

Terapia Centrada en Soluciones Aplicada a la Agresión Sexual. Estudio de Caso.

Solution-Focused Therapy Applied to Sexual Assault. Case Study.

Siria Aramayo Zamudio *

RESUMEN

La reinserción de jóvenes agresores sexuales es un problema complejo en la sociedad, debido al déficit de programas que traten específicamente la rehabilitación de estos en los centros penitenciarios. La complejidad de la dinámica abusiva, la gravedad de sus efectos y las implicaciones éticas de su tratamiento trazan el reto de desarrollar modalidades terapéuticas que permitan responder a las dificultades y requerimientos específicos que plantean la terapia con hombres que fueron víctimas de abuso sexual y que pasaron a ser agresores sexuales. El estudio aquí presentado permite analizar de manera amplia la dinámica que lleva a la agresión sexual, la efectividad del tratamiento y la aceptación del cliente a éste, consigue explorar nuevas formas de hacer terapia. La eficacia y eficiencia de la Terapia Breve Centrada en Soluciones se encuentra comprobada en este caso ya que se alcanzó las metas propuestas en un corto tiempo, las cuales fueron encontrar los recursos en el paciente para poder ejercer control de sus impulsos agresivos y la de reorganizar los vínculos familiares rotos por la ejecución del delito, esto se logró, mediante metas por concebir, excepciones que se fortalecieron por medio de elogios y se enseñaron a ampliar estos recursos mediante el uso de escalas.

* Licenciada en Psicología Especialista en Terapias con enfoque Sistémico. Universidad Católica Boliviana San Pablo, La Paz, Bolivia. a_z_siria@hotmail.com

Palabras Claves: Agresión sexual, terapia centrada en soluciones, enfoque sistémico, abuso sexual, estructura familiar.

ABSTRACT

The reintegration of young sex offenders is a complex problem in society, due to the lack of programs specifically addressing the rehabilitation of those in prisons. The complexity of the dynamics of abuse, the severity of their impact and ethical implications of their treatment plotted the challenge of developing therapeutic modalities to respond to specific challenges and requirements posed by therapy with men who were victims of sexual abuse and pass to be sex offenders. The study presented here to analyze comprehensively the dynamic that leads to sexual aggression, treatment effectiveness and customer acceptance of it, get to explore new ways of doing therapy. The effectiveness and efficiency of Solutions Focused Brief Therapy is proven in this case because the proposed goals are reached in a short time, which were found in the patient resources to exercise control over their aggressive impulses and to reorganize family ties broken by the commission of crime, this was achieved through goals by designing, exceptions that were strengthened through praise and taught to extend these resources by using scales.

Keywords: sexual assault, solution-focused therapy, systemic approach, sexual abuse, familiar structure.

INTRODUCCIÓN

El abuso sexual de menores consiste en “la participación de un niño en una actividad sexual que no comprende plenamente, a la que por su desarrollo no está preparado y no puede expresar su consentimiento, o bien que infringe las leyes o los tabúes sociales” (OMS, 2010).

Este tipo de agresión se produce cuando esta actividad tiene lugar entre un niño y un adulto, o bien entre un niño y otro niño o adolescente que por su edad o desarrollo tiene con él una relación de responsabilidad, confianza o poder. La actividad tiene como finalidad la satisfacción de las necesidades de la otra persona. Puede incluir diversas prácticas sexuales con o sin contacto físico tales como exhibicionismo, tocamientos, manipulación, corrupción, sexo anal, vaginal u oral, prostitución y pornografía (OMS, ob.cit.).

La historia de los delincuentes sexuales muestra desintegración familiar, falta de supervisión y carecía de afecto y cuidados, rodeados durante la infancia de condiciones muy poco favorables. Dos características fundamentales generan su proceso asocial: la carencia de seguridad y afecto, que dan lugar a características sádicas y dominantes. Las necesidades y deseos emocionales son en gran medida responsables de la tendencia a cometer delitos. Muestran gran inseguridad que hace que su comportamiento sea tímido, retraído, inhibido, lo que le genera fallas en la comunicación interpersonal, desconfianza, falta de afecto a lo largo de su desarrollo (Sierra, 2006).

De acuerdo a Madanés (1993), en familias de agresores sexuales la comunicación entre los miembros se caracteriza por ser pobre y sobre todo secreta. Existe temor de hacer revelaciones que provoquen vergüenza; no obstante, el secreto perpetúa los

problemas, manteniendo alianzas indebidas y haciendo posibles el abuso sexual y el incesto. Se emplean metáforas de ignorancia y falta de conciencia, empatía y responsabilidad. Las personas se comportan como predadores y víctimas.

Un estudio comparativo realizado con jóvenes agresores sexuales de diversa índole y jóvenes no agresores sexuales encontró que los primeros tenían más problemas de comportamiento, más dificultades en la familia y las relaciones entre iguales, y rendimiento académico más pobre que los jóvenes no agresores sexuales (Ronis y Borduin, 2007).

En la última década se han realizado diversas investigaciones en torno al abuso sexual infantil, los hallazgos determinan diferentes grados de disfuncionalidad y efectos a corto y largo plazo en el desarrollo psicosexual en las víctimas.

Un estudio realizado con tres grupos de delincuentes (pederastas, violadores y delincuentes no sexuales) exploró los vínculos entre la delincuencia adulta y experiencias de explotación sexual durante la niñez los resultados sugieren que los niveles de abuso físico y sexual sufrido durante la infancia pueden influir en las trayectorias de desarrollo y vías de agresión sexual (Connolly y Woollons, 2008).

Grant, Indermaur, Thornton, Stevens, Charmarette y Halse, (2009), mencionando los estudios de Worling (1995a) y Rayment-McHugh y Nisbet (2003) enfatizan que delincuentes sexuales que habían cometido incesto con sus hermanos tenían un número significativamente mayor de antecedentes de abuso sexual (38%) en comparación con los adolescentes que agredieron fuera de la familia inmediata (16%).

Por los estudios mencionados el adolescente agresor sexual puede ser el resultado de una victimización sexual previa, por tanto es necesario considerar los modelos que explican los efectos del trauma. Tenemos el modelo de los efectos del trauma (Rasmussen, 2000), el cual indica que las conductas sexuales abusivas son una respuesta posible a una experiencia traumática (Figura No. 1). Finkelhor y Browne (1986) utiliza su modelo traumatogénico para tratar de explicar por qué algunos niños van a atentar contra la otros (Figura No. 2).



Figura No. 1. Modelo de los efectos del trauma basado en (Rasmussen, 2000).

Este método es comúnmente utilizados en la práctica clínica con los niños víctimas de abuso sexual y menores delincuentes sexuales, en el modelo de los efectos del trauma (Rasmussen, 2000) el niño responde de tres formas a la victimización traumática:

- **Recuperación:** El niño es capaz de expresar y resolver cuestiones relacionadas con su experiencia de victimización.
- **Autovictimización:** El niño internaliza los pensamientos y sentimientos asociados con el trauma y manifiesta inadaptación.
- **Asalto:** El niño se identifica con la racionalización del autor, externaliza estos ecos-trauma justifica el abuso y se involucra en un comportamiento abusivo hacia los demás.



Figura No. 2. Ciclo del abuso basado en el modelo Finkelhor (1987).

El modelo traumatogénico plantea cuatro dinámicas traumáticas: la sexualización traumática, la traición, la estigmatización, y la impotencia, las que causa un trauma al distorsionar el autoconcepto del niño, su visión del mundo, y sus capacidades afectivas (Finkelhor, 1987).

Finkelhor y Browne (ob.cit), argumentan que el comportamiento agresivo sexual se produce como respuesta a sus propias experiencias tempranas negativas. Parte de la modelo sugiere que el sentido de "impotencia" como un factor en la experiencia de abuso puede obligar al niño a tratar de dominar a los demás. La recreación de lo que les sucedió puede proporcionar un cierto alivio de la falta de control que experimentaron durante su victimización.

Estudios como los de Veniziano, Veneziano, y LeGrand, (2000) apoyan el modelo de Finkelhor y Browne (1987), en esta investigación se encontró que 92% de 74 adolescentes infractores sexuales habían sido víctimas de abusos sexuales, se examinó la relación entre la victimización previa y posterior abuso. Los resultados apoyan la hipótesis en la que los adolescentes eran más propensos a repetir las conductas que han experimentado como víctimas y que por las características de las víctimas tenían más probabilidades de ser el reflejo de su propia experiencia de víctima.

De acuerdo a Beauregard, (2009), la investigación sobre la delincuencia sexual ha guiado la práctica clínica, principalmente para la evaluación del riesgo y la intervención terapéutica, encontrando como uno de los puntos principales de estudio los patrones de agresión sexual en los delincuentes.

Un estudio, revela que en Bolivia una de cada cuatro niñas y uno de cada siete varones son agredidos sexualmente antes de cumplir los 18 años (OPS, 2010). Según el informe Violencia contra la niñez en Bolivia, del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2006) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2006., el 10% de los niños y niñas en Bolivia son víctimas de agresiones sexuales.

Villanueva (2005), mencionando a Félix López, catedrático de Sexología de la Universidad de Salamanca en sus investigaciones, comenta que se ha llegado a la conclusión de que no todas las víctimas necesitan terapia, pero todas necesitan ayuda. La víctima puede necesitar una terapia, el agresor la necesita siempre.

Un estudio exhaustivo de evaluaciones controladas acerca del tratamiento en delincuentes sexuales realizado por la Universidad de Erlangen-Nuremberg (Germany) y la Universidad de Cambridge (UK) destacó 80 comparaciones independientes entre

grupos de delincuentes sexuales tratados y no tratados ($N= 22.181$). La mayoría de los estudios mostraron un efecto positivo del tratamiento. En conjunto, los delincuentes tratados reincidieron el 11,1%, mientras que los no tratados llegaron al 17,5% (es decir, un 37% de diferencia) (Schmuker y Lösel, 2008).

Una intervención eficaz en adolescentes con conducta antisocial debe tener la capacidad para hacer frente a una gama completa de los factores de riesgo a través de los múltiples sistemas en los que los adolescentes están inmersos. (Henggeler, Schonwald, Borduin, Rowland y Cunningham, 2009).

De acuerdo a Grant, Indermaur, Thornton, Stevens, Charmarette, y Halse, (2009), en su estudio realizado con adolescentes delincuentes sexuales intrafamiliares se debe tener en cuenta la doble naturaleza de la tragedia del adolescente como víctima y agresor para seguir una línea terapéutica efectiva.

En torno al tratamiento a delincuentes sexuales en los últimos años, se ha aplicado terapia con juegos de rol para mejorar la empatía hacia la víctima, ([Webster](#), [Bowers](#), [Mann](#), y [Marshall](#), 2005), terapia cognitivo-conductual (Garrido, Farrington y Welsh, 2006, Redondo y Garrido, 2008 Wolak, Finkelhor, y Mitchell 2008), constructivista-sistémica (Tovar y García 2008), entre otras.

Debelle, Ward, Burnham, Jamieson y Ginty (2006), proponen un enfoque empírico, creativo y flexible para la intervención terapéutica y la investigación en el tratamiento a agresores sexuales de menores las cuales son necesarias para alcanzar los objetivos terapéuticos y demostrar su eficacia.

La terapia centrada en soluciones es uno de los enfoques más populares y ampliamente usados en el mundo. Debido a que está basada en la resiliencia y en las propias soluciones y excepciones de los clientes a sus propios problemas, es aplicable a la mayoría de las dificultades que enfrentan los clientes, y como tal ha sido aplicada a casi todos los problemas vistos por los clínicos (Lee y Oshlag, 2007).

En un estudio comparativo en dos grupos con un historial de abuso sexual se asignó al azar a los pacientes el tratamiento a seguir, tanto la terapia analítica de grupo como la terapia sistémica, los efectos de ambos tratamientos manifestaron que en el corto plazo la terapia sistémica es estadísticamente y clínicamente superior (Lau, y Kristensen, 2007).

Uno de los últimos estudios considerados efectivos en jóvenes agresores sexuales es el de Aylanda, y Westa, (2006), en el que una parte importante del programa está basado en terapia centrada en soluciones ya que está basado en las fortalezas de los jóvenes, en la identificación de sus puntos fuertes, esto utilizando un enfoque narrativo.

El comprobar la eficacia y eficiencia de la terapia centrada en soluciones podrá guiar futuras intervenciones en la rehabilitación de este tipo de delincuentes y esto a su vez mediará el cumplimiento adecuado de la ejecución de la pena que de acuerdo a la legislación boliviana, se basa en el sistema progresivo que promueve la preparación del interno para su reinserción social (Ley de ejecución penal y supervisión, 2001), la ley en su sentido positivista plantea resocialización y rehabilitación. La falta de un adecuado tratamiento psicológico para el interno podría minimizar la posibilidad de reinserción y provocar la reincidencia del delito.

El estudio aquí presentado permite analizar la dinámica de la agresión sexual y la efectividad del tratamiento terapéutico con el enfoque de la terapia centrada en la

solución. Esta orientación está concentrada en los recursos de la persona más que en sus déficits, en sus fuerzas más que en sus debilidades, en sus posibilidades más que en sus limitaciones.

MÉTODO

De acuerdo a García (2010), el método cualitativo enriquece el campo de la investigación social, permitiendo un mayor acercamiento al fenómeno en estudio, desde la perspectiva de los significados que los propios actores dan al proceso en que están inmersos. Dada la complejidad del estudio del fenómeno social, este método contribuye a una mejor comprensión del fenómeno en estudio.

El marco teórico para la mayoría de las investigaciones cualitativas surge de una perspectiva comprensiva, un paradigma que ve al mundo como construido, interpretado y experimentado por las personas en sus interacciones recíprocas y con sistemas sociales más amplios. La investigación se concentra no solo en hechos objetivamente verificables sino en los numerosos significados subjetivos que le atribuyen las personas (Ullin, Robinson y Tolley, 2006).

Se puede decir que hay contextos donde la investigación cualitativa es obligatoria. Uno de ellos es el vinculado a conductas socialmente reprobadas como por ejemplo una actividad delictiva o considerada inmoral. Las investigaciones cualitativas enfocan tópicos conceptuales, simbólicos, normativos y otros no susceptibles de ser expresados en números o cantidades (Yapu, 2006).

Se recurre al estudio de caso entendido como un método que utiliza los procesos de investigación cualitativa la que es más particularista y relativista, apuntando a

investigaciones de tipo más descriptivo y subjetivo no en el sentido de anclarse en la subjetividad del investigador más bien en el de las percepciones subjetivas de los informantes (Yapu, ob.cit).

Esta inclinación por lo subjetivo, lo valorativo, necesariamente da mayor peso a lo émico, es decir, los conceptos y categorías manejadas por los informantes mas específicos y relativos. En una sociedad abirragada como la boliviana, la falta de una cultura legítima, nacional y ampliamente difundida, exige una sensibilidad a lo local y particular (Ob.cit).

Según Gundermann (2008), el estudio de casos se centra en la individualidad, el objeto a estudiar es el sujeto, la idea es poder comprender mejor cómo y porque actúa o piensa de la manera que actúa y piensa, de forma que se reconocen las características básicas que constituyen a esta persona. El estudio de casos busca interpretar la particularidad de la existencia humana a través de la narración de la propia historia de vida; mediante ella el ser humano construye (co-construye, es decir va formando junto con el entrevistador) su vida y en ese narrar se constituye como sujeto de significación.

Participantes

El participante con el cual se trabajó en esta intervención, fué interno de un centro de rehabilitación para adolescentes:

- Varón
- De 14 años de edad.
- Autor de agresión sexual confeso
- Con sentencia cumplida

Técnicas

Las técnicas que se utilizaron en la presente intervención son las siguientes:

- Entrevistas semi-estructuradas (no se grabaron las entrevistas debido a que las normas de la institución lo prohíben).
- Genograma
- Técnicas de intervención de terapia centrada en soluciones

La entrevista

En cuanto a los tipos de entrevista se utilizó la semiestructurada ya que se encuentra dirigida específicamente a situaciones concretas más abierta al desarrollo espontáneo del entrevistado. Fueron entrevistas en profundidad de acuerdo a Tarrez, (2008) mencionando a Vela Peon (2004), la entrevista a profundidad es la que permite la posibilidad de indagación en un marco más personalizado, ya que al abordar un tema cara a cara con una persona, se tiene más posibilidad de profundizar en el tema, así como observar gestificaciones, actitudes y lenguaje corporal. Proporciona flexibilidad además de que permite clarificar y generar nuevos cuestionamientos. Brinda accesibilidad a la información difícil de observar, tales como actitudes, pensamientos y sentimientos que mostrara el individuo. Están fundamentadas contextualmente, lo que elimina la necesidad de incluir extensas muestras.

Genograma

Para McGoldrick y Gerson, (1996) la descripción del genograma permite tener una visión amplia y rápida de patrones familiares complejos y proporciona una fuente rica de hipótesis acerca de cómo un problema clínico puede estar conectado con el contexto familiar del cliente dando lugar de esta manera a identificar soluciones intentadas de manera errónea, entre el cliente y los miembros de la familia. Proporciona además varias direcciones en la cuales se va guiar al cliente en busca de soluciones.

Ubica a los miembros de la familia que podrían ser aliados apoyando al cliente en busca de las soluciones.

Terapia centrada en soluciones

Se define a la terapia breve centrada en soluciones como intervenciones terapéuticas que son capaces de responder en tiempos breves a necesidades específicas de los clientes detrás existe una base teórica-práctica compleja y muy desarrollada que hace posible la resolución de problemas (De Shazer, 1983).

La terapia centrada en soluciones es un enfoque de terapia breve, ha sido identificada a menudo por sus técnicas innovadoras. Subyacente a la búsqueda de soluciones, de Shazer sostenía su creencia en las habilidades de los clientes para saber lo que era mejor para ellos y para diseñar efectivamente un plan para alcanzar esos objetivos. Muchas técnicas pueden ser integradas en la terapia breve centrada en las soluciones (Trepper, 2007).

Técnicas de la terapia centrada en soluciones

El terapeuta, a lo largo de toda la sesión, debe ir desarrollando una cierta adaptación a la persona que entrevistan. Este tipo de relación supone un tipo especial de intimidad, receptividad o armonía. Se pone especial cuidado en establecer "rapport". Siempre se inicia este primer encuentro comentando aspectos ajenos a toda queja (Shazer, 1993).

De acuerdo a Tarragona (2006), como resultado de la entrevista se desarrollan tres tipos de relaciones entre terapeuta y el cliente:

- Cliente visitante: personas que no parecen tener un motivo de consulta y la razón por la que se encuentran en el consultorio es que se les llevó o alguien les dijo que fueran o les envió el juez o casos parecidos.
- Cliente demandante: es el cliente que tiene un motivo de consulta aunque este sea confuso, vago, global o específico. O que se ha desarrollado alguna expectativa de solución como resultado de la entrevista.
- Cliente comprador: cuando en el transcurso de la entrevista el demandante da claras muestras de que no sólo tiene buena disposición sino de que quiere hacer algo respecto al problema

Énfasis en las soluciones y las excepciones

El objetivo más importante de este tipo de terapia es construir e implementar soluciones. Una faceta característica de la terapia centrada en soluciones es que le dedica mucha más atención a explorar las soluciones que a investigar los problemas (Kim Berg, 1998).

Tarragona, (2006) mencionando a De Jong y Kim Berg, aclara que las excepciones son aquellas ocasiones en las que el problema no está presente o es menos frecuente o menos intenso. La conversación sobre excepciones tiene lugar en cualquier momento de la terapia, siempre que sea posible identificar algo que los clientes estén haciendo que sea bueno para ellos, que suponga conseguir sus objetivos, que implique que no se da el problema, etc. (Beyebach, 2010).

Establecimiento de metas

Para poder hacer un buen trabajo en la terapia centrada en soluciones es indispensable explorar con el cliente a dónde quiere llegar, qué quiere ver en su vida en lugar del problema que lo trae a consulta. Establecer metas claras es fundamental en este tipo de terapia. Las metas deben de ser establecidas por el cliente. Una forma de ayudar al cliente a establecer sus metas es a través de una de las herramientas más conocidas de este enfoque, la pregunta del milagro (Tarragona, 2006).

La pregunta del milagro

Esta pregunta básicamente invita al cliente a que imagine qué sería distinto si el problema que le preocupa se solucionara. Generalmente la Pregunta del Milagro se formula más o menos así (hablando de forma pausada):

“Suponte que mientras estás durmiendo esta noche y toda la casa está en silencio, ocurre un milagro. El milagro es que el problema que te trajo aquí se soluciona. Pero como estabas dormido no sabes que el milagro ha sucedido. Así que, cuando te despiertes mañana en la mañana, ¿qué será diferente que te haría darte cuenta de que hubo un milagro y que el problema que te trajo aquí se ha solucionado?”

Como la pregunta del milagro es hipotética y no es real, permite que los clientes se den la libertad de imaginar un escenario libre del problema sin censurar sus ideas. La respuesta a la pregunta del milagro contiene las claves para las soluciones al problema y las metas de la terapia (Beyebach, 2010).

El uso de escalas

Otra de las herramientas más características de la terapia centrada en soluciones es la escala. Se trata de una escala subjetiva con la que el cliente puede evaluar, entre otras cosas: la intensidad del problema, su grado de esperanza en que las cosas cambien,

cuánta confianza siente en que cambiarán, el progreso que ha hecho desde la última sesión, en qué punto sentirá satisfecho y muchas más (Tarragona, 2006).

Retroalimentación

De acuerdo a Tarragona (ob.cit) en cada sesión de terapia centrada en soluciones el terapeuta le debe dar al cliente una retroalimentación cuidadosamente formulada. Los elogios recogen aquello que el cliente está haciendo bien, realza sus cualidades o subraya sus recursos. No se trata de elogiar por elogiar (en la línea de dar mensajes positivos), sino de apoyar a los clientes en sus lados fuertes de modo tal que puedan seguir progresando, o empezar a hacerlo (Beyebach, 2010).

Utilización de tareas entre las sesiones

Se utiliza tareas entre sesiones con todos los clientes ya que estas tareas están encaminadas a llegar a la meta construida por el cliente. Para reforzar sus esfuerzos en la resolución de los problemas, especialmente en clientes obligados se necesita retroalimentación acerca de que lo están haciendo bien (Tarragona, 2006).

Antecedentes del caso:

Datos generales:

Nombre: Manuel (nombre ficticio)

Edad: 14 años


Escolaridad: 1ro. de Secundaria


No. De hijo en la familia: Tercero de ocho hijos


Estrato Social: Bajo

Delito: Violación a sus tres hermanos menores

Tiempo de reclusión: 1 año 6 meses

realizaba, se destaca la relación de la madre con la hermana mayor María como armónica, ().

Manuel relata que aproximadamente a sus 6 años su padre trajo a vivir a la casa familiar a Víctor un joven que trabajaba como ayudante de albañilería. Tanto Jorge, como María y Manuel fueron abusados sexualmente () por Víctor durante varios meses, en el momento en que se descubrieron las violaciones el padre no creyó en la acusación de los niños y la reacción de la madre fue echar de la casa a Víctor.

Años más tarde Jorge y Manuel comenzaron a agredir sexualmente () a sus hermanos menores Isabel, Elio y Luís. A partir de la denuncia que se hizo contra Jorge y Manuel los padres se separaron (- - † - -) debido a la denuncia interpuesta en contra de los hijos por violación, el padre huyó con Jorge y Manuel fue remitido al Centro de rehabilitación con una condena de un año y seis meses.

Incidentes críticos de las sesiones

Síntesis de las entrevistas

Primera sesión (Tiempo: 50 minutos)

Manuel se mostró reacio a hablar al principio de la entrevista, se le preguntó de sus aficiones, deportes que practicaba, música que prefería, para poder entablar una conversación con él. Se habló de su próxima salida, de lo feliz que estaría al estar tan próxima esa ocasión, de la fecha de salida, de los papeles que tenía que presentar.

Se le interrogó respecto a lo que más extrañaría de la institución con el objetivo de encontrar algún tema agradable a él para disminuir la actitud negativa que tenía, él mencionó que no extrañaría nada, la conversación continuó respecto a la comida de la institución o otros temas relacionados, Manuel empezó a relatar que gusta mucho de cocinar y añadió que quería estudiar para ser chef y que existían planes con su mamá para abrir un restaurante donde todos sus hermanos podrán ayudar.

La conversación con Manuel en este punto giró en torno al negocio de su madre, los pormenores de la venta, la manera en la que los hijos cooperaban con ella y la urgencia que tiene de salir para ayudarla, lo cual se retroalimentó positivamente. Se cerró la entrevista comentando lo poco que faltaba para su salida y que pronto estaría haciendo lo que tanto anhelaba. Se quedó para volver a conversar en dos días.

En esta sesión se trató de establecer un buen rapport con Manuel, se evitó presionarlo dirigiendo la conversación hacia ningún tema de conversación en especial más bien se permitió que el dirija la conversación a los puntos que le agradaban.

Segunda sesión (Tiempo. 45 minutos)

A los dos días de la sesión anterior se realizó la presente sesión, cuando llegó Manuel a la entrevista se le entregó un folleto que contenía propaganda de un instituto gastronómico, esto con el fin de motivarlo en su inclinación a la gastronomía, él se entusiasmó mucho con la idea de estudiar, se hizo planes para ir al instituto al quedar libre, indicó que podía estudiar gastronomía en la mañana, ir al colegio en la tarde y ayudar a su mamá en la noche.

Se conversó bastante respecto a sus planes futuros y al desarrollo de sus clases en el colegio, en los momentos en los que se tocaba el tema familiar, por ejemplo el cómo se llevaba con sus hermanos se ponía tenso, por tanto no se volvió a tocar el tema y se continuo hablando de sus aficiones, especialmente de la gastronomía. Se terminó la entrevista preguntando si estaba tranquilo ya que su salida estaba tan próxima, relató que se sentía un poco inquieto pero no quiso comentar mas del asunto en ese momento. Se quedó para la siguiente sesión la cual sería en cinco días.

Manuel era un cliente visitante ya que no venía por su propia voluntad. Se trabajó mucho en el rapport para lograr una relación de confianza con el cliente. Una vez establecida esta relación se esperó el momento oportuno para delimitar los objetivos de la intervención de acuerdo a las necesidades y requerimientos que el cliente tendría.

Tercera sesión (Tiempo: 60 minutos)

Después de cinco días se realizó la presente sesión, al inicio de la entrevista se notó a Manuel mas dispuesto a hablar, tenía una actitud abierta a la conversación, ya no estaba sentado en la posición rígida y a la defensiva de las entrevistas anteriores, se comenzó la conversación con preguntas triviales.

Manuel era uno de los pocos internos que tenían autorización para salir a estudiar a un colegio a unas cuadras de la institución debido a su buen comportamiento. Se comentó al respecto, la conversación giro en torno a sus clases y el colegio.

Durante la conversación Manuel tocó el tema respecto al miedo que tenía a no poder salir en libertad tal como lo había esperado tanto tiempo debido a los delitos cometidos, este fue el primer acercamiento que se tuvo al delito cometido. En este punto

en vez de hablar sobre el delito y los detalles se utilizó la pregunta milagro para que Manuel visualice un momento sin el problema y poder convertirlo en meta.

Se aprovechó ese primer acercamiento al delito para hacer la pregunta milagro: “Imagínate si en la noche ocurre un milagro y este problema que tuviste con tus hermanitos desaparece. ¿Qué haría que te des cuenta que sucedió el milagro?” Manuel relata que sus hermanitos no lo miran mal, ya no desconfían de él, ni se escapan cuando lo veían.

A partir de ese momento se encontró el objetivo que marcaría todo el proceso terapéutico, se le explicó a Manuel que ese milagro podría ser real si se trabajaba en ello, él se mostró entusiasmado en lograr aquello que se imaginó.

De esta manera se encontraron los objetivos de la intervención, primero el acercamiento al delito permitió hacer la pregunta milagro, de esta manera se encontraron los objetivos en los que se trabajaría, el objetivo secundario que era el llevarse bien con sus hermanitos y el objetivo principal que llevaría al anterior el cual sería el control de impulsos violentos.

A partir de ello Manuel se convirtió de un cliente visitante a un cliente comprador, pues él ya tenía un objetivo que quería trabajar. El problema que enfoca Manuel se origina según él en la conducta de agresión sexual, comenta que esos impulsos no lo dejaban vivir tranquilo, hasta el punto que en ocasiones tenía que dejar de hacer lo que estaba haciendo e ir a violar a sus hermanitos.

Respecto a la atribución que le da al origen del problema Manuel relata que cuando veía a sus hermanitos le recordaba lo que le sucedió a él y sus hermanos

mayores. Manuel relató los detalles del abuso sexual que habían sido víctimas él, su hermana María y su hermano Jorge a manos de Víctor, narró con lágrimas en los ojos lo sufrido y como esa experiencia se le venía a la mente y pensaba como sus hermanos menores estaban ahora tan tranquilos en comparación a lo que habían sufrido él y sus hermanos mayores cuando habían sido violados por Víctor, por tanto Manuel quería hacer sufrir a sus hermanos lo que él había sufrido.

Literalmente la terapeuta lo contuvo agarrándolo del brazo mientras lloraba, comentando lo duro que debió haber sufrido una agresión como esa a la edad que tenía, mencionando lo fuerte que había sido, se le demostró que no se lo juzgaba, más bien se comprendía lo que había vivido y lo que había sufrido de niño, se comentó lo valiente que había tenido que ser en esos momentos, que él era un sobreviviente y que se quería ayudarlo.

Manuel lloró por lo que había hecho a sus hermanitos, dijo que estaba arrepentido y que no lo volvería a hacer, aunque mostró sinceramente sus dudas respecto a lo que ocurriría cuando él vuelva a su casa, volvió insistir en su deseo de controlar sus impulsos agresivos.

Se reforzó el hecho de que Manuel reconocía que lo que hizo fue incorrecto, que es muy bueno que busque estrategias para no volver a cometer agresiones, se encomió esa actitud, se mencionó que sus hermanitos notan y agradecen su arrepentimiento y sus deseos de controlar los impulsos.

Se dio a Manuel la tarea de describir con más detalle los cambios que abrían si ocurriese el milagro, encontrar que cosas más cambiarían en su casa, como cambiaría la

actitud de su madre, de su hermana mayor con él, etc. Se quedó en que la siguiente sesión sería en tres días como estaba programado.

Cuarta sesión (Tiempo: 60 minutos)

La sesión no se pudo realizar en la fecha indicada debido a una actividad que tenían los internos, se la realizó después de siete días, Manuel llegó de buen ánimo contó que sus papeles estaban ya completos y esperaba irse pronto, quería que se siga avanzando en su terapia.

Detalló lo que había escrito respecto al milagro, se habló mucho al respecto esperando que Manuel visualice más esas ideas. Una vez logrado esto se habló de las soluciones intentadas, mencionó que trataba de mantenerse ocupado, mediante lavar ropa, salir a ayudar a su mamá. Estas soluciones según relata no funcionaban.

Se buscó excepciones dentro de éstas, mencionó que hacía cosas que le gustaban y eso hacía que olvide y desaparezca el deseo de ir a agredir a sus hermanitos, lo que hacía era ir a jugar fútbol con sus amigos, quedarse ayudando a su mamá, estas excepciones encontradas eran deliberadas, se las elogió indicando que estas justamente eran deliberadas y que Manuel ya había encontrado algunos recursos para controlar sus impulsos.

Se ponderó estos intentos de controlar los impulsos, se reforzó la gratificación de Manuel que es la de llevarse bien con sus hermanos, recordando que esos esfuerzos tienen un premio que tiene que ver con el bienestar de su familia. Se elogió lo valiente que había sido al soportar lo que le sucedió y por tratar de controlar sus impulsos por sus hermanitos.

Se utilizó la escala de De Sasher (1993), para obtener la línea base del control del impulso y las preguntas de refuerzo para buscar en los recursos de Manuel conductas alternativas. Al trabajar con las escalas se le preguntó a Manuel en una escala del número uno al número diez donde uno es bajo control y diez control total en que número considera que esta en relación cuanto puede controlar esos impulsos agresivos, respondió que cinco.

Se trabajó con preguntas de refuerzo, éstas ayudan a fortalecer la solución una vez que se ha encontrado una conducta alternativa, la pregunta refuerzo permite buscar más conductas alternativas y lograr avanzar en la escala por ejemplo ¿Qué harías para llegar al número seis?, luego que se encontró la conducta que fue salir con amigos ya que se distrae piensa en otras cosas y vuelve a su casa relajado, se continuó con ¿Qué más harías para llegar al número siete? De esta manera se buscaba encontrar conductas alternativas, las cuales fueron salir a fiestas, tener más amigas.

Al final de la sesión se dio la tarea de pensar en los momentos en los que él y sus hermanos habían disfrutaban juntos momentos felices. Se quedó para la próxima sesión en tres días.

Quinta sesión (Tiempo: 50 minutos)

Después de tres días se realizó la presente sesión, se trabajó en base a la tarea dada, los momentos en los que Manuel tenía una buena relación con sus hermanos, Manuel recordó que en momentos en los que él jugaba con ellos se divertía mucho, se buscaron mas excepciones a la conducta agresiva, describió conductas alternativas en las que trataba de evitar estar a solas con sus hermanos. Se habló de otras conductas alternativas que Manuel prefería hacer, como salir con sus amigos, cocinar, etc.

Manuel tocó el tema de cómo llegar a lograr que sus hermanitos se acerquen a él sin miedo, se volvió hablar de la escala donde Manuel ubica el miedo de sus hermanitos a él en un dos. Se le preguntó que tendría que hacer para llegar a un tres, después de pensar un momento Manuel comenta que sus hermanitos tienen problemas con las tareas de matemáticas y él podría ayudarles, se le reforzó con comentarios positivos.

Se continuó fortaleciendo los pasos dirigidos al objetivo de mejorar la relación con sus hermanitos preguntando: “Cuando tus hermanitos ya estén en el número ocho ¿Que tendrías que hacer para que lleguen al número siete?” Manuel refiere que debería ocuparse más en lo que necesitan sus hermanitos, se le pregunta qué cosas debería hacer, menciona que almuercen a la hora, se hizo comentarios positivos sobre lo que Manuel hará al salir y se trató de retomar la escala de la agresión.

Manuel quiso hablar sobre la rabia que sentía hacia Víctor por lo que él y sus hermanos pasaron, habló del abandono de su padre con mucho dolor, se lo contó se mostró a Manuel que era un sobreviviente y que la vida le tenía muchas sorpresas gratas por delante y entre esas cosas corregir sus errores y él tenía la oportunidad de hacerlo. Se planeó trabajar la rabia que sentía hacia su agresor.

En esta sesión se dejó la tarea de escribir cosas agradables que le hubiesen sucedido en las relaciones con sus amigos, esto con el fin de reforzar las relaciones sociales a fin de que Manuel retome su vida al salir de la institución. Esta fue la última sesión en la próxima fecha ya Manuel había salido libre.

Aunque Manuel presentaba graves conflictos y temores respecto a sus impulsos sexuales se destaca que no negó el delito cometido, se mostró arrepentido y con deseos

profundos de evitar esa conducta, mostró interés por sus hermanitos especialmente respecto a la relación con ellos, no existían distorsiones en sus ideas respecto a la agresión, tuvo claro que la agresión realizada contra sus hermanos fue realmente muy mala y quería rectificar lo realizado.

Manuel tenía resentimiento contra su agresor, cosas pendientes por hablar respecto a la actitud del padre cuando éste se enteró de las agresiones que habían sufrido él y sus hermanos, de la diferencia que hizo entre Manuel y su hermano mayor cuando se enteró que ambos agredían a sus hermanos menores, se escuchó, se comprendió, se empatizó con Manuel, lamentablemente estos puntos finales no se pudieron completar con terapia por las circunstancias ya que Manuel salió en libertad y no volvió más a la institución.

Tabla No. 2 Síntesis de la Intervención Caso Manuel

Dificultad	Objetivo	Técnica utilizada	Recurso del cliente	Preguntas de ampliación	Técnica de refuerzo
Cliente visitante	Generar un objetivo de interés	Pregunta milagro	Imagina llevarse bien con sus hermanos, que no lo vean con miedo		Elogios
Impulso agresivo	Controlar y evitar el impulso agresivo	Escalas	Control del impulso en la escala número cinco	¿Qué crees que debes hacer para subir un punto?	
		Búsqueda de excepciones	Pensar en otra cosa Salir de la habitación donde estaban sus hermanos Salir a jugar fútbol No ir a la casa sabiendo que sus hermanos están solos		Comentarios positivos Se elogió su fuerza de voluntad
Sus hermanitos le tienen miedo	Lograr que sus hermanitos se le acerquen	Escala	Ayudar hacer las tareas a sus hermanitos.	¿Qué harías para que pasen del número dos al número tres?	
			Asegurarse que estén atendidos Darles el almuerzo a la hora	¿Qué harías para que pasen del número tres al cuatro?	
Recuerdos malos con sus hermanitos		Tareas	Pensar en los momentos en los que él y sus hermanos disfrutaban juntos de momentos felices.		

Por los estudios mencionados el adolescente agresor sexual puede ser el resultado de una victimización sexual previa, por tanto es necesario considerar los modelos que explican los efectos del trauma. Tenemos el modelo de los efectos del trauma (Rasmussen, 2000), el cual indica que las conductas sexuales abusivas son una respuesta posible a una experiencia traumática (Figura No. 1). Finkelhor y Browne (1986) utiliza su modelo traumatogénico para tratar de explicar por qué algunos niños van a atentar contra la otros (Figura No. 2).

CONCLUSIONES

Considerando los obstáculos que se tiene para realizar terapia dentro de los centros penitenciarios como ser: la falta de un ambiente adecuado, la predisposición negativa de los internos al terapeuta, era primordial encontrar una terapia adecuada para alcanzar los objetivos.

La terapia breve centrada en soluciones permitió en corto tiempo como fueron cinco sesiones tratar la problemática principal del interno en esta intervención, siendo esta problemática la principal en centros de rehabilitación de adolescentes, ya que la falta de control de impulsos lleva a la mayoría de adolescentes a cometer delitos de diversa índole.

La eficacia de la terapia breve centrada en soluciones se encuentra comprobada en este caso ya que se alcanzó las metas propuestas, estas fueron encontrar los recursos en el interno para poder ejercer control de sus impulsos agresivos y la de reorganizar los vínculos familiares rotos por la ejecución del delito. Mediante las técnicas de la terapia breve centrada en soluciones se encontraron los recursos en el mismo interno, mediante

metas por concebir, las excepciones las que se fortalecieron por medio de elogios, y se enseñaron a ampliar estos recursos mediante el uso de escalas.

La eficiencia de la terapia centrada en soluciones se encuentra justificada ya que en este caso de agresión sexual se requería cumplir el máximo de objetivos y se tenía un corto periodo de tiempo, por tanto en este caso se cumplió con todos los objetivos propuestos, el de identificar al cliente según la terapia centrada en soluciones, cambiar la disposición de Manuel de cliente visitante a cliente demandante, de generar un objetivo el cual fue el control de impulsos y mejorar la relación con sus hermanos. Estos objetivos fueron logrados en cinco sesiones.

Tanto la eficacia como la eficiencia de la terapia breve centrada en soluciones hace que sus técnicas sean idóneas para trabajar con internos adolescentes en centros de rehabilitación, no sólo con adolescentes con un historial delictivo de agresión sexual sino de todo tipo de delitos en los que está envuelta la falta de control de impulsos.

El identificar el tipo de cliente según la terapia centrada en soluciones permite utilizar estrategias de sus mismas técnicas como la pregunta milagro para transformar al interno de visitante a demandante, ya que generalmente llega obligado y reacio a iniciar la terapia. La pregunta milagro ayudó en el presente caso a encontrar la meta que guió nuestra intervención.

La meta que se buscó fue la de reorganizar los vínculos familiares del interno mediante las escalas, el mismo interno encontró estrategias para poder cerrar paulatinamente la brecha que había entre él y sus hermanos. Siendo esta la meta premio ya que Manuel desea más que otra cosa mejorar la relación con sus hermanos menores, él estaba dispuesto a trabajar en lo que se necesitase para lograr aquello, por tanto se

trabajó paralelamente con la meta principal la cual fue el control de impulsos violentos, logrando cumplir los objetivos planteados al inicio de la terapia.

De acuerdo a los estudios realizados por Veneziano, Veneziano, y LeGrand, (2000), Ramírez (2002), Connolly y Woollons, (2008), Grant, Indermaur, Thornton, Stevens, Charmarette y Halse, (2009), existe una elevada posibilidad de que personas que han sido agredidas sexualmente de niños lleguen en el futuro a agredir sexualmente, el estudio de este caso nos confirma el supuesto, más nos permite la posibilidad de lograr la rehabilitación de estas personas con la terapia adecuada como se ha demostrado.

Es importante mencionar que la ausencia de afecto, reconocimiento y protección de sus padres especialmente en el momento en el que Manuel fue agredido son un factor importante en su conducta agresiva años después, ya que la falta de reconocimiento de su sufrimiento se expresó tiempo después cuando él mismo reconoce que le daba rabia que sus hermanos no sufran lo que él había sufrido, siendo esta la primera motivación para agredirlos sexualmente.

La falta de tratamiento psicoterapéutico a Manuel como víctima en el momento en el que fue violado determinó un estilo de afrontamiento inadecuado y el surgimiento de problemas de conducta por la falta de control de impulsos en el inicio de su adolescencia.

Existe un patrón que sigue el victimario en su conducta agresiva, de acuerdo a este estudio se observa que ese patrón se puede cortar fortaleciendo las estrategias del mismo agresor en el control de impulsos agresivos. La generación de metas contrarias a los resultados de la agresión permite reforzar este control.

La complejidad del caso siendo Manuel víctima de violación cuando niño y victimario años después al violar él a sus hermanos menores, hizo que existieran demandas del cliente para tratarlo como víctima, por tanto se hizo necesario salir del enfoque centrado en soluciones durante la terapia en el momento en el que se requirió intervenir a la víctima, se utilizó el enfoque narrativo en el cual el cliente pudo expresar lo que le sucedió a él y a sus hermanos cuando fueron violados, expresó la rabia que sentía hacia su agresor.

Aunque se abandonó momentáneamente la terapia centrada en soluciones se la retomó inmediatamente fortaleciendo los recursos que el cliente había demostrado en momentos tan difíciles como esos.

El proceso terapéutico al no ser rígido, estar centrado en el cliente y lo que él podía hacer, permitió generar confianza en sí mismo y seguridad en que podía controlar sus impulsos agresivos. Al no tocar la problemática de la violación de Manuel a sus hermanos, ni al inicio, ni durante el proceso terapéutico por parte del terapeuta, dio lugar a que el cliente se exprese con más confianza y seguridad y que sienta que se deseaba ayudarlo. También el hecho de no tocar el origen del delito hizo que no se sintiese estigmatizado por la problemática de su caso.

La terapia centrada en soluciones aplicada a la psicoterapia en centros penitenciarios abre las puertas al tratamiento de muchas conductas patológicas que hacen que los internos reincidan, esta terapia permitiría lograr que el interno encuentre aquellos recursos propios y los fortalezca haciendo su posibilidad de reinserción mayor.

Es importante el papel del terapeuta en el manejo de casos como los de agresión sexual ya que la flexibilidad en el manejo de la terapia permitirá una intervención global al cliente cubriendo todas sus necesidades tanto en el logro de metas como en la cura de

heridas emocionales. Aunque esta investigación es sólo un estudio de caso permiten una guía para futuras intervenciones.

Se considera importante tener una visión amplia del funcionamiento familiar para lo cual se utilizó el genograma, no con el fin de identificar y rebuscar los motivos del problema, sino con el fin de empatizar a profundidad con el cliente, poder encontrar metas deseadas por el cliente como sucedió en este caso. Tener una visión de la estructura familiar ayuda a co-construir con el cliente metas beneficiosas para él.

Es primordial trabajar con niños que han sido agredidos sexualmente ya que esto permitirá prevenir futuras agresiones, y logrará que el niño elabore la experiencia sufrida y responda de manera asertiva más adelante a sucesos que podrían provocar revictimizarlos o volverlos agresores.

El terapeuta debe tener habilidades específicas para trabajar con niños que han sufrido abuso sexual. Un psicólogo tiene que reevaluar su estilo terapéutico y sus técnicas para trabajar la problemática de violación, dentro de la que se debe tener como habilidad fundamental la empatía, tener especial cuidado con la actitud con la que se encara la problemática y principalmente tener los conocimientos teóricos actualizados que permitirán adentrarse en el manejo adecuado de la terapia.

Es muy importante en el trabajo con agresores sexuales el tener una empatía muy profunda, porque debido a la crueldad del delito y las características de las víctimas las cuales son niños muy pequeños se suele perder la perspectiva por tanto es primordial retomar las veces que sean necesarias el enfoque principal. Se tiene que ayudar a buscar soluciones al cliente, se debe verlo como un ser humano no como un violador, externalizar la conducta agresiva y tratar a la persona.

Yung escribió: “El hombre sano no tortura a otros. Por lo general, es el torturado, el que se convierte en torturador”. Sin perder de vista esta visión el terapeuta experto observa a la persona más allá del delito. Y es capaz de tratar tanto a la víctima como al victimario.

Artículo recibido en: 18 de noviembre de 2010

Manejado por: Editor en Jefe- IICC

Aceptado en: 09 de febrero de 2011

REFERENCIAS

1. Aylanda, L. y Westa, B. (2006). *The Good Way model: A strengths-based approach for working with young people, especially those with intellectual difficulties, who have sexually abusive behavior*. [Journal of Sexual Aggression](#), Volume [12](#), pages 189 – 201.
2. Beauregard, E. (2009). *Rape and sexual assault in investigative psychology: the contribution of sex offenders' research to offender profiling*. *Journal of Investigative Psychology and Offender Profiling*. [Volume 7, Issue 1](#), pages 1–13.
3. Beyebach, M. (2010). *Introducción a la terapia breve centrada en las soluciones*. Disponible en:
4. Código Penal de la República de Bolivia, *Ley No. 1768*, de 11 de Marzo de 1997.
5. Connolly, M. Woollons, R. (2008). *Childhood sexual experience and adult offending: an exploratory comparison of three criminal groups*. *Child Abuse Review*. [Volume 17, Issue 2](#), pages 119–132.

6. De Shazer, S. (1989). *Pautas de terapia familiar breve: Un enfoque ecosistémico*. Barcelona: Editorial Paidós.
7. Debelle, G., Ward, M., Burnham, J., Jamieson R., Ginty, M. (2006). *Evaluation of intervention programmes for juvenile sex offenders: Questions and dilemmas*. Child Abuse Review. Volume 2, Issue 2, June 1993, Pages: 75–85.
8. Echeburúa, E. (1994). *Personalidades violentas*. Madrid: Editorial Pirámide
9. Finkelhor D. (1987). *The Trauma of Child Sexual Abuse: Two Models*. Journal Interpers Violence. 2: 348-366,
10. Furman, B. (1998). *It's never too late to have a happy childhood. From adversity to resilience*. London: BT Press. British Journal of Psychiatry, 169, 408-415.
11. Henggeler, S., Schonwald S., Borduin C., Rowland M. y Cunningham P. (2009). *Therapy for antisocial behavior in children and adolescents. The Guilford Press. United States of America*. Disponible en: http://books.google.com.bo/books?hl=es&lr=&id=_IvhFMU67ooC&oi=fnd&pg=PA1&dq=systemic+therapy+solution+focused+adolescent+sex+offenders&ots=7LnsAiUMw&sig=fKB4vHjVioeWwb6gWPSPeE9M4Lk#v=onepage&q&f=false
12. Hilton, M.R., Mezey, G.C. (1996). *Victims and perpetrators of child sexual abuse*. British Journal of Psychiatry, 169, 408-415.
13. Gallardo, J.A. (1997a). *El maltrato infantil en la familia*. Revista Psicopatología infantil 1, 245-257.
14. García, R. (2010). *Utilidad de la integración y convergencia de los métodos cualitativos y cuantitativos en las investigaciones en salud*. Revista Cubana de Salud Pública. Vol.36 n.1.
15. Grant, J., Indermaur, D., Thornton, J., Stevens, G., Charmarette, C. y Halse, A. (2009). *Intrafamilial adolescent sex offenders: psychological factors and treatment issues*. Criminal Research Council. Disponible en: <http://www.criminologyresearchcouncil.gov.au/reports/05-0304.pdf>.

16. Gundermann, H. K. (2008). "El método de los estudios de casos". En: Tarrés, M. L. (Ed.), *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social* (pp. 249-284). México: Porrúa, El Colegio de México.
17. Kim Berg, I. y Reuss, N.H. (1998). *Solutions: Step by Step*. W.W. New York. Norton & Company.
18. Lau, M. y Kristensen, E. (2007). *Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial childhood sexual abuse: a randomized controlled study*. Acta Psychiatrica Scandinavica. [Volume 116, Issue 2](#), pages 96–104.
19. Lee, S. y Oshlag, J. (2007). *Terapia Centrada en Soluciones con Clientes Obligados*. Hipnopolis. Organismo no oficial de la asociación de institutos y centros Milton H. Erickson de América Latina Año 5, N° 1, Nueva Era, marzo de 2007.
20. Llanos, M. y cols. (2001). *Terapia de reparación en víctimas de abuso sexual*. Revista Psykhé, vol. 10, No. 2, pág.53 a 70.
21. López, F. (1995). *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual*. Salamanca: Amarú Ediciones.
22. Madanés C. (1993). *Sexo, amor y violencia. Estrategias de transformación*. Barcelona. Ediciones Paidós Iberica.
23. OMS. Organización Mundial de la Salud, (2010). *Maltrato Infantil*. Disponible en: <http://www.amro.who.int/spanish/ad/fch/ca/si-maltrato1.pdf>
24. OPS. Organización Panamericana de la Salud, (2010). *Violencia contra la niñez*. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=9231&SE=SN>
25. Ronis S. y Borduin C. (2007). *Individual, Family, Peer, and Academic Characteristics of Male Juvenile Sexual Offenders*. Journal Abnorm Child Psychol 35:153–163

26. Rasmussen L., (2000). *The Trauma Outcome Process: An Integrated Model for Guiding Clinical Practice with Children with Sexually Abusive Behavior Problems*. [Journal of Child Sexual Abuse](#), Volume 8, Issue 4, pages 3 - 33
27. Rodríguez G, Flores J, y García E. (1999). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Málaga: Aljibe
28. Sander, B. (1990). *Educación, administración y calidad de vida* Buenos Aires: Edit.Santillana. Aula XXI, 1990, p. 151-153.
29. Schmucker, M. y Lösel, F.(2008). *Does sexual offender treatment work? A systematic review of outcome evaluations*. [Psicothema](#); 2008, Vol. 20 Issue 1, p10-19.
30. Skuse, D., Bentovim, A., Hodges, J., Stevenson, J., Andreu, C., Lanyado, M., New, M., Williams, B., McMillan, D. (1998). *Risk factors for development of sexually abusive behaviour in sexually victimised adolescent boys: cross sectional study*. British Medical Journal, 317, 175-179.
31. Sierra, JC. (2006). *Manual de Psicología Forense*. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid-España.
32. Tarragona, M. (2006) *Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones* Revista Psicología Conductual, Vol. 14, N° 3, 2006, pp. 511-532.
33. Tarrez, ML. (2008). *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Mexico. Disponible en: http://books.google.com.bo/books?id=3b9CdG8fMbIC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
34. Trepper, F., Dolan, Y., McCollum, E. y Nekon, T. (2007). *Steve de Shazer y el futuro de la terapia centrada en soluciones*. Hipnopolis.Organo no oficial de la

- asociacion de institutos y centros Milton H. Erickson de America Latina Año 5, N° 1, Nueva Era, marzo de 2007.
35. Tovar, C. y García J. (2008). *Un caso de terapia constructivista-sistémica con un delincuente institucionalizado*. Apuntes de Psicología. Vol. 26, número 2, págs. 379-392.
36. Ullin P., Robinson E. y Tolley E. (2006). *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos*. Washington: OPS
37. Urquiza, A.J. y Winn, C. (1994). *Treatment for abused an neglected children: Infancy to age 18*. US Government Printing Office. US Department of Health and Human Services, National Center of Child Abuse and Neglect, Washington.
38. Veneziano, C., Veneziano, L. y LeGrand, S. (2000). The relationship between adolescent sex offender behaviors and victim characteristics with prior victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 363-374.
39. [Webster](#), S., [Bowers](#), L., [Mann](#), R., and [Marshall](#), W., (2005). [Developing Empathy in Sexual Offenders: The Value of Offence Re-Enactments](#). [Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment](#), [Volume 17, Number 1](#), Pages 63-77.
40. Wolak, J., Finkelhor, D. y Mitchell K. (2008). *“Predators” and Their Victims Myths, Realities, and Implications for Prevention and Treatment*. American psychologist. Disponible en: <http://www.apa.org/pubs/journals/releases/amp-632111.pdf>
41. Yapu, M., Arnold, D., Spedding, A., Pereira, R. (2006). *Pautas metodológicas para investigaciones cualitativas y cuantitativas en ciencias sociales y humanas*. La Paz: UPIEB.