución de roles, de disponibilidad emocional, etc.). Así, este tipo de modelo de estructura familiar contribuirá a aumentar la probabilidad de que el menor en un futuro pueda desarrollar conductas sexuales desadaptativas (Bustamante, 2006; Fernández y Sanz, 2014). Por tanto, este programa no sólo tendrá en consideración una intervención psicológica con el menor agresor, sino también con su núcleo familiar, en el sentido de que se expondrán una serie de objetivos para intervenir con el menor agresor, de modo que algunos debido a su naturaleza serán desarrollados con el menor exclusivamente, mientras que otros, debido a su naturaleza también, permitirán una implicación del resto de los miembros de la familia para su correcto desarrollo. Así, aunque no se intervenga de forma directa con el resto de los miembros de la familia, se pretenden conseguir cambios en los mismos a nivel cognitivo, emocional y conductual, pero de menor impacto que los cambios que se pretenden lograr en el menor agresor, pues no se debe olvidar que este programa está dirigido principalmente al menor.

Por último, para justificar la idoneidad de este programa, numerosos investigadores subrayan el hecho de que antes de una agresión sexual grave, se han producido conductas de abuso previas, las cuales, si hubieran sido detectadas a tiempo, hubieran permitido una intervención temprana de menor intensidad, mejor pronóstico para el agresor y reducir no solo el número de víctimas sino también el daño causado (Arranz y cols., 2014).

3. OBJETIVOS.

3. 1. OBJETIVOS GENERALES.

Prevenir la emisión de conductas sexuales desajustadas en el entorno familiar.

Prevenir la emisión de conductas de abuso y agresión sexual en adolescentes.

3. 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Objetivos individuales (con el menor agresor):

✓ Nivel cognitivo:

- Reducir y eliminar aquellas distorsiones cognitivas que justifiquen las conductas sexuales desadaptativas.

✓ Nivel conductual:

- Controlar y manejar sus impulsos sexuales de manera adaptativa (control inhibitorio).

Objetivos grupales (con el menor agresor y su familia):

✓ Nivel cognitivo:

- Aumentar la capacidad empática hacia el resto de las personas.

✓ Emocionales:

- Aumentar la autoestima y el estado de ánimo.
- Identificar las emociones y su función.
- Adquirir habilidades para manejar adecuadamente las emociones “desagradables” (ira, enfado, miedo, frustración, etc.).

✓ Conductuales:

- Diferenciar las conductas sexuales sanas y adaptativas de las desadaptativas.
- Adquirir habilidades adecuadas para la interacción social junto con conductas asertivas.
- Adquirir habilidades adaptativas enfocadas a la resolución de problemas.

4. METODOLOGÍA.

4. 1. DISEÑO DEL PROGRAMA

Este programa de prevención se compone de diez módulos que recogen diferentes técnicas de intervención desde la perspectiva cognitivo-conductual y la terapia sistémica, con lo cual existen módulos de aplicación individual y otros de aplicación grupal. El programa está diseñado para una aplicación a lo largo de aproximadamente 42 sesiones de una hora y treinta minutos de duración cada una, establecidas en un marco temporal de dos sesiones por semana, alternando un módulo individual con un módulo grupal.

4. 2. PARTICIPANTES DEL PROGRAMA.

Dirigido a casos derivados por Servicios Sociales o el Juzgado de Menores de la Comunidad de Madrid en los cuales se sospecha que un menor está abusando o agrediendo sexualmente a otro menor miembro de su familia.

4. 3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.

A continuación se describen los instrumentos psicométricos empleados para evaluar los objetivos terapéuticos planteados.

Para evaluar las distorsiones cognitivas presentes en el menor se empleará la Escala de Cogniciones de Abel y colaboradores (1989). Se trata de un autoinforme que mediante una escala de calificación tipo Likert evalúa las creencias o cogniciones relacionadas con el comportamiento sexual desviado (agresión y abuso sexual) (Pérez y Rodríguez, 2016).

En cuanto al nivel de empatía del menor, se utilizará el cuestionario Interpersonal Reactivity Index (IRI) (Davis, 1983). Este cuestionario incluye cuatro dimensiones en cuanto al concepto de empatía: Toma de perspectiva (PT), Fantasía (FS), Preocupación empática (EC) y Malestar personal (PD) (Galumbo y cols., 2017).

Para evaluar el estado de ánimo se utilizará el Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, Steer, Brown, Sanz y Valverde, 2011) para observar posibles síntomas depresivos según los criterios del DSM-IV-TR (Ballester Arnal y cols., 2012).

Respecto a la presencia de habilidades sociales, se empleará la Escala de Habilidades Sociales (González, 2000). Este instrumento se compone de seis escalas las cuales evalúan, respectivamente: autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir “No” y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto (Rey y César, 2008). En relación al ámbito social, para evaluar el nivel de asertividad del menor se utilizará el Inventario de Asertividad de Gambрил y Richey (1975), el cual se compone de cuarenta preguntas en relación a la interacción con otras personas que evalúan el grado de incomodidad y la probabilidad de respuesta en función de ocho categorías (rechazar peticiones, expresar sentimientos positivos y negativos, afrontar críticas, etc.) (Cervantes, Lagunes, Aragón y Loving, 2010).

Para evaluar el nivel de impulsividad y la falta de control de impulsos del menor se utilizará el Cuestionario de Impulsividad de Barratt (BIS-11) (Patton, Stanford y Barratt, 1995). Este cuestionario recoge treinta ítems en tres subescalas: impulsividad cognitiva, motora y no planeada; con cuatro opciones de respuesta cada ítem. Puede ser heteroaplicada o autoaplicada (Salvo y Castro, 2013).

Para evaluar las habilidades de solución de problemas del menor se utilizará el Inventario de Resolución de Problemas Sociales Revisado (Merino, 2012). Este instrumento evalúa: solución racional de problemas, impulsividad, estilos de evitación, orientación negativa y positiva hacia los problemas a través de 52 ítems (Vera-Villarroel y Guerrero, 2003).

A nivel familiar, para poder evaluar el clima se utilizará la Escala de Clima Social en la Familia (FES). Esta escala, elaborada por Moos, Moos y Trickett (1995), evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia y los aspectos del desarrollo

Por último, resulta de vital importancia realizar un análisis funcional de la conducta sexual desadaptativa que está llevando a cabo el menor. En dicho análisis se recogerá: SITUACIÓN – PENSAMIENTO – EMOCIÓN – CONDUCTA – CONSECUENCIAS.

Tabla 3.

Resumen de los instrumentos de evaluación empleados para cada objetivo de intervención y para evaluar el cambio terapéutico en los participantes del programa. Fuente: elaboración propia.

Objetivos terapéuticos	Instrumentos
Cognitivos	<p>Distorsiones cognitivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Escala de Cogniciones (Abel y cols., 1989). <p>Empatía:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Interpersonal Reactivity Index (IRI; Davis, 1983).
Emocionales	<p>Estado de ánimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, Steer, Brown, Sanz y Valverde, 2011).
Conductuales	<p>Habilidades sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Escala de Habilidades Sociales (González, 2000). <p>Asertividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Inventario de Asertividad de Gambрил y Richey (1975). <p>Impulsividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Cuestionario de Impulsividad de Barratt (BIS-11) (Patton, Stanford y

Barratt, 1995).

Resolución de problemas:

- Escala para Observar Estrategias de Resolución de Problemas (Sáiz, 1995).

Fuente: Elaboración propia.

Además de los instrumentos mencionados, todos los participantes deberán cumplimentar una escala de satisfacción tipo Likert, donde 0 se corresponde con “Nada satisfecho” y 5 con “Bastante satisfecho”, respecto al programa de prevención realizado.

4. 4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

El programa está indicado para aquellos adolescentes que hayan manifestado una o más conductas sexuales desadaptativas (abuso o agresión sexual) hacia miembros de su propia familia (hermanos/as, primos/as, etc.). Además, estas conductas han sido mantenidas a lo largo del tiempo o se han dado de forma esporádica.

Estos adolescentes, además de manifestar conductas sexuales desviadas, deberán presentar:

1. Distorsiones cognitivas en cuanto a las conductas sexuales desadaptativas, la víctima o la sexualidad.
2. Déficit en empatía.
3. Escasas habilidades sociales y asertividad (riesgo de aislamiento social).
4. Baja autoestima y estado de ánimo.
5. Niveles medios-altos de impulsividad.
6. Falta de habilidades de resolución de problemas.

4. 5. DESARROLLO DEL PROGRAMA.

Módulo I: SEXUALIDAD (Grupal)

Objetivos:

- Conocer las características y el funcionamiento de los órganos sexuales masculinos y femeninos.
- Conocer la diferencia entre conductas de afecto y conductas sexuales.
- Conocer la diferencia entre conductas sexuales adaptativas (saludables) y conductas sexuales desadaptativas.

- Conocer las enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivos.
- Establecer un control parental sobre el uso de pornografía.

Actividades:

Las actividades que se recogen a continuación serán aplicadas a través de la técnica de psicoeducación (Bulacio y cols., 2004), en este caso, psicoeducación sexual. En primer lugar, y sirviéndose de material gráfico, el terapeuta explicará los órganos reproductores del cuerpo humano masculino y femenino, junto con su funcionamiento. Además, deberá aclarar las dudas que planteen los participantes. En cuanto al material gráfico, el terapeuta puede emplear una pizarra para dibujar los órganos sexuales masculinos y femeninos y, después, repartir entre los participantes diferentes cartulinas que contengan las diferentes partes de cada órgano reproductor, así, cada participante deberá colocar cada cartulina en el lugar correspondiente del órgano. Se puede encontrar un ejemplo de este material gráfico en el anexo 7. 1.

Posteriormente, el terapeuta deberá explicar la diferencia entre las conductas afectivas y las conductas sexuales. Explicará cuál es la función de cada conducta, por qué se caracterizan y cuáles son sus consecuencias. Deberá resolver atentamente todas dudas que se presenten. Una vez bien definida la diferencia entre ambos tipos de conducta, el terapeuta mostrará a través de material gráfico (dibujos, escenas, diapositivas, historias, etc.) ejemplos de dichas conductas. Los participantes deberán clasificar las mismas en función de si se trata de una conducta afectiva o una conducta sexual y deberán argumentar por qué. En el anexo 7. 2. Se muestra un ejemplo de estas actividades.

Este mismo tipo de actividad se llevará a cabo para explicar la diferencia entre conductas sexuales adaptativas y conductas sexuales desadaptativas. Antes de ello, el terapeuta explicará el concepto de sexualidad sana y qué componentes engloba. Una vez explicado, se mostrará la diferencia entre los dos tipos de conductas de forma teórica y a través de diferentes ejemplos y resolverá las dudas que se planteen. Para ello, el terapeuta utilizará como ejemplo de conductas sexuales desadaptativas aquellas que se muestran en videos de carácter pornográfico y justificará por qué se tratan de conductas sexuales desadaptativas. Al finalizar, el terapeuta propondrá una serie de diversos ejemplos de conductas sexuales, tanto adaptativas como desadaptativas y los participantes deberán clasificar los ejemplos de conducta en función de si son adaptativas o desadaptativas. En el anexo 7. 3. Se muestran algunos ejemplos.

Por último, resulta de especial importancia que el terapeuta explique las diferentes enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivos. Para ello, puede apoyarse en testimonios de diferentes víctimas de estas enfermedades. Respecto a los diferentes métodos anticonceptivos, el terapeuta dará una lista a cada participante en la cual se recojan los métodos anticonceptivos más seguros y saludables, además del lugar donde pueden obtenerlos.

En la última sesión de este módulo, todos los miembros de la familia junto con el terapeuta deberán establecer un control sobre el uso de la pornografía y, por ende, del teléfono móvil por parte del menor, llegando a un acuerdo entre todos los miembros de la familia.

Temporalización:

Estas actividades se llevarán a cabo a lo largo de dos sesiones de una hora y treinta minutos de duración.

Módulo II: EMOCIONES (Grupal)

Objetivos:

- Aprender a identificar las emociones, cómo se manifiestan y cuál es su función.
- Aprender a manejar las emociones desagradables.

Actividades:

Se empleará “la tarta de los sentimientos” (Méndez, 1998), de manera que esta tarta se compone de las emociones primarias (alegría, tristeza, sorpresa, miedo, ira y asco) divididas en diferentes trozos. En el anexo 7. 4. se muestra una imagen de la tarta de los sentimientos. A continuación, se pide a cada miembro de la familia que escriba a un lado de cada trozo de la tarta una situación en la que han “probado” esas emociones. Posteriormente, cada miembro escucha el relato de la otra persona y se validan sus sentimientos. Se propondrá a los participantes una lluvia de ideas respecto a cómo se manifiesta cada emoción físicamente (pudiendo hacer juegos de mímica) y qué función piensan que cumple. A parte de las emociones primarias que se muestran en la tarta, tanto los participantes como el terapeuta pueden proponer otra serie de emociones para trabajar sobre ellas, como por ejemplo: amor, odio, tranquilidad, ansiedad, compasión, culpa, soledad, vergüenza, ilusión, frustración, envidia, orgullo, gratitud, etc.

Una vez expuestas las emociones, se recogerán aquellas emociones “desagradables” (miedo, ira, ansiedad, frustración, etc.) y se realizará un entrenamiento en técnicas de relajación. En primer lugar se utilizará la técnica del control de la respiración diafragmática (Labiano, 1996) y en segundo lugar se empleará la técnica de la relajación muscular progresiva de Jacobson (Schwarz y Schwarz, 2017). El terapeuta explicará cada una de ellas detenidamente, los pasos a seguir para realizarlas de manera adecuada y qué beneficios aporta cada una de ellas. Posteriormente, los participantes deberán ponerlas en práctica siguiendo los pasos descritos por el terapeuta en sesión. Por último, se recogerán las impresiones de cada participante una vez concluido el proceso.

Temporalización:

Estas actividades se llevarán a cabo a lo largo de tres sesiones de una hora y treinta minutos de duración cada una.

Módulo III: DISTORSIONES COGNITIVAS (Individual)

Objetivos:

- Explicar el modelo A-B-C (Ellis, Grieger y Marañón, 1990) para que el menor entienda la relación entre pensamientos automáticos negativos (distorsiones cognitivas), emociones y conductas que está llevando a cabo.
- Explicar la diferencia entre pensamientos racionales e irracionales.
- Identificar, reducir y eliminar la credibilidad de las distorsiones cognitivas que justifican la conducta sexual inapropiada.
- Identificar las distorsiones cognitivas que pueden aparecer en otras situaciones.

Actividades:

Para explicar el modelo A-B-C (Ellis, Grieger y Marañón, 1990), el terapeuta deberá aclarar en primer lugar la diferencia entre situaciones, pensamientos, emociones y conductas. Puede utilizar ejemplos ajenos a los participantes en primera instancia y utilizar tarjetas que recojan diferentes situaciones, pensamientos, emociones y conductas para clasificarlas en función de éstas.

El terapeuta simulará con otro miembro de la familia un ejemplo de situación a través de un roleplaying y el resto de los miembros observando la situación, el comportamiento, los gestos, actitudes, etc. deberán mencionar aquellas emociones que creen que está sintiendo el terapeuta en esa situación. Una vez identificadas, los participantes deberán asociar a cada

emoción los pensamientos automáticos que hayan podido dar lugar a dicha emoción (“¿Qué está pensando esta persona en esta situación para sentir alegría?”) y qué conductas se pueden desarrollar a partir de esa emoción junto con sus consecuencias.

Más tarde, se empleará el análisis funcional de la conducta sexual desadaptativa del menor para que sea él mismo quién identifique su propio modelo A-B-C dentro del análisis y tome consciencia de todo el proceso por el cual lleva a cabo dicha conducta. En el anexo 7. 5. se muestra un ejemplo del modelo A-B-C.

Una vez identificados los pensamientos automáticos negativos a través del análisis funcional, es importante que el menor agresor tome consciencia de por qué son pensamientos irracionales y negativos. Para ello, el terapeuta deberá explicar la diferencia entre pensamientos racionales e irracionales, sirviéndose de diferentes ejemplos. A través de una cartulina, puede recoger las características principales de los pensamientos racionales, como por ejemplo, realistas, adaptativos, etc.

Una vez que el menor agresor ha tomado consciencia de sus distorsiones cognitivas y tiene claro por qué son desajustadas o desadaptativas, tiene lugar el proceso de reestructuración cognitiva (Froján y Calero, 2011). Se selecciona una distorsión cognitiva perteneciente al análisis funcional. El menor identifica hechos a favor de la misma y hechos en contra (contraste empírico). Posteriormente, debe identificar consecuencias negativas de esa distorsión y consecuencias positivas (contraste adaptativo). Una vez realizado este proceso, el menor agresor, con ayuda del terapeuta, deberá proponer pensamientos alternativos (con las características propias de los pensamientos adaptativos). A continuación, para cada uno de ellos, realizará de nuevo el proceso de contraste empírico y adaptativo (Pollini, Micheff y Better, 2009). Finalmente escogerá el “mejor” pensamiento alternativo, es decir, aquel que presente mayores hechos a favor y consecuencias positivas y menores hechos en contra y consecuencias negativas. Una vez seleccionado, el menor deberá ponerlo en práctica, en primer lugar en situaciones alternativas donde se presenten las distorsiones cognitivas y posteriormente en situaciones de riesgo (por ejemplo, cuando se encuentre a solas con su víctima). Es conveniente que no solo ponga en práctica los pensamientos alternativos sino también aquellas habilidades sociales y de resolución de problemas que le ayuden a manejar la situación. A lo largo de estas actividades el menor llevará a cabo un autorregistro en el que se recojan: SITUACIÓN – DISTORSIONES COGNITIVAS – PENSAMIENTOS ALTERNATIVOS – GRADO DE CREENCIA DE LOS P.A. – EMOCIONES – CONDUCTAS – CONSECUENCIAS.

Una vez que este proceso ha sido asentado, el terapeuta otorgará al menor agresor una lista con las principales distorsiones cognitivas (por ejemplo, sobregeneralización, pensamiento dicotómico, abstracción selectiva, etc.) a modo de prevención, es decir, como el menor ya ha sido entrenado en la técnica de reestructuración cognitiva, cada vez que identifique una distorsión cognitiva en alguna situación, tendrá el conocimiento suficiente para “hacer frente” a dicha distorsión y sustituirla por un pensamiento alternativo más adaptativo.

Temporalización:

Al ser un pilar fundamental de este programa, estas actividades serán las que más tiempo lleven, aproximadamente de ocho a diez sesiones de una hora y treinta minutos de duración cada una.

Módulo IV: EMPATÍA (Grupal)

Objetivos:

- Aprender a identificar la empatía cognitiva y empatía emocional.
- Tomar conciencia del daño que sufre una víctima de agresión/abuso sexual.
- Identificar los pensamientos y sentimientos de una víctima de agresión sexual.
- Identificar los pensamientos y sentimientos de su víctima.
- Desarrollar y aumentar la capacidad de empatía del menor agresor.
- Reconocer y responsabilizar de la conducta sexual inapropiada.

Actividades:

En primer lugar, el terapeuta deberá explicar el concepto de empatía, a nivel cognitivo y a nivel emocional. Para ello no solo dará la explicación oportuna, sino que se servirá de numerosos ejemplos (ajenos a los participantes en primer lugar) para establecer una explicación más precisa. Además, el terapeuta explicará la funcionalidad de la empatía y los beneficios de la misma. Por último, deberá resolver todas aquellas dudas que se planteen.

El terapeuta volverá a recordar el modelo A-B-C (Ellis, Grieger y Marañón, 1990) para volver a poner en práctica la identificación de los pensamientos y sentimientos de una persona a través de una situación ajena. El terapeuta recogerá situaciones de los propios participantes y las alternará entre los mismos a través de diversos roleplaying y el miembro restante deberá identificar los pensamientos automáticos y las emociones que esté sintiendo cada persona en la situación que representen. Por ejemplo, si el padre y la madre están representando una

discusión, el hijo deberá identificar cómo se siente cada uno de ellos en esa situación y qué pensamientos automáticos (o formas de interpretar la situación) han llevado a cada uno de ellos a sentir dichas emociones.

A continuación, el terapeuta pondrá como ejemplo una situación de agresión o abuso sexual. En este caso, nos interesa que sea el menor agresor quien identifique las emociones y pensamientos de la víctima. Por un lado, el terapeuta propondrá la realización de un análisis funcional del comportamiento del agresor (situación, pensamiento, emoción, conducta, consecuencias) haciendo especial hincapié en las consecuencias de la conducta. Por otro lado, se deberán identificar y comprender los pensamientos y emociones de la víctima de la agresión. En el anexo 7. 6. Se muestra un vídeo de un testimonio de una víctima de agresión sexual.

Por último, se utilizará la situación de abuso/agresión sexual que se esté dando en el hogar. El menor agresor deberá identificar los pensamientos y emociones de su víctima. Posteriormente, el resto de los miembros de la familia (padre, madre, hermano/a, primo/a, etc.) deberán indicar al menor agresor sus emociones y pensamientos respecto a la situación de abuso/agresión sexual. Es importante que lo hagan desde una postura no culpabilizadora. Mientras, el menor agresor deberá escuchar a cada miembro activamente, identificando y comprendiendo aquellas emociones que le muestran el resto de los miembros de la familia. Es importante en esta fase que el menor agresor asocie las consecuencias de su conducta con las emociones de su víctima, además de que todas las emociones y pensamientos que se compartan entre los miembros sean comprendidos y validados y en ningún momento juzgados. Para ello, sería conveniente que al finalizar la sesión, el menor verbalizara en voz alta: "Cuando yo hago... mi hermano/a, primo/a (dependiendo de la víctima) se siente..." o el resto de los miembros de la familia: "Cuando tú haces... yo me siento...".

Temporalización:

Estas actividades se llevarán a cabo a lo largo de seis sesiones de una hora y treinta minutos de duración cada una.

Módulo V: HABILIDADES SOCIALES (Grupal)

Objetivos:

- Identificar y adquirir las Habilidades Sociales necesarias para relacionarse eficazmente con los demás.
- Capacitar al menor para exhibir las HHSS adecuadas al contexto social pertinente.

- Capacitar al menor para reproducir las habilidades sociales en distintos ambientes.

Actividades:

En primer lugar el terapeuta explicará de forma teórica los componentes de la comunicación verbal y no verbal y su funcionalidad. Posteriormente, explicará aquellas habilidades sociales que se trabajarán durante el programa, véase: escuchar; iniciar, mantener y finalizar conversaciones; hacer y recibir cumplidos; hacer y recibir críticas; expresar sentimientos y petición de cambios (Fernández, García y Crespo, 2012).

Los procedimientos que se describen a continuación han sido recogidos por diversos autores (Cañero, 2002; Del Arco, 2005; Mueser y cols., 1995; Alberti y Emmons, 1978). Para cada una de las habilidades se llevará a cabo el siguiente proceso: “mostrar, practicar, moldear, mantener y generalizar”. Para “mostrar” la correspondiente habilidad social, el terapeuta empleará la técnica de modelado (Labrador, 2008). Para ello, hará una demostración a través de un ejemplo de cómo llevar a cabo la correspondiente habilidad social y después, a través de instrucciones, pedirá a los participantes que sean ellos mismos los que la pongan en práctica. Así, la fase de “practicar” se corresponde con realizar las instrucciones del terapeuta mediante un ensayo conductual. Una vez finalizado, para “moldear” el terapeuta dará retroalimentación a cada participante y reforzará aquellos aspectos positivos de la conducta social. Por último, para “mantener y generalizar”, los participantes practicarán entre ellos mediante ensayos conductuales las correspondientes habilidades sociales, modificando los ensayos para que éstas se adecúen a diferentes situaciones y ambientes sociales. Se pedirá a cada participante que proponga una situación a lo largo de la semana en la cual pueda poner en práctica las habilidades sociales para así fortalecer y generalizar su adquisición. Es muy importante a lo largo del proceso que tanto el terapeuta como los participantes, además de corregir los errores, se feliciten por aquellos aciertos que cometan.

Temporalización:

Estas actividades se llevarán a cabo a lo largo de seis sesiones de una hora y treinta minutos de duración cada una.

Módulo VI: ASERTIVIDAD (Grupal)

Objetivos:

- Explicar la diferencia entre agresividad – asertividad - sumisión de forma clara y sencilla.
- Adquirir y practicar las técnicas asertivas (disco rayado, acuerdo asertivo y banco de niebla).

- Adquirir los derechos asertivos.

Actividades:

Para explicar la diferencia entre agresividad – asertividad – sumisión, el terapeuta se servirá de la imagen que se recoge en el anexo 7. 7. Después, expondrá ejemplos de situaciones en las que se muestren las diferentes conductas de forma independiente. Posteriormente, pedirá a los participantes ejemplos de situaciones en las que se hayan comportado de manera agresiva o sumisa. El terapeuta señala cómo podrían llevar a cabo una conducta más asertiva en dichas situaciones a través de la técnica de modelaje (Labrador, 2008). Una vez realizada, pedirá a los participantes que sean ellos los que lleven a cabo la conducta asertiva mostrada por el terapeuta en dichas situaciones a través de un role-playing con el mismo. Una vez concluido, el terapeuta corregirá los fallos y reforzará aquellos aspectos de la conducta que se hayan realizado correctamente. Por último, los participantes llevarán a cabo un role-playing (Martín, 1992) entre ellos en el cual puedan poner en práctica cada uno de ellos una conducta asertiva. El terapeuta identificará y corregirá los fallos y reforzará aquellos aspectos de la conducta que se hayan realizado correctamente. Además, invitará a cada participante no solo a reforzarse entre ellos cada vez que lo hagan de manera correcta, sino también a autorreforzarse a uno mismo.

En cuanto a las técnicas asertivas (disco rayado, acuerdo asertivo y banco de niebla) (Caballo, 1983), en primer lugar el terapeuta explicará cada una de ellas de forma teórica y con ejemplos sencillos. Después, cada participante a través de un role-playing con el terapeuta pondrá en práctica cada una de las técnicas. El terapeuta aportará feedback y reforzará aquellos aspectos positivos, además de invitar a cada participante a poner en práctica el autorrefuerzo (Labrador, 2008). Por último, se realizarán estas técnicas entre los participantes mediante, una vez más, un role-playing. El terapeuta observará y una vez finalizado dará feedback a cada participante.

Para cumplimentar esta actividad el terapeuta repartirá a cada participante una lista con los derechos asertivos básicos (Torres, 1999) y realizará un coloquio con los participantes para resolver dudas o intercambiar opiniones.

Temporalización:

Estas actividades se llevarán a cabo a lo largo de tres sesiones de una hora y treinta minutos de duración cada una.

Módulo VII: AUTOESTIMA (Grupal)

Objetivos:

- Identificar las fortalezas y debilidades del menor.
- Potenciar las fortalezas y modificar (si es posible) las debilidades.
- Aumentar la autoestima del menor.

Actividades:

En primer lugar el terapeuta abordará y explicará las diferentes dimensiones que componen una persona (física, intelectual, capacidades, habilidades, psicológica, comportamientos, etc.). Después, se utilizará una hoja de registro en la que se resolverán las siguientes cuestiones con relación al menor: ¿qué me gusta de mí? ¿qué les gusta a mis padres de mí?; ¿Qué NO me gusta de mí? ¿qué NO les gusta a mis padres de mí?; ¿qué me gustaría cambiar? ¿qué les gustaría a mis padres que cambiara? Se debe señalar que las cuestiones referidas a los padres serán ellos mismos y no el menor las que las resuelvan. En el anexo 7. 8. se muestra un ejemplo de esta hoja de registro. Posteriormente se recogerán en una tabla todas las fortalezas (expuestas por el menor y por sus padres) y todas las debilidades (expuestas por el menor y por sus padres). Respecto a las fortalezas, cada participante aportará los motivos por los que han señalado esos aspectos positivos del menor. Respecto a las debilidades, éstas se dividirán en aquellos aspectos que se quieran mejorar o cambiar y aquellos aspectos que se desean eliminar. Así, se empleará una “lluvia de ideas” mediante la cual cada participante exponga diferentes formas a través de las cuáles el menor pueda mejorar, cambiar o eliminar sus debilidades.

Además, como complemento, se llevará a cabo una activación conductual a través de la programación de actividades gratificantes (Dimidjian y cols., 2006). Se recogerán en una lista las actividades que le gusta al menor practicar y se llevará a cabo una planificación a lo largo de la semana, de manera que los padre se comprometan a realizarlas de forma conjunta con el menor. Por tanto, deberán recogerse actividades grupales que involucren al menor y sus padres. El menor deberá cumplimentar un autorregistro en el cual se recoja: actividad realizada, nivel de gratificación de 0 (nada) a 5 (bastante) antes de realizar la actividad y nivel de gratificación de 0 a 5 después de realizar la actividad. En el anexo 7. 9. se muestra un ejemplo de este registro.

Temporalización:

Estas actividades se llevarán a cabo a lo largo de dos sesiones de una hora y treinta minutos de duración cada una.

Módulo VIII: CONTROL DE IMPULSOS (APRENDIZAJE INHIBITORIO) (Individual)

Objetivos:

- Aprender a identificar los impulsos sexuales.
- Adquirir control sobre los impulsos sexuales.
- Aprender a autorregularse a través de autoinstrucciones.
- Aprender a autorregularse a través de del entrenamiento en parada de pensamiento y “tiempo fuera”.

Actividades:

En primer lugar, el terapeuta debe definir con precisión qué son los impulsos sexuales y cómo reconocerlos. En cuanto a su reconocimiento, el menor puede servirse del análisis funcional de su conducta sexual desviada, para reconocer los impulsos sexuales a través de los pensamientos automáticos que aparecen en una situación determinada. En relación con la regulación emocional, en esta actividad para valorar el nivel de intensidad del impulso sexual el terapeuta explicará la técnica del “semáforo” (Gómez y Valencia, 2017). Aunque esta técnica está indicada para el autocontrol de la ira y el enfado, en este caso se empleará para que el menor aprenda a determinar el nivel de intensidad de su impulso sexual: leve (verde), moderada (ámbar) y elevada o “riesgo” (roja).

Una vez establecidos los diferentes niveles de intensidad, el terapeuta explicará cómo controlar los impulsos sexuales en los diferentes niveles. Respecto al nivel verde y ámbar (intensidad leve y moderada) se empleará el entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum y Goodman (1971). El terapeuta describe una situación como ejemplo y se modela a sí mismo dándose instrucciones en voz alta (modelado cognitivo). A continuación, el menor en la misma situación se modela a sí mismo bajo las instrucciones del terapeuta (guía externa). A continuación, se utiliza una situación del propio análisis funcional perteneciente al menor. Es conveniente que sea el propio menor agresor quien formule sus propias autoinstrucciones para regular sus impulsos. Así, una vez seleccionadas las autoinstrucciones adecuadas, con ayuda del terapeuta, el menor se modela a sí mismo utilizando sus autoinstrucciones en voz alta (autoguía manifiesta atenuada). El terapeuta refuerza los aciertos y corrige los fallos. Por último, en esa misma situación del análisis funcional, el menor se modela a sí mismo utilizando autoinstrucciones a través de un lenguaje interiorizado

(autoinstrucción encubierta). Este entrenamiento se llevará a cabo en un ambiente clínico seguro exponiendo al menor en imaginación (Fernández, García y Crespo, 2012) a sus situaciones del análisis funcional para poder llevar a cabo las autoinstrucciones. Una vez afianzado este entrenamiento, el menor agresor dispondrá de sus propias autoinstrucciones para controlar sus impulsos sexuales si se presenta una situación en vivo.

En cuanto al nivel de intensidad rojo (elevado o “riesgo”), éste se correspondería con el riesgo de llevar a cabo una conducta sexual inadecuada debido al nivel de intensidad tan alto de las emociones y pensamientos del menor. Por tanto, el terapeuta explicará la técnica de parada de pensamiento (Sanz y Aparicio, 2015). En primera instancia el terapeuta explicará en qué consiste esta técnica. Posteriormente, el menor establecerá la clave para poder “detener” esos pensamientos automáticos intensos. Puede ser decir la palabra “basta” en voz alta o llevar una goma de pelo en la muñeca, de manera que al estirla impacte contra la misma y producto la intensidad suficiente como para focalizar la atención en el dolor. Para poder llevar a cabo un entrenamiento adecuado, el terapeuta expondrá en imaginación (Fernández, García y Crespo, 2012) al menor agresor a una situación del análisis funcional y sus correspondientes pensamientos automáticos negativos, hasta que alcancen la intensidad suficiente como para llevar a cabo la parada de pensamiento.

Esta técnica actuaría a nivel cognitivo. A nivel emocional, el menor agresor llevará a cabo un control de la respiración diafragmática, explicado por el terapeuta durante el módulo de “Emociones”.

En caso de que la intensidad del impulso sexual sea tan elevada que ni la parada de pensamiento ni el control de la respiración diafragmática funcione, se utilizará el “tiempo fuera” (Gascó y Gimeno, 2016). El terapeuta explicará al menor agresor que si el nivel de intensidad es incontrolable, deberá abandonar la situación en la que se encuentre lo antes posible. Así, una vez fuera de esa situación, llevará a cabo el control de la respiración diafragmática junto con la técnica de autoinstrucciones explicada anteriormente. Al igual que antes, este entrenamiento se llevará a cabo exponiendo al menor agresor en imaginación a situaciones y pensamientos automáticos negativos tan intensos como para poder llevar a cabo el tiempo fuera.

Temporalización:

Estas actividades se llevarán a cabo a lo largo de cinco sesiones de una hora y treinta minutos de duración cada una.

Módulo IX: RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS (Grupal)

Objetivos:

- Aprender a identificar un problema.
- Aprender a resolver un problema.
- Aprender a tomar la mejor decisión posible respecto a la resolución de un problema.

Actividades:

Tal y como señala D'Zurilla y Nezu (1986) el proceso de resolución de problemas sigue una serie de pasos: orientación hacia el problema, definición del mismo, búsqueda de alternativas, evaluación de cada una de ellas y toma de decisiones y, por último, puesta en marcha y verificación de la solución. En primer lugar, antes de poner en práctica la orientación hacia el problema, el terapeuta debe explicar a los participantes tres directrices: tener un problema es normal, cualquier problema puede ser resuelto y todas las personas podemos aprender a solucionar correctamente los problemas. Una vez asentado este conocimiento, para poner en práctica la orientación hacia el problema el terapeuta propondrá una serie de ejemplos de situaciones ambiguas en las que el problema no esté del todo claro y serán los participantes de manera conjunta los que señalen dónde se encuentra el problema. El terapeuta aportará retroalimentación y feedback de manera grupal. Una vez identificado el problema, los participantes deberán aportar una definición del mismo. Para ello, D'Zurilla y Goldfried (1971) recomiendan emplear la estrategia del científico o el periodista, es decir, definir el problema con la mayor objetividad posible como si se tratara de una noticia periodística o una teoría científica de manera que cualquier otra persona ajena al leerlo supiera con exactitud la naturaleza del problema. Una vez identificado y definido el problema, los participantes deberán buscar soluciones plausibles y realistas al mismo de manera conjunta a través de una lluvia de ideas, bajo el pretexto: "la cantidad genera calidad". Una vez propuestas las alternativas al problema, para evaluar cada una de ellas deberán considerar de forma grupal qué efectos positivos y negativos producirán cada una de ellas. Una vez elegida la mejor alternativa, entendida ésta como aquella que tiene más "pros" y menos "contras", los participantes diseñarán de manera conjunta una puesta en práctica de la solución elegida. Para ello, definirán los pasos a seguir de manera conductual. Finalmente, si el resultado es satisfactorio el proceso finalizaría, sino, los participantes deberán evaluar de manera decreciente todo el proceso para detectar los errores y corregirlos.

Una vez aprendido el proceso, cada participante señalará un problema a nivel personal y de manera conjunta deberán resolverlo a través del proceso aprendido. El terapeuta deberá prestar especial atención en cuanto al feedback, retroalimentación y refuerzo hacia los participantes de manera grupal e individual.

Temporalización:

Estas actividades se llevarán a cabo a lo largo de aproximadamente cuatro sesiones de una hora y treinta minutos de duración cada una.

Módulo X: PIRÁMIDE DE RIESGO (Individual)

Objetivos:

- Identificar las situaciones de riesgo de emisión de la conducta sexual desadaptativa.
- Afrontar mediante estrategias adaptativas las situaciones de riesgo.

Actividades:

A lo largo de estas sesiones el terapeuta construirá, junto con el menor, una pirámide que englobe aquellas situaciones de riesgo de emisión de las conductas sexuales desadaptativas. Entre estas situaciones podemos destacar: el excesivo consumo de alcohol y drogas, dificultades laborales, ausencia de relaciones matrimoniales estables, estar en una situación en solitario con la víctima o con una posible víctima, etc. (Herrero, 2013). En el anexo 7. 10. se muestra un ejemplo de pirámide de riesgo. Una vez identificadas, se redactará un plan de contingencia para afrontar de manera eficaz los diversos tipos de situaciones en función de su riesgo de aparición. Este plan de contingencia incluirá aquellas técnicas de intervención aplicadas a lo largo del programa, como por ejemplo, la reestructuración cognitiva (Froján y Calero, 2011), el control de la respiración diafragmática (Labiano, 1996), las autoinstrucciones (Meichenbaum y Goodman, 1971), parada de pensamiento (Sanz y Aparicio, 2015), tiempo fuera (Gascó y Jimeno, 2016), etc.

Una vez detalladas las situaciones de riesgo y las estrategias de afrontamiento, el terapeuta deberá exponer al menor en imaginación (Fernández, García y Crespo, 2012) a cada una de las situaciones, de manera que se pueda crear el contexto apropiado en un clima seguro para la puesta en práctica de las estrategias aprendidas. Una vez aplicadas a cada situación, el terapeuta otorgará feedback al menor, corrigiendo sus errores y reforzando sus aciertos. Además, destacará la importancia de que en cualquier momento puede pedir ayuda psicológica sin que ello se considere un fracaso por parte del menor.

Temporalización:

Estas actividades se llevarán a cabo a lo largo de dos sesiones de una hora y treinta minutos de duración cada una.

5. DISCUSIÓN.

El programa para la prevención de los delitos sexuales en adolescentes está destinado principalmente a los menores de familias que hayan presentado las primeras conductas de agresión o abuso sexual hacia otro miembro de su misma familia. Para determinar los objetivos a intervenir se han recogido los principales factores de riesgo presentes tanto en los agresores sexuales juveniles como en los adultos. Para demostrar la idoneidad de intervenir, aunque de una forma más secundaria, con la familia del menor, se han recogido en el marco teórico las experiencias tempranas de los agresores sexuales tanto juveniles como adultos, las cuáles en su gran mayoría mostraban una gran influencia de su familia. Por tanto, se pretenden conseguir cambios terapéuticos a nivel cognitivo, emocional y conductual en el menor agresor principalmente, secundariamente en el resto de los miembros de su familia y, por último, en las relaciones y clima familiar.

Antes del comienzo del programa se aplicará una batería de instrumentos psicométricos (mencionados anteriormente), con fiabilidad y validez contrastada empíricamente. Una vez finalizado el programa, se aplicará la misma batería de instrumentos con la finalidad de evaluar el impacto de la intervención sobre los objetivos planteados. Para ello, una vez obtenidos todos los datos se llevará a cabo una comparación de medias a través de la prueba t de Student para medidas relacionadas (Hurtado y Silvente, 2012). Así, se esperan obtener diferencia de medias entre el pre y postratamiento y que la reducción de las puntuaciones en los instrumentos psicométricos venga dada por la intervención realizada. Principalmente se espera obtener cambios terapéuticos respecto a las creencias que justifican la agresión o el abuso sexual, respecto a la capacidad empática y por último, en cuanto al nivel de habilidades sociales y asertividad del menor.

El programa presenta una serie de limitaciones respecto a su aplicación en otros tipos de poblaciones. Por ejemplo, para aquellos menores que no dispongan de progenitores o adultos cercanos, el programa ha de sufrir modificaciones en cuanto al desarrollo en la aplicación de las técnicas de intervención psicológica, puesto que algunas de ellas están destinadas a la intervención grupal. De la misma forma ocurre para aquellos menores que solo cuenten con uno de los dos progenitores, puesto que aunque se puedan aplicar las técnicas de intervención de forma grupal con algunos reajustes, cabe la duda de si el cambio terapéutico

en el menor es mayor cuando ambos progenitores están presentes o por el contrario cuando solamente uno de los dos está presente. En estos casos, aunque el programa sea modificado y esté destinado precisamente al menor, no se alcanzarían aquellos cambios terapéuticos que se quieren conseguir de forma indirecta en la familia del menor y en el ambiente familiar del mismo.

Del mismo modo, puede ocurrir que el ambiente familiar esté tan desestructurado que el programa no se pueda aplicar de forma correcta. Por un lado, la intervención grupal se verá mermada por el clima familiar al no poder aplicar las técnicas de intervención de forma conjunta. Por otro lado, se deberá evaluar la idoneidad de plantear objetivos terapéuticos con los padres por separado, puesto que aunque se alcancen los principales objetivos terapéuticos con el menor agresor, la fortaleza y el mantenimiento de los mismos pueden verse gravemente afectadas debido a la situación familiar en el hogar, incluso puede ser que algunos miembros puedan sabotear de forma intencionada uno o varios objetivos.

No solo se debe evaluar la eficacia del programa respecto a la población a la que va dirigido, sino también respecto a su propio diseño. Tal y como se ha señalado, el programa está diseñado para la aplicación de una serie de módulos de forma individual y grupal respectivamente. Es preciso evaluar su eficacia respecto a este diseño puesto que, quizás, algunos módulos individuales consigan mayores cambios terapéuticos en el menor y su familia aplicados de forma grupal, o, por el contrario, que algunos módulos grupales tengan mayor repercusión en el menor y su familia aplicados de forma individual. Por otro lado, también puede ocurrir que tras la evaluación del menor y su familia, alguno/s de los módulos tengan que ser suprimidos debido a que no es necesario trabajar ese objetivo terapéutico. Por ejemplo, si tanto el menor como los miembros de su familia poseen habilidades suficientes de resolución de problemas, no será un objetivo terapéutico a trabajar, por lo que dicho módulo podrá ser suprimido.

Cabe destacar que el programa no contempla como objetivo trabajar la culpa y la vergüenza que, no sólo pueden aparecer en el menor como fruto de su conducta sexual inapropiada, sino también en el resto de sus familiares debido a su conducta (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2011). Por tanto, debido a que se trata de un objetivo terapéutico que puede estar presente tanto en el menor como en el resto de su familia, sería interesante en un futuro desarrollar un módulo específico de intervención grupal para abordar la culpa y la vergüenza, siempre y cuando estén presentes, por lo que también han de ser evaluadas a través de instrumentos psicométricos específicos.

Sin embargo, se debe señalar que el programa no sólo aborda los principales factores de riesgo presentes en agresores sexuales, tales como las creencias que justifican la agresión, el déficit en la capacidad empática y la ausencia de habilidades sociales (Day y cols., 2010; Hempel y cols., 2015; Merdian y cols., 2014; Semiatin, Murphy y Elliott, 2013; Brown, Harkins y Beech, 2012; Robinson y Rogers, 2005; Rich, 2009; White, Cruise y Frick, 2009; Leroux y cols., 2016), sino que también está diseñado para intervenir sobre otras áreas, tales como la autoestima o la capacidad de resolución de problemas, de modo que se provenga al menor de herramientas que completen su tratamiento para hacer frente a los principales factores de riesgo.

Además, tal y como se describía a lo largo de todo el programa, éste no solo pretende lograr cambios terapéuticos de forma directa en el menor, sino que también de forma indirecta en el resto de los miembros de su familia, en los lazos familiares entre los miembros y en el clima familiar. Así, el programa está diseñado desde la perspectiva cognitivo-conductual (al incluir técnicas de intervención de la misma) junto con la terapia sistémica, al resaltar el papel de la familia en cuanto a la aparición y mantenimiento de las conductas sexuales desadaptativas (Martínez, 2015).

El hecho de que el programa esté destinado a la prevención de las conductas sexuales desadaptativas lo hace aún más interesante, debido a que no sólo pretende reducir y eliminar estas conductas, además de evitar su consolidación, sino que además de intervenir in situ sobre los principales factores de riesgo que mantienen la conducta sexual desadaptativa, provee de estrategias terapéuticas eficaces al menor para que, en un futuro, si los factores de riesgo reaparecen sea capaz de poner en marcha dichas estrategias aprendidas o si se encuentra en una situación límite (por ejemplo, en solitario con una posible víctima) sea capaz de manejarla adecuadamente. Por tanto, al tratarse un programa de prevención, no solo implica una intervención de menor intensidad y un mejor pronóstico para el menor agresor, sino que también, y lo más importante, se habrá reducido el número de futuros agresores o abusadores sexuales y el número de víctimas de dichos delitos sexuales, así como el daño causado sobre las mismas (Arranz y cols., 2014).

6. REFERENCIAS.

- 20minutos - Últimas Noticias. (2020). *El programa 'Atura't' atiende en diez años a 167 jóvenes con medidas judiciales por agresiones sexuales*. [online] Disponible en: <https://www.20minutos.es/noticia/3339818/0/programa-aturat-atiende-diez-anos-167-jovenes-con-medidas-judiciales-por-agresiones-sexuales/> [Acceso 21 Feb. 2020].
- Abel, G. G., Gore, D., Holland, C. L., Camp, N., Becker, J. V. y Rathner, J. (1989). The measurement of the cognitive distortions of child molesters. *Annals of Sex Research*, 2, 135-153.
- Agnew, R. (2014). Social concern and crime: Moving beyond the assumption of simple self-interest. *Criminology*, 52(1), 1-32.
- Alberti, R., y Emmons, M. L. (1978). *Su derecho perfecto: una guía para comportamiento asertivo*. California: Impact.
- Andreu Nicuesa, A. C. (2014). *Patrones de abuso sexual infantil y su relación con características de personalidad* (disertación doctoral). Universidad de Valencia, Valencia, España.
- Arranz, M. J., Font, M. C., Sánchez, M. C., Ferrer, A. J., y Galumbo, E. R. (2015). Estudio descriptivo de 57 agresores sexuales adolescentes atendidos en el programa ATURAT de las Islas Baleares. *Infancia, juventud y ley: revista de divulgación científica del trabajo con menores*, (6), 59-67.
- Arranz, M. J., Font, M. C., Sánchez, M. C., Hernández, E. G., Ferrer, A. J., Galumbo, E. R., y Cifre, C. S. (2014). Programa ATURA'T: Evaluación y tratamiento para agresores sexuales adolescentes en las Islas Baleares. *Infancia, juventud y ley: revista de divulgación científica del trabajo con menores*, (5), 40-46.
- Ballester Arnal, R., Morales Sabuco, A., Orgilés Amorós, M., y Espada Sánchez, J. P. (2012). Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual. *Ansiedad y estrés*, 18(1), 31-41.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K., Sanz, J., y Valverde, C. V. (2011). *Inventario de depresión de Beck (BDI-II)*. España: Pearson.
- Benedicto, C., Roncero, D., y González, L. (2017). Agresores sexuales juveniles: tipología y perfil psicosocial en función de la edad de sus víctimas. *Anuario de Psicología Jurídica*, 27(1), 33-42.

- Brown, S., Harkins, L., y Beech, A. R. (2012). General and victim-specific empathy: Associations with actuarial risk, treatment outcome, and sexual recidivism. *Sexual Abuse, 24*(5), 411-430.
- Bulacio, J. M., Vieyra, M. C., Álvarez, C., y Benatuil, D. (2004). Uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. *XI Jornadas de Investigación, 1*(1), 1-6.
- Bustamante, P. Q. (2006). *Comparación de las dinámicas familiares en familias que presentan abuso sexual con otros tipos de familia* (disertación doctoral). Universidad de Chile, Chile, Latinoamérica.
- Caballo, V. E. (1983). Asertividad: definiciones y dimensiones. *Estudios de psicología, 4*(13), 51-62.
- Cale, J., Smallbone, S., Rayment-McHugh, S., y Dowling, C. (2016). Offense trajectories, the unfolding of sexual and non-sexual criminal activity, and sex offense characteristics of adolescent sex offenders. *Sexual Abuse, 28*(8), 791-812.
- Cañero, F. D. C. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Apuntes de psicología, 20*(3), 5-14.
- Castro, M. E., López-Castedo, A. y Sueiro, E. (2009). Sintomatología asociada a agresores sexuales en prisión. *Anales de Psicología, 25*(1), 55-51.
- Cervantes, S. C., Lagunes, I. R., Aragón, S. R., y Loving, R. D. (2010). Estandarización del inventario de asertividad de Gambrill y Richey-II. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica, 1*(29), 27-50.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of personality and social psychology, 44*(1), 113-126.
- Day, A., Casey, S., Ward, T., Howells, K. y Vess, J. (2010). *Transitions to better lives: Offender readiness and rehabilitation*. Londres: Taylor & Francis.
- Del Arco, C. R. G. N. (2005). Habilidades sociales, clima social familiar y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Liberabit, 11*(1), 63-74.
- Desbrow, J. M., Fernández, F. P., Gran, B. C., Lozano, M. P. G., y Cárdbaba, B. B. (2014). Factores de riesgo y de protección en menores infractores. Análisis y prospectiva. *Psychologia Latina, 1*(5), 11-20.

- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., ... & Atkins, D. C. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of consulting and clinical psychology, 74*(4), 658.
- D'zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of abnormal psychology, 78*(1), 107.
- D'Zurilla, T. J., y Nezu, A. M. (1986). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Echeburúa, E., y Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Psicología conductual, 19*(2), 469-486.
- Ellis, A., Grieger, R., y Marañón, A. S. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva* (Vol. 2). Barcelona: Desclée de Brouwer.
- Fergusson, D. M., McLeod, G. F., y Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child abuse & neglect, 37*(9), 664-674.
- Fernández, M. Á. R., García, M. I. D., y Crespo, A. V. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*, 194-216. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernández, N. M., y Sanz, L. V. (2014). Conducta de agresión sexual: Revisión de la literatura y propuesta de análisis mediante el modelo de triple riesgo delictivo. *International e-journal of criminal sciences, 3*(8), 3-32.
- Finkelhor, D. (2008). *Childhood victimization: Violence, crime, and abuse in the lives of young people*. Nueva York: Oxford University Press.
- Fiscalía General del Estado (2019). *Memoria de la actividad del Ministerio Fiscal 2018*. Centro de Estudios Jurídicos. Ministerio de Justicia.
- Froján Parga, M. X., y Calero Elvira, A. (2011). Guía para el uso de la reestructuración cognitiva como un procedimiento de moldeamiento. *Psicología conductual, 19*(3), 659-682.
- Galumbo, E. R., Calleja, M., Arranz, M. J., Carrero, M., Arias, N., Flaquer, C., y Tarancón, J. (2017). Empatía en agresores sexuales adolescentes. *Infancia, juventud y ley: revista de divulgación científica del trabajo con menores, 8*(8), 7-10.

- Gambrill, E. y Richey, C. (1975). An Assertion Inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6, 550-561.
- Garrido, V., Stangeland, P., y Redondo, S. (2006). Delitos y Delincuentes Sexuales. *Principios de criminología*, 603-638.
- Gascó, J. S., y Gimeno, C. P. (2016). *Domando al dragón*. Madrid: Alianza Editorial.
- Gómez, M. C. A., y Valencia, J. (2017). Estrategias para potenciar la inteligencia emocional en educación infantil: aplicación del modelo de Mayer y Salovey. *Tendencias pedagógicas*, (30), 175-190.
- González, E. G. (2000). *Escala de habilidades sociales (EHS)*. Madrid: TEA.
- Gunby, 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.
- Hamby, S., Finkelhor, D., y Turner, H. (2012). Teen dating violence: Co-occurrence with other victimizations in the National Survey of Children's Exposure to Violence (NatSCEV). *Psychology of violence*, 2(2), 111-124.
- Hempel, I. S., Buck, N. M. L., van Vugt, E. S., y van Marle, H. J. C. (2015). Interpreting child sexual abuse: Empathy and offense-supportive cognitions among child sex offenders. *Journal of child sexual abuse*, 24(4), 354-368.
- Herrero, N. S., y Mendaza, S. S. (2011). Agresores sexuales juveniles: ¿existe un tratamiento eficaz? *Boletín criminológico*, 27(1), 33-42.
- Herrero, O. (2013). ¿Por qué no reincide la mayoría de los agresores sexuales? *Anuario de psicología jurídica*, 23, 71-77.
- Hollin, C. R., y Palmer, E. J. (2009). Cognitive skills programmes for offenders. *Psychology, Crime & Law*, 15(2-3), 147-164.
- Hulme, P. A., y Middleton, M. R. (2013). Psychosocial and developmental characteristics of civilly committed sex offenders. *Issues in mental health nursing*, 34(3), 141-149.
- Hurtado, M. J. R., y Silvente, V. B. (2012). Cómo aplicar las pruebas paramétricas bivariadas t de Student y ANOVA en SPSS. Caso práctico. *Reire*, 5(2), 83-100.

- Illescas, S. R., y Mangot, Á. (2017). Génesis delictiva y tratamiento de los agresores sexuales: una revisión científica. *Revista electrónica de Ciencias Criminológicas*, (2), 1-4.
- Instituto Nacional de Estadística. (2019). INEbase [en línea]. Madrid: INE. [Consulta: 27 noviembre 2019].
- Labiano, L. M. (1996). La técnica de la respiración: Aportes psicoterapéuticos. *Salud Mental*, 19(4), 31-35.
- Labrador, F. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Leroux, E. J., Pullman, L. E., Motayne, G., y Seto, M. C. (2016). Victim age and the generalist versus specialist distinction in adolescent sexual offending. *Sexual Abuse*, 28(2), 79-95.
- Mancini, C., Reckdenwald, A., y Beauregard, E. (2012). Pornographic exposure over the life course and the severity of sexual offenses: Imitation and cathartic effects. *Journal of Criminal Justice*, 40(1), 21-30.
- Maniglio, R. (2012). The role of parent–child bonding, attachment, and interpersonal problems in the development of deviant sexual fantasies in sexual offenders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 13(2), 83-96.
- Marshall, W. L. y Marshall, L. E. (2014). The paraphilias. En S. G. Hofmann, D. J. A. Dozois, W. Rief y J. A. J. Smits (Eds.). *The Wiley handbook of cognitive behavioral therapy* (1-3) (pp. 673-701). Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Marshall, W. L., Laws, D. R., y Barbaree, H. E. (Eds.). (2013). *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. Nueva York: Springer Science & Business Media.
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., y Kingston, D. A. (2011). Are the cognitive distortions of child molesters in need of treatment? *Journal of Sexual Aggression*, 17(2), 118-129.
- Martín, X. (1992). El role-playing, una técnica para facilitar la empatía y la perspectiva social. *Comunicación, lenguaje y educación*, 4(15), 63-68.
- Martínez, F. E. G. (2015). *Terapia sistémica breve*. Santiago de Chile: RIL editores.
- Martínez-Catena, A., y Redondo, S. (2016). Etiología, prevención y tratamiento de la delincuencia sexual. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26(1), 19-29.
- McGrath, K. (2018). Intervención terapéutica con agresores sexuales. Ponencia presentada al Curso de verano Ararteko sobre Abuso Sexual Infantil. Donostia, España.

- Meichenbaum, D. H., y Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. *Journal of abnormal psychology*, 77(2), 115-126.
- Méndez, F. X. (1998). *El niño que no sonríe: estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. Madrid: Anaya.
- Merdian, H. L., Curtis, C., Thakker, J., Wilson, N., y Boer, D. P. (2014). The endorsement of cognitive distortions: Comparing child pornography offenders and contact sex offenders. *Psychology, Crime & Law*, 20(10), 971-993.
- Merino, C. (2012). Forma breve del SPSI-R: Análisis preliminar de su validez interna y confiabilidad. *Terapia psicológica*, 30(2), 85-90.
- Moos, R. H., Moos, B. S., y Trickett, E. J. (1995). Escalas de clima social. Manual. *Publicaciones de Psicología Aplicada, serie menor*, 132. Chile: TEA ediciones
- Mueser, K. T., Wallace, C. J., y Liberman, R. P. (1995). New developments in social skills training. *Behaviour Change*, 12(1), 31-40.
- Noguerol, V. (2010). *Agresiones sexuales*. Madrid: Síntesis.
- Núñez, A., Tortolero, Y., Verschuur, A., Camacaro, M. y Mendoza, S. (2008). Violencia sexual. Un fenómeno oculto en la experticia médico legal. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 68(4), 233-239.
- Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Nota descriptiva N°. 239. Actualización de septiembre de 2011. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011. De esto no tengo ni idea pero creo que deberían aparecer autores.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., y Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, 51(6), 768-774.
- Pérez Ramírez, M., Martínez García, M., y Redondo Illescas, S. (2007). Evaluación y predicción del riesgo de reincidencia en agresores sexuales. Barcelona: Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada. Generalitat de Catalunya.
- Pérez, J. I. R., y Rodríguez, Z. Y. C. (2016). Distorsiones cognitivas: diferencias entre abusadores sexuales, delincuentes violentos y un grupo control. *Criminalidad*, 58(2), 141-156.
- Pinto, B., y Aramayo, S. (2010). Estructura familiar de agresores sexuales. *Ajayu*, 8(1), 61-92.

- Pollini, G., Micheff, M., y Better, M. P. (2009). Estudio exploratorio: uso del debate cognitivo en Terapia Cognitiva-Conductual. *Revista de Psicología da IMED*, 1(1), 72-81.
- Porter, S., Newman, E., Tansey, L., y Quayle, E. (2015). Sex offending and social anxiety: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 24, 42-60.
- Redondo, S., Martínez-Catena, A., y Luque, E. (2014). Eficacia terapéutica del programa de control de la agresión sexual (PCAS) aplicado a los centros penitenciarios españoles. *VII Jornadas de ATIP Almagro*, 63-80.
- Redondo, S., Pérez, M., Martínez, M., Benedicto, C., Roncero, D., y León, M. (2012). Programa de tratamiento educativo y terapéutico para agresores sexuales juveniles. *Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor*. Recuperado de [http://www. bit. ly/ARRMI-ProgramaAgresoresSexuales](http://www.bit.ly/ARRMI-ProgramaAgresoresSexuales).
- Rey, A., y César, A. (2008). Habilidades pro sociales, rasgos de personalidad de género y aceptación de la violencia hacia la mujer, en adolescentes que han presenciado violencia entre sus padres. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(1), 107-118.
- Rich, P. (2009). *Juvenile sexual offenders: A comprehensive guide to risk evaluation*. Canadá: John Wiley & Sons, Inc.
- Robinson, E. V., y Rogers, R. (2015). Empathy faking in psychopathic offenders: The vulnerability of empathy measures. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37(4), 545-552.
- Salvo, L., y Castro, A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(4), 245-254.
- Sanz, M. T. R., y Aparicio, T. S. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual en depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente. *Análisis y Modificación de Conducta*, 39, 17-23.
- Schwarz, A., y Schwarz, A. (2017). *Relajación muscular progresiva de Jacobson*. Madrid: Hispano Europea.
- Semiatin, J. N., Murphy, C. M., y Elliott, J. D. (2013). Observed behavior during group treatment for partner-violent men: Acceptance of responsibility and promotion of change. *Psychology of Violence*, 3(2), 126-139.

- Seto, M. C., y Eke, A. W. (2015). Predicting recidivism among adult male child pornography offenders: Development of the Child Pornography Offender Risk Tool (CPORT). *Law and human behavior, 39*(4), 1-14.
- Seto, M. C., y Lalumière, M. L. (2010). What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychological bulletin, 136*(4), 526-575.
- Skuse, D., Bentovim, A., Hodges, J., Stevenson, J., Andreou, C., Lanyado, M., New, M., Williams, B., y McMillan, D. (1998). Risk factors for development of sexually abusive behaviour in sexually victimised adolescent boys: cross sectional study. *Bmj, 317*, 175-179.
- Torres, M. E. (1999). *Asertividad y escucha activa en el ámbito académico*. México: Trillas.
- Vera-Villaruel, P. E., y Guerrero, Á. (2003). Diferencias en habilidades de resolución de problemas sociales en sujetos optimistas y pesimistas. *Universitas psychologica, 2*(1), 21-26.
- White, S. F., Cruise, K. R., 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 & the Law, 27*(6), 910-928.
- Worling, J. R. (1995). Sexual abuse histories of adolescent male sex offenders: Differences on the basis of the age and gender of their victims. *Journal of abnormal psychology, 104*(4), 610-613
- Zurbriggen, E. L., Gobin, R. L., y Freyd, J. J. (2010). Childhood emotional abuse predicts late adolescent sexual aggression perpetration and victimization. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 19*(2), 204-223.

7. ANEXOS.

7. 1. Ejemplo de ilustraciones utilizadas para explicar el aparato reproductor masculino y femenino y su funcionamiento.

Figura 1

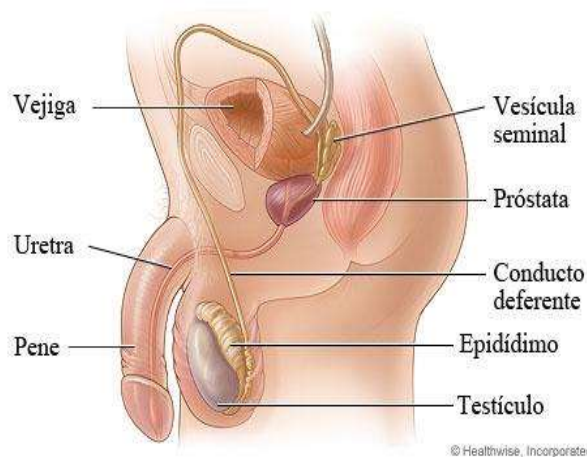
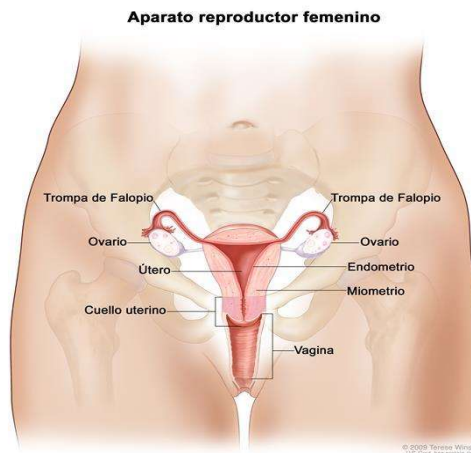


Figura 2



7. 2. Ejemplos de conductas afectivas y sexuales.

Figura 3

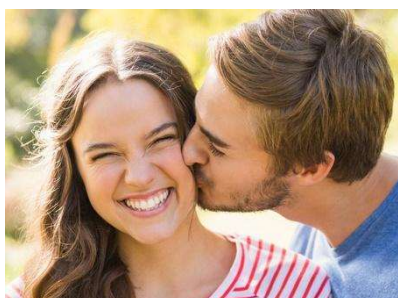


Figura 4



Situación 1: “Si tengo una fantasía sexual y empiezo a masturbarme... ¿se trata de una conducta sexual o afectiva?”.

Situación 2: “Cuando dos personas realizan el coito, ¿se trata de una conducta sexual o afectiva?”.

Situación 3: “Si mi papá o mi mamá me pide un beso, ¿se trata de una conducta sexual o afectiva?”.

7. 3. Ejemplos de conductas sexuales adaptativas y desadaptativas.

Situación 1: “Javier obliga a Lourdes a tener sexo con él, a pesar de que a ella no le apetece”.

¿Adaptativa o desadaptativa?

Situación 2: “Pablo hace comentarios de carácter sexual hacia Laura cuando ella no los ha pedido”. ¿Adaptativa o desadaptativa?

Situación 3: “Javier está practicando sexo con Ana y se quitó el preservativo sin que ella se entere”. ¿Adaptativa o desadaptativa?

Situación 4: “Marcos está practicando sexo con María y le pregunta si le apetece probar algo diferente, su respuesta es negativa, así que Marcos lo acepta y no insiste más”. ¿Adaptativa o desadaptativa?

Situación 5: “Juan está practicando sexo con Lucía y le pregunto si está cómoda, su respuesta es negativa, pero aun así Juan decide seguir”. ¿Adaptativa o desadaptativa?

7. 4. La “Tarta de los sentimientos” (Méndez, 1998).

Figura 5



7. 5. Ejemplo del modelo A – B – C (Ellis y cols., 1990).

Situación:	Pensamiento.	Emoción.	Conducta.
la empresa devuelve un informe que			

había pedido a sus
empleados para que
lo hagan otra vez.

Juan. “No tengo tiempo suficiente para volver a hacerlo otra vez... no se cómo lo voy a conseguir... no puedo hacerlo...”.
Ansiedad.
Nerviosismo.

Irse de la oficina al
gimnasio para
despejarse.

Laura. “No entiendo por qué nos hace repetirlo, es injusto... he trabajado un montón como para que ahora lo tenga que volver a hacer... quién se cree que es”.
Enfado.
Ira.

Rompe la copia del
informe que les ha
entregado el jefe,
recoge sus cosas y se
va a casa.

María. “Es verdad que el informe contaba con algunos fallos... nos está dando la oportunidad de volver a hacerlo bien... se preocupa por nuestro trabajo y quiere que salga bien... es otra oportunidad de volver a hacer bien las cosas”.
Tranquilidad.
Motivación.

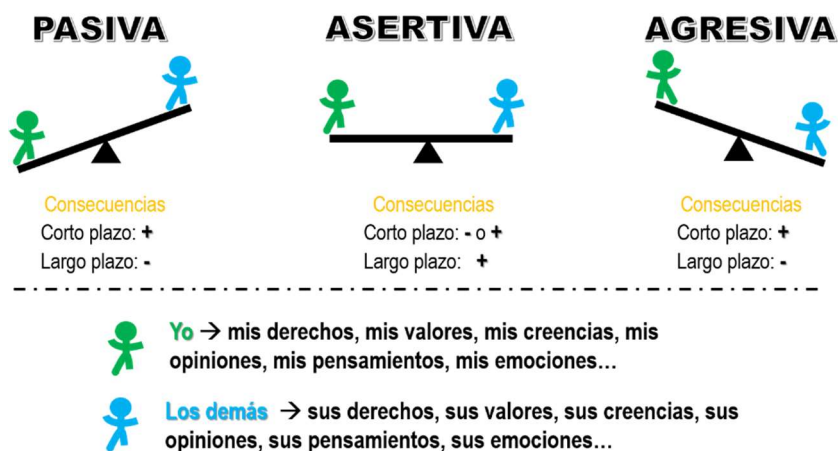
Recoge la copia del
informe y corrige los
fallos cometidos.

7. 6. Testimonio de una víctima de agresión sexual.

https://www.youtube.com/watch?v=E-wTR_VINcs

7. 7. Figura explicativa de la agresividad, asertividad y sumisión.

Figura 6



7. 8. Hoja de registro para la autoestima y autoconcepto.

¿Qué ME GUSTA de mí?	¿Qué les gusta a MIS PADRES de mí?	¿Qué NO ME GUSTA de mí?
¿Qué NO les gusta a MIS PADRES de mí?	¿Qué me gustaría CAMBIAR?	¿Qué NO me gustaría CAMBIAR?

7. 9. Autorregistro para actividades gratificantes.

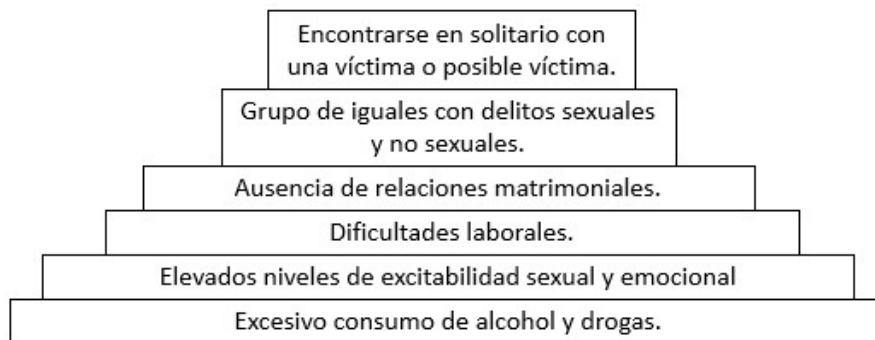
Actividad.	Nivel de gratificación ANTES	Nivel de gratificación
------------	------------------------------	------------------------

	de hacerla.	DESPUÉS de hacerla.

7. 10. Ejemplo de pirámide de riesgo.

Las siguientes situaciones se posicionan en función, aproximadamente, de su riesgo de aparición (de mayor a menor).

Figura 7



Fuente: Elaboración propia.