PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO GRUPAL DE AGRESORES SEXUALES JÓVENES NO INSTITUCIONALIZADOS

Luz Stella Rodríguez Mesa

El protocolo presentado propone una guía de intervención para el tratamiento psicológico grupal de agresores sexuales jóvenes no institucionalizados. Consta de 8 sesiones, para cada una de ellas se especifica duración, objetivo, desarrollo, materiales y una breve guía dirigida al psicólogo que desarrolla la sesión. Este protocolo se basa en una perspectiva cognitivo-conductal de la delincuencia, se centra en generar en los participantes habilidades cognitivo- conductuales y se focaliza en necesidades criminógenas dinámicas. El protocolo esta soportado en el marco teórico empírico presentado y la experiencia profesional de cinco años en intervención terapéutica con agresores sexuales menores de edad remitidos por Juzgados de Menores Colombianos y del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Palabras clave**:** protocolo, agresores sexuales jóvenes, terapia de grupo, cognitivo conductual, tratamiento.

* Psicología jurídica. Presidente Asociación Colombiana de Criminología. Correspondencia relacionada con este escrito por favor enviarla a luzstellarodriguez@gmail.com

Protocolo para el tratamiento grupal de agresores sexuales jóvenes

Para el desarrollo del marco de referencia de esta investigación se ha recurrido a la revisión de literatura científica de aspectos como: Características de los programas de tratamiento para delincuentes basados en la terapia cognitivo-conductual; Características de tratamientos cognitivo conductuales con agresores sexuales y Características de tratamientos cognitivo conductuales con agresores sexuales jóvenes. Lo anterior, con la finalidad que el protocolo de intervención grupal para agresores sexuales jóvenes que propone esta investigación cuente con elementos que se puedan evidenciar en la efectividad del tratamiento.

Características de los programas de tratamiento para delincuentes basados en la terapia cognitivo-conductual

Un estudio de meta-análisis sobre los programas efectivos aplicados en Europa para delincuentes, realizado por Redondo, Sánchez y Garrido (2001) concluyó que los programas que mas efectividad muestran en el tratamiento de delincuentes son los basados en los modelos de la terapia cognitivo conductual, esta conclusión ya había arrojada por otros estudios citados en Redondo (2001) como los de Gendreau y Ross (1979), Ross y Fabiano (1985), Ross et al. (1990), Andrews et al. (1990), Palmer (1992), McGuire (1992), Lösel (1995a,b, 1996) y Redondo et al. (1997).

De acuerdo con Redondo (2002) dentro de las terapias cognitivo-conductuales se inscribe el mayor número de programas aplicados con los delincuentes, tanto en Europa como en Norteamérica.

Garrido, López y Ross (2001) indican en su investigación sobre las características de los programas efectivos en la rehabilitación de delincuentes, que dichos programas estuvieron basados en el modelo cognitivo-conductual, de forma estructurada y con un amplio soporte teórico, incluían dentro de las estrategias terapéuticas el juego de roles, el modelado y el entrenamiento cognitivo en habilidades sociales y su objetivo era la intervención sobre las características de los delincuentes que estaban relacionadas con la reincidencia.

Protocolo para el tratamiento grupal de agresores sexuales jóvenes

En las conclusiones presentadas por Gorman y Tolan (2002), los tratamientos efectivos son aquellos que se estructuran y concentran en la modificación del comportamiento, los que se buscan modificar las cogniciones y actitudes sobre la violencia, los que favorecen la enseñanza de habilidades y a los que se les realiza seguimiento. De igual forma los autores señalan que los programas pueden ser efectivos en medios abiertos u orientados hacia un contexto comunitario y que pueden ser eficaces en delincuentes que no estén motivados para el cambio y que no sean voluntarios como aquellos remitidos por orden judicial por la comisión de un delito.

Estudios realizados por Redondo (2001), señalan que en cuanto al contexto del tratamiento, se evidencia mejor efectividad de los tratamientos en instituciones abiertas que en reformatorios y prisiones para jóvenes delincuentes.

Entre la revisión de los principales programas cognitivo conductuales en la intervención con delincuentes se encuentran:

El programa de pensamiento lateral de Bono, 1981 (citado en Redondo 2002), tiene énfasis en el desarrollo del "pensamiento lateral", descrito como un pensamiento creativo ante la presentación de una situación problemática o una tarea a nivel intelectual. Este pensamiento lateral o creativo se utiliza para resolver problemas, ya que permite generar nuevas ideas y reemplaza al pensamiento convencional, ya que este último tiende a inhibir la producción de ideas y soluciones innovadoras debido a su dependencia de patrones conceptuales fijos. La base para la aplicación de este programa con delincuentes radica en que las investigaciones evidencian que muchos de ellos presentan en un patrón general de pensamiento rígido, incapaz de analizar soluciones alternativas a los problemas interpersonales.

La terapia de aprendizaje estructurado de Goldstein, 1982 (Redondo 2002) parte del supuesto que problemas de conducta son el resultado de la carencia de habilidades sociales básicas, por tanto el programa se centra en el entrenamiento en habilidades sociales utilizando técnicas como instrucciones, modelado, juego de roles y retroalimentación. Se trabaja a partir del modelado de conducta donde los profesionales se centran en contribuir a

la adquisición de las habilidades por medio del juego de roles y retroalimentación positiva de todo el grupo.

El programa T.I.P.S., de solución de problemas interpersonales planteado por Platt y Doume, 1984 (Redondo 2002) tiene énfasis en los procesos de pensamiento adaptativos como requisitos básicos del ajuste psicológico, por tanto se orienta a que los delincuentes aprendan alternativas amplias (estrategias generales) de comportamientos con las que enfrentarse positivamente a una gran variedad de situaciones problema. El programa se centra en enseñar y fortalecer habilidades cognitivas como sensibilizar frente al reconocimiento de los problemas interpersonales; optimizar la capacidad para relacionar causa y efecto espontáneamente; optimizar la capacidad para ver las consecuencias posibles de las acciones; entrenar en la habilidad para generar soluciones alternativas; entrenar en la habilidad para evaluar los medios paso a paso con la finalidad de alcanzar metas concretas.

Cohen, 1985 (citado en Garrido, 1994) refiere que los elementos que caracterizan a la terapia cognitiva empleada en el tratamiento de delincuentes son: énfasis en el control de la propia vida, la interrelación entre aspectos cognitivos, emocionales y comportamentales en el funcionamiento cotidiano, la conducta orientada hacia metas las cuales son moduladas por las cogniciones sobre el contexto social en el que habita.

El programa terapia de educación moral MRT de Little y Robinson, 1988 (citado en Allen, Mackensie, y Hickman, 2001), se diseño basado el la teoría del desarrollo moral de Kohlberg, considerando que los delincuentes se encuentran en un estado bajo por tanto escogen el comportamiento inadecuado o incorrecto y tienden a evaluar situaciones con criterios egocéntricos, de forma que se considera que aumentando el nivel de razonamiento moral los delincuentes reducirán la reincidencia. Little y Robinson, 1988 (citados en Wilson, Allen y Mackensi 2005) plantean que los delincuentes tienen bajos niveles de desarrollo moral, son narcisistas, tiene un autoconcepto pobre, baja autoestima, buscan gratificación inmediata, y son resistentes al cambio y al tratamiento. Su programa es estructurado, tiene un manual donde se explican los ejercicios y dinámicas de las sesiones grupales, se trabaja con 10 o 15 agresores en sesiones de 1 a 2 horas usualmente dos veces por semana. Se puede manejar como programa de 12 o 16 pasos, considerando el

incremento en el razonamiento moral. Se ha trabajado tanto en población carcelaria como en delincuentes que se encontraban en libertad provisional.

El programa de competencia psicosocial razonamiento y rehabilitación (R&R) de Ross y Fabiano, 1985 (citado en Wilson, 2005), está basado en la premisa que los delincuentes tienen déficit en competencias sociales y cognitivas, por tanto se centra en el incremento del autocontrol, las modificaciones en los estilos cognitivos, la resolución de problemas interpersonales, empatía, el razonamiento crítico y los valores, considerando que dentro de las necesidades de los delincuentes se encuentra la modificación del pensamiento impulsivo, egocéntrico, ilógico y rígido que se maneja, enseñando a detenerse y pensar, considerar las consecuencias y buscar alternativas de solución ante situaciones problema, así como la consideración acerca de las condiciones e implicaciones de los comportamientos sobre los otros, especialmente las víctimas. El programa se estructura en 35 sesiones, de 8 a 12 semanas dependiendo de la cantidad de sesiones por semana, se trabaja en grupos de 6 a 8 personas de 1 a dos horas, utilizando juegos, presentaciones videos, ejercicios de razonamiento, juego de roles, modelado, retroalimentación, y estrategias y técnicas de discusión grupal.

El programa de entrenamiento en habilidades de afrontamiento de Kadden y cols, 1989, (citado en Godoy y Esteban, 2005), desarrollado en medio abierto o ambulatorio, en 26 sesiones de 1 hora y media, en el que la atención grupal se centra en el aprendizaje de habilidades interpersonales, solución de problemas, control de la ira, control del consumo de bebida y el entrenamiento en relajación, así como la identificación y el manejo de situaciones que pueden suponerles un alto riesgo para la recaída, utilizando presentaciones didácticas, ensayos conductuales tanto en el grupo como ejercicios en casa.

Prince, County y Maryland, 1994 (citados por De Paúl Ochotorena y Arruabarrena Madariaga, 1995) basan su intervención en la teoría del apego, considerando que el abuso de la ira es el origen de los golpes y el abuso infantil, por tanto propone que los agresores sean orientados mediante la técnica de reestructuración cognitiva HEALS que busca reemplazar el daño por compasión hacia uno mismo, la pareja y los hijos o niños. Dicho programa se trabaja en sesiones de 2 horas donde se orienta en regulación emocional,

fortalecimiento de autoestima y autoconcepto, generación de empatía, habilidades de comunicación y solución de problemas, estructuración de proyecto de vida.

El programa para tratamiento de personas que ejercen el maltrato intrafamiliar de Fernández-Montalvo y Echeburua (1997) donde se evalúan las condiciones de los sujetos y el reconocimiento de la responsabilidad de los eventos agresivos, se trabaja a nivel individual en 1 hora semanal durante 15 sesiones, las sesiones están enfocadas en el control de la ira, la reducción de la ansiedad y del consumo abusivo de alcohol, control de la conducta de celos, mejorar la autoestima, la asertividad, las habilidades sociales, la resolución de conflictos, eliminar las ideas irracionales frente a la mujer y del uso de la violencia, utilizando técnicas como: entrenamiento en relajación, distracción cognitiva, reestructuración cognitiva, entrenamiento en auto instrucciones, asertividad, habilidades sociales, habilidades de comunicación, solución de problemas.

El programa del pensamiento prosocial propuesto por Garrido y López (2005) muestra como componentes principales: a) el autocontrol para enseñar al sujeto a detenerse antes de actuar y evaluar las consecuencias de sus decisiones, a la par de usar técnicas cognitivas para controlar sus emociones y comportamientos; b) la meta-cognición: que enseña al sujeto a reflexionar y valorar de forma crítica su pensamiento y entender como este puede guiar su conducta y emociones; c) entrenamiento en habilidades sociales. enseñando al sujeto a interactuar de forma asertiva socialmente utilizando el preentrenamiento, el modelado, el juego de roles, la realimentación y la transferencia; d) habilidades cognitivas de resolución de problemas interpersonales: para aprender a analizar los problemas interpersonal desde una perspectiva donde entienda y evalué los sentimientos y comportamientos de los demás, valorando como su comportamiento afecta a los otros; e) pensamiento creativo o lateral: para que el sujeto pueda pensar en alternativas de respuesta que favorezcan las conductas prosociales ante una situación problema; f) razonamiento crítico: para que aprenda a pensar de manera lógica, objetiva y racional, evitando distorsionar los sucesos o utilizar un locus de control externo; g) toma de perspectiva social: para aprender a tener en cuenta los sentimientos, pensamientos y acciones de las demás personas, haciendo énfasis en el desarrollo de la empatía; h) mejora de los valores:

para que modifique su egocentrismo; i) manejo emocional: para controlar y evitar respuestas emocionales exacerbadas.

En resumen los programas que se fundamentan en el modelo cognitivo-conductual, utilizan técnicas que priorizan como herramienta el enseñar a los delincuentes habilidades para que su interacción con el medio sea asertiva y no sea violenta. Para esto hacen énfasis en que el delincuente incorpore a su repertorio habilidades que le permitan prevenir involucrarse en problemas y que en caso de involucrarse en los mismos le permitan al mismo resolverlos asertivamente. Este conjunto de programas abarcan un amplio rango de aspectos conductuales, cognitivos y emocionales.

Características de tratamientos cognitivo conductuales con agresores sexuales

Redondo (2006) realiza una descripción acerca de las cambios que se han presentado en los programas de tratamiento desarrollados con delincuentes sexuales, indicando que las intervenciones en los años 60 estaban orientadas a intentar normalizar las preferencias sexuales de los sujetos, partiendo de la base que la motivación sexual era el origen primario de estos delitos y que las preferencias sexuales del delincuente se delimitaban exclusivamente a aquellos actos desviados que llevaba a cabo de manera persistente. A principios de los años 70, con la propuesta de intervención de Marshall, se plantean programas de rehabilitación que proponen que se entrene a los delincuentes sexuales en habilidades sociales y de interacción que les facilitaran las interacciones sexuales con adultos con la finalidad de que orientaran sus preferencias sexuales hacia ellos. Además de la orientación en el cambio de preferencias sexuales y en el fortalecimiento de habilidades interpersonales, se trabajó en la modificación de "distorsiones cognitivas" considerando que éstas facilitan que los delincuentes sexuales malinterpretaran las señales sociales, negaran los hechos, minimizaran las consecuencias de los mismos y atribuyeran su responsabilidad a factores externos. Posteriormente, en los años ochenta se comenzaron a incorporar los conceptos de prevención de recaída que habían sido introducidos en el campo de las adicciones por Alan Marlatt y sus colaboradores y en los años noventa, los programas cognitivo conductuales establecieron

como objetivos terapéuticos el incremento de la autoestima, la enseñanza de las habilidades para entablar relaciones de intimidad, la generación de empatía y la enseñanza de habilidades de afrontamiento ante situaciones problemáticas.

Los tratamientos se han centrado en que los agresores sexuales reconozcan la gravedad de sus actos en tanto que evalúen consecuencias personales pero especialmente para las otras personas (víctimas), que se abstengan de cometer nuevas agresiones y que puedan reintegrarse a la sociedad de forma constructiva. Uno de los principales inconvenientes con los tratamientos para lo agresores sexuales radica en la escasa motivación para el cambio de conducta y en consecuencia para la terapia, como señalan Echeburua y Guerreca-Echevarria (2000) si bien algunos agresores buscan ayuda terapéutica por los problemas emocionales la mayoría lo hace por obligación en tanto que se presenta orden judicial, presión familiar o social, de forma que tienden a abandonar el proceso o su motivación es baja. De igual forma cuando se trata de población carcelaria, el tratamiento terapéutico presenta algunas dificultades como las señaladas por Garrido y cols (1994), quienes señalan como dificultades principales la masificación sin consideración de las necesidades de los grupos, las restricciones que implican algunas de las medidas de seguridad, la dificultad para involucrar al personal en objetivos comunes, la baja motivación de los internos, la hostilidad del resto de población carcelaria, las dificultades en el reforzamiento de algunas conductas.

Aun cuando se presentan dificultades, Garrido y cols (1994) indican que se han presentado programas exitosos, los cuales tienen algunas características comunes que incluyen tratamientos multifacéticos que cubren amplia variedad de técnicas asociadas a la problemática de los sujetos, son intensivos y de larga duración (varios años), incluyen la prevención de recaídas como componente principal, se adaptan a las características especificas de cada sujeto, implican entrenamiento para los terapeutas que desarrollan el programa. Redondo (2006), además señala que se entrena a los agresores sexuales en habilidades sociales específicas para que aprendan a inhibir las conductas delictivas y adquieran habilidades de comunicación necesarias para establecer relaciones sexuales

adultas y consentidas, y que el tratamiento suele tener un carácter voluntario, aunque la participación del sujeto en un tratamiento suele ser recompensada

Redondo (2006) describe el modelo estándar aplicado por Marshall y su equipo, el cual es fundamento originario de la mayoría de los programas aplicados actualmente. En este formato estándar el programa cognitivo-conductual se realiza en terapia de grupo, con 8-10 participantes. Se inicia con una evaluación de las necesidades de tratamiento y el riesgo de reincidencia, haciendo una clasificación en tres posibles programas: alto, moderado y bajo. Siendo necesario que aquellos que tienen necesidades y riesgo alto reciban un tratamiento más prolongado e intenso en aras de aumentar la seguridad pública.

El programa maneja las siguientes técnicas: a) fortalecimiento de autoestima: se les anima a identificar sus cualidades positivas, a que mejoren su apariencia externa, amplíen sus actividades sociales y mejoren su nivel educativo y sus habilidades laborales; b) modificación de distorsiones cognitivas: se trabaja en dos etapas, en las cuales inicialmente se realiza una confrontación frente al relato del sujeto y la información sobre el delito, el testimonio de la víctima y los informes judiciales, y posteriormente se cuestionan las actitudes y creencias favorables al delito que surgen en distintos momentos del proceso de tratamiento; c) empatía: para que reconozcan el daño y dolor que su agresión sexual ha causado, se les sensibiliza frente a los pensamientos, sentimientos y comportamientos que el delito género y generara en las víctimas.

Para trabajar el aspecto de empatia se le solicita al grupo que elabore una lista de posibles consecuencias de la agresión sexual y luego cada sujeto considera las consecuencias en su propia víctima, además cada uno de los sujetos debe escribir una carta, que hipotéticamente le dirige a él su víctima con sentimientos de odio, la rabia y resentimiento, las consecuencias que le genero el delito como desconfianza hacia los hombres, sentimientos de inseguridad y miedo y otros problemas emocionales o de comportamiento que se evidencian en las víctimas, y después una respuesta suya a esa carta de la victima donde debe reconocer su responsabilidad por el delito, aceptar los sentimientos de la víctima, e informarle que está realizando esfuerzos para disminuir el riesgo de volver a cometer un delito; d) relaciones personales /aislamiento: se trabaja con

varios objetivos como comunicación, compatilidad, celos, sexualidad, y miedo a no tener pareja, se solicita que cada participante evalúe si algunos de los problemas mencionados aparecen en su experiencia pasada, identifique las estrategias de relación y los estilos de apego afectivo personales, y a partir de ello estructurar habilidades asertivas para establecer y mantener relaciones personales; e) actitudes y preferencias sexuales: brindar educación sexual que les permita identificar que sus relaciones sexuales normales con adultos no son satisfactorias y que frecuentemente enfrentan sus problemas recurriendo al sexo, a la vez se les enseñan estrategias más efectivas para enfrentarse a sus problemas. Cuando se presenta un marcado comportamiento desviado se trabaja con técnicas como el recondicionamiento masturbatorio, la terapia de saturación o la masturbación dirigida para mejorar sus intereses normativos, en ocasiones se hace necesario la utilización de un antiandrógeno o algún inhibidor de la serotonina; f) prevención de recaídas: busca que los sujetos identifiquen la secuencia de elementos sucesivos que le llevan a la comisión del delito, las situaciones o claves fundamentales que le ponen en situación de riesgo y las estrategias más adecuadas para evitar los riesgos futuros. De tal forma, que el sujeto adquiera conciencia de la aparición de los primeros eslabones de su cadena delictiva y pueda detenerse, así como planee un conjunto de estrategias para enfrentarse a las situaciones de riesgo imprevistas y para reducir las oportunidades de que éstas aparezcan.

Garrido y cols (1994) proponen un modelo de tratamiento para agresores sexuales que incluye: 1) una evaluación previa donde se analizan los factores de riesgo, las variables de personalidad y cognitivas, los patrones de estimulación sexual, la competencia psicosocial, la carrera delictiva y el análisis funcional del delito como tal; 2) reestructuración cognitiva que contempla el entrenamiento en competencia psicosocial, el control de la ira, el control de estrés, potenciar la empatía con la víctima, facilitar la expresión de emociones, control de la impulsividad, solución de problemas interpersonales, educación sexual y técnicas para la modificación del patrón de desviación de la excitación sexual.

Protocolo para el tratamiento grupal de agresores sexuales jóvenes

Cáceres (2001) plantea que el tratamiento cognitivo debe incluir la identificación de la victima, del acto victimizador y del daño causado, utilizando estrategias como el juego de roles para potenciar el establecimiento de empatía, el diálogo socrático

De acuerdo con Echeburúa (2000**)** los programas de tratamiento para abusadores sexuales deben oscilar en una duración de 3 a 12 meses y las características principales del mismo deben centrarse en: a) la prevención de nuevos episodios de abuso, por tanto se requiere un estricto control de estímulos, de todas las situaciones de alto riesgo para la reincidencia y se hace necesaria la implicación de todos los miembros de la familia para garantizar el cumplimiento de las restricciones necesarias, se requiere el estricto control en sus contactos con potenciales víctimas el resto de su vida, evitar cualquier situación que facilite los abusos (estar a solas con la víctima en la casa), teniendo en cuenta que en los casos en los que no existe garantía del cumplimiento de este control de estímulos se recomienda la salida temporal del abusador del hogar; b) modificación de las ideas distorsionadas en relación con el abuso sexual, utilizando la reevaluación cognitiva centrándose en propiciar que el sujeto identifique las ideas distorsionadas acerca del delito a través de la narración de los hechos, la descripción de los pensamientos y los sentimientos relacionados a la acción abusiva, la interpretación de los comportamientos y sentimientos de la víctima; se hace énfasis en la aceptación de la responsabilidad de los delitos y se propende por la identificación y la comprensión de las consecuencias de los abusos a corto y a largo plazo; se genera la empatía hacia su víctima y posibles víctimas; se evalúan y modifican las creencias erróneas sobre las mujeres y los niños, identificando naturaleza sexual de dichas creencias; se genera la modificación de las distorsiones cognitivas; c) la supresión o reducción de los impulsos sexuales inadecuados a partir de técnicas aversivas como la sensibilización en cubierta donde se le brinda una explicación teórica al sujeto sobre la relación entre impulso sexual y las fantasías en el inicio y mantenimiento de los abusos, se le explica el objetivo de la técnica, se realiza entrenamiento en relajación muscular progresiva y entrenamiento en visualización, se realiza una descripción detallada de las escenas de abuso a través de los relatos descritos por el paciente, se elaboran escenas definitivas en las que el terapeuta añade un final negativo. En los casos en que los sujetos

tengan una activación sexual elevada, cuando no hacen uso de la violencia, cuando no son diagnosticados con el trastorno antisocial de la personalidad y no presentan consumo de drogas y alcohol se recomienda la utilización de fármacos antiandrógenos; d) aumento de la excitación heterosexual adecuada y de las habilidades sociales requeridas utilizando la técnica de recondicionamiento masturbatorio que a su vez consta del recondicionamiento orgásmico y la saciación de la masturbación, donde el recondicionamiento orgásmico busca asociar la eyaculación masturbatoria a fantasías, imágenes o pensamientos con conductas sexualmente adecuadas con personas adultas y la saciación de la masturbación buscar asociar las fantasías desviadas a una mínima activación y a una situación de malestar y aburrimiento, también se contemplan el entrenamiento de habilidades sociales para optimizar las relaciones interpersonales sanas; e) entrenamiento de autocontrol y solución de problemas con el fin de que el sujeto no recurra al sexo como estrategia de afrontamiento de la ira o como forma de búsqueda de poder y control y facilitar la adquisición de medios efectivos para enfrentarse con éxito a los diversos problemas planteados tales como la búsqueda de empleo y uso del tiempo libre; f) mejorar nivel de autoestima, utilizando técnicas conductuales orientadas a la ejecución de tareas positivas concretas por ejemplo fijarse metas alcanzables, mejorar el aspecto físico, visualizar imágenes de éxito, fomentar contactos sociales positivos y técnicas cognitivas centradas en la eliminación de distorsiones en el pensamiento referidas a uno mismo ejemplo como escribir aspectos positivos de si mismo, reevaluar las percepciones sesgadas en relación con los aspectos negativos de si mismo, abordar solo lo que puede solucionarse; g) estrategias de prevención de recaídas, buscando que el sujeto identifique las situaciones de riesgo para la recaída y desarrolle las estrategias de afrontamiento adecuadas para evitarla, teniendo en cuenta los pensamientos, los sentimientos, y las conductas que hacían parte de la cadena abusiva y los factores que lo podrían colocar en riesgo de una recaída.

Un estudio descriptivo y analítico realizado con agresores sexuales realizado por Asenjo (2001) evidenció en los sujetos del estudio alteraciones del desarrollo psicosexual relacionadas con la carencia de figuras y espacios que permitieran un desarrollo global adecuado de su sexualidad. Estas alteraciones tenían que ver con existencias de

sentimientos de temor y a veces rechazo a la sexualidad adulta. Al igual evidenció que los sujetos del estudio establecían relaciones basadas en la búsqueda del placer genital, con casi ninguna consideración a la experiencia del otro como sujeto valido, la sexualidad era vista únicamente en términos de su propio placer. Cuando los sujetos presentan fuertes preferencias sexuales de carácter desviado y una alta frecuencia de fantasías desviadas, se aplican procedimientos específicamente encaminados a reducir tales preferencias y fantasías.

En general los programas de tratamiento-cognitivo conductuales exitosos para el tratamiento de agresores sexuales están estructurados en modificar variables criminógenas relacionadas con factores dinámicos del riesgo de reincidencia tales como: existencia de parafilias; déficit en habilidades sociales y relaciones interpersonales inadecuadas; drogodependencia y alcoholismo; alta excitación sexual ante estímulos desviados; baja estimulación sexual ante estímulos adecuados; no reconocimiento del delito sexual; estilo de vida inestable; patrón de uso de violencia.

Características de tratamientos cognitivo-conductuales con agresores sexuales jóvenes

La investigación acerca de delincuentes sexuales se ha centrado especialmente en el agresor sexual varón adulto, pero considerando las conclusiones en los análisis de caso y el creciente reporte del número de ofensas sexuales realizadas por población adolescente, el estudio y tratamiento de ofensores sexuales juveniles ha crecido. Según Flanagan y Maguire, 1992 (citados en Boyd et al. 2000), los crímenes sexuales han aumentado en Estados Unidos y las estadísticas indican un incremento del 28% en violaciones y 32% en otras ofensas sexuales reportadas desde 1981 a 1990, en 1990 una de cada cinco violaciones y uno de cada cuatro crímenes sexuales era cometido por adolescentes menores de 18 años. Echeburua y Guerrica-Echevarria (2000) indican que al menos el 20% de las agresiones sexuales son cometidas por adolescentes y que el 50% de los agresores sexuales adultos han realizado sus primeras conductas abusivas cuando tenían menos de 16 años de edad.

Protocolo para el tratamiento grupal de agresores sexuales jóvenes

Una investigación realizada por Filckelhor, (1979), en Estados Unidos con 10.000 personas arrojó como resultado que 34% de las mujeres y 39% de los hombres afirmaron que cuando eran niños habían tenido un contacto de tipo sexual con una persona entre 10 y 19 años.

Un estudio realizado por el Equipo de Investigación de Irlanda del Norte (1991) acerca de al abuso sexual infantil en dicho país, evidenció que en el 36% de los casos de abuso los agresores sexuales son adolescentes, el mismo estudio mostró que el 50% de la víctimas tenían menos de 9 años y el 65% tenían menos de 12 años.

Davis Glasgow (1994) realizó una investigación frente al abuso sexual en el Reino Unido por dos años, encontrando que en una tercera parte de las denuncias de abuso sexual el agresor sexual tenía menos de 17 años.

La National Children´s Homes en el año de 1992 realizó una investigación en el Reino Unido sobre los agresores sexuales reportados en 1989, el estudio evidenció que el 32% de los agresores detenidos tenían menos de 21 años y que el 17% tenían menos de 16 años.

Según Righthand & Welch, 2001 (citados por Koss, Bachar y Hopkins, 2004) los jóvenes menores de 17 años representan el 16% de los arrestos por violación y el 17% de arrestos por otras agresiones sexuales.

Incluso Ryan y Lane, 1997 (citados por Veneziano y Veneziano, 2002) indican que la población estimada de victimas de abuso sexuales por parte de agresores juveniles es de aproximadamente 70,000 niños y 110,000 niñas cada año.

Nisbet, Rombouts y Smallbone (2005) señalan que en las presentaciones de servicios de información sobre agresiones sexuales en Australia, se reportan entre 1995-1996 que los jóvenes menores de 16 años son los agresores en el 16.2% de los casos de abuso sexual infantil, presentado incremento en dichos porcentajes con el tiempo.

Si bien las características de los agresores sexuales juveniles son heterogéneas, en tanto que se presenta dicha situación en todos los estratos socioeconómicos, con diferentes condiciones escolares - académicas, sin distinción de credos ni etnias. Hsu y Starzynki, 1990, (citados por Boyd, Hagan y Cho, 2000) refieren ciertas características comunes en los

adolescentes agresores sexuales, señalando que se presenta con más frecuencia que se presenten actos abusivos en la adolescencia temprana y accesos o violaciones en la adolescencia tardía. De igual forma los autores indican que muchos de los abusadores juveniles suelen proceder de familias muy disfuncionales, uniparentales o con ausencia del padre, historial de alcoholismo, historia criminal abuso y negligencia en el cuidado de los hijos, inadecuada distribución de roles familiares, falta de supervisión paterna directa, depresión en la madre, suicidio o intentos suicidas. También que en los agresores juveniles, por lo menos aquellos que realizan violaciones, se presentan problemas de comportamiento tempranos, conductas desordenadas, abuso de drogas y alcohol y tendencias agresivas, de forma que tienen un comportamiento con tendencia policriminal.

En España, Aragonés de la Cruz, 1998, (citado por Redondo, 2006) realizó un estudio donde describe los perfiles de una muestra de 78 agresores sexuales adolescentes, caracterizándolos como: impulsivos, con bajo autoconcepto, poca tolerancia a la frustración, que menosprecian la figura femenina, con retraso en su desarrollo madurativo, con marcadas carencias afectivas, muy influenciables, con rasgos de agresividad física y verbal, carencias normativas y de sentimientos de culpa, con dificultades para el aprendizaje y, en un porcentaje significativo, con alguna problemática clínica. Muchos suelen pertenecer a familias con problemas de afecto y violencia entre los miembros, y en que el modelo educativo ha sido de gran permisividad y falta de control.

Gonzáles y Nieto (2001) encontraron relación entre un bajo desarrollo moral de acuerdo con los estadios de Kolbergh y la presentación de conducta delictivas en un estudio realizado con 28 menores que asistieron a un juzgado de menores de la provincia de Bizkaia en España.

Ryan et al., 1996 (citado por Díaz, 2003) señala que los agresores sexuales juveniles frecuentemente se comprometen en conductas antisociales y criminales no sexuales, especialmente aquellos que se comprometen en asaltos sexuales con fuerza tales como violación e intento de violación.

Protocolo para el tratamiento grupal de agresores sexuales jóvenes

De acuerdo con la teoría integradora de Farrington (1999), se reportan una serie de características en los jóvenes delincuentes que incluyen: alta nivel de impulsividad, un nivel alto de frustración y de estresores psicosociales, capacidad pobre para prever las consecuencias y para identificar y entender los sentimientos de las víctimas, inteligencia baja y capacidad pobre de manipular conceptos y logros bajos en el colegio, disfunción familiar severa, déficit de patrón vincular, víctima de violencia intrafamiliar física y verbal, comunicación errática en la familia, padre violento y autoritario, antecedentes de escape de casa y una supervisión inadecuada, carencia de supervisión parental adecuada, falencias en la generación de empatía, un número alto de creencias y actitudes favorables al delito, antecedentes delictivos, consumo de alcohol y otras sustancias. Farrington plantea que la gente joven que está implicada en crímenes en las edades más tempranas tiende a ser los delincuentes más persistentes, con carreras criminales más largas. La atención debe estar centrada en el incremento de las habilidades para satisfacer sus objetivos y deseos por medios legales, los cambios en los factores criminógenos como consumo de sustancias, pandillismo, ausencia escolar, etc., así como en reconocer como los costos del delito son mayores.

Una de las características más comunes dentro de los estudios de agresores juveniles persistentes o crónicos es que una agresión temprana en la adolescencia predice una carrera delictiva más prolongada (Caldwell, 2002). Por esto se considera fundamental que se de una identificación temprana y una intervención efectiva en aras de prevenir nuevas agresiones por parte de los delincuentes sexuales juveniles.

Es importante considerar de igual forma que los tratamientos para agresores sexuales jóvenes deben partir del reconocimiento que son ante todo niños y tienen los mismos derechos que establece la convención sobre los derechos del niño de la ONU. Siguiendo el principio de la no discriminación, la propuesta de intervención con jóvenes debe propender por velar por su derecho a la rehabilitación.

Urra, (2003) compara dentro de su estudio a los abusadores sexuales juveniles como un tren sin control que alcanza cada vez más velocidad y va arrasando lo que se

encuentre por el camino hasta descarrilar y provocar otra catástrofe emocional sumativa y por tanto es enfático en señalar la importancia de implementar y exigir tratamiento para los jóvenes, señalando que se constituyen en el primer paso para modificar las condiciones de toda la población en relación a los delitos sexuales.

En los tratamientos de jóvenes agresores sexuales se han utilizado diferentes enfoques de atención, algunos a partir de los enfoques de atención utilizados con población adulta y otros tienen una visión más amplia y multisistémica. Dentro del tratamiento de jóvenes agresores sexuales se encuentran programas centrados en el entrenamiento en habilidades sociales y manejo del tiempo libre, en el control de impulsos, algunos utilizan enfoques como la terapia de realidad, terapia basada en los modelo de adicciones, enfoques farmacológicos.

Nisbet, Rombouts y Smallbone (2005) se refieren a la terapia multisistémica (MST) como uno de los enfoques que ha sido rigurosamente evaluado y es considerado como tratamiento efectivo dentro de la población juvenil delincuente en general y en población victima de abuso sexual.

El estudio de meta-análisis realizado por Lipsey, Wilson y Cothern (2000) acerca de los programas implementados con agresores juveniles no institucionalizados muestra mayor efectividad en aquellos que incluyen terapia multisistémica, tratamiento en habilidades interpersonales y programas comportamentales, incluso reduciendo acerca del 40% en reincidencia.

En el caso del tratamiento para jóvenes se da relevancia en modificar variables criminógenas relacionadas con factores dinámicos como actitudes y valores antisociales, falta de calificación laboral y escolar, padres inadecuados en su tarea de socialización (inexistencia de pautas educativas asertivas), falta de supervisión del comportamiento del joven, déficit en la comunicación familiar, apego afectivo escaso, grupo de amigos que refuerzan el ausentismo escolar y que presentan conductas antisociales, abuso de alcohol y drogas, déficit en inteligencia emocional o social.

Protocolo para el tratamiento grupal de agresores sexuales jóvenes

Righthand and Welch, 2001 (citados por Nisbet, et al. 2005) reportan en una investigación de la literatura acerca de agresores sexuales juveniles que las áreas centrales de tratamiento en las que se orientan los diferentes programas que estudiaron son: las relaciones sociales, inadecuadas, los déficit en empatía, las distorsiones cognitivas, la excitación sexual desviada, el manejo problemático de emociones, los comportamientos impulsivos/antisociales, y las consecuencias de la historia personal de maltrato infantil.

Para lograr las metas terapéuticas se recomiendan intervenciones estructuradas dentro de las cuales se pueden utilizar intervenciones individuales, grupales y familiares.

La terapia grupal ha sido descrita como una de las intervenciones más utilizadas en los programas terapéuticos. Siendo uno de los métodos tradicionales de tratamiento en clínicas y centros de ayuda para jóvenes. El grupo ofrece la posibilidad de reflexión acerca de conflictos propios de la edad y de realidades que viven personas que llegan por alguna circunstancia a un lugar en común. Se establecen lazos que permiten la comunicación abierta y franca entre los miembros, al tiempo que se evitan posibles distorsiones cognitivas que ocurren cuando la situación es más privada. En el tratamiento de jóvenes agresores, la terapia de grupo es una de las modalidades más beneficiosas ya que facilita el aprender de un modo interactivo, evidenciar el efecto que ejercen sobre sus compañeros de grupo y proporciona la oportunidad de recibir una retroalimentación inmediata. Además, la terapia de grupo complementa la evaluación psicológica, favorece la confrontación de ideas distorsionadas que encubren de alguna manera las patologías que el joven no percibe; ofrece soporte, pero al mismo tiempo ejerce la presión de los pares; da la oportunidad para que el joven sé de cuenta de que no está solo; genera un aprendizaje acerca de sí mismo; y facilita la interacción con otros a un nivel significativo y emocional.

En Nueva Zelanda, en el programa para adolescentes SAFE para atención de agresores sexuales estructurado por Lambie y McCarthy (1995) se plantea la importancia de la implementación de terapia de grupo considerando que aporta a que los jóvenes discutan de forma clara algunas temáticas con sus pares y sean un mecanismo de control frente al comportamiento de los mismos, de forma que las sesiones están centradas en

algunos tópicos específicos como la discusión acerca del abuso sexual, los aspectos o situaciones que facilitan el comportamiento y su motivación, la historia familiar y las emociones relacionadas con las misma, las experiencias personales previas de su propia victimización, la empatia hacia la victima, los patrones de agresión, la búsqueda de alternativas a la situación de agresión y solución de conflictos, modificación de ideas distorsionadas acerca de la sexualidad, establecimiento de planes de prevención de recaídas y mejoramiento de habilidades sociales, asertividad, comunicación y manejo de la ira mediante el entrenamiento por juego de roles, entre otros.

En Estados Unidos, Cabanagh y Gil (1993) identifican 10 metas en el tratamiento para niños/as y jóvenes agresores sexuales. Para cada una de las metas se señalan ejercicios que en su mayoría se desarrollan en terapia de grupo. Cada uno de los ejercicios cuenta con un nombre, objetivos que indican las áreas que enfoca el ejercicio, se describe la razón por la que se plantea el ejercicio, porque es valioso para esa población y las problemáticas asociadas, los materiales y las instrucciones donde se indica como desarrollar cada uno de los ejercicios. Cada una de las metas se basa en el entrenamiento de unas destrezas específicas a través de ejercicios y la aplicación de listas de verificación de comportamientos y cuestionarios.

Dichas autoras plantean las siguientes metas: 1) disminuir el comportamiento sexual infantil problemático: se trabaja a través de la aplicación de listas de comportamiento sexual infantil y el entrenamiento en destrezas relacionadas con el control de impulsos/ automonitoreo, en busca de alternativas/comportamientos sustitutos, buscar ayuda de un adulto, solución de problemas, autoobservación/automonitoreo, habilidades sociales, autocontrol, hacerse responsable de sus propias acciones. 2) comprender e integrar los sentimientos y los pensamientos asociados a vejaciones previas, incluyendo abuso físico, sexual y emocional, abandono, negligencia, separaciones y muertes familiares, se trabaja a través de la aplicación de listas de verificación de comportamiento y el entrenamiento de destrezas relacionadas con identificar y expresar sentimientos, estrategias cognitivas, manejo de la ira, tolerancia a la frustración, razonamiento moral. 3) aumentar la

comprensión acerca de sus asociaciones y las creencias perjudiciales en cuanto al sexo y la sexualidad, se trabaja a través de la aplicación de listas de verificación de comportamiento sexual, el análisis y transmisión de valores, actitudes y sentimientos respecto al sexo y la sexualidad utilizando cuestionarios. 4) aumentar la comprensión de los niños respecto de una sexualidad sana y natural, se trabaja a través del análisis y transmisión de valores, actitudes y sentimientos respecto al sexo y la sexualidad utilizando cuestionarios y el entrenamiento en destrezas relacionadas con el razonamiento moral, responsabilizarse de sus acciones, habilidades sociales, autocontrol, empatía. 5) aumentar el nivel de conciencia frente a sus propios patrones familiares que precipitan, mantienen o aumentan los comportamientos sexuales abusivos y demás comportamientos inadaptativos, se trabaja a través del análisis y transmisión de valores, actitudes y sentimientos, entrenamiento en destrezas relacionadas con razonamiento moral, buscar ayuda de un adulto, análisis de perspectivas, estrategias cognitivas.

Los objetivos de las estrategias de la 6 a los 10 están comprendidos de la siguiente manera 6) facilitar la comprensión de sus necesidades, valores y recursos internos para alcanzar las metas, se trabaja a través del entrenamiento en destrezas como habilidades sociales, empatía, autocontrol, buscar ayuda de los adultos, fortalecimiento autoestima y autoconcepto, estrategias cognitivas, solución de problemas, control de impulsos, identificar y expresar sentimientos. 7) facilitar que observen y evalúen su propio comportamiento, a estar conscientes de las circunstancias que anteceden a su comportamiento y a pensar en las consecuencias antes de actuar, se trabaja a través del entrenamiento en destrezas relacionadas con el razonamiento moral, autocontrol, planificación, manejo de la ira, tolerancia a la frustración, auto-observación, auto-monitoreo, estrategias cognitivas, buscar alternativas/ comportamientos sustitutos, control de impulsos. 8) aumentar la capacidad para satisfacer sus necesidades en formas socialmente apropiadas, se trabaja a través del entrenamiento en destrezas relacionadas con razonamiento moral, habilidades sociales, planificación, tolerancia a la frustración, autocontrol, estrategias cognitivas. 9) aumentar la capacidad para observar y apreciar los sentimientos y derechos de los demás, se trabaja a través del entrenamiento en destrezas

relacionadas con razonamiento moral, empatía, identificación y expresión de sentimientos. 10) aumentar la conexión con otras personas positivas y aumentar recursos internos que apoyen el crecimiento futuro, se trabaja a través de habilidades sociales, identificación y expresión de sentimientos, solución de problemas, estrategias cognitivas, y autocontrol. Dentro del tratamiento también son utilizados protocolos específicos para el tratamiento de comportamiento sexual entre hermanos, identificando tres casos específicos juego sexual esperado, juego sexual mutuo inapropiado, comportamiento sexual abusivo.

En España, el Instituto Espill, según los investigadores Pérez y Carbajo (1999), desarrolla un estudio piloto con jóvenes agresores en donde la participación en el proceso terapéutico es voluntaria y se tiene como requisito imprescindible para entrar en el grupo que en la entrevista individual hayan informado sobre el evento de ofensa sexual y acepten su responsabilidad en lo ocurrido. En la terapia de grupo se abordan las causas por las que han llegado a abusar y/o a agredir, las estrategias de afrontamiento, el control de impulsos, la reestructuración cognitiva, las habilidades en resolución de problemas y las habilidades sociales. La terapia grupal se complementa con un programa de educación sexual basado en el respeto a los derechos sexuales, la sexualidad como vehículo de comunicación privilegiada, el conocimientos de la sexualidad masculina y femenina y otros temas relacionados. En algunos casos se han integrado en el proceso psicoterapéutico el uso fármacos para mejorar el control de impulsos y favorecer la expresión de emociones, al igual los jóvenes además de la terapia de grupo tienen apoyo psicológico individual.

El programa de tratamiento de delincuentes sexuales utilizado en Washington por Juvenile Rehabilitation Administration (2002) utiliza un modelo de tratamiento cognoscitivo conductual que consiste en nueve componentes. El plan de tratamiento incluye instrucción en procesos de grupo para facilitar a tomar la responsabilidad de su comportamiento sexual, identificar su propio modelo de ofensa y distorsiones cognoscitivas, entender los sentimientos, comportamientos y la experiencia de la víctima, y realizar proyectos de prevención de recaída individuales que reducirán la probabilidad de recaídas. El programa hace énfasis en el análisis funcional de comportamiento sexualmente abusivo, las habilidades cognitivo-conductuales, el trabajo de transición con las familias de

los delincuentes sexuales jóvenes, los ciclos de ofensa de los delincuentes sexuales, la necesidad de motivar al joven, facilitar y estructurar el ambiente para apoyar el progreso de tratamiento. Incluye cuadernos de ejercicios de tratamiento que proporcionan educación sobre la sexualidad, publicaciones, aspectos legales, distorsiones cognoscitivas a nivel sexual.

La Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente (AACAP) planteó en 1999 unos parámetros prácticos para la evaluación y tratamiento de los niños y adolescentes que son sexualmente abusivos con otros, señalando la importancia de emplear modelos de atención cognitivos conductuales, que incluyen modelos psicoeducacionales en cuanto a módulos como: el reconocimiento de la victima y la generación de empatia hacia ella, la clarificación de valores, la reestructuración cognitiva, el manejo de la ira, el entrenamiento en asertividad y habilidades sociales, la educación sexual, la reducción de estrés y manejo de relajación, el reconocimiento autobiográfico; componentes comportamentales como la sensibilización encubierta, la desensibilización, el condicionamiento olfativo, las técnicas de saciación, el recondicionamiento de la excitación sexual; la prevención de recaídas. La AACAP resalta la importancia de la atención individual, familiar y grupal.

Considerando las investigaciones previas y los reportes que indican que una población significativa de menores está siendo victima de abuso sexual por adolescentes u otros menores, y reconociendo el impacto de la situación de abuso sobre las victimas se hace necesario fortalecer las intervenciones realizadas frente a este flagelo, a partir de las evidencias empíricas señaladas previamente, de las construcciones de atención especializada para jóvenes que han realizados comportamiento agresivos a nivel sexual y teniendo en cuenta la experiencia con dicha población debido al ejercicio profesional a continuación se plantean unos parámetros orientadores en procesos grupales dentro del proceso de atención terapéutica con dichos jóvenes.

Protocolo para el tratamiento grupal de agresores sexuales jóvenes

Planteamiento del problema

La pregunta planteada en esta investigación es la siguiente: ¿cuáles son las características de un protocolo basado en el enfoque cognitivo conductual para el tratamiento psicológico grupal de agresores sexuales jóvenes no institucionalizados?.

Objetivos

Objetivo general

Diseñar un protocolo basado en el enfoque cognitivo conductual para el tratamiento psicológico grupal de agresores sexuales jóvenes, con el fin de suministrar una herramienta útil de intervención psicológica a nivel grupal para el tratamiento de agresores sexuales jóvenes no institucionalizados.

Objetivos específicos

1. Integrar el conocimiento que se tiene de los tratamientos psicológicos basados en el enfoque cognitivo conductual para el tratamiento psicológico de delincuentes.
2. Analizar las características de los tratamientos psicológicos basados en el enfoque cognitivo conductual para el tratamiento psicológico de agresores sexuales.
3. Establecer las características que debe contener el protocolo basado en el enfoque cognitivo conductual para el tratamiento psicológico grupal de agresores sexuales jóvenes, atendidos en un medio abierto.

Protocolo para el tratamiento grupal de agresores sexuales jóvenes

RESULTADOS

A partir del análisis de la información recopilada en el marco de referencia y la experiencia profesional de cinco años en intervención terapéutica con agresores sexuales menores de edad remitidos por Juzgados de Menores Colombianos y del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, se elaboro el protocolo para el tratamiento psicológico grupal de agresores sexuales jóvenes no institucionalizados que se presenta a continuación:

SESION 1

OBJETIVOS:

1. Indagar frente a las expectativas de los miembros del grupo, hacia la terapia de grupo
2. Facilitar el conocimiento entre los miembros de grupo
3. Construir reglas y compromisos para el desarrollo de las terapias de grupo.
4. Sensibilizar frente a la eficacia del trabajo en grupo

MATERIALES: hojas de papel, lápices, bolsa, tablero acrílico, marcadores, proyector de acetatos.

DURACION: 60 MINUTOS

DESCRIPCION DE LA SESION:

ACTIVIDAD 1: PRESENTACION

Se les solicita a los miembros del grupo (8 jóvenes) que escriban su nombre en un papel y lo introduzcan en una bolsa.

Se le solicita a cada uno que tome un papel de la bolsa y busque al miembro que tenga ese nombre.

Se les solicita que se reúnan con este miembro del grupo y se presenten mutuamente (nombres, edad, gustos,)

Se les solicita que cada miembro presente a su compañero ante el grupo

ACTIVIDAD 2: CONSTRUYENDO COMPROMISOS

Se les solicita que de forma individual escriban en una hoja de papel su expectativa frente a la terapia de grupo, lo que les gustaría que sucediera en las sesiones, lo que no les gustaría

que sucediera en las sesiones, y a que creen necesario comprometerse para el buen desarrollo de las mismas.

Se les solicita que se reúnan en dos grupos de 4 personas y discutan sobre las respuestas e integren una final y la expongan frente al grupo.

Se escribe en el tablero las conclusiones del grupo y se realiza énfasis en los siguientes aspectos:

1. El grupo se reunirá una vez por semana durante 8 semanas, a la hora acordada y cada sesión tendrá una duración de 60 minutos.
2. La terapia grupal esta encaminada junto a las sesiones individuales y familiares, evitar la reincidencia.
3. En terapia de grupo se realizara énfasis en la autoexaminacion, discusión de sentimientos, pensamientos y acciones, soporte positivo para los miembros del grupo.
4. El grupo iniciara a la hora designada y es indispensable la asistencia.

ACTIVIDAD 3: REGLAS BASICAS

Se proyecta el acetato con el siguiente contenido:

1. Somos 100% responsables de nuestro comportamiento
2. No tenemos el control sobre ninguna persona, pero si podemos controlarnos a nosotros mismos.
3. No podemos cambiar nada del pasado, pero si podemos intentar repara el daño y cambiar nuestro presente y nuestro futuro.
4. El psicólogo no cambia una persona, pero si puede facilitar escenarios y brindarles herramientas para que el cambio ocurra.
5. La verdad libera.
6. La persona no es el problema, el problema son los problemas de las personas.

Se anima a los miembros del grupo para que expongan sus opiniones frente a las frases y se realiza énfasis en la importancia de expresar y discutir sobre nuestros pensamientos y sentimientos.

Protocolo para el tratamiento grupal de agresores sexuales jóvenes

SESION 2

OBJETIVOS:

1. Facilitar la identificación de un problema y las alternativas

2. Elaborar un plan de seguridad y control.

MATERIALES: hojas de papel, lápices, tablero acrílico, marcadores.

DURACION: 60 MINUTOS

DESCRIPCION DE LA SESION:

ACTIVIDAD 1: RESOLUCION DE PROBLEMAS

A cada uno de los miembros del grupo, se le reparte aleatoriamente una las siguientes palabras impresas, se les solicita que se reúnan en subgrupos definan las palabras y coloquen un solo ejemplo donde se identifiquen las tres palabras:

PROBLEMAS

ALTERNATIVAS

SOLUCION

Se anotan en el tablero las respuestas que brinden los participantes.

Se hace énfasis en identificar un problema, identificar alternativas o estrategias, definir una solución.

Se inicia una discusión sobre la importancia y la eficacia de tener un plan para enfrentar diferentes sucesos, se colocan ejemplos comunes como un plan contraincendios, un plan de evacuación.

ACTIVIDAD 2: HAGAMOS UN PLAN

Se les solicita que de forma individual escriban:

1. PARA QUE: Cual seria el propósito de elaborar un plan de seguridad y control

2. TIEMPO FUERA : Se le solicita que ante pensamientos de elicitar comportamientos sexualmente abusivos, identifiquen la necesidad de alejarse de dicha situación, que harían para alejarse de la situación, a donde irían, que harían?

3. PLANEAR : Se les solicita que identifiquen alternativas y estrategias que les permitieran afrontar dicha situación.

4. BUSCAR AYUDA: Se les solicita que identifiquen la personas (familiares, amigos, psicólogos) que le podrían ayudar a sobrepasar esas situaciones, señales, comportamientos o claves que estén relacionados con que elicite comportamientos sexualmente abusivos.

Al finalizar se les solicita que cada uno de los miembros del grupo lea el plan de seguridad que construyo, se anima a los participantes para que le realicen al miembro del grupo preguntas sobre el mismo, a que manifiesten desacuerdo y confronten lo expuesto. Como tarea se les pide a los participantes que optimicen el plan de seguridad acorde a los aportes del grupo para ser trabajado en sesión individual y familiar.

En sesión individual y familiar se debe trabajar los objetivos relacionados con comunicación y expresión de sentimientos, autocontrol emocional, respuesta sexual desviada Condicionamiento de masturbación pensando en mujeres adultas, habilidades sociales en especial las que faciliten la interacción con sus pares y la búsqueda y escogencia de pareja, métodos de relajación (respiración).

SESION 3

OBJETIVOS:

1. Fortalecer el plan de seguridad.
2. Modificar creencias erróneas frente al abuso sexual
3. Facilitar el reconocimiento de las consecuencias a corto y largo plazo de las decisiones.
4. Valorar las consecuencias que para cada uno y para los demás tiene las decisiones.

MATERIALES: hojas de papel, lápices, tablero acrílico, marcadores.

DURACION: 60 MINUTOS

DESCRIPCION DE LA SESION: CONSECUENCIAS

ACTIVIDAD 1:

Se indaga en el grupo frente al concepto de consecuencias, que clase de consecuencias hay, se socializa y realimenta el concepto.

Se proyecta que una consecuencia puede ser definida como lo que pasa después de hacer o decir algo. O después de no hacer o no decir algo.

Se les solicita que den ejemplos de consecuencias de algunos comportamientos.

Se proyecta el grafico de consecuencias positivas, negativas, a corto y largo plazo, para mi y para los demás.

Se les solicita que escriban un comportamiento con consecuencias positiva para ellos y con consecuencias negativa para los demás y viceversa.

Se les solicita que escriban un comportamiento con consecuencias positivas a corto plazo y negativas a largo plazo y viceversa.

Luego se solicita voluntarios para explicar sus ejemplos en el grafico de consecuencias positivas, negativas, a corto y largo plazo, para mi y para los demás.

Se les solicita que escriban las consecuencias del evento de abuso sexual que realizaron, se les anima para que identifiquen consecuencias positivas de agredir sexualmente a alguien (sentir placer, sentir poder, ganar "respeto" o vanagloriarse con los amigos) y luego se les solicita que hagan un comparativo con las consecuencias negativas para ellos y los demás. Con el fin de trabajar los conceptos de alternativas, desiciones y resolución de problemas.

SESION 4

OBJETIVOS:

1. Evaluar y modificar creencias erróneas frente al abuso sexual
2. Evaluar y modificar distorsiones cognitivas frente al comportamiento sexualmente abusivo que elicitaron.
3. Facilitar que asuma una postura reflexiva frente a su conducta

MATERIALES: hojas de papel, lápices, tablero acrílico, marcadores, proyector de acetatos.

DURACION: 60 MINUTOS (esta sesión debe continuarse semana a semana hasta que los ocho participantes hallan escrito, leído y recibido realimentación del grupo frente al reporte)

DESCRIPCION DE LA SESION:

ACTIVIDAD 1: REPORTE

Se les solicita que escriban un reporte describiendo el comportamiento que lo trajo como agresor sexual a tratamiento. Debe incluir una descripción de la ofensa más inmediata,

incluyendo la descripción de desarrollo del proceso, puede incluir historia descripción de las metas.

Se les informa que cada uno leerá al grupo dicho reporte y haciendo énfasis en la importancia de esta sesión para el tratamiento se animara a que los demás miembros del grupo estén atentos a realimentar y confrontar el reporte teniendo en cuenta los siguientes aspectos que son proyectados:

1. Dimensiones del relato:

Que tan completo esta, perspectiva del pasado, perspectiva del futuro, nuevas confesiones

2. Problemas de Responsabilidad:

Aceptación los comportamientos como suyos, no culpar a la víctima de nada

3. Entendimiento:

Identificación de circunstancias de vida, que estaba pasando en su vida antes de abusar por primera vez- afectivas, relaciones en general. Reconocimiento de lo herrado de su comportamiento, explicaciones de porque su comportamiento esta tan herrado?

4. Frases dirigidas a la víctima:

Empatía, disculpas

5. Plan:

Evaluar si hay una forma de actuar previamente programada

6. Ofensa

Identificación cognitiva y comportamental de las situaciones que ha escogido y que le han permitido abusar .

7. Negación

Identificación mecanismos que permiten la justificación, represión, etc. Ejem.“Ella ni siquiera es mi hermana de verdad”, “Si no le hubiera gustado, hubiera dicho”,

8. Premios

Identificación del refuerzo en los elementos del abuso ejem: gratificación sexual, control, poder etc.

Los resultados de esta sesión deben ser retomados y profundizados en sesiones individuales y familiares, solicitando la reescritura del reporte.

Protocolo para el tratamiento grupal de agresores sexuales jóvenes

SESION 5

OBJETIVOS:

1. Facilitar la generación de empatia

2. Facilitar el reconocimiento del impacto de su comportamiento en los sentimientos de los demás.

3. Facilitar la verbalizacion e internalizacion del dolor físico y moral que genera el abuso sexual en la victima, la familia y la sociedad.

4. Desarrollar habilidades para responder apropiadamente a las necesidades de los demás.

MATERIALES: hojas de papel, lápices, bolsa, tablero acrílico, marcadores, lamina de sentimientos, proyector de acetatos.

DURACION: 60 MINUTOS

DESCRIPCION DE LA SESION:

ACTIVIDAD 1: COMPRENDIENDO

Se les solicita a los miembros del grupo que identifiquen una experiencia dolorosa vivida por un miembro de su familia, y la escriban en la hoja haciendo énfasis en los sentimientos que genero en su familiar esta experiencia y en los sentimientos que genero en quien la esta escribiendo.

Se solicita un voluntario para que relate la historia ante los demás

Se anima a los demás integrantes a que formulen preguntas al miembro del grupo que relata la historia, estas preguntas deben tener como finalidad comprender mejor los sentimientos y pensamientos de quien vivió la experiencia.

Se le solicita al miembro del grupo que relato la historia que identifique en su opinión que miembros del grupo comprendieron sinceramente y se mostraron empaticos hacia lo que el relato, haciendo énfasis en que clarifique que comportamientos le hicieron pensar esto.

Se realiza una lluvia de ideas sobre que acciones específicas indican empatia (mantener el contacto visual, hacer preguntas, mantener una distancia corporal adecuada, asentir con la cabeza entre otros).

A través de juego de roles se les pide interactuar en pareja donde uno de ellos comunique una experiencia de vida al otro miembro y este utilice su lenguaje verbal y no verbal para mostrarle un comportamiento empatico al otro, este juego de roles será realimentado por el grupo y el psicologo.

Se realiza énfasis en que la empatia se relaciona con la capacidad de comprender el punto de vista y los sentimientos de los demás y es una característica esencial para tener buenas relaciones interpersonales y la solidaridad. La empatia no significa estar de acuerdo o aprobar pensamientos y conductas antisociales si no comprender los pensamientos y sentimientos del otro. Es decir se puede "poner en los zapatos de los demás" sin aprobar lo que el otro hace.

ACTIVIDAD 2: RELATO DE LA VICTIMA

El psicologo da lectura de un relato real de una victima de abuso sexual:

"Cuando era pequeña mi primo me tocaba la cola, y hace un año antes de mis trece, empezó a decirme que el tenia derecho a cogerme y a tocarme y que tenia que dejarme tocar, porque su mama me daba cosas para estudiar. El me metía los dedos en la vagina, eso sucedió muchas veces, mas o menos cada quince días, si no me dejaba el me decía que le iba a decir a la mama que no me comprara cosas, que no me hiciera fiesta de cumple. Mi mama medio se daba cuenta de lo que pasaba, yo no le decía lo que pasaba, porque me daba miedo que mi primo me violara, que mi mama no me creyera, o que mis tíos se podían desquitar con ella.

Yo después le conté a Rosa mi tía y ella me dijo que no me creía, que yo era una mentirosa, yo le conté a mi mama, ella me dijo que porque no le había dicho antes que si era que me gustaba, luego fuimos a la policía. Mi primo le invento a todo el mundo que yo había dicho eso por que el me cuidaba para no tener novio"

Se proyecta la lámina de sentimientos que contiene expresiones faciales que representan diversos sentimientos.

Se le anima al grupo para que identifique y verbalice los sentimientos que genero la situación de abuso sexual en la victima antes y después de romper el secreto y se va creando una lista de los mismos en el tablero. Se les pide que identifiquen las

consecuencias para las victima de haber vivido esta situación. Y así mismo se les solicita que identifiquen los sentimientos y pensamientos con las diferentes personas en la situación (tía, mama, policía, ofensor)

Para reforzar los objetivos de esta sesión grupal, Se sugiere solicitar que cada uno elabore una historieta sobre la empatia y que investiguen sobre las consecuencias físicas y psicológicas del abuso sexual para la victima; con estas dos actividades se trabajara en sesión individual.

Se sugiere realizar en sesión familiar una actividad donde cada uno de los miembros de la familia escriba dos eventos vivenciados por los demás miembros de la familia que impliquen momentos de experiencias afectivas intensas (tristeza, enojo, felicidad, soledad). Donde el miembro de la familia debe expresar porque escogió este evento, que sentimientos genero este evento en quien lo vivió y porque y lego recibir realimentación del miembro de la familia quien lo vivo.

SESION 6

OBJETIVOS:

1. Facilitar la generación de empatia frente a la victima
2. Facilitar la verbalizacion e internalizacion del dolor físico y moral que genera el abuso sexual en la victima.
3. Evaluar y modificar creencias erróneas frente al abuso sexual
4. Evaluar y modificar distorsiones cognitivas frente al comportamiento sexualmente abusivo que elicitaron.

MATERIALES: hojas de papel, lápices, bolsa, tablero acrílico, marcadores, proyector de acetatos.

DURACION: 60 MINUTOS (esta sesión debe continuarse semana a semana hasta que los ocho participantes hallan escrito, leído y recibido realimentación del grupo frente a la carta)

DESCRIPCION DE LA SESION:

Protocolo para el tratamiento grupal de agresores sexuales jóvenes

ACTIVIDAD 1: PREGUNTAS

Se le solicita a cada miembro del grupo que Escriba 5 preguntas que ellos creerían que su víctima haría si el o ella pudiera.

Se les pide que intenten dar respuestas a las preguntas y se anima al grupo a que discutan y confronten las posibles respuestas.

Se les solicita que al azar tomen una pregunta de la bolsa e le den respuesta:

Que piensa que su víctima sintió?

Por que su víctima se sintió así?

Que esperaba que su víctima sintiera?

Por que su víctima debería sentirse de esa forma?

Que esperaba sentir usted al abusar a su víctima?

Que sintió inmediatamente, unas horas mas tarde, unos días mas tarde, cuando fue demandado, y en otros momentos?

Se anima al grupo para que describa el área cognitiva-emotiva y de sensaciones corporales de los sentimientos que refieren. En sesión individual y familiar se debe trabajar en identificación, expresión y control de las emociones.

ACTIVIDAD 1: CARTA DE EMPATIA

Se les solicita que escriban una carta a su victima

Se anima al grupo a evaluar la carta de cada participante teniendo en cuenta comprensión de la situación de la victima, no minimizar ni justificar el comportamiento de abuso, muestra de compasión, expresión de sentimientos, ponerse en los zapatos de otro y que no están en posición de “pedir” disculpas si no de ofrecer y reparar.

los resultados de esta sesión deben ser retomados y profundizados en sesiones individuales y familiares, Solicitando la reescritura de la carta.

Si la victima esta dentro del sistema familiar se sugiere realizar sesión de reparación a la victima utilizando dentro de la mencionada sesión esta carta, para esto necesariamente se debe contar con la aceptación y preparación de la victima.

Protocolo para el tratamiento grupal de agresores sexuales jóvenes

SESION 7

OBJETIVOS:

1. Facilitar la identificación de patrones cultural, familiares e individuales que sostengan o aumenten la probabilidad de reincidencia

2. Sensibilizarlos frente a la importancia de analizar sus valores, actitudes y sentimientos respecto a la sexualidad

MATERIALES: hojas de papel, lápices, tablero acrílico, marcadores, proyector de acetatos.

DURACION: 60 MINUTOS

DESCRIPCION DE LA SESION:

ACTIVIDAD 1: IDENTIFICANDO

Se inicia una breve discusión sobre el impacto de la cultura y la familia en nuestros pensamientos, sentamientos y acciones.

Se retoman las ideas principales y se profundiza sobre las mismas.

Se les solicita a los participantes que verbalicen ante el grupo las respuestas de las siguientes preguntas,¿Cuáles fueron los refranes, frases o dichos que escuchaste, cuando eras niño sobre la sexualidad?

¿Cuáles fueron los refranes, frases o dichos que escuchaste, cuando eras niño sobre las mujeres?

¿Cuáles fueron los refranes, frases o dichos que escuchaste cuando eras niño sobre los hombres?

¿Cuáles fueron los refranes, frases o dichos que escuchaste cuando eras niño sobre el abuso sexual?.

¿Cómo deben aprender los niños y las niñas sobre sexualidad?

¿A que edad se debe iniciar a tener relaciones sexuales?

Se realiza énfasis en identificar de quien las escucharon, que pensaban antes y ahora de esos refranes, se discuten una a uno y escribiendo las ideas principales en el tablero.

Se alienta a los participantes para confronten las ideas de los demás y manifiesten desacuerdo. Si se evidencia demasiado consenso, se debe asumir el rol de “abogado del diablo”.

Se divide los participantes en dos grupos y se les solicita que discutan como estás ideas influyen en que se presente el fenómeno de abuso sexual y en que ellos reincidan en estas conductas.

Se les solicita que escojan un vocero del subgrupo para que presente las ideas ante todos.

Para finalizar se les invita a responder:

- ¿Cuáles fueron las preguntas mas difíciles de contestar?
- ¿Hay preguntas de las que no estas seguro de la respuesta?
- ¿Existían preguntas que nunca te habías echo?
- ¿tus padres esperarían esas respuestas de parte tuya?

Los resultados de esta sesión deben retomarse en sesión individual y familiar con la finalidad que el sistema familiar pueda identificar y modificar distorsiones cognitivas que faciliten la reincidencia.

ACTIVIDAD 2: JUEGO DE ESTRELLAS

Se divide el grupo en dos pegan A continuación se presentan 21 diferentes problemas con sus respectivas soluciones:

1. PROBLEMA

Gregorio forza a su hermana Julia a que se quite la ropa. Le pone su dedo en la vagina de Julia. Ella le dice que pare. Él reacciona furioso y grosero. ¿Qué opinas de esto? ¿Haz oído algo parecido alguna vez? ¿Esto es considerado abuso sexual? ¿Por qué crees que Gregorio actúa así con Julia?

Se hace énfasis en que este comportamiento, si es abuso sexual. En algunas ocasiones un hermano puede actuar sexualmente con su hermana. En ciertas situaciones es una forma de dejar salir su rabia contra el mundo y la receptora de eso es la hermana. El puede estar enfadado con sus padres y se desquitó con su hermana de esa forma, lo cual no es normal ni lo justifica. De alguna forma Gregorio está confundido al actuar sexualmente y produciéndole daño a su hermana.

2 . PROBLEMA

Juana se siente muy culpable puesto que un joven ha venido tocándole sus partes privadas. El no para de tocarla. ¿Por qué crees que Juana se siente culpable? El joven es el que debería sentirse culpable o Juana?

Se hace énfasis en que algunos niños y niñas piensan que el abuso sexual que ha ocurrido es por su culpa. Pero SIEMPRE es culpa del joven o adulto.

3. PROBLEMA

José y Jaime, ambos tienen 5 años de edad, quieren ver si ambos tienen lo mismo debajo de la ropa. Ellos se quitan la ropa y se tocan sus partes privadas mutuamente, con risitas nerviosas. Después se ponen la ropa de regreso. ¿Qué piensa sobre eso?

Se hace énfasis en que esto está bien, siempre y cuando los niños son de la misma edad y no se usó la fuerza o el chantaje en ningún momento, Si el juego termina cuando alguno de los dos lo decide, si actuaron por curiosidad, si ellos no se sienten malos o culpables.

4. PROBLEMA

¿Qué significa cuando un joven tiene un problema de tocar a otros? De un ejemplo.

Se hace énfasis en que cuando un joven tiene un problema de tocar otros niños. Quiere decir que está tocando las partes privadas de otros niños en una forma que no está bien para ellos. Frecuentemente usan fuerza, regalos, chantaje emocional, trucos y trampas, amenazas, quieren que todo se haga para su beneficio sin importarle la otra persona. Ellos saben que lo que están haciendo está mal, que es incorrecto, que se meterán en problemas si alguien los descubre, y que se están aprovechando de la otra persona.

5. PROBLEMA

Si un joven tiene un problema de tocar otros niños, que lugares deben evitar?

Se hace énfasis en que hasta que el joven pueda controlar a través de tratamiento su problema él o ella debe estar alejado de:

a) Ir a cine que tenga contenidos con mucho sexo y violencia.

b) Mirar muchas novelas

c) Mirar fotografías pornográficas

d) Estar a solas con otro niño o niña

e) Hablar sobre tocar niños con otro menor

f) Caminar desnudo por ahí

g) Ir al baño con otros niños

h) Dormir en la misma cama con alguien más

6. PROBLEMA

Qué tipo de sentimientos, usualmente, se le despiertan a un joven que tiene problemas de tocar a niños antes de tocar las partes privadas de otro niño de una forma inadecuada. ?

Se hace énfasis en que esto es diferente para cada joven que tiene el problema de tocar niños. Algunos se sienten: tristes, se sienten mal, malhumorados, miedosos, excitados, ansiosos, tensos, contentos, nerviosos y tembleques. Algunos jóvenes quieren tocar a otros cuando tienen recuerdos de situaciones desagradables, miedosas o, sexuales que les vienen a la mente.

7. PROBLEMA

Qué puede hacer un joven cuando tienen el problema de tocar niños y se les presenta el deseo de tocar incontrolado?

Se hace énfasis, en que un joven con deseo de tocar otros niños puede hacer lo siguiente:

a) Decirle a un adulto que pueda hablar con él o ella y además distraerlo de ese deseo .

b) Hacer algo activo con su cuerpo de esta forma se pueden sentir diferente, como jugar baloncesto, saltar lazo, jugar con un vídeo, etc.

c) Pensar en algo más, como tratar de recordar un evento feliz, o contarle a alguien sobre un momento feliz en su vida.

d) Tratar de resolver el problema que inició ese sentimiento.

e) Irse del sitio que lo hace sentirse de esa forma.

8. PROBLEMA

¿Qué pueden hacer los padres para ayudar a un niño o niña que tiene el problema de tocar otros niños?

Se hace énfasis en algunas alternativas como

a) Pida ayuda a todos los miembros de la familia y busque ayuda profesional.

b) No le permita a ver videos o películas que contengan mucha violencia y sexo.

c) No pelee enfrente de el ni mucho menos use groserías.

d) Mantenga fotografías pornográficas fuera del alcance.

e) No muestre actividad sexual en frente de ellos.

f) Sepa con quien están todo el tiempo.

g) Provéalo de actividades sanas.

h) No permita que sus amigos den mal ejemplo.

9. PROBLEMA

Un joven le ha mostrado fotografías de personas desnudas a sus primos esto es abuso sexual porque?

Se hace énfasis en que esto es abuso sexual.

10. PROBLEMA

Un joven tiene relaciones con su novia de 13 años, su novia quería que eso pasara y no es virgen esto es abuso sexual?

Se hace énfasis en que tener actividad sexual con un menor de 14 años es delito así sea con su consentimiento.

11. PROBLEMA

Las victimas se sienten culpables y no revelan el abuso porque:

Se hace énfasis en:

a. La victima no puede hacer que su agresor se detenga
b. Se siente temerosa de contar, puesto que a ella le gustan los regalos que él agresor le da para mantenerla callada.
c. En algunos momentos cuando es tocada se siente bien.
d. Que matarán al agresor
e. Que lastimaran a la victima
f. Que culparán a la victima
g. Dirán que está mintiendo
h. La familia se destruirá

Protocolo para el tratamiento grupal de agresores sexuales jóvenes

SESION 8

OBJETIVOS:

1. Elaborar un plan de prevención de recaídas.

MATERIALES: hojas de papel, lápices, tablero acrílico, marcadores.

DURACION: 60 MINUTOS

DESCRIPCION DE LA SESION:

ACTIVIDAD 1: PLAN DE PREVENCION DE RECAIDAS

Se les solicita que de forma individual escriban en una hoja:

1. PARA QUE: Cual sería el propósito de elaborar un plan de prevención de recaídas

2. CLAVES: Se anima para que de forma individual identifiquen esas situaciones, señales, comportamientos o claves que estén relacionados con que realice comportamientos sexualmente abusivos.

3. QUE HAGO: Se les solicita que elaboren un plan para controlar y/o enfrentar cada una esas situaciones, señales, comportamientos o claves que estén relacionados con que realice comportamientos sexualmente abusivos.

4. NO QUIERO: Se les solicita que identifiquen las consecuencias positivas y negativas, a largo y corto plazo, para ellos y los demás de la conducta de abuso sexual que elicitaron, al igual se les solicita identificar detalladamente las consecuencias de una recaída.

5. SI PUEDO: Se les solicita que identifiquen y escriban situaciones donde el controlarse les permitió recibir consecuencias positivas a largo o corto plazo. Se le solicita que identifique que podría decirse a si mismo para ayudarse a sobrepasar esas situaciones, señales, comportamientos o claves que estén relacionados con que manifieste comportamientos sexualmente abusivos.

6. TECNICAS DE RELAJACIÓN: Se les solicita que escojan la técnica de relajación con la que se sintieron mas cómodos e identificados.

7. TIEMPO LIBRE: Se les solicita que identifique y planee actividades que los hagan sentir bien tales como ejercicios, escuchar música, jugar etc.

8. BUSCAR AYUDA: Se les solicita que identifiquen la personas (familiares, amigos, psicólogos) que le podrían ayudar a sobrepasar esas situaciones, señales, comportamientos

o claves que estén relacionados con que manifieste comportamientos sexualmente abusivos. Se hace énfasis en que estas personas que ellos escojan deben conocer el plan de prevención de recaídas.

9. MANTENERSE: Se les solicita que identifiquen a quien, como y porque enseñarían las habilidades aprendidas durante la terapia de grupo. Se les solicita que planeen la revisión periódica de las técnicas aprendidas.

Se realiza énfasis en que el plan de prevención de recaídas facilita aprender ha aplicar lo que se ha aprendido en el proceso terapéutico (terapia individual, familiar y grupal). Si no existe aplicabilidad del plan de prevención de recaídas, lo que se ha aprendido durante el proceso terapéutico quizás solo sea un interesante ejercicio que NO tendrá aplicación en sus vidas. La aplicación del plan de prevención de recaídas les facilitara no manifestar comportamientos sexualmente abusivos.

Al finalizar se les solicita que cada uno de los miembros del grupo lea el plan de prevención de recaídas que construyo, se anima a los participantes para que le realicen al miembro del grupo preguntas sobre el mismo, a que manifiesten desacuerdo y confronten lo expuesto.

Como tarea se les pide a los participantes que optimicen el plan de prevención de recaídas acorde a los aportes del grupo para ser trabajado en sesión individual.

DISCUSIÓN

Para la implementación del protocolo para el tratamiento psicológico grupal de agresores sexuales jóvenes no institucionalizados que aporta la presente investigación se sugiere tener en cuenta que para que el grupo actué como factor de cambio de conducta de sus miembros es necesario generar un clima de cohesión del grupo que son determinados a menudo por sus experiencias de vida (estrato social, experiencias escolares y de interacción con sus pares similares, estilos de vida similares) y su situación actual (medida de seguridad tomada por el estado, situación de terapia).

Otro punto relevante es el acuerdo del grupo respecto a los objetivos de la intervención y el manejo del grupo desde un estilo democrático que permita y facilite que los miembros del grupo participen, maximizando así la dimensión psicosocial del grupo y su función de soporte; esto se ve reflejado en descarga emocional de los miembros del grupo durante la sesión, la facilidad con que compartan sugerencias, opiniones y experiencias.

Se debe propender por que el grupo adquiera una dimensión "espiritual o existencial" donde cada miembro, al escuchar las problemáticas de los demás desarrolle la percepción de que "solo me pasa a mi", "estoy solo en el mundo", que es percibida en los jóvenes cuando inician el tratamiento; sin olvidar la función de moldeamiento que ejerce el grupo, ya que el progreso de uno de los miembros "sirve de ejemplo" a los demás para iniciar el proceso de cambio.

Es necesario resaltar que la efectividad de las sesiones grupales se optimiza si el tratamiento es reconocido por el adolescente como un paso necesario en un plan de prevención de recaídas, como una evidencia tangible de que la sociedad cree en su posibilidad de cambio y en el mejor de los casos como un reconocimiento social a la confesión del delito y la expresión de disculpas hacia la victima y la sociedad. Al igual en la medida que el tratamiento pueda ser identificado por la victima, como un espacio para ser escuchados y para encontrar respuestas a sus cuestionamientos y como una acción que

busca reestablecer sus derechos y que impactara positivamente en su proceso de elaboración emocional del delito.

Es imprescindible que el protocolo que aporta la presente investigación haga parte de un programa de tratamiento donde se realicen sesiones individuales y familiares en igual o menor número de sesiones de acuerdo al análisis y formulación de caso.

Al finalizar el tratamiento se debe evaluar si el mismo facilito procesos de comprensión y aceptación del abuso sexual cometido, generando sentimientos de empatía y respeto con las víctimas, optimizando el manejo de la sexualidad y fortaleciendo procesos de autocontrol que se vean reflejados en la no reincidencia. En definitiva la investigación sobre los tratamientos de este tipo, va mostrando la necesidad de contar con instrumentos y enfoques precisos y rigurosos que permitan evaluar y aumentar la calidad de las intervenciones. Al igual que estudios longitudinales y metaanaliticos que permitan evaluar de forma mas completa la reincidencia.

A partir de esta investigación se pueden generar otras, que estén dirigidas a evaluar la efectividad de las sesiones grupales que contiene el protocolo y/o complementarlo con un protocolo de las sesiones individuales y familiares que comprendería la totalidad del tratamiento.

REFERENCIAS

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (1999) *Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents Who are Sexually Abusive of Others*. Washington. Press

Allen, L., Mackenzie, D. Hickman, L. (2001). The effectiveness of cognitive behavioral treatment for adult offenders: a methodological, quality-based review. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45(4), 2001 498-514.

Asenjo, F. (2001).Estudio descriptivo y analítico relacional acerca de agresores sexuales. En el defensor del menor en la comunidad de Madrid (Ed) *IV congreso de la asociación iberoamericana de psicología jurídica* (pp. 764-773). Leganes.

Boyd, M., Hugan, M y Echo, E. (2000). Characteristics of adolescent sex offenders: a review of the search. *Journal Aggression and Violent Behavior*, 5(2), 137-146.

Cáceres, J (2001). *Parafilias y Violación*. Madrid: Editorial Universitas.

Caldwell, M. (2002). What we do not know about juvenile sexual reoffense risk. *Child Maltreatment*, November. Vol. 7, No. 4, 291-302.

Cavanagh, T. Gil, E. (1993). *Assessment and treatment of sexualized children and children who molest*. Launch press. 220-230.

Díaz Morfa J. (2003).Ofensores Sexuales Juveniles. *Estudios de Juventud*. Septiembre. No 62/03. 93-123.

De Paúl Ochotorena, J. y Arruabarrena Madariaga, M. (1995). Alternativas de intervención terapéutica y preventiva. *Manual de protección infantil*. Barcelona: Masson; 1996.

Echeburua, E y Guerrica-Echevarria, C (2000). *Abuso sexual en la infancia: victimas y agresores.* Barcelona. Ariel. 88-102.

Farrington D.P (1998). Predictors, causes, and correlates of male youth. *Violence crime and justice*, 24, 421-475.

Farrington, D.P Lahey, B. B., Gordon, R. A., Loeber, R. & Stouthamer-Loeber, M. (1999). Boys who join gangs: A prospective study of predictors of first gang entry. *Journal of Abnormal Child Psychology, 27,* 261-276.

Farrington, D. P. & Juby, H., (2001). Disentangling the link between disrupted families and delinquency. *British Journal of Criminology, 41*, 22-40.

Fernández-Montalvo, J. y Echeburua, E. (1997). Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar, un análisis descriptivo. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 23, 151-180.

Finkelhor, D. (1979). *Sexually Victimized Children*, Fress Press New York.

Garrido, V. y Lopez, M. (1995). *La prevención de la delincuencia: el enfoque de la competencia social*. Valencia. Tirant lo Blanch.

Garrido, V., Stangeland, P. y Redondo, S. (2001*). Principios De criminología*. Valencia Tirant Lo blanch. 414-417.

Garrido, V. López, M. y Ross, R. (2001). *El programa del pensamiento prosocial*. Valencia. Tirant lo Blanch. 44-58

Garrido, V. (2002). *Psicología de la delincuencia*. Ciencias de la seguridad (CISE). Universidad de Salamanca. 189-192.

Garrido, V. Morales, L. (2003). *Serious (violent and chronic) juvenile offenders: A systematic review of treatment effectiveness in secure corrections*.

Garrido, V. y López, M (2005). *Manual de intervencion educativa en readaptacion social*. Valencia. Tirant lo Blanch. 32-41

Glasgow, D. (1991). Et al. Sexual abuse of children by children, *journal of child law,* 3 (4) 147-151

Godoy, C. (2005) *Prevención y tratamiento de la delincuencia: el tratamiento de los delincuentes sexuales.* Universidad de Murcia. Extraído el 30 de julio de 2006 desde http://webs.ono.com/usr015/consultas/Prevencion/Prevencion-05.pdf

Godoy, C y Esteban, C. (2005) *Prevención y tratamiento de la delincuencia: el tratamiento de los delincuentes psicópatas*. Universidad de Murcia. Extraído el 30 de julio de 2006 desde http://webs.ono.com/usr015/consultas/Prevencion/Prevencion-04.pdf

Gonzáles, M. y Nieto, O (2001). Desarrollo moral en menores infractores: una aproximación empírica a partir de Kolhberg. En El defensor del menor en la

comunidad de Madrid (Ed), *IV congreso de la asociación iberoamericana de psicología jurídica.* (pp. 139-162). Leganes.

Gorman, D. y Tolan, P (2002). Tratamiento de la delincuencia juvenil: entre el castigo y la terapia. En Breiling, J. Maser, J. Sotoff, D (Eds), *Conducta antisocial.* Vol 1. (pp. 303-329). México. Oxford

Juvenile Rehabilitation Administration. (2002). *Integrated treatment model report.* Extraído el 1 de Junio de 2006 desde http://www1.dshs.wa.gov/pdf/JRA/ITM_Design_Report.pdf.

Nisbet, I., Rombouts, S. y Smallbone, S. (2005*). Impacts of programs for adolescents who sexually offend.* Research Report. NSW Department of Community Services.

Northen Ireland Reserch team. (1991) *Child Sexual Abuse in Northern Ireland*, Greystone. Belfast.

Koss M., Bachar, K. y Hopkins Q. (2004). Disposition and treatment of juvenile sex offenders from the perspective of restorative justice. Extraído el 30 de julio de 2006 desde http://restoreprogram.publichealth.arizona.edu/research/Koss%20(In%20Press)%20Disposition%20and%20Treatment%20of%20Juvenile%20Sex%20Offenders.pdf

Lambie, I. y McCarthy, J. (1995) The Nature of Adolescent Sexual Offending. Treating Adolescent Sexual Offenders and their Families. *Social Work Review*, June, pp18-25

Lipsey, M.; Wilson, D., y Cothern, L. (2000). Effective Intervention for Serious Juvenile Offenders. *Juvenile Justice Bulletin.*. Abril. 1-7.

Pérez, M. y Carbajo, E. (1999). *Acercamiento integrador a los abusos sexuales*. Extraído el 15 de Mayo de 2006 desde http://www.infoabu.com/articulos_acercamiento.htm

Redondo, S. Sanchez-Meca, J y Garrido, V. (2001). Treatment of offenders and recidivism: assessment of the effectiveness of programs applied in Europe. *Psychology in Spain*, Vol. 5. No1, 47-62.

Redondo, S. Sánchez-Meca, J. y Garrido, V. (2002). Programas psicológicos con delincuentes y su efectividad: La situación europea. *Psicothema*, *14 (Supl.)*, 164-173.

Redondo, S. (2006). *Intervención intensiva con internos autores de delitos violentos y contra la libertad sexual*. Extraído el 10 de junio de 2006 desde http://penitenciari.meetingcongress.com/ponencies/Santiago_Redondo.pdf

Report of the committee of enquiry into children and young people. (1992) *who sexually abuse other children*. NCH Press.

Urrea, J. (2003) *Agresor sexual, casos reales Riesgo de reincidencia*. Madrid. Eos. 333 - 334.

Veneziano, C. y Veneziano, L. (2002). Adolescent Sex Offenders. A Review of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*. October. Vol. 3, No. 4, 247-260.

Wilson, D., Allen, L., Mackenzie, D. (2005). A quantitative review of structured, group-oriented, cognitive-behavioral programs for offenders. *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 32 No. 2, 172-204.