

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRIA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL**

***Terapia Grupal de Orientación
Cognitivo-Conductual con Perspectiva de Género
para el Tratamiento de
Ofensores Sexuales Juveniles.***

***Informe de Sistematización de la Residencia Práctica presentado
para optar por el título de Magistra en Trabajo Social con énfasis
en Intervención Terapéutica.***

Laura Meza Peña.

***Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica
Octubre, 1998.***

Este trabajo final de graduación correspondiente a la sistematización de la Residencia Práctica para optar por el grado de Magistra en Trabajo Social, fue aprobado por el Tribunal Examinador el día 29 de octubre de 1998, en la Sede Rodrigo Facio Brenes de la Universidad de Costa Rica, San Pedro de Montes de Oca.

Lic. Vera Leitón Mora.
Asesora Principal.

MSc. Ana Ruíz Rojas.
Asesora.

MSc. Nidia Morera.
Asesora.

Dr. Roberto Magaña Antillón.
Representante del Decano SEP.

AGRADECIMIENTOS

A la **Licda. Vera Leitón Mora** asesora principal de la Residencia y a la **MSc. Anargerie Solano Siles**, por su constante apoyo, dedicación y sus enseñanzas durante el proceso.

Al **Lic. Walter Ramírez Mora**, coterapeuta y amigo; por el compromiso mostrado hacia el proyecto y por sus aportes, en aras de las metas terapéuticas.

A la **Licda. Ana Virginia Quesada Morales**, Jefe del Servicio de Trabajo Social del Hospital Nacional de Niños, por la apertura y el apoyo brindado para la conclusión exitosa de la Residencia Práctica.

A, **las familias y a los adolescentes** por su voluntad para comprometerse con los fines del tratamiento y por creer en su potencial de cambio.

DEDICATORIAS

A Dios: *Por haberme impulsado en la búsqueda y el logro de una nueva meta, brindándome siempre la entereza y la fe necesarias para encontrar el sentido de mi vida...*

A mis padres y mis hermanos: *Por reforzarme cada día el espíritu de superación y dedicación...*

A Pablo: *Por sacrificio de “nuestro tiempo”, por el constante apoyo y dedicación para inspirarme siempre a continuar con sus enseñanzas de amor, esperanza y lucha...*

kkkkkkkkkkkk

***El individuo que no puede crear,
quiere destruir... El único remedio
para la destrucción compensadora es
desarrollar en el hombre un potencial creador.***

E. Fromm.

kkkkkkkkkkkk

***Eres lo que tu más profundo
y vigoroso deseo es.
Como es tu deseo, es tu voluntad.
Como es tu voluntad, son tus actos.
Como son tus actos, es tu destino.***

-Brihadaranyaka Upanishad.

RESUMEN DE LA SISTEMATIZACION

El presente trabajo reúne los resultados obtenidos con la implementación de un modelo terapéutico cognitivo-conductual, aplicado como experiencia de residencia práctica, con adolescentes ofensores juveniles de bajo y mediano riesgo que iniciaron tratamiento en el Hospital Nacional de Niños entre octubre-1997 y julio-1998, para el proceso de autocontrol de su comportamiento sexual abusivo.

La sistematización tomó como eje la terapia de grupo y la capacidad desarrollada por los adolescentes para el autocontrol, mediante el diseño de un plan preventivo de ofensa que integra destrezas y habilidades sociales alternativas al comportamiento abusivo.

La reconstrucción de la experiencia como proceso, se realizó a través de la visión global del trabajo terapéutico realizado durante 19 sesiones grupales, según cinco fases que se detallan a partir de los diferentes módulos de tratamiento en secuencia, en los que se contemplan contenidos informativo-educativos, estrategias conductuales y destrezas y habilidades sociales.

El análisis, la síntesis y la interpretación crítica realizada a partir de la práctica sistematizada, permitió sustentar resultados relacionados con la corroboración de aspectos teórico-metodológicos en torno a la problemática de los ofensores sexuales juveniles.

De forma congruente con las premisas teórico-conceptuales del modelo de intervención, el desarrollo de un comportamiento sexual abusivo como una manifestación concreta de la violencia y como una expresión de poder, matiza gran parte de las interacciones sociales dentro de los diferentes contextos de relación del adolescente e impregnan de diferente forma la construcción subjetiva de su masculinidad.

También la experiencia desarrollada permitió determinar conclusiones prácticas, orientadas en función de las enseñanzas derivadas de la experiencia y que pueden contribuir a mejorar la metodología que deberá implementarse en futuros grupos terapéuticos.

Al no existir una etiología única que se asocie a todos los casos de comportamiento sexual abusivo temprano, no puede hablarse de un alto grado de eficiencia a partir de un tratamiento único que se aplique de forma inflexible. No obstante, el tratamiento desarrollado buscó satisfacer tanto las necesidades particulares de los adolescentes, así como las necesidades terapéuticas preestablecidas en función de los objetivos y las metas grupales.

INDICE DE CONTENIDOS

| | PAGINA |
|---|---------------|
| PORTADA | |
| RESUMEN DE LA SISTEMATIZACION | iii |
| INTRODUCCION | x. |
| I. PROPUESTA DE INTERVENCION PARA LA RESIDENCIA PRACTICA | |
| 1.1 Problema Objeto de Intervención | 1. |
| 1.2 Sujetos de Intervención (Población Meta) | 3. |
| 1.3 Imagen Objetivo (Impacto Esperado) | 4. |
| 1.4 Objetivos de la Propuesta | 5. |
| 1.4.1 Académicos | 5. |
| 1.4.2 Servicio | 5. |
| 1.4.2.1 Objetivos generales del tratamiento | 5. |
| 1.4.2.2 Objetivos específicos del tratamiento | 6. |
| 1.5 Metas del Tratamiento para los miembros del grupo | 7. |
| 1.6 Estrategia Metodológica | 8. |
| 1.7 Modelo de Supervisión, Intercambio y Socialización de la Experiencia | 20. |

II. PREMISAS TEORICO-METODOLOGICAS DEL MODELO INTERVENCION

| | |
|--|------------|
| 2.1 Contexto Teórico-Conceptual | 21. |
| 2.2 Premisas Teóricas del Modelo de Intervención | 30. |
| 2.3 Premisas Epistemológicas del Modelo de Intervención | 32. |

III. UBICACIÓN CONTEXTUAL DE LA EXPERIENCIA TERAPEUTICA

| | |
|---|------------|
| 3.1 Justificación | 33. |
| 3.2 Relevancia de la Experiencia Desarrollada en en el Marco Institucional | 37. |

IV PLAN DE SISTEMATIZACIÓN

| | |
|---|------------|
| 4.1 Modelo de Sistematización Utilizado | 39. |
| 4.2 Fundamentos del Método de Sistematización Utilizado. | 43. |
| 4.2.1 Punto de Partida | 43. |
| 4.3 Preguntas Iniciales | 45. |
| 4.3.1 Objetivos de Sistematización | 45. |
| 4.3.2 Objeto de Sistematización | 45. |
| 4.3.3 Eje de Sistematización | 46. |
| 4.5 Recuperación del Proceso Vivido | 46. |
| 4.5.1 Reconstrucción de la Historia | 46. |
| 4.5.2 Reflexión Crítica de Fondo | 48. |
| 4.6 El Punto de Llegada del Proceso de Práctica | 52. |

| | PAGINA |
|---|---------------|
| V. RECUPERACION DEL PROCESO VIVIDO | |
| 5.1 Fase de Evaluación de Riesgo y Filtro | 56. |
| 5.2 Fase Terapéutica de Integración y Cohesión Grupal | 60. |
| 5.4 Fase Terapéutica de Información para la Identificación de Problemas y Cogniciones Disfuncionales Grupales e Individuales | 66. |
| 5.4 Fase Terapéutica de Trabajo con Ensayo y Prácticas de Destrezas y Habilidades Sociales | 76. |
| 5.5 Fase Terapéutica de Integración Personal Conductual Cognoscitiva del Trabajo Grupal | 84. |
| | |
| VI. REFLEXION CRITICA DE FONDO | |
| 6.1 Areas donde los Adolescentes Participantes del Proceso Mostraron Avance en la Producción y Enriquecimiento del Conocimiento con respecto a su Problema de Comportamiento Abusivo | 94. |
| 6.2 Lecciones Desarrolladas con Respecto a Cómo Trabajar Con Ofensores Sexuales Juveniles | 112. |
| 6.3 Tensiones y Contradicciones Manifiestas durante el Proceso | 118. |
| 6.4 Síntesis y Conceptualización a partir de la Práctica | 120. |
| | |
| VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 124. |
| | |
| VIII. BIBLIOGRAFIA | 130. |
| | |
| IX. ANEXOS | 135. |

INDICE DE GRAFICOS

| | PAGINA |
|--|---------------|
| GRAFICO #1: <i>“Evolución Perfil de Entrada al Iniciarse el Proceso de Tratamiento Grupal”</i> | 61. |
| GRAFICO #2: <i>“Evolución Perfil de Entrada al Concluir Fase #3 del Tratamiento Grupal”</i> | 72. |
| GRAFICO #3: <i>“Evolución Perfil de Entrada al Concluir Fase #4 del Tratamiento Grupal”</i> | 82. |
| GRAFICO #4: <i>“Evolución Perfil de Entrada al Concluir Fase #5 del Tratamiento Grupal”</i> | 91. |
| GRAFICOS #5 <i>“Cambios Significativos Según contenidos Temáticos del Proceso Grupal”.</i> | 99. |
| GRAFICO #6: <i>“Evolución Perfil de Entrada Según Fases del Tratamiento Grupal”</i> | 105. |

INDICE DE DIAGRAMAS

PAGINA

DIAGRAMA #1:
***“Fases del Proceso
Terapéutico”***

53.

DIAGRAMA #2:
***“Signos de Alerta y Acciones Preventivas
Identificadas en el Contexto Grupal”***

89.

INTRODUCCION

La experiencia de Residencia Práctica de la Maestría de Trabajo Social conlleva la realización de una práctica supervisada cuyo fin es el fortalecimiento de la calidad de la intervención social, mediante el desarrollo de habilidades y destrezas en el diseño, ejecución, análisis y evaluación de modelos de intervención, de atención y evaluación. Específicamente, el área de trabajo seleccionada por la estudiante y aprobada por la Maestría, es el tratamiento grupal para ofensores sexuales juveniles atendidos en el Hospital Nacional de Niños y que iniciaron tratamiento entre octubre-1997 y julio-1998.

Dicha experiencia de residencia, ha implicado el desarrollo de dos etapas: una de ejecución y otra de sistematización. El contenido de este trabajo se refiere a la presentación de la sistematización de los resultados de la residencia práctica, en el que se detallan el conjunto de actividades de aprendizaje que hicieron posible la descripción, ordenamiento y reflexión analítica de la experiencia terapéutica desarrollada con el grupo de adolescentes anteriormente mencionado.

Para el área de Trabajo Social del Hospital de Niños en su proyección de atención a la problemática de la violencia infanto-juvenil desde hace 18 años, por medio del Comité de Estudio y Tratamiento Integral del Niño(a) Agredido(a) (CEINA), resulta beneficioso el establecimiento de una estrategia de atención

dirigida a la población de ofensores sexuales juveniles, como una estrategia para prevenir y disminuir la incidencia del abuso sexual infantil. Lo anterior, por cuanto los objetivos de la propuesta se encuentran orientados hacia la minimización del riesgo de ofensas sexuales futuras y la maximización de la responsabilidad de los adolescentes por las ofensas cometidas, en aras de disminuir la tasa de incidencia de víctimas.

Es importante hacer mención que en el CEINA hasta el año 1997 no se actuaba en la problemática del ofensor sexual juvenil, por lo que la necesidad de contar con una estrategia de tratamiento en virtud de dar respuesta al incremento de la demanda experimentada, crea mayores condiciones para viabilizar la continuidad del modelo de atención ejecutado.

La experiencia terapéutica desarrollada cobra relevancia si se consideran las características recurrentes que han sido determinadas a través de las distintas investigaciones con población ofensora y que insisten en la necesidad de atención especializada de la problemática del ofensor sexual juvenil. Así, paulatinamente, ha cobrado prioridad ampliar las posibilidades de tratamiento integral del problema del abuso (víctimas y ofensores) y orientado a disminuir la reincidencia de la conducta ofensora sexual temprana.

El problema de intervención sobre el que giró la práctica terapéutica sistematizada fue: el cómo disminuir la posibilidad de reincidencia del comportamiento sexual abusivo, en adolescentes de bajo y mediano riesgo con

historia comprobada de abuso sexual? Esto partiendo de la necesidad de ofrecer una alternativa de atención a una de las distintas manifestaciones de la problemática del abuso sexual infantil: los ofensores sexuales juveniles y utilizando el modelo terapéutico cognitivo-conductual. Lo anterior, desde la óptica de construir una opción de atención alternativa a la institucionalización penal del adolescente ofensor, que sea costo/efectiva y que se constituya en una instancia de tratamiento menos estigmatizante para la familia y el adolescente, pero también para las víctimas a quienes se disminuye el potencial de ser abusadas.

I. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA RESIDENCIA PRACTICA

1.1 PROBLEMA OBJETO DE INTERVENCIÓN

Si se parte de que el cumplimiento defectuoso en las pautas que configuran el desarrollo socioafectivo durante la infancia y posteriormente en la adolescencia, impiden el despliegue óptimo de las potencialidades y limitan tanto el accionar como la adaptación al medio, es posible considerar el comportamiento abusivo dentro de las respuestas desadaptativas del niño(a) y adolescente.

De esta forma, es necesario tomar en consideración las manifestaciones conductuales asociadas con la elaboración de un lenguaje de socialización desigual (asociado al género) y la aprehensión de modelos cognitivos distorsionados. Además, porque éstos últimos son factores que agudizan las contradicciones y consecuencias interaccionales entre los conceptos de poder, género, prácticas sexuales, familia y sociedad.

Las problemáticas asociadas a la conducta sexual abusiva en ofensores sexuales juveniles, implican partir del entendimiento de la dinámica de interacción en que éstos se desenvuelven según los patrones de socialización masculina de género, tomando como referencia las condiciones subjetivas que determinan su

historia particular de vida respecto a cómo aprenden, asumen y significan su identidad de género, en el contexto de una familia específica y una sociedad basada en principios de socialización masculina. De ahí, la importancia y la necesidad de atender la problemática del ofensor sexual juvenil, ofreciéndole una atención psicosocial especializada para la comprensión y cambio de su comportamiento y actitud sexual.

A partir de los elementos anteriormente señalados con respecto a la necesidad de ofrecer una alternativa de atención a una de las distintas manifestaciones de la problemática del abuso sexual infantil: ofensores sexuales juveniles, el problema de intervención fue:

“¿Cómo disminuir la posibilidad de reincidencia del comportamiento sexual abusivo en adolescentes de bajo y mediano riesgo, con historia comprobada de abuso sexual?”

Lo anterior, desde la óptica de poder constituir una opción de atención alternativa a la institucionalización penal del adolescente ofensor y que desde la perspectiva del costo/eficacia, tuviera una mayor efectividad por cuanto a que se constituye en una instancia de tratamiento menos estigmatizante tanto para la

familia como para el adolescente. Pero también para las víctimas respecto a que se disminuye el potencial de ser abusadas.

1.2 SUJETOS DE INTERVENCIÓN (POBLACIÓN META)

Se seleccionaron como candidatos a tratamiento grupal aquellos adolescentes que cumplían con los siguientes criterios:

- ❖ Ubicarse en un nivel de riesgo bajo o moderado: Haber cometido de 1-3 ofensas no sádicas o ritualistas, no agresivas y que no sugieran un comportamiento sexual predatorio.
- ❖ Poseer una edad que oscile entre los 12 y 16 años.
- ❖ No presentar problemas de retardo mental severo.
- ❖ No presentar trastornos de conducta depresiva.
- ❖ Que el adolescente manifestara algunas destrezas sociales asociadas a su capacidad de relacionarse con otros (mecanismos de relación social).
- ❖ No presentar historia previa de trastornos de conducta.
- ❖ No presentar problemas de uso de drogas o consumo de alcohol.
- ❖ Que existiera conocimiento familiar respecto a la comisión del (los) abuso(s) (haber roto el secreto) y que se manifestara compromiso familiar respecto al cumplimiento efectivo del tratamiento.
- ❖ Haberse iniciado los trámites respectivos de orientación legal tanto para las víctimas como para los ofensores.
- ❖ Que durante el proceso de evaluación hubieran manifestado una admisión total o parcial respecto a la comisión de la(s) ofensa(s).
- ❖ Que tanto el adolescente como su familia aceptaran formalizar la incorporación al tratamiento, mediante la firma de un contrato terapéutico.

1.3 Imagen Objetivo (Impacto Esperado)

El brindar atención a conductas abusivas sexuales tuvo y tiene sentido y significado toda vez que está en función del trabajo que desarrolla el Comité de Estudio y Tratamiento Integral del Niño(a) Agredido(a) con la población víctima del abuso. Por lo que la imagen objetivo que se distinguió con el desarrollo de la propuesta de tratamiento se explicitó en:

El desarrollo de un proceso de intervención terapéutica individual y grupal, cuyo eje central es la prevención de la reincidencia del comportamiento sexual abusivo, mediante un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual sensible al género y que permita al adolescente la promoción de habilidades y destrezas cognoscitivas, conductuales y sociales que deriven en nuevas formas de vinculación no abusivas.

1.4 OBJETIVOS DE LA INTERVENCION

1.4.1 Objetivos Académicos:

- 1.** Diseñar un proceso de práctica viable a partir del diagnóstico de la demanda de atención de la problemática del ofensor sexual juvenil en el Comité de Estudio y Tratamiento del Niño(a) Agredido(a) del Hospital Nacional de Niños y tomando en consideración los factores psicosociales asociados.
- 2.** Desarrollar la habilidad para el diseño y ejecución de la sistematización, evaluación y análisis crítico del proceso de intervención terapéutica realizado a través de la residencia práctica.

1.4.2 Objetivos de Servicio:

1.4.2.1 Objetivos Generales del Tratamiento:

- 1.** Evaluar a través del diagnóstico de riesgo potencial y otros criterios de selección, la inclusión del adolescente a la etapa de tratamiento grupal, mediante una estrategia de abordaje individual y familiar que permitan la definición de un pronóstico de evolución.

2. Desarrollar un proceso de atención individual y grupal dirigido bajo un enfoque cognitivo-conductual y sensible al género, que favorezcan el autocontrol, desarrollo de destrezas y habilidades, en aras de disminuir la reincidencia del comportamiento abusivo.

3. Reevaluar las condiciones de riesgo según la respuesta del adolescente y su familia hacia el tratamiento dado, a fin de estructurar la fase de control y seguimiento particular.

1.4.2.2 *Objetivos Específicos del Tratamiento:*

1. Delimitar el riesgo potencial del comportamiento ofensor y otros criterios de selección que permitan definir la incorporación del adolescente a la fase de tratamiento grupal.

2. Identificar elementos significativos para el adolescente respecto a la dinámica de interacción (familiar y social), asociados al ciclo compensatorio particular del abuso.

3. Profundizar en el autoconocimiento y construcción de la masculinidad relacionados con el abuso sexual particular.

4. Promover el desarrollo de habilidades y destrezas cognitivas, conductuales y sociales que favorezcan nuevas formas de vinculación social asociadas a la prevención del comportamiento abusivo.
5. Establecer un plan personal de prevención del comportamiento ofensivo a partir de las situaciones de riesgo particular.
6. Obtener información paralela al proceso de tratamiento grupal sobre el comportamiento manifiesto por el adolescente en su dinámica de interacción familiar.
7. Brindar información a los padres o encargados durante y/o al cierre del proceso, respecto a la evolución del adolescente y/o de la familia según las metas de tratamiento.

1.5 Metas del Tratamiento para los Miembros del Grupo

Previo al inicio del proceso de tratamiento, el adolescente se comprometió con las metas del mismo mediante la firma de un contrato terapéutico, en el que se contemplan:

- Yo aceptaré responsabilidad de mis conductas sexuales abusivas.
- Me esforzaré por lograr una clara y sensible comprensión de los efectos del abuso sexual sobre mi(s) víctima(s).
- Me esforzaré por lograr una comprensión de los pensamientos y sentimientos que me llevaron a cometer mis ofensas e identificaré mi ciclo ofensivo.
- Aprenderé a afrontar mis necesidades sexuales y sociales sin herir o abusar de otros, orientando mis relaciones con consentimiento.
- Identificaré las situaciones de alto riesgo que pudieran llevarme a futuras ofensas sexuales.
- Aprenderé destrezas y habilidades de comunicación más adecuadas, procurando ser asertivo y empático en mis relaciones sociales.
- Elaboraré y pondré en práctica un plan personal de prevención de ofensa, el cual presentaré ante el grupo y será del conocimiento de mis padres o encargados.

1.6 Estrategia Metodológica

El proceso de atención que se les ofreció a los adolescentes que manifestaban problemas de comportamiento sexual abusivo se dividió en tres etapas:

- ***La etapa de evaluación de riesgo y filtro.***
- ***La etapa de Tratamiento grupal.***

➤ ***La etapa de reevaluación y seguimiento de control.***

Durante estas tres etapas se trabajó bajo diversas modalidades como las son:

- Exposición magistral de temas.
- Discusión grupal.
- Ejercicios individuales escritos y verbales.
- Comentario de películas y videos.
- Ejercicios y dinámicas grupales.
- Dramatizaciones (sociodramas y juegos de roles).

Inicialmente, en el contenido del proceso grupal se contemplaron 16 sesiones de carácter cerrado, terapéutico directivo, bajo el enfoque cognitivo-conductual y de connotación educativo-preventivo respecto a la conducta abusiva compensatoria. Esto, en el contexto de un ambiente de iguales y en el que fuera factible el intercambio de experiencias y el abordaje de los temas generadores planificados, entre los que destacaron:

Sesión N° 1:

Metas del tratamiento y el significado de ser miembro del grupo (reglas de comportamiento grupal).

Objetivo y Meta: Interacción positiva de los miembros del grupo a fin de procurar el trabajo posterior.

Contenidos:

- ◆ Presentación de los terapeutas.
- ◆ Dinámica de presentación de los participantes por parejas.
- ◆ Definición grupal de reglas.
- ◆ Breve comentario sobre el motivo de referencia al grupo.

Actividades:

- ◆ Presentación individual de los terapeutas, dinámica grupal de presentación en parejas,
- ◆ Técnica de “Lluvia de Ideas” para definir las reglas del grupo (poniendo énfasis en aspectos como puntualidad, asistencia, confidencialidad y privacidad de la información, seguridad para los miembros del grupo, cooperación, respeto y cooperación mutua).
- ◆ Comentarios individuales sobre el motivo de referencia al grupo y en el que se posibilite la verbalización de sus expectativas y temores en torno al trabajo grupal.

Sesión N° 2:

“¿Por qué estoy aquí?”

Objetivo y Meta: Que cada participante sea capaz de entender los conceptos de violencia, abuso, sus componentes (poder, cooperación, control, cohesión y consentimiento) y sus diferentes manifestaciones (tipos de abuso).

Contenidos:

- ◆ El comportamiento sexual abusivo.
- ◆ El concepto de abuso sexual y violencia.
- ◆ Los conceptos de poder, cooperación, control, cohesión y consentimiento.

Actividades:

- ◆ Técnica de “Lluvia de ideas” para la construcción de los conceptos y el trabajo en parejas con tarjetas que ejemplifican los diferentes tipos de abuso y sus componentes.

- ◆ Cierre de la sesión estará a cargo de los terapeutas, con una dimensión pedagógica respecto a recapitular los conceptos trabajados.

Sesión N° 3:

Consecuencias e implicaciones legales de lo que yo hice.

Objetivo y Meta: Que el adolescente sea capaz de relacionar el comportamiento sexual abusivo con la Ley Penal Juvenil, identificando las figuras tipificadas aplicables a sanciones penales.

Contenidos:

- ◆ El abuso sexual como delito penado por la ley.

Actividades:

- ◆ Explicación por parte de la terapeuta acerca de la tipificación de los delitos sexuales en la Ley de Justicia Penal Juvenil.
- ◆ Técnica de análisis de casos por tarjetas donde se detallan situaciones específicas, a fin de que los adolescentes tificquen y analicen según lo contemplado en la Ley Penal Juvenil.

Sesión N° 4:

Sexualidad consentida vrs. sexualidad abusiva: “necesidades y consecuencias”.

Objetivo y Meta: Que el adolescente aprenda a través de definiciones y ejemplos prácticos que deriven en trabajo grupal, los conceptos de sexualidad consentida y sexualidad abusiva y las formas diferentes de presencia del poder en cada una de éstas.

Contenidos:

- ◆ Construcción grupal de la definición de conceptos.
- ◆ Práctica individual con ejemplos concretos sobre el tema.
- ◆ Opiniones y conclusiones sobre el tema.

Entre las actividades a desarrollar están: la técnica de “Lluvia de ideas para definir conceptos, práctica individual con ejemplos concretos y plenaria de grupo.

Sesión N° 5:***La construcción de la masculinidad.***

Objetivo y Meta: Que el adolescente haciendo uso de su experiencia vital operacionalice los conceptos de socialización, socialización de género, mitos y realidades en torno a la construcción de la masculinidad y el comportamiento sexual abusivo.

Contenidos:

- ◆ Concepto de socialización.
- ◆ Concepto de género.
- ◆ Machismo y privilegio masculino.
- ◆ El poder masculino en una sociedad androcentrista.
- ◆ Desmitificación de mitos en torno a la masculinidad.

Actividades:

- ◆ Técnica de “Lluvia de Ideas para la construcción de los conceptos de socialización y de género.
- ◆ Dinámica de grupo con la técnica de “Juego de Roles” donde los adolescentes trabajan en parejas y dramatizan las diferencias psicosociales del comportamiento masculino vrs. femenino.

- ◆ Cierre con una actividad de plenaria orientada a clarificar ideas erróneas y distorsiones que facilitan y potencializan el despliegue de conductas abusivas.

Sesión N° 6:

Identificando y conociendo mi conducta abusiva.

Objetivo y Meta: Brindar elementos para el adolescente pueda aceptar responsabilidad de sus conductas sexuales abusivas y logre una clara y sensible comprensión de los efectos del abuso sexual sobre su(s) víctima(s).

Contenidos:

- ◆ Modelo de las Cuatro Condiciones Previas del Abuso Sexual (Finkelhor).
- ◆ Las cuatro áreas traumagénicas en víctimas de abuso sexual infantil.

Actividades:

- ◆ Exposición de la terapeuta procurando la máxima participación de los miembros del grupo respecto de las manifestaciones en cada caso particular de las cuatro condiciones previas del abuso sexual.
- ◆ Apreciación del video “El Collar” (video del ILANUD cuya duración es de 15 minutos) donde se ejemplifica una situación de incesto y a partir del cual se analizará lo planteado en torno a las cuatro condiciones previas y las cuatro áreas traumagénicas del abuso sexual infantil.

Sesión N° 7:

Lo que necesito aprender acerca de las víctimas de abuso sexual.

Objetivo y Meta : Reforzar los conocimientos acerca del abuso sexual en las víctimas, a fin de posibilitar sensibilización y conciencia del daño ocasionado a través de las conductas abusivas.

Contenidos:

- ◆ Consecuencias del abuso sexual dimensionado en los sentimientos de la (s) víctima (s) y posibles secuelas en víctima, familia y entorno social.

Actividades:

- ◆ Apreciación del video “Ayuden a mi Hija” (video de la Fundación Paniamor, 90 minutos) a partir del cual se discutirá grupalmente el tema de interés.

Sesión N° 8:

Elementos biológicos en torno a la sexualidad y reproducción humana.

Objetivo y Meta: Que el adolescente cuente con información clara en torno a la sexualidad biológica y el proceso reproductivo de los seres humanos, a fin de que pueda evacuar las dudas y las fantasías en torno a esta temática.

Contenidos:

- ◆ Anatomía básica y fisiología sexual de hombres y mujeres.
- ◆ Reproducción humana: un enfoque biológico.

Actividades:

- ◆ Apreciación de un documental sobre el tema, a partir del cual se discutirán en grupo los contenidos del mismo y clarificación

de dudas, fantasías y distorsiones con respecto a esta temática.

Sesión N° 9:

Características del ofensor sexual y la conducta abusiva.

Objetivo y Meta: Que el adolescente tome contacto de manera teórica y práctica acerca de los elementos cognoscitivos que posibilitan y favorecen el concretar su conducta abusiva en el contexto del marco conceptual de las cuatro condiciones previas.

Contenidos:

- ◆ Desmitificación de estereotipos, errores de pensamiento y distorsiones cognoscitivas en función del Modelo de las Cuatro Condiciones Previas.
- ◆ Los tres estados de negación: negación de hecho, de responsabilidad y de continuidad del problema.

Actividades:

- ◆ Exposición por parte de los terapeutas utilizando material audiovisual de apoyo: pizarra acrílica y transparencias y favoreciendo la máxima participación de los miembros del grupo, a fin de clarificar los conceptos de: distorsiones cognoscitivas, errores de pensamiento, negaciones (de hecho, de responsabilidad, de la continuidad del problema).
- ◆ Realización de una práctica escrita individual con ejemplos concretos que hagan referencia a los conceptos trabajados y que permitan sustentar una plenaria de cierre para compartir y definir conclusiones en torno al objetivo de la sesión.

Sesión N° 10 N° 11:

Por qué lo hice?: “Comprendiendo mi proceso sexual abusivo, mi patrón de ofensa e identificación de mis situaciones de riesgo”.

Objetivo y Meta: Brindar información en torno al proceso del ciclo del abuso sexual y situaciones de riesgo, a fin de que el adolescente construya su ciclo de abuso sexual y particularice situaciones de riesgo respecto a su comportamiento ofensor.

Contenidos:

- ◆ Proceso del ciclo del abuso sexual:
 - preocupación.
 - proceso de preparación y ritual (ha montado las cuatro condiciones previas al abuso).
 - ofensas o asalto sexual.
 - sentimientos posteriores.

- ◆ Fases del Ciclo:
 - Eventos.
 - Autopercepción de víctima (“pobrecito yo”).
 - Anticipación negativa (“todo me saldrá mal”).
 - Evitación (“esperanza que desaparezca el problema”).
 - Externalización de la culpa (“me las van a pagar”).
 - Mundo de fantasía (masturbación, interés sexual, planes para la víctima).
 - Comportamiento sexual abusivo (la agresión compensa el sentimiento de falta de control para sentirse con control).
 - Temor a ser descubierto.
 - Reconstitución/Supresión (“lo que hice no es tan malo”).
 - Nunca más (“no lo volveré a hacer”).
 - Aparición de nuevas preocupaciones y situaciones de riesgo.

- ◆ Construcción individual del ciclo personal del abuso y situaciones de riesgo particular.

Actividades:

- ◆ En la sesión N° 10: exposición por parte de los terapeutas utilizando material audiovisual de apoyo: pizarra acrílica y transparencias y favoreciendo la máxima participación de los miembros del grupo, respecto al proceso del ciclo, las fases y las situaciones de riesgo asociadas y se iniciará el trabajo individual respecto a la construcción del ciclo personal de comportamiento abusivo.
- ◆ En la sesión N°11: continuación del trabajo individual y conclusión con una plenaria grupal donde cada uno de los participantes expone lo trabajado individualmente con relación a los temas ya mencionados.

Sesión N° 12 y N°13:

Aprendiendo sobre la empatía y el ser asertivos.

Objetivo Meta: Brindar información y realizar ejercicios prácticos sobre la comunicación asertiva y sensibilidad empática en las relaciones interpersonales de cada uno de los adolescentes participantes.

Contenidos:

- ◆ Definición del concepto de empatía.
- ◆ Escuchar activamente y reflejando los sentimientos.
- ◆ Desarrollo de destrezas empáticas.
- ◆ Definición del concepto de comunicación asertiva.
- ◆ Derechos asertivos.
- ◆ Desarrollo de destrezas asertivas.

Actividades:

- ◆ En la sesión N° 12: construcción grupal bajo la orientación de los terapeutas sobre el concepto de empatía y sus diferentes elementos: escuchar activamente reflejando contenidos y reflejando sentimientos.
- ◆ Dinámica de dramatización de roles en parejas para poner en práctica el escuchar activamente.

- ◆ Práctica también de dramatización de roles por parejas y frente al grupo, para finalizar con un plenario: análisis de la relación entre empatía vrs. conductas abusivas.
- ◆ En la sesión N° 13 al igual que en la sesión anterior: construcción conjunta del concepto de comunicación asertiva así como de los derechos asertivos.
- ◆ Dinámica grupal con ejercicio de roles referidos a los tres ambientes de frecuencia para estos adolescentes, a saber: el ambiente familiar, el ambiente educativo y con sus iguales. Para ello, se dividirá al grupo en dos, a fin de que dramaticen los tres momentos y poniendo en práctica la comunicación asertiva.
- ◆ Plenario donde se establezca la relación entre comunicación asertiva vrs. comportamiento sexual abusiva.

Sesión N° 14

Técnicas de autorelajación.

Objetivo Meta: Que el adolescente conozca y ensaye una técnica de autorelajación de fácil aplicación.

Contenidos:

- ◆ Explicación de la técnica de relajación, sus beneficios y cómo utilizarla.
- ◆ Actividad práctica de la técnica de relajación.

Actividades:

- ◆ Exposición por parte de los terapeutas utilizando material audiovisual de apoyo: pizarra acrílica y favoreciendo la máxima participación de los miembros del grupo respecto a la técnica seleccionada.
- ◆ Ejercicio práctico completo de la técnica de relajación.
- ◆ Análisis de la experiencia y su aplicación cotidiana.
- ◆ Se les asignará una tarea práctica a desarrollar en el transcurso de la semana, para su posterior análisis en la sesión siguiente.

Sesión Nª15

Asumiendo la responsabilidad de mi conducta abusiva y construcción del plan personal de seguridad.

Objetivo Meta: Que el adolescente sea capaz de reconocer su conducta abusiva frente al resto de sus compañeros del grupo y poniendo en práctica conocimientos trabajados en sesiones anteriores (como por ejemplo: condiciones previas al abuso sexual y factores de riesgo) diseñe su plan personal de seguridad.

Contenidos:

- Explicación de una propuesta de un plan de seguridad personal preventiva de conductas abusivas.
- Construcción individual del plan de seguridad.

Actividades:

- ◆ Exposición de parte de los terapeutas respecto a la propuesta de un plan de seguridad personal en torno a las conductas de abuso sexual, como parte de la nueva actitud asumida por cada miembro del grupo respecto a su problema de conducta ofensora.
- ◆ Construcción individual y posterior exposición del plan preventivo al grupo.

Sesión N° 16

Cómo me siento adoptando una nueva actitud?.

Objetivo Meta: Evaluar el proceso de trabajo grupal por parte de cada uno de los miembros a través de una exposición individual acerca del significado práctico y cómo utilizará los conocimientos y habilidad adquiridos en el trabajo grupal.

Contenidos:

- ◆ Afrontando necesidades sexuales y sociales sin herir o abusar de otros y orientando las relaciones con empatía y consentimiento.

Actividades:

- ◆ Confección y desarrollo de una guía previamente diseñada por los terapeutas, a fin de dirigir la reflexión individual y la discusión grupal según los criterios de evaluación final.

1.7 Modelo de Supervisión, Intercambio y Socialización de la Experiencia

Se distinguió la necesidad de establecer un sistema de supervisión que contemplara tanto el enriquecimiento teórico-metodológico como la supervisión directa en el campo (supervisiones de campo).

Respecto al intercambio y socialización de la experiencia se dio la posibilidad de concretar instancias de intercambio en el nivel intermedio, con personal del Hospital Nacional de Niños y con los respectivos supervisores(as); de forma tal, que se creara un espacio para disertar, intercambiar y hacer en el mediano plazo nuevas y más efectivas formas de atención a la violencia infanto-juvenil. Paralelamente, a nivel grupal se vislumbró la posibilidad de llevar a cabo retroalimentaciones periódicas orientadas a alimentar el sistema de información

del CEINA, en aras de consolidar un sistema de vigilancia epidemiológica que posibilite el conocimiento y la socialización de nuevos aportes y avances.

II. PREMISAS TEÓRICO- METODOLÓGICAS DEL MODELO DE INTERVENCIÓN

2.1 CONTEXTO TEÓRICO - CONCEPTUAL

La implementación de la propuesta de atención desarrollada hace necesaria la definición de algunos conceptos básicos que permitan entender los comportamientos, reacciones emotivas, dificultades y fortalezas asociadas al proceso de construcción de la masculinidad (socialización masculina) y su relación con la manifestación del comportamiento sexual abusivo en adolescentes. Esto implica dimensionar la vivencia subjetiva de la violencia y del abuso sexual infanto-juvenil, en términos de un comportamiento aprendido socialmente, compensatorio y desadaptativo dentro del complejo mecanismo de la socialización.

Se partió de un concepto de violencia entendido como *“una construcción social, una forma de comportamiento que se incorpora a través de un complejo proceso de aprendizaje y desarrollo y en el que intervienen múltiples formas de interrelación”* (Claramunt, 1997:107). Congruente también con el planteamiento de Ignacio Martín-Baró: *“...no existe la violencia en abstracto; lo que existen son actos violentos, formas concretas de actuar*

violentemente. Por ello, el carácter de la violencia debe de ser juzgado en cada caso examinado los actos que califica. La violencia no tiene que ser adjetivada sino sustantivada, a fin de discernir su naturaleza, su alcance y sus raíces, es decir, de captarla en su concreción histórica” (Martín-Baró, 1988:21).

Esto último resulta importante de señalar, porque si bien es cierto el problema de la violencia se encuentra presente en todos los ámbitos de la sociedad y no existe ser humano alguno que no la haya vivido y expresado, el análisis de sus manifestaciones no puede homogeneizarse sino que debe de particularizarse según el contexto histórico social en el que se circunscribe y los actores implicados en esta.

De esta forma se entiende a la violencia no como una cualidad inherente al ser humano, sino como una construcción social compleja en la que todos participamos. Así por ejemplo, en el caso particular de los ofensores sexuales, son circunstancias asociadas al aprendizaje social de su masculinidad, que lo llevan a un despliegue disfuncional de poder y control (en las que se reflejan necesidades subjetivas compensatorias y progresivas), las que lo llevan a configurar su actuar sexual abusivo.

Dentro de la naturaleza compleja de la conducta sexualmente desviada, es importante mencionar la variable contexto familiar, toda vez que la concreción de las conductas desadaptativas o inapropiadas, se manifiestan inicialmente al

interno de la familia, coadyuvando en muchos casos a perpetuarlas. Se entiende pues, que la familia realiza una función decisiva en la reproducción de valores, expectativas, roles y estereotipos sociales.

No obstante, si bien es cierto la familia es considerada como el grupo primario de socialización genérica, tampoco puede obviarse la importancia que cobran las justificaciones socioculturales respecto a lo que se permite, se obliga y se prohíbe (lenguaje de socialización desigual) para ser considerada una persona funcional dentro de la sociedad. En este sentido, existen mensajes específicos que la sociedad transmite a los varones y que contribuyen a explicar la brecha genérica del comportamiento violento, tales como los planteados en la investigación de **Finkelhor y Russel (1984)** y **Batres y Claramunt (1993)** citados en **Claramunt, 1997**:

- La utilización de la violencia para resolver conflictos.
- La violencia como valor.
- Legitimidad social y familiar para golpear y abusar de las mujeres.
- Los hombres son dueños de sus esposas y de sus hijos.
- La preferencia por compañeras más jóvenes y con menos poder.
- Los hombres no son responsables del cuidado y la atención de los otros, especialmente si los otros son más vulnerables.
- Los hombres no deben expresar sentimientos asociados con vulnerabilidad.

- La vinculación entre sexo y emociones, por lo que el contacto afectivo suele verse como propio de la condición femenina e inhibirse, de esta manera, en los hombres.

De igual forma, otros mensajes que coadyuvan a la construcción de conductas sexuales abusivas en adolescentes hacen mención a un “deber ser” en el ámbito sexual que se encuentra fundamentado en 10 mitos, citados por Corsi (1989) a saber:

- 1.** “Los hombres no deben tener o, no deben expresar ciertos sentimientos”.
- 2.** “El sexo, como en cualquier otra cosa, lo que cuenta es el rendimiento”.
- 3.** “El hombre es el encargado de iniciar u orquestar lo sexual; es responsable también del orgasmo femenino”.
- 4.** “El hombre siempre debe desear y estar listo para el sexo”.
- 5.** “Todo contacto físico debe necesariamente terminar en una relación sexual”.
- 6.** “Relación sexual equivale sólo a coito vaginal”.
- 7.** “Toda actividad sexual requiere como condición básica la erección”.
- 8.** “Buen sexo es una progresividad lineal de excitación creciente que termina exclusivamente en el orgasmo”.
- 9.** “El sexo debe ser natural y espontáneo”.
- 10.** “En esta era tan avanzada los mitos precedentes no tienen ya ninguna influencia sobre nosotros”.

Los hallazgos más recientes acerca del tema del abuso sexual infantil, insisten en que: *“las conductas sexuales abusivas no son parte del desarrollo normal de la adolescencia, por el contrario, las mismas deben ser identificadas y controladas, no sólo para evitar un posible mayor número de víctimas sino por los derechos de los adolescentes a aprender a desarrollar una sexualidad positiva que enriquezca sus vidas”* **(Claramunt, 1997:160)**.

De igual forma, los resultados de varias investigaciones con población ofensora sexual juvenil, realizadas por las terapeutas norteamericanas Connie Isaac y Sandy Lane (1992), refuerzan este planteamiento de que el abuso no es una conducta esperable en adolescentes, anotando los siguientes aspectos como sobresalientes en relación con las características del comportamiento sexual abusivo:

- ❖ El abuso sexual no es impulsivo, ni es espontáneo. Hay proceso identificable de sentimientos y conductas que ocurren antes del abuso sexual (ciclo compensatorio de la conducta abusiva).
- ❖ El abuso sexual es una expresión de poder y control.
- ❖ Conductas y pensamientos sexuales son controlables. Son manipulables y pueden ser cambiadas. Se puede enseñar a los ofensores y ellos pueden aprender a controlar las conductas sexuales abusivas **(Isaac y Lane, 1992: 9)**.

En este sentido, se manifiesta coincidencia en las consideraciones de Isaac y Lane, respecto a que reafirman la tesis de que la conducta sexual abusiva en adolescentes debe ser analizada como una reacción compensatoria, desadaptativa y progresiva, en el contexto de su historia particular de vida.

El patrón de escalamiento de la conducta es uno de los hallazgos más importantes en relación con los estudios sobre el comportamiento sexual abusivo, así pues, **(Ryan y colaboradores, 1987)** aducen que en los varones se evidencia una tendencia a desarrollar un patrón de comportamiento reactivo que se refuerza a través de la continuidad, un ciclo que a través del tiempo se incrementa tanto en términos de frecuencia como de intensidad.

Consistente con lo anterior, a través de la investigación y la experiencia con el trabajo en torno a los ofensores sexuales, se demuestra que:

“ La conducta sexual abusiva sigue un similar patrón a las conductas adictivas. Es decir, al igual que el alcohólico o un adicto a las drogas, el ofensor sexual encuentra una gran dificultad para detener el abuso ”
(Claramunt, 1997: 161).

La limitación que manifiesta el ofensor en cuanto a autocontrolar su comportamiento abusivo así como otros criterios como la admisión de la responsabilidad, el apoyo familiar, antecedentes de carrera adictiva, capacidad de interacción social, pautas de comportamiento violento para resolver conflictos,

entre otros, distinguen la posibilidad de tipificar el diagnóstico de riesgo asociado a su persona y a la(s) víctima(s). Así por ejemplo, Eliana Gil (**Gil, 1991**) ofrece una guía sobre factores de riesgo que permite categorizar tres niveles de este: bajo, moderado y alto.

BAJO RIESGO

- *Primera ofensa.*
- *Admisión total o parcial de la responsabilidad.*
- *Familia apropiada, apoyadora.*
- *Sin historia de drogas/alcohol.*
- *Relaciones y sentimientos adecuados hacia compañeros/amigos.*
- *No hay violencia.*
- *No hay comportamiento sexual agresivo ni predatorio.*
- *Sin fantasías violentas.*

RIESGO MODERADO

- *Más de una ofensa sexual.*
- *Historia de otros comportamientos criminales.*
- *Minimización o negación del hecho.*
- *Culpa a la víctima/proyección de la responsabilidad en otros.*
- *Objetivización de la víctima/no empatía.*
- *Poco o inapropiado soporte familiar.*
- *Historia de alcohol/drogas.*
- *Destrezas pobres en las relaciones sociales (interpersonales).*
- *Baja o distorsionada autoestima.*
- *Puede no ver su comportamiento como problema.*
- *Se trata de una ofensa más seria.*

ALTO RIESGO

- *Comportamiento sexual predatorio (víctimas desconocidas).*
- *Fantasías y comportamiento violento.*
- *Ofensas sexuales serias (violentas, sádicas, ritualistas, extrañas).*
- *Culpa a la víctima.*

- *Uso de amenaza/fuerza física.*
- *Familia no responde.*
- *Historia severa de abuso.*
- *Abuso crónico de drogas/alcohol.*
- *Rechazo al tratamiento: no ve su conducta como un problema.*
- *Ofensas múltiples.*
- *Víctimas son infantes o discapacitados, con capacidad disminuida.*

Las consideraciones teóricas anteriores permiten afirmar que progresivamente los ofensores aumentan su patrón de reincidencia si no se brinda una atención oportuna y eficaz a quienes de forma voluntaria lo asuman. Sin embargo, el hecho de que el adolescente entienda el proceso particular de reacciones compensatorias (ciclo personal de conducta compensatoria) en función de su necesidad de reducir la ansiedad y de sentirse con poder y control, no significa que el ciclo sea un modelo de causa y efecto o que sea *“un secreto terapéutico mágico”*, simplemente el ciclo es modelo compensatorio y es entendido como: *“la representación del proceso de pensamientos, sentimientos y conductas que son utilizadas por los ofensores sexuales para compensar otros pensamientos y sentimientos relacionados con acontecimientos de su vida”* (Isaac y Lane, 1982:5).

Retomando estas consideraciones teóricas de personas expertas en el tema de los ofensores sexuales juveniles, existe una fuerte evidencia que sustentaría la posibilidad de tratamiento y de atención de la conducta sexual abusiva, mediante un modelo sensible al género que les posibilite hacer una

revisión de la construcción subjetiva de su masculinidad, las distorsiones cognoscitivas que esta conlleva y que se hayan relacionadas con la conducta sexual abusiva y a través del cual, puedan desarrollar destrezas y habilidades como la asertividad y la empatía, que les ayude a controlar la aparición de nuevas actuaciones abusivas y contrario a ello, vivenciar una sexualidad apropiada dentro de patrones interactivos no abusivos.

Entendiéndose por asertividad *“la conducta que se encuentra en un punto medio entre dos extremos que son la falta de asertividad y la agresión. La primera implica violar los derechos propios, al ser incapaz de expresar sentimientos, ideas y opiniones legítimas, o manifestar pensamientos y actitudes de modo tan temeroso, avergonzado, indeciso y sin autoridad, que fácilmente son rechazados o se hacen caso omiso de ellos... En el otro extremo está la agresión, esto significa directamente defender los derechos propios y expresarse de maneras que son con frecuencia, deshonestas, inadecuadas e invariablemente violan los derechos de los demás... El punto medido de dichas actitudes lo constituye la aserción. Esto implica los derechos personales de uno mismo y exteriorizar ideas, sentimientos, de modo directo, franco y apropiado, sin menoscabo de los demás. Los mensajes se transmiten sin dominar, humillar ni rebajar al semejante. La conducta asertiva es una forma positiva de comunicación donde uno se respeta a sí mismo y al adulto o niño con quien se comunica”* (Wielkiewicz, 1992:18-19).

Y por el concepto de empatía se desarrolla como el grupo de habilidades y destrezas que llevan a identificar sentimientos y emociones consigo mismo y sentimientos y emociones en otros(as) en el contexto de las relaciones interpersonales. Tal como se dice popularmente *“ponerse en los zapatos del otro”*.

Finalmente, el manejo de la ansiedad en situaciones de alta tensión puede mejorarse si los jóvenes han aprendido y ensayado una técnica adecuada de autorelajación, que pondrán en práctica en situaciones difíciles a fin de que no concreten conductas desadaptativas que los dañen a ellos y a personas cercanas con menos poder.

2.2 PREMISAS TEÓRICAS DEL MODELO DE INTERVENCION

Consistente con la imagen objetivo de la propuesta terapéutica con respecto a desarrollar un proceso de intervención terapéutica individual y grupal y cuyo eje central es la prevención de la reincidencia del comportamiento sexual abusivo, se escogió un modelo terapéutico conductual cognitivo sensible al género. Dicho modelo desde lo conductual cognitivo plantea tres premisas teóricas básicas para el desarrollo de este proyecto:

- ❖ *“No son los estímulos sino el procesamiento, evaluación y organización cognoscitiva lo que en su mayor parte determinan las reacciones emocionales y conductuales.*

- ❖ *En las terapias cognoscitivas las cogniciones disfuncionales son empíricas y lógicamente examinadas y es posible reemplazarlas por otras más racionales, realistas y funcionales.*

- ❖ *La teoría conductual cognoscitiva postula que los pensamientos realistas, conducen a reacciones funcionales mientras que las cogniciones irracionales y no realistas dan lugar a emociones y conductas disfuncionales” (Forsterling, 1986:279).*

Por su parte, se consideró el modelo sensible al género, en el tanto que se incluyó en las tareas del trabajo grupal de los adolescentes:

- ❖ *El incremento de las oportunidades para el crecimiento individual y colectivo realizando un análisis de la construcción de la masculinidad, reduciendo el sexismo y su impacto negativo en él y en otras personas.*

- ❖ *Los factores socioculturales como fuente de perturbaciones emocionales, desde su propia subjetividad y su modo particular de vivenciar el poder.*

- ❖ *El estímulo para el análisis de los roles sexuales tradicionales y los arreglos de poder en las relaciones, en el tanto que facilite la puesta en práctica de formas alternativas de interactuar, siendo conscientes y disminuyendo el uso del poder masculino presentes en el comportamiento sexual abusivo.*

Obviamente, se seleccionó el modelo conductual cognitivo sensible al género, por cuanto sustenta posibilidades reales para que los adolescentes aprendan a autocontrolar y prevenir su comportamiento abusivo, a partir de la toma de conciencia de su ciclo compensatorio del abuso y la aprehensión y puesta en práctica de destrezas y habilidades sociales como la empatía, la asertividad y manejo más adecuado de la ansiedad.

2.3 PREMISAS EPISTEMOLÓGICAS DEL MODELO DE INTERVENCION.

Desde una perspectiva epistemológica, el modelo conductual cognitivo pertenece a la corriente funcionalista, la cual se interesa de forma especial, por la función de adaptación al medio y la conciencia de la persona del por qué lo hace?. Es decir, esta corriente epistemológica se basa en fines prácticos y focaliza su interés por el qué hacen las personas y el por qué lo hacen?.

Según esta concepción pragmática, “cualquier conocimiento es válido en tanto sea útil” (Océano, 1983:40) y se considera a la conducta como una coordinación total en la adaptación de la persona a una situación, donde la costumbre en interacción con las aptitudes biológicas y el medio social, median para la formación de los hábitos (eslabón de la personalidad) . De esta forma, el principio de conexión como mecanismo relevante dentro del proceso de aprendizaje, permite establecer que los resultados del aprendizaje dependen de la influencia de la situación, según las conexiones asociativas que realice la persona.

III. UBICACIÓN CONTEXTUAL DE LA EXPERIENCIA TERAPEUTICA

3.1 JUSTIFICACION

La experiencia terapéutica de residencia práctica desarrollada se circunscribe en el contexto del Hospital Nacional de Niños, centro hospitalario que desde el año 1964 orienta sus esfuerzos a brindar atención médica y psicosocial a la población infanto-juvenil de Costa Rica.

Actualmente y a partir de la readecuación del modelo de prestación de servicios para la salud, según componentes y niveles de atención, el Hospital Nacional de Niños cumple con un rol de referencia de alta complejidad, labor que es desarrollada dentro del tercer nivel de atención en salud y asumiendo “... *la ejecución de intervenciones más complejas y la prestación del apoyo diagnóstico y terapéutico que amerite alta tecnología y mayor grado de especialización*” (Caja Costarricense del Seguro Social, 1996:3).

De manera tal que para dar respuesta a diferentes problemáticas se hace énfasis en la necesidad de conformar equipos interdisciplinarios cuyo fin último es brindar al usuario(a) en forma racional y ordenada, lo mejor del conocimiento humano existente y del arsenal técnico terapéutico para investigar, aliviar o curar diversas problemáticas.

El tratamiento del abuso sexual infantil no ha estado exento de este requerimiento y desde hace 18 años ha venido operando el Comité de Estudio y Tratamiento Integral del Niño(a) Agredido(a) (CEINA), con el objetivo de brindar la atención bio-socio-psico-legal oportuna, integral y eficiente que forman parte de los elementos básicos fundamentales para la intervención en esta problemática.

Al trabajar con la particularidad de la casuística de atención del Comité de Estudio y Tratamiento Integral del Niño(a) Agredido(a) del Hospital Nacional de Niños (CEINA), es posible determinar que durante los últimos años se evidencia un incremento importante en la demanda de situaciones en las que la dinámica del abuso sexual se contextualiza al interno de la familia y particularmente, involucrando a víctimas y ofensores menores de edad que comparten vínculo consanguíneo (ofensores sexuales juveniles).

De forma específica, en cuanto a la problemática del abuso sexual perpetrado por adolescentes menores de edad, entre los años de 1990-1997 y mediante la atención de la(s) víctima(s) y su(s) familia(s), cuantitativamente el CEINA ha presentado el siguiente comportamiento:

CUADRO N°1
CLASIFICACION DE OFENSORES SEXUALES JUVENILES ATENDIDOS
POR EL COMITE DE ESTUDIO INTEGRAL DEL NIÑO(A) AGREDIDO(A),
SEGUN TIPO DE DELITO SEXUAL COMETIDO DURANTE EL PERIODO
ENERO 1990- DICIEMBRE 1997.

| Delitos Sexuales | AÑOS | | | | | | | |
|-------------------------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 |
| Abusos Deshonestos | 4 | 5 | 7 | 25 | 29 | 26 | 32 | 29 |
| Corrupción de Menores. | 1 | 0 | 3 | 2 | 4 | 2 | 5 | 4 |
| Tentativa de Violación. | 0 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 |
| Violación | 0 | 1 | 1 | 2 | 4 | 3 | 3 | 3 |
| Total | 5 | 7 | 13 | 31 | 38 | 34 | 42 | 38 |

Fuente: Hospital Nacional de Niños, Departamento de Trabajo Social,
 Estadísticas CEINA.

Como puede apreciarse en el cuadro anterior, del año 1990 al año 1997 se ha incrementado en más de siete veces la población de adolescentes varones detectados, evidenciando su punto más alto en el año 1996 cuando aumentó en más de ocho veces. Este crecimiento revela una cifra significativa (si se quiere alarmante) que sustenta una necesidad de atención, toda vez que estos adolescentes tienen una mayor posibilidad de desarrollar un comportamiento ofensivo sexual progresivo.

Desde una perspectiva teórica y desde la práctica clínica terapéutica, existen hallazgos que sustentan la tesis de que en el caso de los adolescentes, el tratamiento de su comportamiento sexual abusivo siempre va a tener un mejor pronóstico en comparación con ofensores adultos, por cuanto la construcción de la sexualidad está aún en proceso.

El presente trabajo consiste en la sistematización de la experiencia de apoyo terapéutico grupal para el proceso de autocontrol de ofensores sexuales juveniles que inician tratamiento, realizada con adolescentes de bajo y mediano riesgo con historia comprobada de abuso sexual y que fueron tratados en el Hospital Nacional de Niños del 1-octubre-1997 al 18-julio-1998, a fin de:

Construir un modelo de intervención terapéutica grupal con adolescentes ofensores de bajo y mediano riesgo con historia comprobada de abuso sexual, orientado a la prevención y disminución de la posibilidad de reincidencia del comportamiento sexual abusivo, a partir de la experiencia desarrollada desde un Centro Especializado de Atención en Salud.

Entre los factores que motivaron el trabajo terapéutico desarrollado y orientado a disminuir la reincidencia de la conducta ofensora sexual temprana, son los efectos positivos que el programa tendrá con respecto a disminuir la cantidad de víctimas atendidas por abuso sexual infantil. Además, de la posibilidad de realizar una reflexión crítica de esta experiencia, que permita enriquecer los conocimientos teóricos en torno a la problemática de los ofensores sexuales

juveniles y derivar en una mayor racionalidad del Hospital, específicamente del CEINA, al prestar servicios más eficientes y eficaces en la intervención, como parte de una estrategia de prevención para el abuso sexual infanto-juvenil.

En Costa Rica la aprobación de un **Plan Nacional para la Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar (PLANOVI)** desde el año de 1995, denota el interés político y la preocupación por atender integralmente la problemática de la violencia según grupo poblacional (personas afectadas por la violencia y los ofensores) y como una cuestión de carácter social. No obstante, la complejidad, la especialización que implica, la limitación de recursos humanos y materiales, así como la ambivalencia que genera el trabajo con los ofensores, no ha permitido la ejecución de la propuesta de atención y actualmente se carece de modelos y métodos de intervención orientados a la disminución de la reincidencia.

3.2 Relevancia de la Experiencia Desarrollada en el Marco Institucional

Desde un contexto institucional, es importante hacer mención que en el CEINA hasta el año 1997 no se actuaba en la problemática del ofensor sexual juvenil, por lo que la necesidad de contar con una estrategia de tratamiento en virtud de dar respuesta al incremento de la demanda experimentada, creó mayores condiciones para viabilizar el programa de atención propuesto.

Dadas las condiciones que actualmente reúne el contexto del Hospital Nacional de Niños, dentro del marco del proceso de descentralización y

modernización, ha cobrado relevancia el objetivo de mejorar la calidad de atención en términos del manejo integral de los usuarios(as) de los servicios; así como también el diseño de estrategias que permitan evaluar y modificar conductas terapéuticas aplicadas, se puede afirmar que en el Hospital existe potencial para dar continuidad y legitimidad a la naturaleza del modelo desarrollado para la atención de ofensores sexuales juveniles.

Para la disciplina específica del Trabajo Social del Hospital Nacional de Niños, el trabajo con ofensores sexuales juveniles constituye un campo de intervención factible de desarrollar con mejor efectividad de resultados, si se consolida su aporte en equipos interdisciplinarios que consideren al ofensor como un miembro de diferentes contextos sociales, que actúa y responde según un marco de interacción. Condiciones que amplían la posibilidad de aproximarse al análisis de la conducta sexual desviada desde las vivencias subjetivas (construcción de la masculinidad) y la forma en que el adolescente redimensiona dentro de los contextos familiar y social las experiencias particulares de esa construcción de género y que confluyen en un proceso evolutivo de connotación conductual cognitiva, emocional y social.

IV. PLAN DE SISTEMATIZACION DE LA EXPERIENCIA TERAPEUTICA

4.1 MODELO DE SISTEMATIZACION UTILIZADO.

Con el concepto de sistematización se alude a *"la interpretación crítica de una o varias experiencias, que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí, y por qué lo han hecho de ese modo"* (Jara, 1994:22). Es decir, la sistematización conlleva una orientación crítica de la práctica profesional y una reflexión teórica sobre la intervención para producir nuevo conocimiento, tomando como base el ordenamiento y reconstrucción del proceso teórico-metodológico implementado, a fin de descubrir o patentizar su lógica, asociando factores intervinientes del proceso y justificando el por qué se hizo de ese modo.

El concepto de sistematización se fundamenta en una epistemología de orientación dialéctica, en el tanto que concibe la realidad como histórico-social con una visión de totalidad, donde sus elementos no pueden entenderse aisladamente, sino más bien, dentro de una relación de conjunto que supone múltiples interrelaciones y que derivan en un permanente movimiento y necesidad de cambio. Es importante mencionar que desde la perspectiva dialéctica, la

aproximación a la comprensión de los fenómenos sociales se da desde lo interno de su dinámica, por lo que *“como sujetos participes en la construcción de la historia, totalmente implicados de forma activa en su proceso, somos sujetos y objetos de conocimiento y transformación” (Jara, 1994:58).*

Otra de las premisas epistemológicas que sustentan el concepto de sistematización es la que hace referencia a la unión entre la teoría y la práctica, en el tanto que la teoría es la que hace posible realizar la interpretación para ubicar cada práctica en una visión de totalidad. Premisa estrechamente relacionada con el proceso de abstracción que ello implica, en donde se incluyen distintas operaciones lógicas que se interrelacionan mutuamente: el análisis, la síntesis, la inducción y deducción. De forma tal, que se refleje el contínuum de contradicciones, tensiones y opciones que deriven en conclusiones teóricas y enseñanzas prácticas.

Para efectos de fundamentar el método de sistematización utilizado para recuperar la experiencia de Residencia Práctica, se revisaron diferentes autores como Jara (1994), Gagneten (1990), Morgan (1992), Guzmán (1998), Aguilar y otros (1997), que plantean diferentes modelos que difieren según el interés por enfatizar unos elementos más que otros, pero que es posible complementar. Así por ejemplo, unos enfatizan en la reconstrucción ordenada de la experiencia, otros en el carácter del proceso productor de conocimientos, en la conceptualización de la práctica mediante la coherencia de todos sus elementos, o bien, en el carácter participativo del proceso.

Específicamente, para el diseño del presente plan de sistematización se seleccionó el modelo de Oscar Jara (1994), porque es el que mejor se adecua para el análisis y reconstrucción de la información referida al alcance del proceso terapéutico que abarcó tres dimensiones de trabajo: la individual, la grupal y la familiar. Metodológicamente el modelo de Jara se retroalimentó con el de Guzmán, en lo referente a los elementos a considerar para la reconstrucción de las diferentes fases del proceso.

El modelo de Jara propone la necesidad de precisar un eje de sistematización que resume los aspectos centrales de la experiencia y el problema de fondo respecto a la relación dialéctica entre teoría y práctica. Dicho eje de sistematización es de especial relevancia para formular los objetivos de la sistematización, el ordenamiento y clasificación de la información para la recuperación del proceso vivido, el planteamiento de las interrogantes que guiarán la reflexión crítica de fondo y la concreción de los puntos de llegada. Este modelo plantea que para aproximarse al método de sistematización existen cinco tiempos o fases, que constan a su vez, de algunos elementos o momentos constitutivos (Jara, 1994). Estos cinco tiempos son:

:

a- El punto de partida: Referido a que no se puede sistematizar algo que no se ha ejecutado previamente, condición que plantea dos características básicas que definen la partida: el haber participado directamente de la experiencia y el contar con registros de la misma.

b- Las preguntas iniciales: Se inicia propiamente la sistematización con la formulación de las preguntas, referidas a la definición del objetivo de la sistematización, la delimitación del objeto a sistematizar y la precisión del eje de sistematización.

c- Recuperación del proceso vivido: Al entrar de lleno en el proceso de sistematización, este tiempo enfatiza en la necesidad de retomar los elementos descriptivos acerca de la experiencia e implica dos momentos: reconstrucción de la historia y el ordenamiento y clasificación de la información.

d- La reflexión de fondo: Se le considera el tiempo clave del proceso de sistematización, consiste en trascender lo descriptivo y realizar un proceso ordenado de abstracción, a fin de encontrar la razón de ser de lo que sucedió en el proceso de la experiencia (¿por qué paso lo que pasó?). Conlleva el análisis crítico, la síntesis e interpretación crítica del proceso, utilizando como instrumento una guía de preguntas críticas.

e- Los puntos de llegada: Consiste en una nueva forma de arribar al punto de partida, enriquecidos con el ordenamiento, reconstrucción e interpretación crítica de la experiencia sistematizada. Conlleva dos momentos: formular conclusiones y comunicar los aprendizajes.

4.2 FUNDAMENTOS DEL METODO DE SISTEMATIZACION UTILIZADO.

4.2.1 PUNTO DE PARTIDA

Una de las características básicas que define el punto de partida de la sistematización que se plantea, es la participación directa de la estudiante en el proceso terapéutico desarrollado en el Hospital Nacional de Niños, con el grupo de adolescentes ofensores sexuales juveniles con historia comprobada de abuso sexual, en calidad de terapeuta.

Otra de las características básicas que define el punto de partida, es la de que esta experiencia es un proceso que ha transcurrido y evolucionado en el tiempo, desde la evaluación de filtro para la definición de un perfil de entrada hasta la experiencia de apoyo grupal para el proceso de autocontrol. En todo este proceso, destacan elementos o condicionantes del contexto institucional donde fue desarrollado el proyecto de residencia práctica, entre las que se destacan la necesidad de responder a la problemática y su utilidad para la población objeto de la intervención y las políticas institucionales, los actores y actoras sociales y sus percepciones del problema. Existen diversos registros elaborados como parte del monitoreo y control del proceso, así como también otros documentos elaborados previamente al inicio de la experiencia, que aportan insumos importantes:

- a) El documento base de la propuesta de intervención para el problema de:
¿Cómo disminuir la posibilidad de reincidencia del comportamiento sexual abusivo en adolescentes de bajo y mediano riesgo, con historia comprobada de abuso sexual?
- b) Las premisas epistemológicas, teóricas y metodológicas del modelo terapéutico cognitivo conductual.
- c) Los registros de las diecinueve sesiones grupales.
- d) Las crónicas de trabajo semanal.
- e) Las supervisiones semanales.
- f) Los informes mensuales.
- g) Los espacios de intercambio utilizados en términos de mecanismos de difusión y debate del modelo terapéutico utilizado.
- h) El perfil de entrada elaborado previo a la ejecución del grupo.
- i) El documento de evaluación institucional del servicio de Trabajo Social del Hospital Nacional de Niños.

4.2.2 PREGUNTAS INICIALES

4.2.2.1 Objetivos de la sistematización

Se quiere sistematizar para realizar una reflexión de la experiencia de la residencia práctica que permita:

1. Construir un modelo de intervención terapéutica grupal con adolescentes de bajo y mediano riesgo con historia comprobada de abuso sexual, orientado a la prevención y disminución de la posibilidad de reincidencia del comportamiento sexual abusivo, a partir de la experiencia desarrollada desde un Centro Especializado de Atención en Salud.
2. Enriquecer los conocimientos teóricos existentes en torno a la problemática de los ofensores sexuales juveniles.

4.2.2.2 Objeto de la sistematización

La experiencia de apoyo terapéutico grupal para el proceso de autocontrol de ofensores sexuales juveniles que inician tratamiento, realizada con

adolescentes de bajo y mediano riesgo en el Hospital Nacional de Niños del 1-octubre-1997 al 18-julio-1998.

4.2.2.3 Eje de la sistematización

La terapia de grupo y la capacidad desarrollada por adolescentes ofensores de bajo y mediano riesgo para el autocontrol, mediante el diseño de un plan preventivo de ofensa que integre destrezas y habilidades sociales alternativas al comportamiento abusivo.

4.3 RECUPERACION DEL PROCESO VIVIDO

4.3.1 Reconstrucción de la historia

La reconstrucción de la experiencia como proceso se hará a través de la visión global del trabajo terapéutico realizado durante las diecinueve sesiones grupales, según cinco momentos o fases que en esencia se encuentran ligadas, pero que para efectos didácticos se subdividirán en:

- 1) Fase de evaluación de riesgo y filtro.
- 2) Fase terapéutica de integración y cohesión grupal.
- 3) Fase terapéutica de información para la identificación de problemas y cogniciones disfuncionales grupales e individuales con respecto a la conducta

sexual abusiva.

- 4) Fase terapéutica de trabajo con ensayo y prácticas de destrezas y habilidades sociales alternativas a la conducta abusiva.
- 5) Fase terapéutica de integración personal conductual cognoscitiva del trabajo grupal.

Para la reconstrucción de cada momento o fase, se tomarán como elementos básicos:

- Las características del micro-contexto de las actoras y los actores sociales involucrados (as) en el proceso terapéutico.
- Los objetivos y las acciones previstas.
- Las necesidades y las percepciones planteadas por los actores y actoras a partir del problema objeto de intervención.
- Las características que asume el modelo de intervención en el problema y las premisas conceptuales y metodológicas orientadoras (asociando los acontecimientos de la experiencia con las variables previstas y emergentes del contexto).
- Metas terapéuticas planificadas y cambios realizados en el abordaje del problema.
- Papel de los actores en los cambios de conducta planificados.
- Logros terapéuticos (graficación del perfil de entrada y el perfil de salida).
- Dificultades y resistencias.

La recuperación del proceso vivido en cada momento o fase terapéutica,

conllevará la reconstrucción detallada de la implementación de los diferentes módulos de tratamiento en secuencia que incluyen:

- **Contenidos informativos-educativos:** que propician procesos de reestructuración cognoscitiva respecto a las vivencias subjetivas que han llevado a los adolescentes a sus conductas abusivas y la socialización masculina con perspectiva de género.

- **Estrategias conductuales:** que enfatizan en el significado y el aprendizaje logrado por los adolescentes en función de disminuir la reincidencia de su comportamiento sexual abusivo.

- **Destrezas y habilidades sociales:** alternativas a las formas de interacción abusiva.

4.4 La Reflexión de Fondo

El análisis, la síntesis y la interpretación crítica del proceso de práctica se realizará tomando como base:

1. Identificación de las áreas donde los participantes lograron avance en la producción y enriquecimiento del conocimiento con respecto al problema en cuestión:

- Aprendizajes que los adolescentes participantes mostraron durante el proceso respecto a su Masculinidad y sus conductas abusivas.
 - Particularidades de los adolescentes con relación al conocimiento de su proceso de conducta abusiva (condiciones personales previas/ciclo personal de comportamiento abusivo).
 - Desarrollo que los miembros del grupo mostraron respecto a habilidades y destrezas sociales reforzadas durante el tratamiento grupal (escucha activa, asertividad, relajación) y según características de la población meta.
2. Las lecciones desarrolladas respecto a cómo trabajar con los ofensores sexuales juveniles.

3. Relevancia de las tensiones y contradicciones manifiestas durante el proceso terapéutico.
4. Síntesis que permita elaborar una conceptualización a partir de la práctica sistematizada.

La reflexión crítica de la práctica se guiará sobre la base de algunas preguntas que faciliten el ordenamiento y discusión de resultados:

- **¿Qué elementos relacionados con la selección, filtro, integración y cohesión grupal, condicionaron el logro de los objetivos terapéuticos del proceso de tratamiento?**
- **¿Cuáles circunstancias e interacciones (familiares, escolares y con grupos de pares), asociadas al aprendizaje social de su masculinidad y patentizadas durante el proceso de la experiencia grupal, pueden relacionarse con la manifestación de sus necesidades compensatorias de poder y control y que derivan en un comportamiento sexual abusivo?**
- **¿Cuáles modificaciones a partir de los emergentes de la experiencia terapéutica fue necesario introducir en los módulos de tratamiento previstos? ¿Cómo se realizaron, por qué, para qué y cuándo?**

- ¿Qué relación mostró tener el ensayo y práctica de destrezas y habilidades sociales con la identificación que los adolescentes pudieron realizar acerca de formas alternativas a la conducta sexual abusiva?

- ¿Qué cambios debieron introducirse en los contenidos temáticos, las estrategias conductuales y los ensayos y prácticas de trabajo grupal y por qué?

- ¿Qué cambios se observaron en la relación profesional y las técnicas utilizadas durante el proceso y por qué?

- ¿Cuál fue la relación que se dio entre la percepción de los adolescentes y la de la terapeuta respecto a las necesidades educativo-informativas y conductuales durante el proceso?

- ¿Qué alcance personal de integración conductual cognoscitiva reflejan los productos del proceso de trabajo grupal (elaboración del círculo personal de conducta compensatoria y del plan de seguridad personal preventivo de ofensa)?

- ¿Qué tipo de motivaciones fueron las más comunes entre los adolescentes participantes y qué cambios se observaron en éstas? ¿Por qué se dieron? Análisis respectivo de las mismas según la edad,

desarrollo cognoscitivo y experiencias previas acerca de vivencias subjetivas en torno a la masculinidad, el uso del poder y destrezas sociales implícitas.

- ¿Cómo se manejaron dichas diferencias por parte de la terapeuta?.

- ¿Qué logros y qué limitaciones se denotan como resultados del proceso, según la capacidad desarrollada por los adolescentes para el autocontrol y manifiestos en el diseño del plan preventivo de ofensa?

- ¿Qué aportes surgen en relación con los planteamientos teóricos del modelo de intervención?

- A partir de la experiencia desarrollada, ordenada y criticada cómo se conceptualizarían los aspectos: “socialización masculina”, “sexualidad abusiva”, “poder”, “ciclo de conducta compensatoria del abuso sexual”, “control”, “sexualidad consentida”, “empatía” y “asertividad”.

- ¿Qué cambios en función de futuros programas de tratamiento son necesarios de incluir con respecto a la prevención de la reincidencia del comportamiento sexual abusivo y tomando en consideración las necesidades psicosociales de los adolescentes?

4.5 EL PUNTO DE LLEGADA DEL PROCESO DE PRÁCTICA

Las conclusiones de la experiencia se relacionarán con los principales hallazgos teóricos y prácticos asociados con las respuestas de la guía de interpretación crítica, con relación al eje de sistematización seleccionado y al objetivo planificado.

Entre las conclusiones teóricas se considera importante retomar los hallazgos con relación al aprendizaje de patrones de socialización masculina de género, tomando como referencia las condiciones relevantes dentro de sus contextos significativos (familiar, escolar y grupo de pares) respecto a cómo los adolescentes aprenden, asumen y significan su identidad de género en una sociedad que tiende a legitimar y a racionalizar los comportamientos violentos.

Las conclusiones prácticas estarán orientadas en función de las enseñanzas derivadas de la experiencia y que sustentarán los cambios metodológicos que deberán implementarse en futuros grupos terapéuticos, para perfilar una propuesta de tratamiento que permita desarrollar la experiencia en otros contextos institucionales.


RECUPERACION DEL PROCESO VIVIDO

La reconstrucción de la experiencia como proceso se sustenta en la visión global del trabajo terapéutico realizado con los adolescentes durante las diecinueve sesiones grupales, según cinco momentos o fases que en esencia se encuentran ligadas, pero que para efectos didácticos se subdividen en:

Diagrama #1: Fases del Proceso Terapéutico

| FASE | UBICACION | CONTENIDO TEMATICO |
|--|---|--|
| 1. Fase de Evaluación y Filtro. | Se desarrolló entre el 1-octubre-1997 al 31-enero-1998. | Evaluación diagnóstica de cada uno de los adolescentes candidatos a tratamiento grupal. |
| 2. Fase terapéutica de integración y cohesión grupal. | Se desarrolló entre el 19-febrero-98 y el 26-febrero-98, abarcando la primera y segunda sesión de trabajo grupal. | “Metas del tratamiento y el significado de ser miembro del grupo (reglas de comportamiento grupal). “Por qué estoy aquí?” |
| 3. Fase terapéutica de información para la identificación de problemas y cogniciones disfuncionales grupales e individuales con respecto a la conducta sexual abusiva. | Se desarrolló entre el 5-marzo-98 y el 14-junio-98, abarcó de la sesión N°3 a la sesión N°14 de trabajo grupal. | Consecuencias e implicaciones legales de lo que yo hice: El abuso sexual como delito penado por la ley. Sexualidad consentida vrs. Sexualidad abusiva: “necesidades y consecuencias”. La construcción de la masculinidad: Socialización; Machismo y privilegio masculino; Desmitificación de mitos en torno a la masculinidad. Identificando y conociendo mi conducta abusiva: Modelo de las Cuatro Condiciones Previas del Abuso Sexual (Finkelhor). |

| FASE | UBICACION | CONTENIDO TEMATICO Lo que necesito aprender acerca de las víctimas de abuso sexual. Empatía hacia los sentimientos de la (s) víctima (s) y posibles daños causados. Características del ofensor sexual y la conducta abusiva. Desmitificación de estereotipos, errores de pensamiento y distorsiones cognoscitivas en función del Modelo de las Cuatro Condiciones Previas. Por qué lo hice?: “Comprendiendo mi patrón de pre-ofensa sexual”. Identificando mis situaciones de peligro y comprendiendo mi patrón de ofensa y el desarrollo de mi ciclo ofensor. |
|---|---|--|
| 4. Fase terapéutica de trabajo con ensayo y prácticas de destrezas y habilidades sociales alternativas a la conducta abusiva. | Se desarrolló entre el 18-junio-98 y el 2-julio-98 abarcó de la sesión N°15 a la sesión N°17 de trabajo grupal. | <div data-bbox="1073 1087 1498 1367" style="border: 2px dashed black; padding: 5px; text-align: center;"> <i>Aprendiendo sobre la empatía y el ser asertivos: Escuchar activamente y reflejando los sentimientos.</i> </div> Técnicas de autorelajación: Relajación muscular; Fantasías dirigidas. |
| 5. Fase terapéutica de integración personal conductual cognoscitiva del trabajo grupal. | Se desarrolló del 2-julio-98 al 14-julio-98, abarcó de la sesión N°18 a la sesión N°19 de trabajo grupal. | Asumiendo la responsabilidad de mi conducta abusiva. Construcción y establecimiento del plan preventivo de ofensa para el control de mi necesidad de victimizar. Cómo me siento adoptando una nueva actitud?: Afrontando necesidades sexuales y sociales sin herir o abusar de otros y orientando las relaciones con empatía y consentimiento. Los doce pasos para la responsabilidad de un ofensor sexual. |



Los criterios a partir de los cuales se va a ordenar y clasificar la información son:

- Los objetivos y las acciones previstas.
- Las necesidades y las percepciones planteadas por los actores y actoras a partir del problema objeto de intervención.
- Las características que asume el modelo de intervención en el problema y las premisas conceptuales y metodológicas orientadoras (asociando los acontecimientos de la experiencia con las variables previstas y emergentes del contexto).
- Metas terapéuticas planificadas y cambios realizados en el abordaje del problema.
- Papel de los actores en los cambios de conducta planificados.
- Logros terapéuticos (graficación del perfil de entrada y el perfil de salida).
- Dificultades y resistencias.

1. FASE DE EVALUACIÓN DE RIESGO Y FILTRO:

a) **Objetivo de la Fase:** Evaluar a través del diagnóstico de riesgo potencial y otros criterios de selección, la inclusión del adolescente a la etapa de tratamiento grupal.

b) **Acciones Previstas:** El desarrollo de un promedio de 6 sesiones de abordaje individual y familiar, en las que se aplicaron entrevistas a profundidad dirigidas a establecer una evaluación de riesgo de cada uno de los adolescentes referidos al CEINA por el problema de comportamiento sexual abusivo.

Para el diseño de cada entrevista se tomó como base la guía ofrecida por Eliana Gil sobre factores de riesgo, la que permite tipificar la peligrosidad del ofensor sexual juvenil en términos de bajo, mediano y alto riesgo.

c) **Modelo de Intervención:** Cognitivo-conductual con perspectiva de género.

d) Premisas Teórico-conceptuales del Modelo de Intervención:

- No son los estímulos sino el procesamiento, evaluación y organización cognoscitiva lo que en su mayor parte determinan las reacciones emocionales y conductuales del adolescente y que posibilitan su comportamiento abusivo.
- La socialización de género que subyace en la vivencia subjetiva de la construcción de la masculinidad en el adolescente, se asocia al uso del poder inadecuado presente en el abuso sexual.

e) Características que asume el Modelo de Intervención dentro

de la Fase: De acuerdo a lo planteado por el modelo cognitivo-conductual, esta fase corresponde a la fase de *“evaluación diagnóstica identificada como la actividad grupal que se ocupa de definir y determinar las conductas y cogniciones que deben de modificarse, las situaciones que se viven como conflictivas, las fortalezas de cada futuro miembro del grupo, los soportes o referentes de su entorno que facilitaran el logro de la meta terapéutica y los obstáculos a la eficacia del tratamiento” (Kaplan y Sadock, 1996:224).*

f) Necesidades y percepciones planteadas por los actores y actoras a partir del problema objeto de intervención:

Desde la perspectiva de las necesidades que conlleva la ejecución de la fase terapéutica, se tomaron como variables para la evaluación: admisión de la

responsabilidad, apoyo familiar, historia de uso/consumo de drogas, capacidad del adolescente para interactuar socialmente, manifestación de comportamiento violento para resolver conflictos, presencia de otros comportamientos sexuales desviados, comportamiento sexual abusivo/agresivo, auto percepción en función de cualidades y defectos y presencia de problemática de violencia doméstica. Desde la perspectiva de los adolescentes actores, se plantean principalmente, necesidades de recibir orientación informativa-educativa respecto a las implicaciones de su comportamiento abusivo (legales, familiares y personales). Además, con relación a sus necesidades terapéuticas, todos los adolescentes manifiestan en esta fase una admisión parcial de la responsabilidad de su comportamiento y reportan la presencia de otras conflictivas en el ámbito de relación interpersonal, asociadas al uso de estrategias violentas para resolver conflictos.

Es importante mencionar que fueron valorados durante esta fase 12 adolescentes, de quienes sólo ocho calificaron como candidatos para grupo y los restantes cuatro, se descartó su participación debido a la presencia de antecedentes de adicción (en uno de ellos) y la inadmisión de la responsabilidad con la consecuente negativa para recibir el apoyo terapéutico (en tres adolescentes).

g) Metas terapéuticas planificadas y cambios realizados en el

abordaje del problema: Las metas terapéuticas definidas para esta fase del proceso fueron logradas y no hubo necesidad de realizar cambios en el abordaje del problema. Las metas logradas fueron:

- ❖ *El contar con una evaluación eficaz de cada adolescente, que contenga la exploración preliminar respecto a las situaciones asociadas a su comportamiento sexual abusivo, sus cogniciones y respuestas afectivas ante el problema, recursos de apoyo social y obstáculos, percibidos como incidentes para la eficacia del tratamiento.*
- ❖ *La definición del perfil de entrada de las necesidades y evolución del proceso según las variables establecidas para la evaluación.*

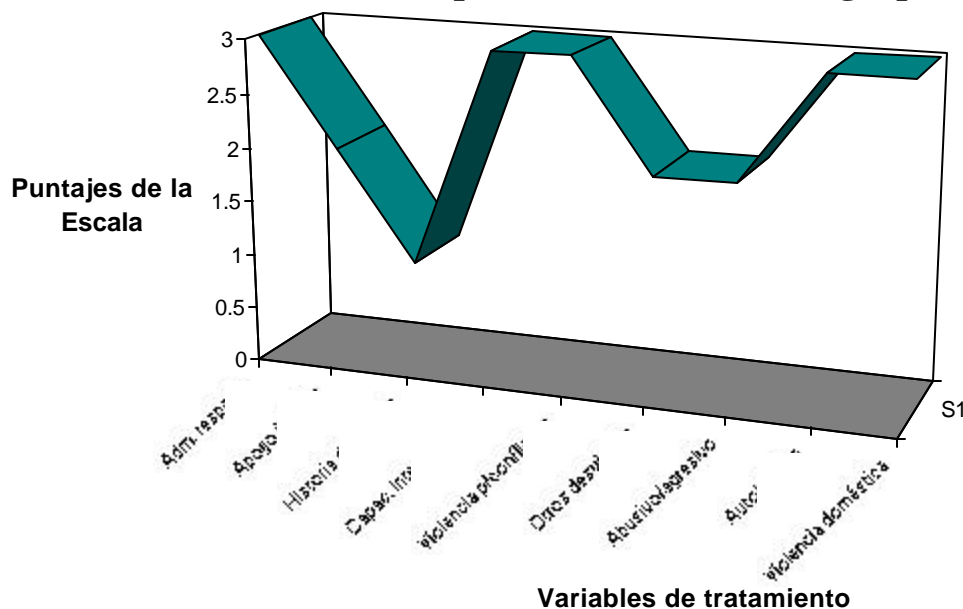
h) Papel de los actores en los cambios de conducta planificados:

Durante esta fase no se definieron cambios de conducta planificada, debido a que el objetivo principal giró en torno a la evaluación de riesgo potencial del comportamiento abusivo y otros criterios de selección como: el reconocimiento del (los) hecho (s) y la aceptación voluntaria del adolescente para incorporarse al programa de tratamiento grupal. No obstante el papel de la terapeuta durante esta fase, se canalizó hacia el fortalecimiento de un ambiente que permitiera al adolescente verbalizar con claridad los hechos relacionados con su problema de comportamiento abusivo.

Como fue ya mencionado, los ocho adolescentes seleccionados para las subsecuentes fases del tratamiento, manifiestan una admisión parcial de su comportamiento, en el tanto que visualizan el abuso como un problema que está en él pero que también la(s) víctima(s) ha(n) influido. Podría afirmarse que en general, durante esta fase la tendencia de los adolescentes se perfila a minimizar la trascendencia del abuso perpetrado y las implicaciones que su comportamiento ha generado.

- i) **Logros terapéuticos:** La evaluación de riesgo preliminar de cada uno de los adolescentes candidatos a grupo y el diseño del perfil de entrada (**ver gráfico N°1**) según las variables y necesidades de la evolución del proceso.

Gráfico N° 1
Perfil de entrada al iniciarse el proceso de tratamiento grupal



Para tal efecto, cada variable se evaluó a partir de indicadores que fueron cuantificados en una escala absoluta de 1-3 ó 1-2 según el ítem correspondiente (**ver anexo N°1**). La suma total de puntos permitió obtener

una impresión diagnóstica del riesgo de reincidencia del comportamiento sexual abusivo en términos de: Riesgo Bajo (9-16 puntos), Riesgo Moderado (17-23 puntos) y Riesgo Alto (24-26 puntos).

Según puede derivarse del gráfico anterior, la ponderación total estableció un perfil grupal de riesgo moderado (17 puntos) y tomando como base este parámetro, se comparará la evolución del proceso de tratamiento.

2. FASE TERAPÉUTICA DE INTEGRACIÓN Y COHESIÓN GRUPAL:

- a) **Objetivo de la Fase:** Construir y fomentar la interacción positiva de los miembros del grupo, incrementando la atracción de los miembros del grupo entre sí, hacia la terapeuta y hacia los contenidos del programa, a fin de procurar la eficacia del trabajo posterior.
- b) **Acciones Previstas:** Dinámicas de presentación de la terapeuta y coterapeuta, dinámicas de presentación de los participantes con breve comentario sobre el motivo de referencia al grupo, definición y negociación del contenido del contrato general del tratamiento (las reglas del grupo y metas terapéuticas).

c) **Modelo de Intervención:** Cognitivo-conductual con perspectiva de género.

d) **Premisas Teórico-conceptuales del Modelo de Intervención:**

- En una instancia de terapia grupal cognitivo-conductual, el incrementar la atracción de los miembros del grupo entre sí, hacia el terapeuta y hacia los contenidos del programa, se asocia a un aumento en la eficacia del proceso de la terapia.

f) Características que asume el Modelo de Intervención dentro de

la Fase: ***Según lo definido por el modelo de intervención cognitivo conductual, esta fase corresponde al “proceso de orientación o derivación al grupo, donde el (la) terapeuta informa a los miembros respecto a los objetivos y contenidos del grupo y de las responsabilidades de cada miembro con***

respecto a sí mismo y a los demás” (Kaplan y Sadock, 1996:226).

Específicamente, la labor terapéutica desarrollada en esta fase del proceso no marcó diferencia en relación a lo que define el modelo de intervención, en el tanto que se utilizó como estrategia metodológica conductual, el refuerzo social dentro de un ambiente de iguales cálido y de respeto, que hizo factible la creación de condiciones para el intercambio de experiencias, el moldeamiento, modificación y facilitación de las conductas verbales que implicaran cohesividad orientada hacia las metas terapéuticas.

g) ***Necesidades y percepciones planteadas por los actores y actoras a partir del problema objeto de intervención:***

Desde la perspectiva de las necesidades que conlleva la ejecución de esta fase terapéutica, se tiene la de contar con un documento escrito que tenga características de “contrato” y en el que se incluyeran las expectativas de ambas partes: las de los adolescentes y las de la terapeuta. Desde la perspectiva de los adolescentes actores, se plantean principalmente necesidades de índole terapéutica: recibir “ayuda para no volverlo a hacer”, “saber por qué lo hice?”; así como también necesidades de privacidad y confidencialidad de lo que se verbalize en las sesiones, seguridad para los miembros del grupo, respeto y cooperación mutua.

Por su parte, con relación a las necesidades de la terapeuta durante esta fase y que también estuvieron presentes en el resto del proceso, se destaca la de contar con datos o indicadores del grupo tales como: asistencia regular, participación activa, satisfacción y asignación de tareas, que serán la base sobre la cual se evaluará la presencia de dificultades o limitaciones, así como el cumplimiento de objetivos globales y las metas terapéuticas.

h) Metas terapéuticas planificadas y cambios realizados en el

abordaje del problema: La meta terapéutica definida para esta fase del proceso fue lograda y no hubo necesidad de realizar cambios en el abordaje del problema. La meta definida y lograda fue:

- ❖ *El que cada miembro del grupo sea capaz de externalizar en forma clara el motivo de su participación en el grupo, sus expectativas y temores hacia el tratamiento.*

i) Papel de los actores en los cambios de conducta planificados:

Para esta fase del proceso, no se planificaron cambios de conducta con relación al problema de intervención. No obstante, si se trabajó bajo la orientación del objetivo principal, el cual giró en torno a transformar las expectativas individuales con respecto al tratamiento en una vivencia compartida.

Podría decirse que tomando en consideración el objetivo de la fase, el papel de la terapeuta se desarrolló en términos de coordinar y armonizar los diversos aspectos y funciones del grupo, en aras de desarrollar el consenso grupal y mediante el favorecimiento de la cooperación, el acuerdo y la cohesión.

Por su parte, el papel de los adolescentes actores principales del proceso terapéutico, se desarrolló en relación al procesamiento, evaluación y organización cognoscitiva de las implicaciones particulares que tendrá “el ser miembro del grupo”.

j) Logros terapéuticos: La cohesión grupal o pertenencia concebida como una estrategia que facilitará la asistencia, la estabilidad grupal, la expresión e introspección individual respecto a su actitud frente al problema, la integración de aspectos previamente inaceptables respecto a su comportamiento, el mejoramiento del concepto personal y el comportamiento social adaptativo, no abusivo.

k) Dificultades y resistencias: Al inicio de la fase se percibió resistencias y temor de los adolescentes a externalizar el motivo de su participación en el grupo, aspecto que fue aceptado y reflejado por la terapeuta y se motivó para que cada cual hablara más, llegando a la conclusión entre los miembros del grupo de que ese temor iba a ir desapareciendo conforme la evolución del trabajo grupal.

3. FASE TERAPÉUTICA DE INFORMACIÓN PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y COGNICIONES DISFUNCIONALES GRUPALES E INDIVIDUALES CON RESPECTO A LA CONDUCTA SEXUAL ABUSIVA:

a) **Objetivo de la Fase:** Propiciar procesos de reestructuración cognoscitiva con respecto a las vivencias subjetivas que han llevado a los adolescentes a sus conductas abusivas y a la socialización masculina con perspectiva de género.

b) **Acciones Previstas:** Como el grupo se organizó alrededor del tema específico: el comportamiento sexual abusivo, la planificación terapéutica partió de la discriminación de los problemas comunes detectados durante la fase de evaluación y filtro y ajustados al paradigma terapéutico, a fin de que coincidiera con las necesidades de la mayoría de los miembros del grupo.

Las acciones previstas si se desarrollaron y para el abordaje de los temas preseleccionados se aplicaron ejercicios grupales de carácter interactivo y cooperativo, siendo relevante técnicas de moldeamiento (como el “juego de roles”), la discusión confrontativa entre los participantes con respecto a las

vivencias subjetivas de su socialización masculina; experiencias que directamente se asocian con la manifestación de su comportamiento abusivo. Además, de forma complementaria a las técnicas de moldeamiento, en esta fase del proceso fue importante la utilización de técnicas que propician procesos de reestructuración cognoscitiva respecto al comportamiento abusivo y la socialización masculina, tales como: “Lluvia de Ideas”, “Sistema de Parejas” y la “Recapitulación”.

c) **Modelo de Intervención:** Cognitivo-conductual con perspectiva de género.

e) **Premisas Teórico-conceptuales del Modelo de Intervención:**

- ❖ No son los estímulos sino el procesamiento, evaluación y organización cognoscitiva lo que en su mayor parte determinan las reacciones emocionales y conductuales del adolescente y que posibilitan su comportamiento abusivo.
- ❖ En el proceso que lleva a los adolescentes a las conductas abusivas existen cogniciones disfuncionales en torno a la vivencia subjetiva de su masculinidad y el uso del poder, que son empíricas y lógicamente examinadas y que es posible reemplazarlas por otras más racionales, realistas, sensibles al género y funcionales.

❖ Pareciera que los adolescentes con prácticas sexuales no abusivas, parten de cogniciones o pensamientos realistas y más sensibles al género, que los conducen a reacciones no compensatorias y comportamientos funcionales respecto a sus prácticas sexuales; mientras que pareciera que los adolescentes con prácticas sexuales abusivas, porten de cogniciones distorsionadas donde predominan concepciones erradas acerca del comportamiento masculino y que dan lugar a necesidades emocionales compensatorias, que los llevan a conductas abusivas.

❖ El favorecer oportunidades para el crecimiento individual y colectivo en un contexto de iguales, a través del análisis confrontativo de la construcción de la masculinidad con perspectiva de género, tiende a disminuir el sexismo y el uso del poder negativo dentro de las relaciones interpersonales.

d) Características que asume el Modelo de Intervención dentro de la Fase: ***Según lo definido por el modelo de intervención cognitivo conductual, esta fase corresponde al proceso de reestructuración cognitiva. Se define como “el proceso de identificar y evaluar las propias cogniciones,***

reconociendo los efectos perniciosos de las cogniciones desadaptativas, y su reemplazo por otras más apropiadas” (Kaplan y Sadock, 1996:230).

Específicamente, la labor terapéutica desarrollada en esta fase del proceso utilizó como estrategia metodológica conductual, la transmisión de contenidos informativos-educativos que propiciaran en los adolescentes la reestructuración cognoscitiva respecto a sus vivencias subjetivas de socialización masculina, que se hayan asociados al abuso del poder y la concreción de sus conductas abusivas. Además,

en este sentido se incluyó la demostración con ejemplos sobre la sexualidad sana, consentida, la sexualidad abusiva, los mitos acerca del poder masculino en una sociedad androcentrista, las cuatro precondiciones para el abuso sexual, las áreas traumagénicas del abuso sexual y el ciclo de conducta abusiva. Paralelo al contraste particular de los adolescentes con respecto a su propia historia y cómo en su problema de abuso, se hayan relacionadas cogniciones, sentimientos de ansiedad y el manejo inadecuado del poder.

Lo anterior, tratando de identificar las cogniciones distorsionadas de cada adolescente

en particular y sustentados en la premisa de que es posible el análisis de las inconsistencias lógicas (sus respuestas cognoscitivas a las situaciones estresantes), manifiestas en términos de dolor, agresividad o ansiedad) y las consecuencias que a futuro tendrán que asumir si persiste en mantener dichas cogniciones.

e) Necesidades y percepciones planteadas por los actores y actoras a partir del problema objeto de intervención:

Desde la perspectiva de las necesidades que conlleva la ejecución de esta fase terapéutica, se tiene la de contar con un panorama general de las cogniciones particulares que generan a los adolescentes actitudes y sentimientos inhibición de habilidades sociales alternativas no abusivas para el manejo de ansiedad, depresión o agresividad y que están asociadas con estrategias para el manejo del conflicto.

Desde la perspectiva de los adolescentes actores, se plantean principalmente necesidades de índole terapéutica con respecto a la necesidad de aprender a diferenciar entre pensamientos contraproducentes “nunca las cosas van a cambiar”, “no vale la pena, las cosas van a seguir siendo igual”, y pensamientos y afirmaciones de superación que a su vez, les permitan aprender a identificar y analizar sus propias cogniciones.

f) Metas terapéuticas planificadas y cambios realizados en el

abordaje del problema: Las metas terapéuticas definidas para esta fase

del proceso fueron logradas con respecto a:

- ❖ *El que cada miembro del grupo sea capaz de identificar cogniciones distorsionas respecto al uso particular del poder y analizar sus respuestas cognoscitivas frente a situaciones generadoras de estrés, ansiedad y depresión.*
- ❖ *Que el adolescente tome contacto de manera teórica y práctica acerca de los elementos cognoscitivos que posibilitan y favorecen el concretar su conducta abusiva, en el contexto del marco conceptual de las cuatro condiciones previas y el patrón de ofensa del ciclo compensatorio del abuso.*

No obstante, es importante señalar la presencia e incidencia de una conflictiva familiar y específicamente con el padrastro (en términos de

rechazo y rivalidad), situación que fue presentada por cinco de los adolescentes participantes de la siguiente manera:

- Rebeldía y oposición directa con el padrastro, no aceptando órdenes que éstos dan en su rol parental, por lo que la madre interviene inadecuadamente, haciendo una descalificación de la queja de su hijo y estableciendo alianza con su cónyuge, situación que es entendida como una confirmación de la autoridad y el poder que el padrastro pretende ejercer sobre el adolescente.
- Enojo del adolescente hacia ambas figuras parentales (padrastro y madre). Condiciones que se interpretan como “despotismo” en el padrastro e “incomprensión” de la madre respecto a sus necesidades afectivas.

Si bien es cierto en un inicio y para efectos de la planificación de la terapia, la variable familia había sido considerada como una variable interviniente, la experiencia desarrollada hasta esta fase demostró la necesidad de un análisis y control más cuidadoso, debido a que la tensión emocional del sistema familiar se reflejó en el adolescente, teniendo un impacto directo en el desempeño grupal y en algunas ocasiones, porque se le asignó un rol de “paciente identificado” que lo hace funcionar como emergente de una conflictiva familiar manifiesta y latente.

Estas condiciones emergentes obligaron a establecer un cambio en el contenido de las sesiones posteriores respecto al entrenamiento de habilidades sociales de manejo no abusivo ni violento.

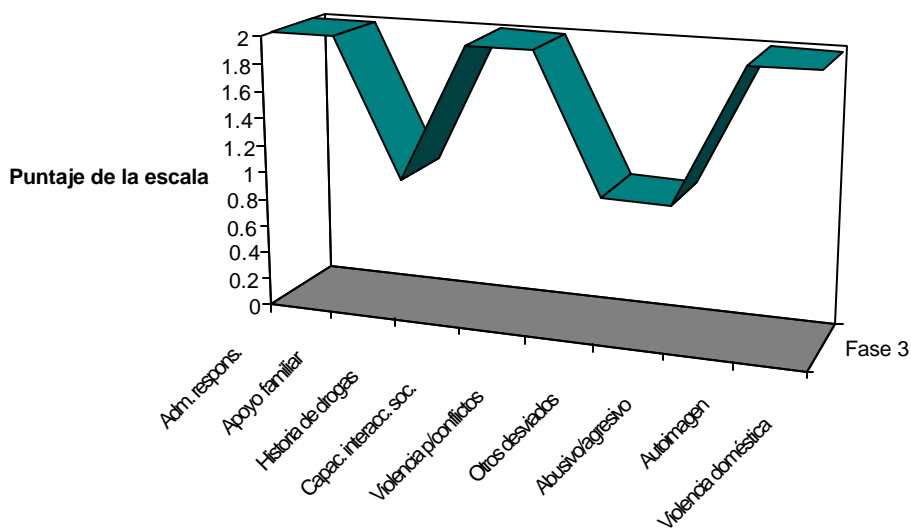
g) Papel de los actores en los cambios de conducta planificados:

El papel de la terapeuta durante la fase de tratamiento tuvo básicamente características directivas, orientado a lograr que cada uno de los adolescentes participantes comprendiera el problema de su comportamiento sexual, en términos de una reacción desadaptativa y progresiva. Paralelamente, se desempeñó un rol de facilitadora, apoyando a cada adolescente cuando necesitaba de estímulo. Esto por cuanto, hablar en grupo sobre asuntos sexuales puede resultar muy difícil.

En términos generales el papel del grupo se percibe como receptivo y colaborador. Los adolescentes mostraron una aceptación de los contenidos abordados y los asumieron como propios en sus vivencias e integrándolos como parte de sus esquemas referenciales cognoscitivos. Condición que a la vez, sugiere un efectivo cumplimiento de los objetivos planificados.

Gráfico N°2

Evolución Perfil de entrada al concluir la fase 3 del tratamiento



h) **Logros terapéuticos:** De acuerdo a los contenidos programáticos y las sesiones realizadas en esta fase del proceso (**ver gráfico N°2**), los cambios previstos para los adolescentes miembros del grupo señalados en las metas del tratamiento, fueron los siguientes:

- La aceptación de la responsabilidad de sus conductas sexuales abusivas. Cambio que si bien se refuerza también en las fases posteriores del proceso, a partir de la sesión N°5 los adolescentes manifestaron una mayor apertura para reconocer las implicaciones de su proceder sexual abusivo.
- El esfuerzo mostrado por los adolescentes por lograr una clara y sensible comprensión de los efectos del abuso sexual sobre su(s) víctima(s). Meta que fue trabajada de manera más específica durante las sesiones N°7, N°8, N°9 y N°10, a través de los temas: *“Lo que necesito aprender acerca de las víctimas de abuso sexual”* e *“Identificando mis comportamientos de higiene y aciclamiento”*. Si bien es cierto, el cumplimiento de la totalidad de esta meta no puede precisarse de forma absoluta, durante las sesiones anteriormente mencionadas se observó una actitud receptiva y de interés hacia el tema, lo que pareciera incidir en una mayor empatía hacia la víctima y aumento de los conocimientos del impacto del abuso sexual en estas.
- El que a partir de los contenidos informativo-educativos desarrollados, en la sesión N°13 cada adolescente pudiera construir su ciclo de abuso

sexual y particularizara situaciones de riesgo potencial respecto a su comportamiento ofensor.

- La cohesión grupal o pertenencia concebida como una estrategia que facilita la asistencia, la estabilidad grupal, la expresión e introspección individual respecto a su actitud frente al problema, la integración de aspectos previamente inaceptables respecto a su comportamiento, el mejoramiento del concepto personal y el comportamiento social adaptativo, no abusivo.

i) Dificultades y resistencias: ***El desarrollo de esta fase ameritó extender dos sesiones más de las previstas, por cuanto se manifestaron dificultades relacionadas con:***

- El rango de edad de los jóvenes (12 años el menor y 16 años el mayor), aspecto que empezó a definir una dinámica en la que los mayores descalificaban o manifestaban burla hacia las apreciaciones y comentarios expresados por los menores; produciendo en los menores una sensación de inseguridad. Ante esta situación, fue necesaria la confrontación y puesta de límites a los mayores, a fin de neutralizar este efecto.
- Las diferencias en las destrezas y capacidades cognoscitivas e intelectuales de los miembros del grupo: dos de ellos cursan la educación formal con adecuaciones curriculares dentro de la modalidad “no significativa”, al haber sido diagnosticados previamente con problemas de

aprendizaje. Estas diferencias ameritaron de mayor cantidad de tiempo en las explicaciones de detalles por parte de los facilitadores (terapeuta y coterapeuta), así como en el ritmo del trabajo grupal respecto a la explicación e integración de ejemplos (de acuerdo a la metodología programada).

Entre las resistencias percibidas durante esta fase, las mismas parecieran tener una dimensión emocional por cuanto el tema de las precondiciones del abuso sexual implica que el adolescente asuma su responsabilidad y tome contacto con el planeamiento de la conducta abusiva. Por ello, esto significa un impacto directo en la autoestima, en su imagen frente al grupo de iguales y facilitadores y en el concepto personal que por su condición de adolescente se encuentra en proceso.

4. FASE TERAPÉUTICA DE TRABAJO CON ENSAYO Y PRÁCTICAS DE DESTREZAS Y HABILIDADES SOCIALES ALTERNATIVAS A LA CONDUCTA SEXUAL ABUSIVA:

a) **Objetivo de la Fase:** Ensayar y practicar con los adolescentes destrezas y habilidades sociales, como conductas aprendidas y respuestas cognitivas alternativas, en aras de disminuir la reincidencia del comportamiento abusivo.

b) **Acciones Previstas:** Brindar información y realizar ejercicios prácticos sobre la sensibilidad empática (escuchar activamente) y la asertividad en las relaciones interpersonales de cada uno de los adolescentes participantes.

Explicación y discusión de motivaciones fundamentales que permitan al adolescente conocer y ensayar diferentes técnicas de autorelajación de fácil aplicación.

Para el abordaje de los temas preseleccionados se desarrollaron ejercicios prácticos grupales de carácter interactivo y cooperativo, siendo relevante técnicas de moldeamiento intragrupo, como entrenamientos cognitivo-conductuales que estimulan el mundo real y que representan un espacio

preparatorio hacia la realidad exógena al grupo. Entre estas técnicas se destacan: el “juego de roles”, la “dramatización”, discusión en subgrupos y la técnica de “recapitulación”. Además, fue importante la discusión confrontativa entre los participantes con respecto a las vivencias subjetivas de dichas habilidades dentro de sus contextos de interacción social y cómo en la mayoría de los casos, la socialización masculina inhibe la demostración de sentimientos y la posibilidad de desarrollar este tipo de destrezas.

c) **Modelo de Intervención:** Cognitivo-conductual con perspectiva de género.

d) **Premisas Teórico-conceptuales del Modelo de Intervención:**

- ❖ En el proceso que lleva a los adolescentes a las conductas abusivas existen cogniciones disfuncionales en torno a la vivencia subjetiva de su masculinidad y el uso del poder, que son empíricas y lógicamente examinadas y que es posible reemplazarlas por otras más racionales, realistas, sensibles al género y funcionales.
- ❖ Pareciera que los adolescentes con prácticas sexuales no abusivas, parten de cogniciones o pensamientos realistas y más sensibles al género, que los conducen a reacciones no compensatorias y comportamientos funcionales respecto a sus prácticas sexuales; mientras que pareciera que los

adolescentes con prácticas sexuales abusivas, porten de cogniciones distorsionadas donde predominan concepciones erradas acerca del comportamiento masculino y que dan lugar a necesidades emocionales compensatorias, que los llevan a conductas abusivas.

- ❖ El análisis de los roles sexuales tradicionales y los arreglos de poder en las interacciones, favorecen la puesta en práctica de formas alternativas de interacción no abusivas.

e) Características que asume el Modelo de Intervención dentro

de la Fase: ***Según lo definido por el modelo de***

intervención cognitivo conductual, esta fase

corresponde al proceso de entrenamiento en

habilidades sociales de manejo o intervención.

Se define como “el proceso en el que la

persona adquiere habilidades sociales que le

capacitan para interactuar con los demás en

un contexto social dado, de forma específica,

socialmente aceptable y al mismo tiempo, beneficiosa para el individuo, mutuamente, o para un tercero” (Kaplan y Sadock, 1996:239).

Específicamente, la labor terapéutica desarrollada en esta fase del proceso utilizó como estrategia metodológica conductual la práctica y ensayo de habilidades como la capacidad de escucha (escuchar activamente), la capacidad de identificar emociones (reflejo de sentimientos) y la asertividad.

En el moldeamiento particular de las conductas planificadas, tuvieron participación interactiva tanto la terapeuta como los miembros del grupo,

en un ambiente de interaprendizaje que hiciera posible la evaluación de las sugerencias, cuestionamientos respecto al riesgo que implica su comportamiento, su adecuación, compatibilidad con sus necesidades y posible eficacia. Es decir, cada uno de los miembros en combinación con el resto de sus compañeros y terapeutas contaron con el espacio para la clarificación y evaluación de sus situaciones estresantes o generadoras de ansiedad, ira o depresión y así poder plantear una estrategia de intervención física o cognitiva. Paralelamente, como parte integrante de este

abordaje se combinó con la asignación de tareas para realizar en casa y con el objetivo de incrementar el tiempo que se dedica a la labor terapéutica y como un mecanismo para generalizar los logros vivenciados en el espacio de grupo al “mundo real”.

f) Necesidades y percepciones planteadas por los actores y actoras a partir del problema objeto de intervención:

Desde la perspectiva de las necesidades que conlleva la ejecución de esta fase terapéutica, se tiene la de contar con la posibilidad de que cada adolescente participante del tratamiento, se entrene en habilidades sociales específicas y aplique técnicas conductuales más generales como: la relajación, la respiración profunda, clarificación y evitación de las situaciones de tensión y ansiedad. Esto, tomando en cuenta el riesgo y el costo que implicaría para las víctimas potenciales y para el adolescente el abordaje completo de las situaciones generadoras de tensión y ansiedad, en el tanto

que han sido identificadas como “disparadores” del ciclo personal de conducta compensatoria del abuso.

Paralelamente, por parte de los adolescentes se plantean necesidades referidas a su interacción dentro del ámbito familiar y la contención que reciben de éstos como red significativa. Condición que igualmente se explica a partir de la existencia de patrones de interacción asimétricos y donde se da un ejercicio del poder vivenciado por los adolescentes como inadecuado y lesionador de sus derechos de autodefinición y necesidades psicosociales.

Desde la perspectiva de los adolescentes actores, se plantean principalmente necesidades de índole terapéutica respecto a la necesidad de aprender a desestimar afirmaciones contraproducentes “usted no tiene remedio” y potenciar su capacidad de auto-superación o cogniciones de manejo, que se orienten a facilitar la resolución de problemas y a la concreción de formas alternativas no abusivas.

En el caso de los adolescentes mayores al inicio de la fase se manifestó una tendencia a inhibir la externalización de emociones y sentimientos, por cuanto a que para algunos de ellos estas habilidades de manejo les resultaban incompatibles con su concepto de masculinidad “esas cosas son de maricas”; “que van a pensar de mí si me ven diciendo y haciendo eso”... No obstante, para contrarrestar dicho efecto, con estos tres adolescentes se insistió mediante la realización de ejercicios de moldeamiento cognitivo intragrupo y con el reporte de los resultados obtenidos en la ejecución de tareas en casa.

g) Metas terapéuticas planificadas y cambios realizados en el

abordaje del problema: Las metas terapéuticas definidas para esta fase

del proceso fueron logradas con respecto a:

- ❖ *El entrenamiento de cada uno de los adolescentes respecto a estrategias conductuales (habilidades y destrezas sociales) que enfatizaran en el significado y el aprendizaje de formas alternativas de interacción no abusiva y en función de disminuir la reincidencia de su comportamiento sexual abusivo.*
- ❖ *La identificación particular de las situaciones de alto riesgo que pudieran derivar en futuras ofensas sexuales.*

Respecto a los cambios realizados en el abordaje del problema, tal y como fue ya mencionado hubo necesidad de insistir en los tres adolescentes mayores respecto a la práctica y ensayo de ejercicios de moldeamiento cognitivo en el espacio intragrupal y también en el reporte de los resultados obtenidos en la ejecución de las tareas realizadas en casa.

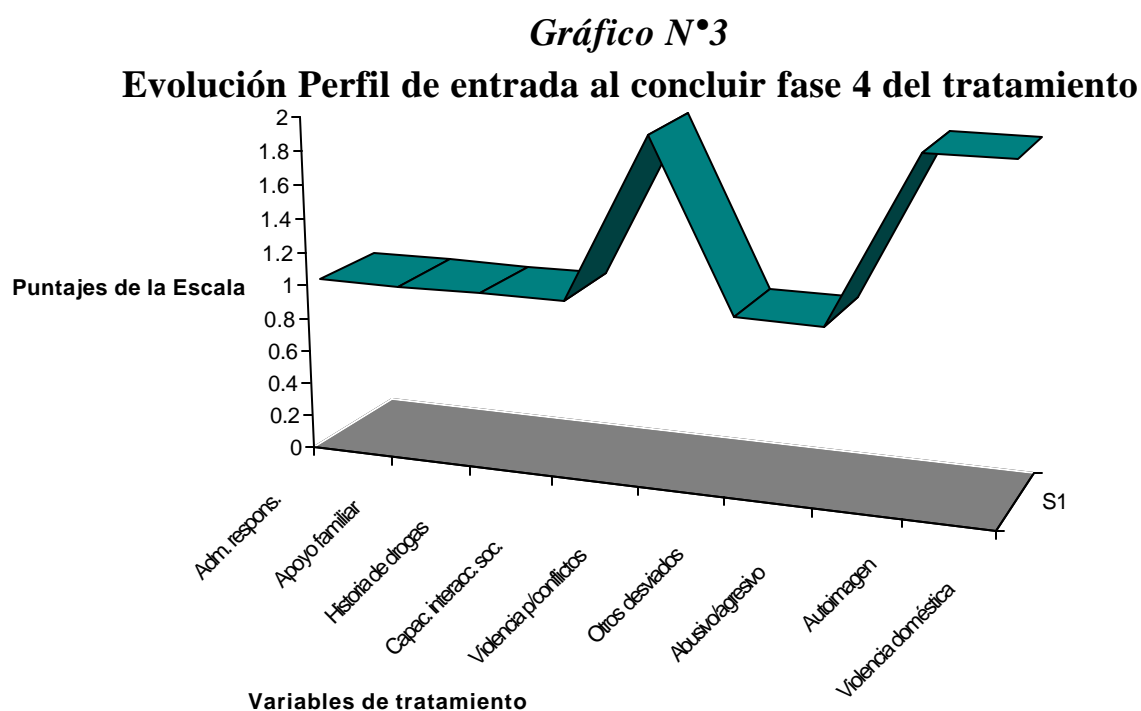
h) Papel de los actores en los cambios de conducta planificados:

El papel de la terapeuta durante esta fase del tratamiento tuvo características interactivas en el moldeamiento cognitivo, así como también directivas

respecto al control y monitoreo de los ejercicios y prácticas referidas a cambios de conducta planificada.

En términos generales el papel del grupo se percibe como activo y receptivo respecto a mejorar sus niveles de competencia social, basados en un conjunto de habilidades sociales que buscan la reestruración cognoscitiva y que son fundamentalmente conductas aprendidas.

i) **Logros terapéuticos:** Según lo planificado con respecto a los contenidos programáticos y las sesiones desarrolladas en esta fase del proceso (**ver gráfico N°3**), los logros terapéuticos previstos para los



adolescentes y delimitados en las metas del tratamiento, fueron los siguientes:

- Entrenamiento en destrezas y habilidades de comunicación más adecuadas, procurando que el adolescente se muestre asertivo y empático en sus relaciones sociales. Sin embargo, este entrenamiento de destrezas y habilidades en función de la variable “apoyo familiar”, no reflejó crecimiento durante las tres sesiones de interés, dado que se mantuvo constante con un valor de 2, dimensionando un apoyo familiar ambivalente cuando era necesario el control para posibilitar el cambio en el adolescente.
- El que los adolescentes mostraran entendimiento respecto a que las conductas sociales apropiadas son específicas para cada situación y que el comportamiento individual no abusivo en una situación interpersonal estará favorecido por el repertorio de conductas sociales que se maneje.

j) Dificultades y resistencias: ***Las diferencias cognoscitivas manifestadas por los miembros del grupo, relacionadas con su edad y con su coeficiente intelectual; así como también el hecho de que los adolescentes mayores manifestaran mayores resistencias para la aprehensión de las habilidades y destrezas planificadas. Se suscitaron cambios relacionados con el tiempo previsto, en el tanto que se***

requirió de dos sesiones más para el ejercicio de ensayos y prácticas.}

***5. FASE TERAPÉUTICA DE INTEGRACION
PERSONAL CONDUCTUAL COGNOSCITIVA
DEL TRABAJO GRUPAL:***

a) ***Objetivo de la Fase:*** Que cada uno de los adolescentes participantes del proceso ponga en práctica un plan preventivo de ofensa que le permita desarrollar en el mundo real, el entrenamiento de habilidades y destrezas sociales en aras de disminuir la reincidencia de su comportamiento sexual abusivo.

b) ***Acciones Previstas:*** Tomando en consideración el hecho de que resulta imposible anticipar cada situación de alto riesgo que los adolescentes actores puedan encontrar (en su mundo real), es necesario capacitarlos para que pueda descubrir respuestas de enfrentamiento a nuevas situaciones de riesgo.

Así, para obtener esa meta se empleó una estrategia de resolución a los problemas (plan personal preventivo de ofensa).

Esta estrategia supuso el análisis individual para la definición cuidadosa de las situaciones particulares de riesgo, la movilización para generar el mayor número de respuestas potenciales de enfrentamiento, la evaluación de las posibilidades de que cada respuesta se oriente a la meta deseada, así como la representación de la respuesta seleccionada.

c) **Modelo de Intervención:** Cognitivo-conductual con perspectiva de género.

d) **Premisas Teórico-conceptuales del Modelo de Intervención:**

- ❖ En una instancia de trabajo grupal el incrementar la atracción de los miembros del grupo entre sí, hacia el terapeuta y hacia los contenidos del programa, se asocia a un aumento en la eficacia de la terapia.
- ❖ No son los estímulos sino el procesamiento, evaluación y organización cognoscitiva lo que en su mayor parte determinan las reacciones emocionales y conductuales del adolescente y que posibilitan su comportamiento abusivo.
- ❖ En el proceso que lleva a los adolescentes a las conductas abusivas existen cogniciones disfuncionales en torno a la vivencia subjetiva de su masculinidad y el uso del poder, que son empíricas y lógicamente examinadas y que es

posible reemplazarlas por otras más racionales, realistas, sensibles al género y funcionales.

- ❖ Pareciera que los adolescentes con prácticas sexuales no abusivas, parten de cogniciones o pensamientos realistas y más sensibles al género, que los conducen a reacciones no compensatorias y comportamientos funcionales respecto a sus prácticas sexuales; mientras que pareciera que los adolescentes con prácticas sexuales abusivas, porten de cogniciones distorsionadas donde predominan concepciones erradas acerca del comportamiento masculino y que dan lugar a necesidades emocionales compensatorias, que los llevan a conductas abusivas.

- ❖ La socialización de género que subyace en la vivencia subjetiva de la construcción de la masculinidad del adolescente, se asocia al uso del poder inadecuado presente en el abuso sexual.

- ❖ El favorecer oportunidades para el crecimiento individual y colectivo en un contexto de iguales, a través del análisis confrontativo de la construcción de la masculinidad con perspectiva de género, tiende a disminuir el sexismo y el uso del poder negativo dentro de las relaciones interpersonales.

- ❖ El análisis de los roles sexuales tradicionales y los arreglos de poder en las interacciones, favorecen la puesta en práctica de formas alternativas de interacción no abusivas.

e) Características que asume el Modelo de Intervención dentro de la Fase: ***Según lo establecido en el modelo cognitivo conductual, esta fase corresponde al proceso de resolución sistemática de problemas. En la cual, “los miembros del grupo aprenden a elaborar una serie de pasos en el análisis de su problema, mediante el descubrimiento de nuevas formas de abordaje del mismo, la evaluación de las alternativas y el desarrollo de estrategias para llevar a la práctica en el mundo real” (Kaplan y Sadock, 1996:239).***

De igual forma, durante esta fase la labor terapéutica desarrollada también utilizó como estrategia metodológica los procedimientos intragrupal, que favorecieran la integración cognoscitiva conductual tanto de los contenidos informativo-educativos como también de los entrenamientos y prácticas conductuales.

Durante el contenido de esta última fase, se puso especial interés en los ensayos frecuentes orientados al sobreaprendizaje de las nuevas conductas y de las tareas simples relacionadas con su mundo real; enfatizando en el refuerzo con cada uno de los miembros por su esfuerzo y sus logros, paralelo al repaso de las estrategias cognitivas como paso preparatorio para la conclusión del tratamiento grupal.



f) ***Necesidades y percepciones planteadas por los actores y***

actoras a partir del problema objeto de intervención: Desde la

perspectiva de las necesidades que conlleva la ejecución de esta fase terapéutica, se tiene la de que cada adolescente cuente con un marco de referencia particular que le permita llevar a cabo su proceso de automonitoreo, especialmente operable una vez concluido el tratamiento grupal.

Dicho marco de referencia se sustentó en los doce pasos propuestos en los modelos de programas de autoayuda y a través de los cuales, se trabaja para darle al adolescente una comprensión más profunda de su comportamiento ofensivo, ayudándole a ser más responsable y reforzándolo la práctica de nuevas conductas y comportamientos no abusivos.

Por parte de los adolescentes actores del proceso, se manifiestan necesidades de:

- ❖ Entender cómo sus signos de alerta y todas sus situaciones de alto riesgo pueden ser consideradas como lapsos de prevención de futuras ofensas sexuales.
- ❖ Entender cómo los lapsos pueden irse acumulando hasta el punto en que lo hace reincidir en su comportamiento ofensivo y darse por vencido el proceso de controlar sus deseos.
- ❖ ¿Cómo incorporar los lapsos de prevención particular, en un plan que se adecue a su mundo real?.

Entre los signos de alerta y las acciones preventivas principalmente señaladas por los adolescentes se encuentran:

Diagrama #2: “Signos de Alerta y Acciones Preventivas Identificadas en el Contexto Grupal”.

| SIGNOS DE ALERTA | ACCIONES PREVENTIVAS |
|---|---|
| <p>Sentirse deprimidos.</p> <p>Sentirse rechazados.</p> <p>Sentir que son tratados de forma autoritaria por sus padres.</p> | <p><i>Expresar mis sentimientos con respeto.</i></p> <p><i>Buscar la alianza, la identificación y la búsqueda de contención a sus necesidades afectivas, a través de la figura de la abuela materna y pares de mayor edad.</i></p> |
| <p>Sentirse excitado.</p> <p>Sentir deseos de tener experiencias sexuales.</p> | <p>Buscar la compañía de pares de su misma edad.</p> <p>Evitar estar a solas con niños y niñas de menor edad.</p> <p>Evitar tener fantasías sexuales donde se haga uso del poder, la fuerza física.</p> <p>Pensar en las consecuencias que tiene para la víctima y “para mí si soy atrapado”.</p> |
| <p>Sentirse tenso y muy presionado por otros problemas de mi familia, de la escuela (colegio) o por problemas personales.</p> | <p>Invertir mi tiempo en cosas positivas.</p> <p>Utilizar técnicas de relajamiento.</p> <p>Buscar la ayuda de otras personas que me quieren y se interesan por mí y aceptar sus consejos.</p> |
| <p>Sentirse aburrido.</p> | <p>Ayudar en los oficios de la casa.</p> <p>Salir a dar una vuelta.</p> <p>Hacer cosas contra la pereza como ir a jugar “mejenga” o llamar a los amigos para ir a jugar “basket”.</p> |

g) Metas terapéuticas planificadas y cambios realizados en el

abordaje del problema: La meta terapéutica definida para esta fase del proceso resume el producto final que se esperaba obtener al concluir el proceso respecto a:

- ❖ *Lograr que cada uno de los adolescentes participantes del proceso diseñe un plan preventivo de ofensa que integre destrezas y habilidades sociales alternativas al comportamiento abusivo.*

El cumplimiento de la meta fue alcanzado en su totalidad y no significó el establecimiento de cambios en el abordaje terapéutico planificado.

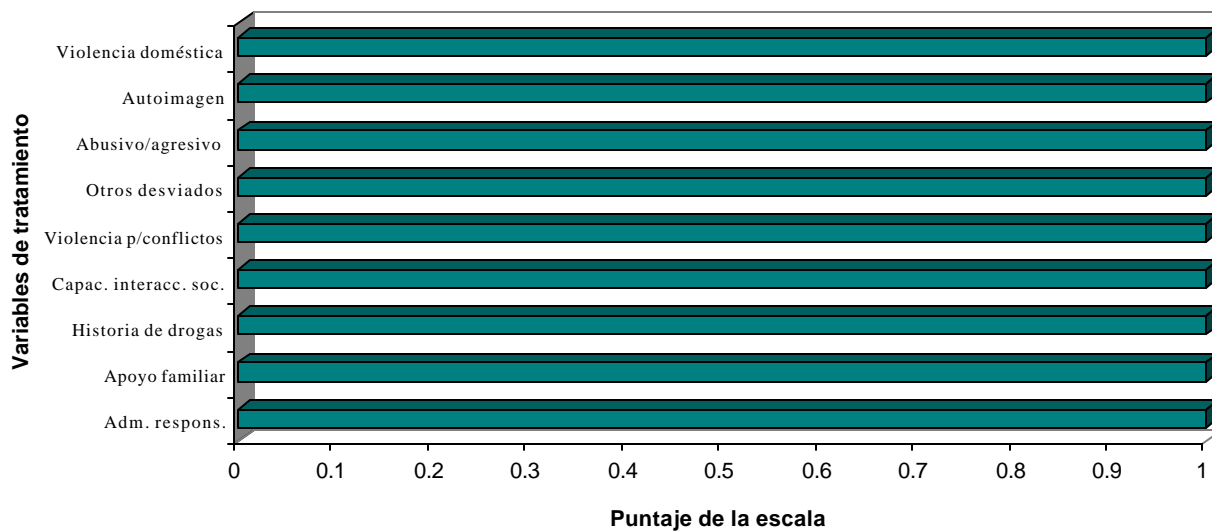
h) Papel de los actores en los cambios de conducta planificados:

Durante esta fase del proceso, el papel de la terapeuta fue cambiando hacia el de asesora, mediante el reforzamiento de actividades que plasmaran reconstrucción cognoscitiva del adolescente y facilitarían la terminación del proceso, permitiendo a cada uno de los miembros funcionar de forma independiente y asumiendo las implicaciones de sus nuevas actitudes y formas de pensar respecto al comportamiento abusivo.

Por parte de los actores principales del proceso: los adolescentes, se evidenció un rol activo respecto a la identificación de situaciones específicas que en el pasado dispararon su ciclo ofensor (situaciones de

riesgo). Además, se manifestó un rol activo por parte de los adolescentes cuando posteriormente reconocieron aquellos pensamientos, sentimientos y comportamientos que acostumbraban tener para permanecer en la situación de riesgo.

Gráfico N°4
Evolución Perfil de entrada al concluir fase 5 del tratamiento



j) Dificultades y resistencias: *Las dificultades y resistencias que se evidenciaron en los adolescentes durante esta última fase del proceso grupal, estuvieron referidas al ámbito de socializar el contenido de su plan preventivo de ofensa con otras personas significativas en su vida (padres, padrastros, otros parientes, maestros, entre otras).*

Una dificultad de intervención importante de destacar y relacionada con esta resistencia de los adolescentes, fue el no haber podido trabajar paralelamente y de forma más intensiva y periódica con la familia. Si bien es cierto esta estrategia se contempló en el diseño inicial del proyecto, sólo abarcó tres momentos: durante la evaluación de riesgo y filtro, a la mitad del proceso y al finalizar el tratamiento grupal.

VI. REFLEXION DE FONDO DEL PROCESO DE PRACTICA

El análisis, la síntesis y la interpretación crítica del proceso de práctica se realizará tomando como base algunas preguntas que faciliten el ordenamiento y discusión de resultados con respecto a:

5. Identificación de las áreas donde los participantes lograron avance en la producción y enriquecimiento del conocimiento con respecto al problema en cuestión:

6. Las lecciones desarrolladas respecto a cómo trabajar con los ofensores sexuales juveniles.

7. Relevancia de las tensiones y contradicciones manifiestas durante el proceso terapéutico.

8. Síntesis que permita elaborar una conceptualización a partir de la práctica sistematizada.

6.1 AREAS DONDE LOS ADOLESCENTES PARTICIPANTES DEL PROCESO LOGRARON AVANCE EN LA PRODUCCIÓN Y ENRIQUECIMIENTO DEL CONOCIMIENTO CON RESPECTO A SU PROBLEMA DE COMPORTAMIENTO ABUSIVO

Entre las áreas en las que los adolescentes mostraron avance en la producción y enriquecimiento del conocimiento relacionado con su problema de comportamiento sexual abusivo, destaca el reconocimiento de:

- 1.** Espacios, fuentes de aprendizaje y reforzamiento de sus roles masculinos en torno al despliegue y necesidades compensatorias de poder y control; tales como:

- **Circunstancias familiares particulares:** Presencia de un padrastro que asume el rol paterno de una forma autoritaria, que a su vez, es confirmado por la figura materna y el resto de la familia como modelo de referencia de las características del poder masculino. Condición que ha generado conductas opositoras y de rivalidad en el adolescente, así como gran tensión, pero que también se constituye en el abanico de posibilidades mayormente significativas para el adolescente, en cuanto a la forma de vincularse “como hombre” y que derivan en la manifestación de necesidades compensatorias de

poder y control en sus contextos escolar y con su grupo de pares, que parecieran ser una recreación de la conflictiva familiar existente.

Necesidades compensatorias que parten de un concepto de poder entendido como una facultad que permite dominar, explotar y subordinar, especialmente a los más débiles, como las mujeres. De igual manera, el mensaje que éstos adolescentes han recibido a través de personas significativas, con respecto a canalizar sus conductas y comportamientos hacia la racionalidad, la valentía, el desarrollo de la fuerza física, entre otros; al tiempo que se les inhibió en gran medida, la posibilidad de sensibilizarse, de entrar en contacto con sus propios afectos y exteriorizarlos de manera asertiva, de experimentar ternura y de disfrutar el contacto físico con los demás (al considerárseles categorías correspondientes a roles y estereotipos femeninos).

- **Reconocimiento de una Masculinidad Mal Entendida:** Con relación a lo que socialmente es considerado como “femenino” : *“ser hombre es no hacer mariconadas”; “ser hombre es no hacer ni decir cosas de viejas”; “ser hombre es no llorar, no hacer payasadas ni llamar la atención, no arrugar tanto la cara”.*

Los adolescentes miembros del grupo pudieron discernir el cómo las diferencias en torno a lo que significa “ser una mujer” y “ser un hombre”, ya están definidas socialmente: *“La mujer tiene que ser sensible”; “es emocional y dependiente del hombre”; “la mujer es*

feliz cuando es mamá y puede hacer todo lo de la casa”; “la mujer es débil en comparación con el hombre”...

“El hombre es inteligente”; “es poco emocional”; “el hombre es independiente”; “es el que mantiene la casa”; “el hombre puede dominar porque es fuerte”; “el hombre es el que resuelve problemas, es más fuerte y poderoso que las mujeres”...

Según lo expresado por los adolescentes y de acuerdo a lo que se plantea en la teoría, la práctica de esta masculinidad mal entendida, conlleva una *“castración emocional que implica un desarrollo parcial de la personalidad y de las capacidades afectivas que como ser humano, el hombre posee...”*

(ILANUD, 1997:32).

Además, los resultados reflejan el cómo la sociedad promueve actitudes negativas hacia las mujeres y la aceptación de la violencia como un medio para resolver conflictos. *“La presión que ejerce la sociedad también ayuda a moldear la agresión masculina, enseñando los medios y señalando el objetivo. Los modelos de rol agresivos en los varones son muy numerosos, puesto que el poder, el control y la violencia son vistos como los medios más comunes de enfrentar situaciones conflictivas”*

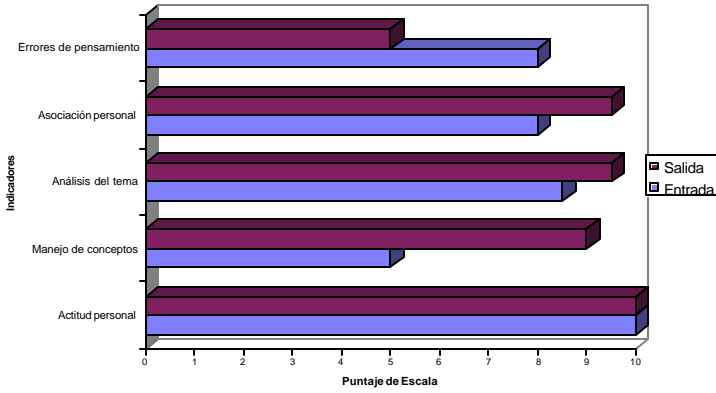
(Baró, 1993:287).

- **El reconocimiento de distorsiones en la construcción de su identidad de género:** con respecto a que el compartir la mayoría del tiempo entre hombres en aras de la construcción de su identidad (aspecto que pareciera indispensable y no necesariamente inadecuado), aumenta la mayoría de las veces, la brecha genérica entre hombres y mujeres, así como la posibilidad de complementarse adecuadamente en la cotidianidad del contexto escolar y de las relaciones interpersonales en general.

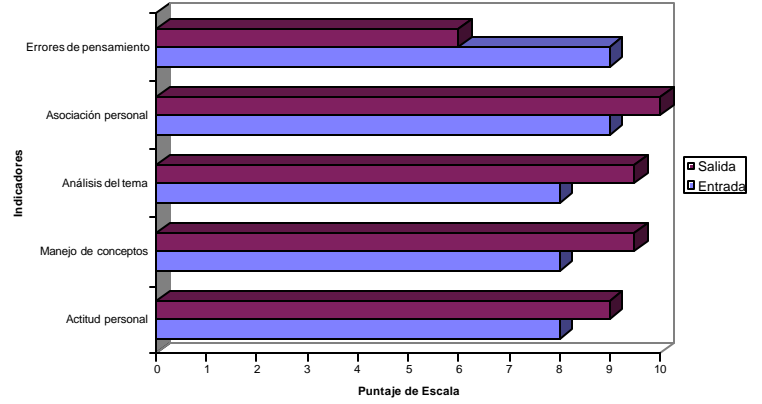
Así pues, pudo reafirmarse que la masculinidad no es innata en los hombres, sino que es aprendida a través del proceso de socialización, con una identidad de género construida socialmente.

2. A través del desarrollo de los siete contenidos temáticos planificados y como resultado de las intervenciones en el proceso terapéutico grupal, fue posible identificar cambios significativos en los adolescentes, tal y como puede apreciarse en los siguientes gráficos según cada uno de los contenidos temáticos. **(Ver gráficos siguiente página.)**

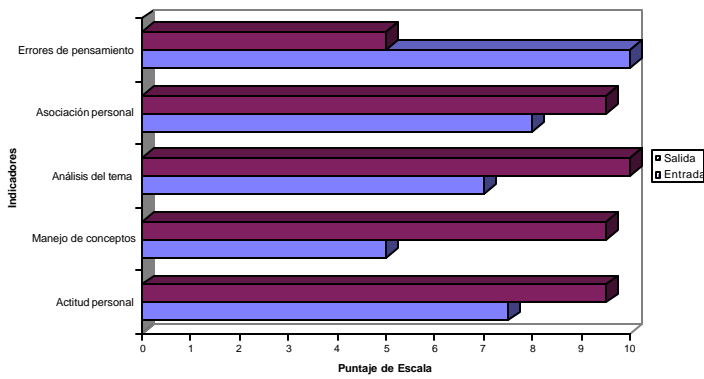
Evaluación de tema "Sexualidad y Reproducción Humana" según entrada y salida del proceso grupal



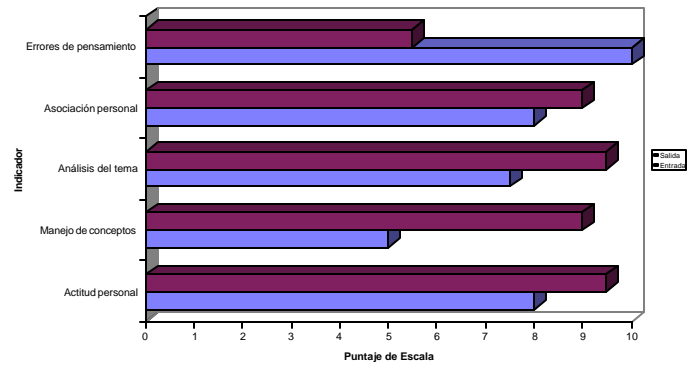
Evaluación de tema "Sexualidad Consentida Vs. Abusiva" según entrada y salida del proceso grupal



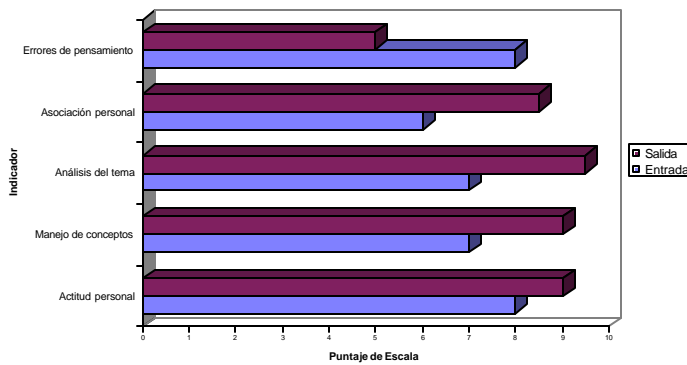
Evaluación de tema "Aprendizaje de la Masculinidad" según entrada y salida del proceso grupal



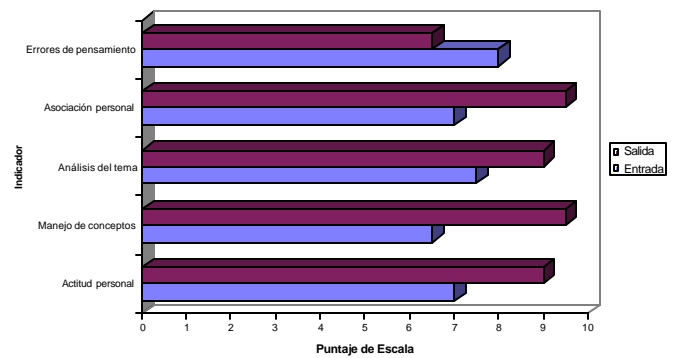
Evaluación de tema "Conocimiento de la conducta abusiva" según entrada y salida del proceso grupal



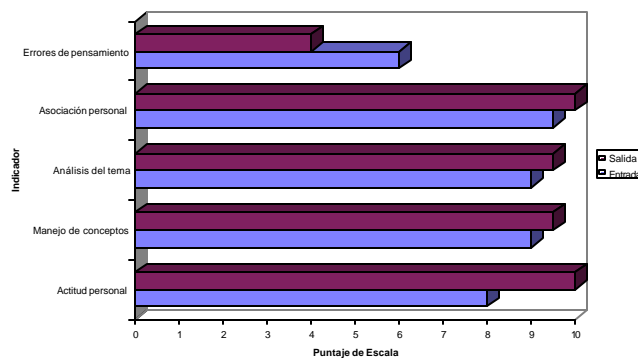
Evaluación de tema "Conocimiento efectos del abuso" según entrada y salida del proceso grupal



Evaluación de tema "Destrezas y habilidades sociales" según entrada y salida del proceso grupal



Evaluación de tema "Plan de seguridad personal y situaciones de riesgo" según entrada y salida del proceso grupal



De los gráficos anteriores y haciendo un análisis global de la guía de observación aplicada en cada una de las sesiones de trabajo con los adolescentes (**ver anexo #2**), vale la pena destacar como más significativo lo siguiente:

- En el ítem denominado errores de pensamiento el promedio global de puntuación de entrada por temas es de 8.5, comparado con un promedio global de puntuación de salida por temas de 5.

Los temas que presentan mayores distorsiones cognoscitivas a la entrada, en contraste con cambios de esquemas cognoscitivos a la salida son: *aprendizaje de la masculinidad (con una relación de 10 a 4.5) y el tema conocimiento de la conducta abusiva (el cual presenta una relación de 10 a 5.5).*

Obviamente, estos resultados evidencian un cambio importante en los esquemas conceptuales de referencia cognoscitiva trabajados con los adolescentes.

- En el ítem denominado asociación personal el promedio global de puntuación de entrada por temas es de 8, comparado con un promedio global de puntuación de salida por temas de 9.5.

Las temáticas referidas al efecto del abuso en las víctimas y habilidades y destrezas sociales, son las que presentan un mayor avance en lo que respecta a la vinculación del tema con su vivencia personal, presentando una relación de 6 y 7 a la entrada para 8.5 y 9.5 a la salida y de 7 respectivamente.

- En lo relativo al ítem de análisis del tema, los adolescentes evidenciaron una evolución positiva mayor en los contenidos de *aprendizaje de la masculinidad y conocimiento de los efectos del abuso en las víctimas*. Específicamente, una relación porcentual global de 7.5 a la entrada, en contraste a 9.5 a la salida.

- En el ítem correspondiente a manejo de conceptos el promedio global de puntuación de entrada por temas es de 6.5 comparado con un promedio global de puntuación de salida de los mismos de 9.5. Y al igual que en el rubro de errores de pensamiento, los temas que presentan mayores debilidades a la entrada, en comparación con cambios importantes a la salida son: *aprendizaje de la masculinidad y el tema conocimiento de la conducta abusiva*.

- Por último, en lo relativo a la actitud personal de los adolescentes frente a los temas desarrollados, el comportamiento global corresponde a una puntuación de 8 a la entrada y de 9.5 a la salida; en el tanto que los temas que presentaron mayor resistencia a la entrada y mejor evolución a la salida, fueron los relacionados a los contenidos de *aprendizaje de la masculinidad y habilidades y destrezas sociales*.

El conjunto de los resultados anteriormente citados, se atribuyen en su totalidad a la asistencia regular y al involucramiento de los adolescentes en el proceso grupal, toda vez que en la totalidad de los casos, las condiciones previas a su incorporación permanecieron estables en los diferentes ámbitos: familiar, escolar y grupo de pares, a excepción de la vivencia grupal, convirtiéndose esto en la mayor prueba de que los cambios analizados y observados son resultado de la efectividad del modelo de intervención.

- 3.** De igual forma, los adolescentes participantes del proceso de tratamiento también manifestaron avance a través de su esfuerzo por lograr una comprensión de los pensamientos y sentimientos que particularmente lo llevaron a cometer su(s) ofensa(s) sexual(es) y mediante la identificación de su ciclo ofensivo-progresivo compensatorio del abuso sexual.

Al principio casi todos los adolescentes participantes del proceso de tratamiento, negaron alguna parte de sus ofensas sexuales. La negación es importante de destacar, en el tanto que contiene propósitos importantes o razones por las cuales el adolescente no asume la responsabilidad de su comportamiento abusivo: *“me da miedo lo que mis papás puedan pensar de mí...”*; *“me da mucha vergüenza hablar de eso, bueno usted sabe, de sexo...”*; *“me da*

mucho miedo el poder ir a la cárcel si yo cuento lo que verdaderamente hice...”.

Terapéuticamente esta situación fue trabajada interactivamente (participantes y terapeuta), mediante el reencuadre de que existen mejores razones para decir toda la verdad sobre su comportamiento sexual: *“ya me quité un peso de encima porque ya no tengo que guardar más este secreto”*; *“si hablo ahora, puedo obtener ayuda y la gente verá que estoy tratando”*; *“mis papás merecen el que yo les diga la verdad, una mentira los dañará más”*; *“siento que aquí en el grupo está bien hablar”...*

En este sentido y conforme avanzó el proceso, la utilización del ciclo de conductas del abuso sexual en las sesiones de trabajo, como un modelo compensatorio permitió a los adolescentes trabajar en torno a tres aspectos básicos:

- I.** Poder identificar los pensamientos, sentimientos y conductas que han antecedido a sus ofensas sexuales: desmitificación de estereotipos, errores de pensamiento y distorsiones cognoscitivas en función del modelo de las cuatro precondiciones del abuso sexual.

- II.** Poder identificar acontecimientos, pensamientos y sentimiento que contribuyeron a desarrollar su patrón de respuesta usuales del ciclo (puentes o errores de pensamiento).

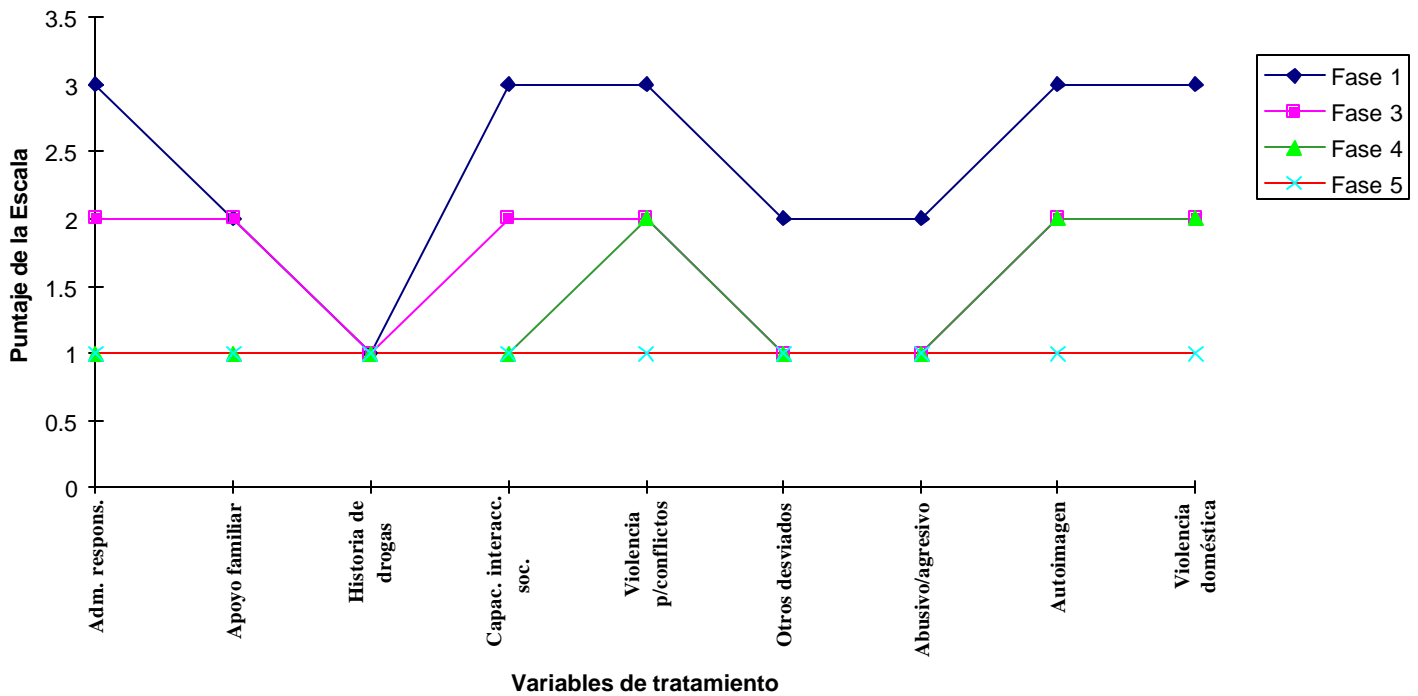
III. Poder identificar eventos relacionados circunstancias e interacciones familiares, escolares y con el grupo de pares, que suelen iniciar o precipitar una reacción violenta o un sentimiento de “ser rechazado” en cada adolescente, que activa sentimientos de invalidez, angustia de sentirse inadecuado y que pueden relacionarse con la manifestación de sus necesidades compensatorias de poder y control y que derivan en un comportamiento sexual abusivo. Esta identificación, a su vez, permitió el reconocimiento del conjunto de distorsiones cognoscitivas ideas o pensamientos erróneos, justificaciones y racionalizaciones) que ayudan a cada uno de los adolescentes a justificar y validar su comportamiento ofensivo y a no hacer una revelación completa, abierta y honesta de cada una de las ofensas sexuales: *“pero no fue mi culpa”*; *“nunca lo planeé”*; *“nunca quise hacerlo”*; *“sólo quería experimentar”*; *“sólo lo hice una vez”*; *“solamente la toqué”*; *“fue algo que pasó, pero lo mismo me sucedió a mí”*; *“pero no le hice daño...”*.

El que cada uno de los adolescentes pudiera reconocer sus distorsiones cognoscitivas con respecto al abuso, facilitó el ordenamiento de los detalles de su historia ofensiva (lo que hizo, cómo lo hizo, reacciones de la víctima, sentimientos de la víctima) y finalmente derivar en la construcción de su círculo personal de comportamiento abusivo. Incluso, un avance importante de destacar en este sentido fue el que dos de los adolescentes reportaran víctimas

que no habían sido descubiertas; hecho que marcó un paso positivo en el tratamiento, en términos de progreso y de comenzar a mostrar interés por el daño causado a otras personas.

No obstante, tal y como fue detallado en la recuperación del proceso vivido, el avance previsto con respecto a la evolución (perfil ideal) de la experiencia terapéutica, mostró diferencias en cuanto a que la fase de información para la identificación de problemas y cogniciones disfuncionales grupales e individuales requirió de más tiempo del programado. Esto por cuanto, fue necesario introducir cambios tanto en los contenidos temáticos alusivos a los emergentes de la dinámica familiar y la conflictiva con la figura paterna, como en los ejercicios de moldeamiento cognoscitivo y el alcance de las tareas a realizar por los adolescentes en el hogar **(Ver gráfico N°5)**.

Gráfico IV.3
Evolución Perfil de Entrada
según fases del tratamiento



Estas limitaciones del proceso previsto pueden asociarse a:

a) Las diferencias en las destrezas y capacidades cognitivas e

intelectuales de los miembros del grupo: las cuales se manifestaron a través de:

- Mayor cantidad de tiempo en las explicaciones de detalles.
- Ritmo menos intenso del trabajo grupal: referido a la explicación e integración de ejemplos, según la metodología programada.

b) Las resistencias manifiestas dentro del proceso terapéutico

relacionadas con:

- Una dimensión emocional: en el tanto que el tema de las precondiciones del abuso sexual, implica que el adolescente asuma su responsabilidad y tome contacto con el planeamiento de la conducta abusiva.
- Un impacto de la autoestima de cada adolescente: Debido a que se ve afectada su imagen frente al grupo de iguales y facilitadores. Además de que significa un impacto en su concepto personal, que por su condición de adolescente se encuentra en proceso.

Asimismo, también a partir de los emergentes de la experiencia terapéutica desarrollada, fue necesario introducir cambios en las estrategias conductuales y los ensayos y prácticas de trabajo grupal, por lo que dicha fase terapéutica de ensayos y práctica de destrezas y habilidades sociales se vio afectada. Estos cambios se implementaron a través de prácticas interactivas y cooperativas, mediante el uso de técnicas de moldeamiento intragrupal y relacionadas con la reestructuración cognoscitiva con respecto a:

- Los derechos asertivos en el ámbito familiar, escolar y con el grupo de pares.
- La tenacidad como fundamento básico para afrontar las situaciones de presión y estrés.
- ¿Cómo hacer frente a los errores, los fallos y las críticas de forma asertiva, utilizando la forma de escucha activa y la autorelajación?

Con respecto al desarrollo que los miembros del grupo mostraron referidas a las habilidades y destrezas sociales que fueron reforzadas durante el tratamiento grupal: escucha activa, asertividad y relajación, puede precisarse la presencia de diferencias asociadas al rango de edad de los miembros del grupo, el desarrollo cognoscitivo y a las experiencias subjetivas previas en torno a la masculinidad, el uso del poder y destrezas sociales implícitas.

El rango de edad de los jóvenes (12 años el menor y 16 años el mayor), fue un aspecto que incidió inicialmente, por cuanto generó la existencia de una dinámica en la que los mayores descalificaban o manifestaban burla hacia las apreciaciones y comentarios expresados por los menores, produciendo en éstos, una sensación de inseguridad, por lo que fue necesaria la confrontación y el establecimiento de límites por parte de la terapeuta a los adolescentes mayores, a fin de neutralizar este efectos.

Paralelamente, la edad se destaca como un factor que incide en el arraigo de distorsiones cognoscitivas con respecto a las experiencias subjetivas en torno a la masculinidad, el uso del poder y las destrezas sociales implícitas. Así según pudo observarse, a mayor edad, mayores son las distorsiones que el adolescente maneja con relación al significado de ser un “hombre-masculino”. Contrariamente, a menos edad, menor es el arraigo de distorsiones cognoscitivas acerca de su masculinidad y mayor es la receptividad y la apertura hacia nuevas cogniciones más reales, concretas y menos sexistas en torno a la masculinidad.

Asimismo, el rango amplio de edades entre los adolescentes también marcó diferencias en cuanto al dominio acerca del tema de la sexualidad, en el tanto en que las vivencias e intereses particulares de cada adolescente se pueden correlacionar con su edad.

En lo relativo a las diferencias en las destrezas y capacidades cognoscitivas e intelectuales de los miembros del grupo, es importante destacar que dos de los adolescentes cursan la educación formal con adecuaciones curriculares dentro de la modalidad “no significativa”, al haber sido diagnosticados previamente con problemas de aprendizaje. Estas diferencias ameritaron -tal y como fue supraindicado- de mayor

cantidad de tiempo en las explicaciones de detalles por parte de los facilitadores y en desacelerar el ritmo de trabajo grupal.

No obstante, al finalizar la tercera fase del proceso y al final del mismo, si se puede evidenciar un alcance personal positivo de integración cognoscitiva por parte de cada miembro. Esto, en la medida que los productos preestablecidos (elaboración del círculo particular de conducta compensatoria y el diseño del plan personal preventivo de ofensa) reflejan aprendizaje de los adolescentes en función de disminuir la reincidencia de su comportamiento sexual ofensivo, a través del empleo de formas alternativas a la interacción abusiva.

El que los adolescentes construyeran su patrón y ciclo ofensivo, pudiendo identificar y analizar sus precondiciones para el abuso en términos de:

1. Los pensamientos asociados a la motivación para abusar

sexualmente: Entre las que se destacan necesidades emocionales, experiencias en su despertar sexual o por el bloqueo de su expresión sexual normal.

2. Los sentimientos experimentados en la(s) situación(es) de

abuso: Relacionados con su persona (superar el temor de ser atrapado para convencerse a sí mismo que tenía que cometer la

ofensa), así como los sentimientos asociados a la(s) víctima(s) con relación a decidir ignorarlas y desechar la idea de que lo que iban a hacer “es algo malo”.

3. Los comportamientos que posibilitaron el tener acceso a la(s)

víctima(s): Identificados por los adolescentes como las decisiones que le permitieron acomodar y preparar a su(s) víctima(s) para el contacto sexual. Así por ejemplo, *“me porté especial con ella”*; *“Empecé a jugar de manos y revolcones”*, *“jugábamos nintendo”*; *“jugábamos de casita, de que ella era la mamá y yo era el papá”*; *“le enseñé a ella una revista pornográfica que me habían prestado...”*; *“decía mentiras acerca de mi comportamiento para que nadie sospechara de mí”*; *“actuar egoístamente, sólo me importaba sentirme bien...”*.

4. Los eventos y comportamientos que permitieron “romper” la

resistencia de la(s) víctima(s): *“Tenía problemas, me sentía mal. Empecé a tener fantasías sexuales y entonces le ofrecí a ella que le compraría helados”*; *“Antes había tenido un problema con mi padrastro, mi mamá me pegó y estaba muy enojado. Quería sentirme bien y decidí tocarla. Siempre la amenazaba de que si ella decía, nos iban a pegar a los dos”*; *“le dije que si ella decía me iban a meter a la cárcel y nadie volvería a verme...”*.

Este trabajo se constituyó en el punto de partida para el diseño del plan personal preventivo de ofensa, producto a través del cual, los miembros mostraron un esfuerzo de integración personal conductual del trabajo grupal. Esto último, mediante la incorporación de habilidades y destrezas sociales que habían sido reforzadas durante el tratamiento, al plan preventivo de ofensa para el control de sus necesidades de victimizar y en aras de poder afrontar sus necesidades sexuales y sociales sin herir o abusar de otros y orientando sus relaciones con empatía y consentimiento.

Específicamente, tomando como sustento el patrón personal de ofensa y el ciclo particular del abuso, el diseño del plan de prevención de ofensa se elaboró en forma individual, considerando todos los signos de alerta posibles (situaciones de alto riesgo) y las acciones preventivas de continencia ante el abuso y relacionadas con: motivaciones (deseos), barreras internas (sentimientos), barreras externas (formas de interactuar) y resistencia de la víctima (relaciones de poder).

Pudo observarse que los signos de alerta y acciones preventivas señaladas por los adolescentes, se deriva el ensayo y práctica de destrezas y habilidades sociales trabajadas con mayor énfasis a partir de la cuarta fase del proceso terapéutico (fase terapéutica de trabajo con ensayo y prácticas), se relaciona positivamente con la identificación que los miembros del grupo realizaran acerca de formas alternativas a la conducta sexual abusiva.

6.2 LECCIONES DESARROLLADAS CON RESPECTO A CÓMO TRABAJAR CON LOS OFENSORES SEXUALES JUVENILES

Congruente con las premisas teórico-conceptuales del modelo de intervención, el desarrollo de un comportamiento sexual abusivo como una manifestación concreta de la violencia y como un expresión de poder, matiza gran parte de la interacciones sociales dentro de los diferentes contextos de relación del adolescente e impregnan de diferente forma la construcción subjetiva de su masculinidad .

La experiencia terapéutica desarrollada permite confirmar lo que se plantea en las teoría con respecto a que es posible trabajar positivamente con adolescentes que presentan problema de comportamiento sexual abusivo, a través de un proceso de aprendizaje que oriente nuevas formas de vinculación social y que partan de la identificación y control de cogniciones disfuncionales con respecto a la conducta sexual abusiva y el desarrollo de destrezas de interacción social no abusivas.

Los resultados obtenidos a través del desarrollo del proceso de tratamiento, se refuerzan teóricamente en el tanto que se señala un mejor pronóstico para el autocontrol de adolescentes que hayan cometido ofensas sexuales no violentas

con niños y niñas, o quienes hayan cometido ofensas menores sin contacto físico con las víctimas. Con respecto a esto último, es importante destacar los resultados de diversos estudios (**Groth y colaboradores: 1982 y Abel y colaboradores:1983, 1984, 1986**) acerca de la temprana edad en que se inicia el comportamiento sexual abusivo, así como también en lo referente al patrón de escalamiento para la cantidad de víctimas y la gravedad de las ofensas.

Así también, otro estudio con cuatrocientos once ofensores adultos refleja que *“...el cincuenta por ciento de éstos presentaban antecedentes abusivos desde la adolescencia, mientras que un alto porcentaje manifestaron tendencias desviadas antes de los doce años. Además, se encontró que aproximadamente el cincuenta por ciento de los ofensores no podían categorizarse en un solo tipo de desviación, por haber participado en múltiples formas de abuso”* (**Abel y colaboradores, 1983:15**).

Por lo tanto, las razones de trabajar terapéuticamente con adolescentes ofensores, se centran en las víctimas y parte de la expectativa de disminuir su número potencial y con ello, evitar más dolor.

Al inicio del proceso también se evidenció la tendencia -casi generalizada- de los ofensores sexuales, quienes tienden a negar o minimizar la cantidad y la intensidad de su patrón ofensivo. En este sentido, tres de los adolescentes que participaron del tratamiento reportaron nueva información con relación a víctimas

no reportadas en los momentos de revelación al grupo. Situación que de igual manera, converge con los resultados obtenidos por Gil (1992), en un estudio realizado con adolescentes ofensores donde señala que *“cuando un adolescente es detectado como ofensor sexual, ya tiene un promedio de siete víctimas”* (Gil, 1992:59).

También a través de la experiencia terapéutica se confirmaron las hipótesis iniciales, relacionadas con la construcción de la masculinidad y el uso del poder, así como también en lo relativo a la carencia de destrezas sociales que sirven de potencializadores de conductas compensatorias abusivas, a través del ciclo y cumpliéndose las cuatro condiciones propuestas en el modelo de Finkelhor.

En términos generales podría decirse que el desarrollo del grupo fue creciente. En este sentido pueden destacarse ciertas variables y condiciones que incidieron positivamente en el logro de los cambios previstos:

- El que la mayoría de las víctimas tengan un vínculo consanguíneo directo con el adolescente (generalmente la hermana), sugiere un mayor impacto familiar en términos de crisis y desestabilización y de la que el adolescente está siendo testigo directo, factor que se considera influyó en una mayor apertura hacia el tratamiento.
- El tratarse de un grupo con expectativas y necesidades homogéneas (elementos que fueron considerados en la selección, filtro, integración y cohesión grupal), influyó en la consolidación de una alta moral de grupo manifiesta a través de sentimientos de solidaridad y crecimiento personal

y grupal para la identificación y evitación de conductas abusivas. Así por ejemplo, al inicio de la cuarta fase se reportó una conducta voyeurista en uno de los miembros, lo que provocó que el resto del grupo señalara de una manera adecuada y constructiva y mediante el uso de conceptos y esquemas trabajados en el proceso, con respecto a los mecanismos de justificación y distorsiones que éste estaba utilizando y que derivó en que él mostrara aceptación para lo expresado por sus compañeros.

- El hecho de que el proceso fuera dirigido por una terapeuta y un coterapeuta sirvió de modelaje frente a los adolescentes acerca de la complementariedad de los roles masculino y femenino y la igualdad en las relaciones de poder y que distinguen la posibilidad de poner en práctica nuevos patrones interactivos entre hombres y mujeres.
- Una de las características del grupo con el que se trabajó, es que a pesar de que todos compartían el motivo de referencia definido de acuerdo a los criterios de filtro como semejantes (bajo y moderado riesgo), fueron menos los que tenían obligatoriedad legal de asistir al grupo (tres de éstos). Con relación a esta condición, a pesar de que al inicio del proceso se manifestó una mejor respuesta en la evolución y la asistencia de los que no tenían obligatoriedad judicial con respecto a los que si la tenían, esta situación se niveló a partir de la cuarta fase del proceso.

En el aspecto de la relación terapéutica, tal y como fue planteado desde el inicio, la misma se ajustó a lo establecido dentro del modelo conductual cognitivo. Es decir, la terapeuta ejerció un rol más activo que en otros modelos terapéuticos,

sirviendo de facilitadora, posibilitadora, confrontando distorsiones cognoscitivas y ofreciendo nuevas formas de entender “el mundo real” y las interacciones sociales, modelando destrezas sociales y nuevos patrones interactivos entre los géneros.

No obstante, fue preciso implementar cambios en la dinámica de la relación profesional desarrollada con los adolescentes, siendo más directiva y confrontativa ante las situaciones de descalificación y burla (de los mayores hacia los adolescentes menores), en el tanto que estas situaciones tendían a impedir la externalización de emociones y sentimientos que para algunos de ellos, resultaban incompatibles con su concepto de masculinidad y que tienden a perpetuar conductas abusivas.

Puede decirse que a pesar de estos cambios, según se refleja en las dos evaluaciones concurrentes y en la autoevaluación final realizada por los adolescentes al concluir el grupo, esta forma de trabajo posibilitó una adecuada identificación de los miembros hacia las pretensiones de la terapeuta y coterapeuta y las metas del proceso grupal. En términos generales, se precisa una pertinencia y adecuación de los métodos, técnicas e instrumentos utilizados con relación al contexto, los objetivos y la población sujeta de la intervención. Condición que se visualiza asociada al hecho de que previamente el trabajo se planificó tomando en cuenta las características de la población (adolescentes tempranos y medios que presentan trastornos de comportamiento sexual), así como el objetivo de maximizar el aprovechamiento de los contenidos temáticos de cada una de las sesiones.

En términos más psicodinámicos se podría decir que la transferencia de los miembros del grupo para los terapeutas fue positiva, ayudando a construir un compromiso de éstos jóvenes para la tarea propuesta.

Por su parte, la experiencia personal como terapeuta denota crecimiento en términos de estar en capacidad de ser miembro del grupo a la vez que líder, poniendo a prueba la capacidad de tolerar la turbulencia del grupo y debiendo comprender que en circunstancias aparentemente caóticas (como las resistencias manifiestas por los adolescentes mayores), puede llevarse a cabo un labor terapéutica seria.

La experiencia permitió desarrollar un papel adaptativo según la conveniencia óptima del proceso terapéutico, debiendo ser activa en un momento y pasiva en otro, siendo posible el enseñar, apoyar, interpretar, poner al descubierto y ser catalizadora del proceso terapéutico; pero sobre todo, tratando de ser un modelo de identificación (transferencia) positivo para todos los adolescentes, según las necesidades particulares y grupales.

Con respecto a la percepción de los adolescentes acerca de las necesidades educativo-informativas durante el proceso se señaló la de abordar de forma más amplia el tema de la sexualidad y reproducción humana. Necesidad que como ya fue mencionado, parte del hecho de que los conocimientos e

intereses eran diferentes y se encuentran mediados por la diferencia de edades entre los participantes. Otra de las sugerencias mencionadas por los miembros, relacionada con las necesidades conductuales durante el proceso y destacada por la terapeuta como una limitación es que se contó con sólo dos sesiones para la práctica y ensayo de habilidades y destrezas sociales.

6.3 TENSIONES Y CONTRADICCIONES MANIFIESTAS DURANTE EL PROCESO TERAPEUTICO

Las tensiones y contradicciones que emergieron durante el proceso grupal no fueron tan variadas ni pausibles, ni tampoco significativas como para desviar la tarea terapéutica hacia los cambios planificados. Un aspecto asociado a esta situación, es el que las características directivas del modelo de intervención permitieron controlar y neutralizar los efectos de tales tensiones y resistencias terapéuticas.

Entre las principales tensiones y resistencias terapéuticas que pueden destacarse son:

- **La monopolización de la dinámica verbal por parte de los adolescentes mayores:** Se manifestó principalmente al inicio del proceso con respecto a que ellos trataban de externar sus percepciones y descalificar las de los miembros de menor edad.

Esta tensión fue manejada desde un inicio a través de una labor confrontativa, por parte de la terapeuta y aprovechando la ayuda de los demás miembros para “contrarrestar” las resistencias de los demás.

Desde el punto de vista metodológico y para efectos de futuras experiencias terapéuticas, es importante hacer notar la necesidad de disminuir el rango de diferencias de edades entre los adolescentes, a fin de aminorar la incidencia de estas tensiones.

- **Resistencia al progreso:** Especialmente evidente en la fase terapéutica de ensayos y prácticas de habilidades y destrezas sociales, donde los adolescentes mayores opusieron mayor resistencia –asociada al hecho de tener mayores distorsiones del pensamiento-, que puede ser analizada como

un miedo al cambio y la ansiedad de avanzar por terrenos emocionales desconocidos.

Esta resistencia se hizo patente al inicio de la fase anteriormente citada y se hizo explícita a través de silencios y la manifestación de indecisión en las prácticas y ensayos de los contenidos programados. No obstante, tal resistencia fue manejada a través de la confrontación y las técnicas interactivas desarrolladas sobre la base de acciones y emociones compartidas.

6.4 SINTESIS Y CONCEPTUALIZACION A PARTIR DE LA PRACTICA SISTEMATIZADA

Para la disciplina específica del Trabajo Social, el trabajo con ofensores sexuales juveniles constituye un campo de intervención factible de desarrollar con mayor efectividad de resultados, si se consolida su aporte en equipos interdisciplinarios que consideren al ofensor como un miembro de diferentes contextos sociales, que actúa y responde según un marco de interacción. Estas condiciones amplían la posibilidad de aproximarse al análisis y tratamiento de la conducta sexual desviadas desde las vivencias subjetivas (construcción de la masculinidad) y la forma en que el adolescente redimensiona dentro de los contextos familiar y social las experiencias particulares de esa construcción de

género que confluyen en un procesos evolutivo de connotación conductual, cognitiva, emocional y social.

La experiencia terapéutica desarrollada en el Hospital Nacional de Niños, se sustentó en un modelo de intervención diseñado para ayudar al adolescente de bajo y mediano riesgo con historia comprobada de abuso sexual, a aprender habilidades cognoscitivas y conductuales que le capaciten en aras de reducir la probabilidad de futuras victimizaciones.

Considerado el problema de forma superficial, muchas y diferentes etiologías que hasta incluso pueden parecer similares, derivan en un comportamiento sexual abusivo. No obstante, la motivación principal de cada adolescente como persona, es única, razón por la cual el inicio del tratamiento partió de una evaluación de selección y filtro que buscó identificar las condiciones subjetivas particulares en cada adolescente que le predisponen al comportamiento sexual abusivo y a partir de lo cual, determinar si dicho adolescente podía ser tratado en forma efectiva bajo la modalidad de grupo terapéutico.

Al no existir una etiología única que se asocie a todos los casos de comportamiento sexual abusivo temprano, no puede hablarse de un alto grado de eficiencia a partir de un tratamiento único que se aplique de forma inflexible.

Así, el tratamiento desarrollado buscó satisfacer tanto las necesidades particulares de los adolescentes (detectadas a través de la evaluación individual y


los emergentes durante el proceso), así como las necesidades terapéuticas preestablecidas en función de las metas de trabajo de grupo.

La meta inicial del tratamiento grupal supuso la aceptación del adolescente de su responsabilidad por los abusos y por el daño infringido a sus víctimas. Una vez que el adolescente fue capaz de reconocer sus comportamientos problemáticos dentro del contexto grupal y manifestara empatía hacia los efectos de su proceder en su(s) víctima(s), el tratamiento prosiguió hacia remediar las deficiencias en sus habilidades y destrezas sociales y en función de ayudarlo a reconocer los hechos, las emociones, los pensamientos y las fantasías que significan las primeras etapas de la reincidencia. Posteriormente, se particularizó en las estrategias individuales que cada adolescente desarrollará (plan personal preventivo de ofensa) para enfrentarse con esos factores de riesgo y disminuir la aparición de la reincidencia.

A partir de la experiencia desarrollada, ordenada y criticada, podrían reconceptualizarse aspectos medulares que fueron desarrollados junto con los adolescentes y que son el producto de la evolución del proceso terapéutico y que se encuentran relacionados con el eje de sistematización, tales como:

- **Socialización Masculina:** Proceso a través del cual los varones desde pequeños van interiorizando el conjunto de valores, actitudes, formas de pensar y de actuar que debe aprender como parte del rol asignado para ser “un hombre”.

- **Sexualidad Abusiva:** Formas de contacto sexual en las que se utilizan trucos, sobornos, fuerza, amenazas o intimidación, como herramientas para hacer que las víctimas estén de acuerdo o cooperen con el abuso.
- **Poder y control:** Derechos que el sistema patriarcal ha asignado al varón en su “condición de hombre”, para el ejercicio de la dominación sobre la naturaleza y sobre otras personas, entre ellas, mujeres, niños, niñas y otros hombres en condiciones de desventaja en cuanto a la detentación y uso del poder.
- **Ciclo de conducta compensatoria del abuso sexual:** Patrón de repetición de sentimientos, pensamientos, eventos y comportamientos, que funcionan como estrategias compensatorias y progresivas del adolescente ante necesidades subjetivas y que le posibilitan la concreción de sus ofensas sexuales.
- **Sexualidad consentida:** Formas de contacto sexual que permiten al adolescente afrontar necesidades sexuales y sociales, sin herir o abusar de otros y orientando las relaciones con empatía y consentimiento.
- **Empatía hacia la víctima:** Capacidad que le permite al adolescente ofensor reconocer la extensión total del daño causado por sus acciones abusivas, reconociendo a la víctima como un apersona que razona y que siente.
- **Asertividad:** Habilidad en forma de comunicación que le permite al adolescente la expresión de sus sentimientos y pensamientos con respeto hacia los derechos de las demás personas.

- **Plan preventivo de ofensa:** Estrategia conductual que supone la definición cuidadosa de las situaciones de riesgo particular para cada adolescente, su movilización para generar el mayor número de respuestas potenciales de enfrentamiento y la evaluación de la capacidad de cada respuesta en función de la no reincidencia del comportamiento abusivo.
- 


VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES


La sistematización y evaluación de la experiencia terapéutica desarrollada, permite plantear conclusiones y recomendaciones relacionadas con aspectos teórico-metodológicos, en aras de consolidar una propuesta de tratamiento para ofensores sexuales juveniles de bajo y de mediano riesgo, factible de implementar en otros contextos institucionales.

- 1. Los resultados alcanzados sustentan que si es posible trabajar terapéuticamente y con éxito bajo la modalidad de grupo con adolescentes de bajo y mediano riesgo, que presentan antecedente de historia comprobada de abuso sexual, con un modelo conductual cognitivo con perspectiva de género que permite aumentar su autocontrol, mediante el diseño de un plan preventivo de ofensa que integre destrezas y habilidades sociales alternativas al comportamiento abusivo.*

- 2. El modelo de intervención terapéutica desarrollado permitió confirmar los conocimientos teóricos existentes en torno a la problemática de los*

ofensores sexuales juveniles, planteados en el marco teórico-conceptual de este trabajo dentro de los que destacan como relevantes:





I. El aprendizaje de patrones de socialización masculina de género, tomando como referencia las condiciones y contextos significativos (familiar, escolar y grupo de pares) que tienden a posibilitar las conductas abusivas. Lo que a su vez, también confirma que en el proceso que lleva a los adolescentes a las conductas abusivas existen cogniciones disfuncionales en torno a la vivencia subjetiva de su masculinidad y el uso del poder, que son empíricas y lógicamente examinadas y que es posible reemplazarlas por otras más racionales, realistas, sensibles al género y funcionales.


II. Los resultados de la experiencia desarrollada tienden a confirmar que los adolescentes con prácticas sexuales abusivas parten de cogniciones distorsionadas donde predominan concepciones erradas acerca del carácter e implicaciones del comportamiento masculino y del significado que tiene “ser hombre” dentro de un esquema tradicional y que dan lugar a necesidades emocionales compensatorias, que los llevan a conductas abusivas.

III. El contar con destrezas sociales adecuadas y funcionales a los contextos significativos de interacción: familiar, escolar y grupo de pares, es un factor coadyuvante para que el adolescente experimente sentimientos de adecuación, que fueron identificados como positivos y que tienden a ampliar el

repertorio de posibilidades y ensayar patrones interactivos y conductas no abusivas en sus relaciones interpersonales en general.

IV. Se confirman los planteamientos de Connie Isaac y Sandy Lane referidos a la existencia del ciclo de conducta compensatoria del abuso sexual, con las diferentes fases y contenidos cognoscitivos y emocionales que éstas plantean.

Como conclusiones prácticas, orientadas en función de las enseñanzas derivadas de la experiencia y que pueden contribuir a mejorar la metodología que deberá implementarse en futuros grupos terapéuticos, pueden señalarse:



1) Es necesario realizar un trabajo paralelo con el sistema familiar de cada uno de estos adolescente más intensivo, sistemático y periódico, en aras de consolidar un recurso de contención y control, coadyuvante al proceso de cambio de la conducta abusiva en términos de que se aporta una red de apoyo social para el adolescente y se le da la oportunidad a todo el sistema de compartir y ventilar sentimientos asociados a las necesidades compensatorias de poder y control.

Es decir, que es necesario concebir el trabajo con la familia como una modalidad de tratamiento que vaya más allá de la concepción del adolescente en términos de dinámicas disfuncionales y compensatorias aisladas de su entorno.

Este trabajo paralelo a realizarse con el sistema familiar, se visualiza a través de dos estrategias:

(a) La realización del diagnóstico del sistema familiar que comprenda:

- **Las fortalezas:** Entendidas como las características y condiciones particulares de la interacción familiar, que tienden a posibilitar y reforzar la autonomía e independencia del adolescente con responsabilidad, así como también el desarrollo de habilidades y destrezas sociales en aras de mejorar su capacidad adaptativa en los contextos familiar y extrafamiliar.
- **Las debilidades:** Entendidas éstas, como el conjunto de características y condiciones particulares de la interacción familiar que tienden a obstaculizar y extinguir la autonomía e independencia del adolescente con responsabilidad, desarrollando patrones de vinculación desadaptativos, con las posibles necesidades compensatorias y disfuncionales.

(b) Un programa de escuela para padres que se realice de forma paralela al trabajo grupal de los adolescentes, centrado en el manejo de conceptos básicos: sexualidad, ciclo compensatorio del abuso sexual, plan preventivo de ofensa, entre otros, así como la práctica y ensayo de las mismas destrezas y habilidades que se refuercen a los adolescentes.

2) Es necesario poner mayor énfasis a la temática de educación sexual como contenido educativo-informativo, en virtud de que se facilite un contacto más real, vivencial y mejor adaptativo ante las demandas sociales y necesidades

personales que los adolescentes refieren experimentar. Además, partiendo del hecho de que la información y educación en torno a la sexualidad, autoriza a los adolescentes a asociar este contenido a su experiencia personal, no debe perderse la perspectiva de que es necesario que ellos puedan tener un contacto menos distorsionado y desde su experiencia subjetiva de la sexualidad. También, porque la difusión –por sí sola- no erradica los distintos problemas emocionales, ni los conflictos personales y sociales que pueden manifestarse en el adolescente a través de la conducta sexual.

- 3)** En función de futuros programas de tratamiento es necesario recrear el modelo de intervención en lo relativo a contar con un mínimo de cinco sesiones dedicadas a la práctica y ensayo de habilidades y destrezas sociales, en aras de reforzar el autocontrol y disminuir la reincidencia del comportamiento abusivo.

- 4)** Tomando como base los principios rectores de la Ley Penal Juvenil (1996): la protección integral del menor de edad, su interés superior, el respeto a sus derechos, su formación integral y la reinserción en su familia y la sociedad, el desarrollo del modelo de intervención propuesto para la atención de ofensores sexuales juveniles es congruente con la necesidad de ofrecer una opción alternativa a la institucionalización penitenciaria del joven. Es decir, buscando reducir al máximo la intervención del sistema penal (en tanto que produce efectos estigmatizantes y afecta negativamente la psiquis y el desarrollo social

del adolescente), mediante una sanción que se ejecuta de forma ambulatoria, sin sustraerlo de la supervisión de sus padres o responsables y con una connotación terapéutica, educativo-preventivo.

- 5) Tomando como referencia la dimensión y la trascendencia de la problemática del abuso sexual y congruente con las políticas gubernamentales en materia de salud pública, es estratégico aunar esfuerzos interinstitucionales y ofrecer una respuesta alternativa al problema de los ofensores sexuales juveniles.

El incremento en la demanda de los servicios para el tratamiento de estos adolescentes, asociado a la homogeneidad del consenso social y legal de la problemática (Ley de Justicia Penal Juvenil), hace insuficiente las posibilidades de atención integral del adolescente ofensor y remite indispensablemente, a la creación de instancias de capacitación que permitan multiplicar la experiencia desarrollada en el Hospital Nacional de Niños, con una perspectiva de política interinstitucional.

Lo anterior, basados en las consideraciones establecidas en la Ley de Justicia Penal Juvenil, como norma especial que regula la aplicación de sanciones a los menores de edad que cometan actos punibles y que además, las clasifica según ámbitos de ejecución y responsabilidad del cumplimiento de la pena: suspensión del proceso a prueba o sanción alternativa.

6) Finalmente, podrían desarrollarse áreas de investigación a partir de la sistematización de experiencias con infractores juveniles y de acuerdo a las recomendaciones para mejorar la efectividad del trabajo grupal, que permitan estructurar programas de seguimiento y que a su vez, evalúen el impacto de las estrategias metodológicas implementadas.

VIII. BIBLIOGRAFIA

Abel, Gene (1983, 1984, 1986): **“El Ofensor Sexual en el Contexto de la Comisión del Delito”**. Kansas University. Kansas, Estados Unidos de Norteamérica.

Aguilar Lorena, Rodríguez, Rocío y Rodríguez Guiselle (1997). **Nudos y Desnudos. Género y Proyectos de Desarrollo Rural en Centroamérica**. San José, Costa Rica: UICN.

Alvarez Hernández, Ana Teresa (1991): **“Identidad Sexual, Salud Mental y Socialización en Jóvenes Universitarios”**. Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Psicología para optar por el grado de Maestría. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (1996): **“Ley de Justicia Penal Juvenil”**. Publicaciones Jurídicas. San José, Costa Rica.

Batres Méndez, Gioconda (1997): **“Del Ultraje a la Esperanza: Tratamiento de las Secuelas del Incesto”**. Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente (ILANUD). Programa Regional de Capacitación en Violencia Doméstica. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense del Seguro Social, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (1996): **“Capacidad Resolutiva del**

Nivel II y III de Atención en Salud: El Caso de Costa Rica". San José, Costa Rica.

Claramunt, María Cecilia (1997): **"Casitas Quebradas: El Problema de la Violencia Doméstica"**. EUNED, Primera Edición. San José, Costa Rica.

Comité de Estudio y Tratamiento Integral del Niño Agredido (CEINA): **"Estadísticas de Atención 1990-1997"**. Hospital Nacional de Niños. San José, Costa Rica.

Córdoba, Ligia y otra (1997): **"Comunicación con Perspectiva de Género: Escuchando voces de mujeres"**. En Revista de Ciencias Sociales. Número 76. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.

Corral, Natividad (1997): **"Debate sobre el Fin del Patriarcado"**. En Revista: Otra Mirada. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia. Número 1. San José, Costa Rica.

Corsi, Jorge (1989): **"Violencia Familiar: Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social"**. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Finkelhor, David (1993): **"Cuando el Abusador es un Niño: Evaluación y Tratamiento"**. New York, Estados Unidos de Norteamérica.

Forsterling, Friedrich (1986): **"Attributional Conceptions in Clinical Psychology"**. En Revista American Psychologist. American Psychological Association. Volumen 41, Número 3, pp: 275-285.

Fundación Ser y Crecer (1992): **"Estrategias de Evaluación y Tratamiento en el Trabajo con Ofensores Sexuales Juveniles y Adultos: Una alternativa para la prevención"**. FUNCRESER. San José, Costa Rica.

Gagneten, María Mercedes (1990). **Hacia una Metodología de la Sistematización de la Práctica**. Buenos Aires, Editorial Humanitas.

- Gil, Eliana y Asociados (1992): **“Tratamiento para el Abuso Infantil y Programas de Entrenamiento”**. Ministerio de Justicia y Gracia. Comisión de Atención a la Violencia. San José, Costa Rica.
- Gutiérrez, Irene (1992): **“Representaciones Sociales de la Masculinidad”**. Tesis sometida a la consideración de la Comisión Programa de Estudios de Licenciatura en Psicología. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.
- Guzmán, Laura (1994): **“Relaciones de Género y Estructuras Familiares: Reflexiones a propósito del año internacional de la familia”**. **En Revista Costarricense de Trabajo Social**. Número 4. San José, Costa Rica.
- Guzmán, Laura (1998). **¿Cómo Sistematizar Experiencias Metodológicas con adolescentes y Jóvenes? Lineamientos Teórico-Metodológicos y Operativos**. Programa de Mujeres Adolescentes CEE.
- Horton, Anne L. y otros (1990): **“The Incest Perpetrator: A family member no one wants to treat”**. Sage Publications. Newbury Park, California.
- Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente (1992): **“Abordaje Terapéutico para Ofensores Físicos”**. Proyecto de Capacitación Permanente en el Tema de Violencia Doméstica Dirigido al Personal Técnico del Ministerio de Justicia y Gracia. San José, Costa Rica.
- Isaac C. y Lane S. (1982): **“Teoría del Ciclo Compensatorio del Abuso Sexual: Tratamiento de adolescentes ofensores sexuales”**. Programa de Capacitación Permanente del Ministerio de Justicia. ILANUD. San José, Costa Rica.

Jara, Oscar (1994). *Para Sistematizar Experiencias: Una Propuesta Teórica y Práctica.*
San José, Costa Rica: CEP-Alforja.

Jensen, P. Henning (1995): *“El Contexto de la Violencia”.* *En Revista Reflexiones de Ciencias Sociales.* Número 38. PP: 3-15. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.

Kahn J., Timothy (1988): *“Pathways”: A Guided Workbook for Youth Beginning Treatment*. The Safer Society Press. Washington, Estados Unidos.

Kaplan H. y Sadock B. (1996): *“Terapia de Grupo”.* Editorial Médica Panamericana. Tercera Edición. New York. Estados Unidos de Norteamérica.

Krauskopf, Dina (1994): *“Adolescencia y Educación”.* Segunda edición. Editorial EUNED. San José, Costa Rica.

Lagarde, Marcela (1997): *“Identidad de Género”.* *En Revista de Ciencias Sociales.* Número 76. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.

Lagarde, Marcela (1997): *“Mujeres y Hombres, Feminidades y Masculinidades al Final del Milenio”.* *En Revista de Ciencias Sociales.* Número 76. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.

- Lawe, Richard y otros (1989): "**Working Prevention with sex offenders**". Mimeografía. Vermont, 1989.
- Martín-Baró, Ignacio (1988): "**La Violencia en Centroamérica: Una visión psicosocial**". **En Revista Costarricense de Psicología: II Jornadas Costarricenses de Psicología Social**. Año 6- Números 12 y 13, Enero-Diciembre. San José, Costa Rica.
- Meza, Laura y otra (1995): "**Factores Psicosociales Asociados al Aprendizaje Social del Ofensor Sexual Juvenil**". Tesis sometida a la consideración de la Comisión Programa de Estudios de Licenciatura en Trabajo Social. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.
- Nava, María Candelaria (1990): "**Conceptualización de Género**". **En Revista Mujeres Centroamericanas ante la Crisis, la Guerra y el Proceso de Paz**". FLACSO-UNICEF.
- O' Connell, Michael y otros (1988): "**Working with sex offenders– Guidelines for Therapists Selection**". Mimeografía. Chicago, Estados Unidos.
- Rush, A. y otros (1987): "**Understanding and Managing Child Sexual Abuse**". Estados Unidos.
- Salas, José Manuel (1996): "**La Mentira en la Construcción de la Masculinidad**". **En Revista Costarricense de Psicología**. Número 24. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.
- Smith, Manuel J. (1988): "**Sí puedo decir no: Enseñe a sus hijos a ser asertivos**". Ediciones Grijalbo. Segunda Edición. Barcelona, España.
- Tiffef, Carlos (1998): "**Sanciones Penales Juveniles**". Mimeografía. San José, Costa Rica.
- Wielkiewicz M., Richard (1992): "**Manejo Conductual en las Escuelas**". Editorial Limusa S.A. México, Distrito Federal.

