

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Propuesta Metodológica para el Fomento de la Alianza
Terapéutica, en la Intervención de Delitos Sexuales**

Proyecto de Investigación

Doménica Michelle Unda Rodríguez

Psicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Psicólogo Clínico

Quito, 2 de diciembre de 2018

Universidad San Francisco de Quito USFQ
Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN

**Propuesta Metodológica para el Fomento de la Alianza
Terapéutica, en la Intervención de Delitos Sexuales**

Doménica Michelle Unda Rodríguez

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Daniela Verónica Ziritt Cruz, MSc.
Master of Brain and Mind Sciences

Firma del profesor

Quito, 2 de diciembre de 2018

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante:

Nombres y apellidos:

Doménica Michelle Unda Rodríguez

Código:

00128389

Cédula de Identidad:

1716637655

Lugar y fecha:

Quito, 2 de diciembre de 2018

RESUMEN

La alianza terapéutica explica la relación que existe entre el terapeuta y el cliente dentro del proceso terapéutico, la calidad de la alianza terapéutica es el mejor predictor de los resultados clínicos positivos de la psicoterapia. Las malas alianzas terapéuticas entre agresores sexuales y sus terapeutas aumentan el riesgo de abandono del proceso y la posterior reincidencia a largo plazo. Por lo tanto, los resultados no favorables no se atribuyen únicamente a los déficits del agresor, sino que se debe considerar un desajuste entre el programa y, las necesidades y motivaciones del cliente. Este trabajo de investigación propone la implementación de una guía para desarrollar y mantener la relación terapéutica con clientes que han cometido algún crimen sexual teniendo como consecuencia la disminución de reincidencia.

Palabras clave: Alianza Terapéutica, Alianza Terapéutica Grupal, Agresor Sexual, Reincidencia, Habilidades Terapéuticas, Terapia Grupal, Guía.

ABSTRACT

The therapeutic alliance explains the relationship between the therapist and the client within the therapeutic process, the quality of the therapeutic alliance is the best predictor of a positive clinical results of psychotherapy. A bad therapeutic alliance between sexual aggressors and their therapists increase the risk of abandonment of the process and the subsequent long-term recidivism. Therefore, the unfavorable results are not attributed only to the deficits of the aggressor, but should be considered a mismatch between the program and the needs and motivations of the client. This research project proposes the implementation of a guide to develop and maintain the therapeutic relationship with clients who have committed a sexual crime, resulting in a decrease in recidivism.

Keywords: Therapeutic Alliance, Therapeutic Alliance in Group, Sexual Aggressor, Recidivism, Therapeutic Skills, Group Therapy, Guide.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	8
Revisión de literatura	13
Metodología.....	35
Resultados esperados.....	43
Discusión.....	45
Referencias.....	48
ANEXO A: Formulario de consentimiento informado	55
ANEXO B: Guía terapéutica	57
ANEXO C: Herramientas para el levantamiento de información	74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla # 1 Perfil de reincidentes y no reincidentes	19
---	-----------

Introducción

La calidad de la alianza terapéutica es el mejor predictor de los resultados clínicos positivos de la psicoterapia (Nakash, Nagar & Levav, 2015). Este proceso dinámico entre el paciente y el terapeuta es un mecanismo importante de cambio enfocado en sí mismo, en la medida en que brinda a los pacientes la experiencia de negociar constructivamente las necesidades competitivas de uno mismo y otros. Tal negociación se considera un logro de desarrollo, así como un desafío interpersonal continuo que avanza a lo largo de la vida (Nakash & Alegria, 2013).

Al interactuar con otro ser humano, es importante tomar en cuenta que pueden existir momentos de tensión interpersonal entre el paciente y el terapeuta. Estos momentos de tensión representan coyunturas críticas para la atención teórica y clínica. Aunque se han utilizado muchos términos para describir estos momentos, incluido el de fracaso empático, los eventos de malentendidos, tal vez se los denomine más comúnmente en el campo de la investigación en psicoterapia como rupturas en la alianza terapéutica (Marshall & Serran, 2004).

Además, debido a que las rupturas de la alianza son fenómenos teóricos, su manejo efectivo es relevante y significativo para los médicos de todas las orientaciones. La calidad de la relación entre el cliente y el terapeuta representa el 25% de la varianza en la eficacia del tratamiento de la terapia, reflejando los hallazgos de los tratamientos psicoterapéuticos generales (Marshall & Serran, 2004).

Si bien la investigación en psicoterapia demuestra consistentemente que la calidad de la alianza terapéutica es uno de los mejores predictores de resultados, no especifica qué sucede con la alianza terapéutica al momento de tratar con clientes que han cometido delitos que atentan contra las normas sociales, como los agresores sexuales.

El tratamiento de los delincuentes sexuales ha despertado considerable atención en las últimas dos décadas. En la mayoría de los casos, se consigue la rehabilitación y reinserción en la comunidad a través de tratamientos efectivos que tienen como objetivo primordial prevenir ofensas futuras.

El estudio longitudinal de Cann, Falshaw y Friendship (2004), que investiga la reincidencia en delincuentes sexuales, encontró que el 25% fueron reconvenidos por delitos sexuales, durante un período de seguimiento de 21 años. Apoyó la idea de que los delincuentes sexuales que habían sido liberados en la comunidad demostraron una prolongada probabilidad de ofender a otras poblaciones, una que a menudo ocurría muchos años después de la liberación.

Las malas alianzas terapéuticas entre los delincuentes y sus terapeutas aumentan el riesgo de abandono del proceso y la posterior reincidencia a largo plazo. Por lo tanto, los resultados no exitosos no se deben atribuir únicamente a los déficits del delincuente, sino que se debe considerar un desajuste entre el programa y, las necesidades y motivaciones del agresor (Padrón, 2014).

Problema

La literatura que investiga el impacto del trabajo con delincuentes sexuales se ha centrado generalmente en aspectos negativos como el estrés y el agotamiento personal y profesional, asimismo otros problemas emergentes que incluyen la pérdida de inocencia y confianza como resultado de su trabajo, y desensibilización emocional al concepto de abuso, por ejemplo.

Se ha encontrado una variedad de mecanismos de afrontamiento, incluido el trabajo en estrecha colaboración con colegas, supervisión y capacitación, delineando claramente entre el trabajo, la vida hogareña y los pasatiempos, ayuda a contrarrestar estos problemas. Otro mecanismo de afrontamiento es el lograr separar al delincuente

cognitivamente de su ofensa. Los resultados positivos han incluido un sentido de recompensa y desafío, presenciar el cambio personal de los agresores y establecer una buena camaradería con los colegas del trabajo.

Sin embargo, no todos los psicólogos profesionales pueden desarrollar estos diferentes mecanismos positivos de afrontamiento que contrarrestan los resultados “negativos” que se pueden presentar al momento de trabajar con agresores sexuales durante un largo período de tiempo.

Existen varios estudios que se han llevado a cabo sobre alianza terapéutica que han permitido refinar los protocolos de entrenamiento para mejorar las habilidades de los terapeutas para detectar y trabajar constructivamente con rupturas de alianzas y procesos terapéuticos negativos . Los profesionales que muestran calidez, auto-revelación, humor, confianza y que pueden infundir esperanza en sus clientes, demuestran el mayor éxito en los resultados de la intervención. A diferencia de cuando un terapeuta tiene rasgos fríos, excesivamente críticos y autoritarios que impiden el cambio (Collins & Nee, 2010).

Los profesionales en entrenamiento deberían ser capaces de crear e implementar algunas habilidades psicoterapéuticas en entrevistas clínicas que podrían ayudar a los pacientes a explorar sentimientos positivos y negativos.

Entre estas habilidades básicas podemos encontrar la escucha, consiste en la actitud del entrevistador (postura, gestos, tono de voz); atenciones a lo no explícito, prestar atención no solo a lo que el cliente expresa sino también a lo que no se dice; facilitadores, el terapeuta da señales al cliente para que continúe con la narrativa (gestos con las manos); paráfrasis, la repetición de la idea expresada por parte del paciente; reflexión empática, formular lo mencionado por el paciente y asociarlo con un sentimiento o una emoción; preguntas abiertas, aquellas que requieren de elaboración

(no es una pregunta de sí o no); aclaración, se le solicita al cliente que especifique o aclare un significado concreto de una palabra o algún aspecto de su narrativa; entre otros (Collins & Nee, 2010).

Existen muy pocos estudios publicados que se ocupen de la evaluación de programas de capacitación para habilidades en entrevistas clínicas. Sin embargo, la investigación ha respaldado la importancia del desarrollo de las habilidades terapéuticas para poder formar una fuerte alianza terapéutica.

Es por eso que he decidido centrar el tema principal de este proyecto de tesis en la creación de un protocolo que se enfoque en el desarrollo y mantenimiento de habilidades psicoterapéuticas para poder intervenir pacientes con antecedentes de crímenes sexuales. De esta manera, se podrá, de cierta forma, regular no solo el tratamiento para estos pacientes sino también el poder controlar y mantener una alianza terapéutica estable. Con la aplicación de esta guía, los profesionales no tendrán consecuencias negativas dentro de la consulta ni tampoco se verán reflejadas dentro de su área y vida personal.

1. Pregunta de Investigación

¿Cómo el desarrollo de habilidades básicas para el manejo terapéutico fomenta el desarrollo y mantenimiento de la alianza terapéutica y, como consecuencia, aumenta la probabilidad de éxito en la intervención con personas que han cometido crímenes sexuales?

2. Propósito del Estudio

El objetivo principal del proyecto de tesis es el planteamiento de una guía para facilitar el tratamiento y mantenimiento de la alianza terapéutica para tratar pacientes que han cometido algún delito sexual y, de esta manera, reducir la reincidencia y el mantenimiento de terapia de los pacientes.

3. El Significado del Estudio

Como se pudo revisar anteriormente, la alianza terapéutica ocupa un rol sumamente importante dentro de lo que se entiende como psicoterapia. La creación del protocolo contribuiría a mantener un estándar al momento de tratar con pacientes que poseen un pasado de fuerte impacto que puede llegar a afectar el desenvolvimiento de los terapeutas durante la intervención. Con esta guía, se pretende reducir las reincidencias de los delitos por parte de los perpetradores, y el *burnout*¹ en los terapeutas. Asimismo, que la alianza terapéutica se mantenga o mejore conforme vaya avanzando la terapia, así como el poder colaborar con mecanismos positivos de afrontamiento frente a temas de fuerte impacto como el abuso sexual.

¹ Burnout o desgaste profesional, es un tipo de estrés laboral, un estado de agotamiento físico, emocional o mental, está caracterizado por un proceso paulatino, por el cual las personas pierden el interés en sus tareas, el sentido de responsabilidad y pueden llegar a profundas depresiones (García-Allen, 2018).

REVISIÓN DE LA LITERATURA

A. Fuentes

Este proyecto de tesis ha recolectado información proveniente de investigaciones encontradas en artículos científicos, revistas de investigación y libros. Se tuvo acceso a las publicaciones principalmente de herramientas de búsqueda como Google Académico y por medio de la biblioteca digital de la Universidad San Francisco de Quito.

Los temas fundamentales que serán revisados dentro de la literatura serán relacionados con la formación de la alianza terapéutica con clientes que han cometido algún tipo de abuso sexual.

B. Formato de Revisión de Literatura

La revisión de este proyecto de titulación será dividida por cinco temas. El primer lugar, se abordará la definición de abusador sexual junto con los diferentes marcos teóricos que intentan explicar distintas teorías sobre la agresión sexual y los tipos de agresores sexuales; seguido de la reincidencia de los abusadores sexuales. En este tema se incluirá el perfil de un abusador sexual, los factores de riesgo que contribuyen a la reincidencia y se hablará de necesidades criminógenas.

Se continuará explicando sobre el tratamiento grupal y el impacto del mismo en los abusadores sexuales. Seguido de lo que es la terapia grupal y, finalmente, la importancia de la alianza terapéutica y teniendo un enfoque en la alianza terapéutica grupal.

1. El abusador sexual

Hablar sobre la existencia de un perfil de un abusador sexual, es una de las necesidades que los profesionales de la salud han intentado llenar por medio de varias investigaciones y entrevistas a diversos criminales sexuales. Sin embargo, estas mismas

investigaciones han concluido que no existe un perfil en específico (González, Martínez, Leyton y Bardi, 2004).

Un abusador puede ser cualquier persona; sin importar su clase social, entorno en el que vive, nivel de educación, profesión o actividad, raza, religión, género, orientación sexual y estado civil (González, Martínez, Leyton y Bardi, 2004).

Los agresores sexuales, usualmente, son personas que llegan a sentir atracción o placer cuando se trata de conductas sexuales agresivas o forzadas. De acuerdo con Valencia (2015), muchos de estos han manifestado tener poco o nada de sentido sobre el riesgo que implica su comportamiento, a pesar de haber pre-meditado y programado su conducta delictiva. Este proceder llega a superar las normas aceptadas de manera cultural, religiosa, social y familiar.

A pesar de no existir ningún perfil para predecir o identificar agresores sexuales, hay algunas características específicas que se encuentran en común entre estos y que siguen un patrón de conducta. Por ejemplo, tener rasgos obsesivo-compulsivos, necesidad de aceptación y control sobre otros, relaciones interpersonales pobres e inestables, problemas durante la ejecución sexual, creencias o valores con respecto a la sexualidad errados, falta de metas a futuro, confusión de identidad y, entendimientos subjetivos sobre ellos mismos o el mundo (Valencia, 2015).

De acuerdo con Romero (2006), existen otras características que están ligadas a la historia y al pasado de los agresores, refiriéndose a haber sido víctima de abuso sexual y maltrato durante la infancia y, haber crecido dentro de un ambiente desestructurado y negligente. Este contexto ha aportado para que de adultos desarrollen afectividad patológica y comportamientos sexuales inadecuados.

Asimismo, existen algunas variables significativas con respecto a la edad, la mayoría de los crímenes sexuales son cometidos entre los 25 a 40 años; sin embargo, se

sigue cometiendo agresiones hasta los 70 años. El consumo de drogas y alcohol se presenta en un 40% de los casos debido a que estas sustancias son utilizadas como un inhibidor de control de impulsos y facilita la agresión sexual. A diferencia de los otros criminales sexuales, los pederastas, generalmente, poseen estabilidad laboral, tienen relaciones afectivas estables y significativas, una familia estable, adaptada y con hijos (Valencia, 2015).

A pesar de las características mencionadas, la explicación por la que se da la agresión sexual, es compleja. Es importante tomar en cuenta las variables biológicas, psicológicas y ambientales, dado que la mala combinación de estos factores puede contribuir al desarrollo de un criminal sexual.

1.1. Modelos teóricos

Existen algunas teorías sobre la agresión sexual que enfatizan la existencia de alguna naturaleza multifactorial de la agresión, incluyendo factores biológicos, psicológicos y sociales. Los investigadores González, Martínez, Leyton y Bardi (2004), identificaron algunos factores que predisponen la influencia y probabilidad de cometer algún tipo de agresión.

1.1.1. Modelo uni-factorial

Dentro del modelo uni-factorial tenemos al modelo biológico. Investigaciones de este modelo mencionan factores genéticos, hormonales y de neurotransmisores que podrían estar relacionados con la impulsividad, aumento de estrés y excitación sexual (González, Martínez, Leyton y Bardi, 2004).

El modelo feminista trata de redefinir el abuso sexual. Es decir, no pone énfasis en la gratificación sexual del abusador al momento de cometer el crimen, si no se enfoca en la gratificación por el abuso de poder que se ejerce. Este abuso es causado por el desequilibrio de poder que existe dentro de la familia patriarcal tradicional, llevando

al hombre a dominar sobre la esposa y los hijos; a percibirlos como posesiones que puede utilizar para satisfacer sus deseos (González, Martínez, Leyton y Bardi, 2004).

El modelo conductual ha adaptado una perspectiva desde el aprendizaje social para encontrar explicación a la incidencia del abuso sexual infantil. Los conductistas resaltan la importancia de experiencias tempranas en el cual, el perpetrador recuerda, regularmente, sus primeras experiencias sexuales (durante la infancia) y esa fantasía adquiriría atributos sexuales de excitación (González, Martínez, Leyton y Bardi, 2004).

El modelo sistémico trata de ver al incesto como producto de un sistema familiar problemático, en el que cada miembro de la familia ha aportado potencialmente a que ocurra el abuso del menor; esta contribución inconsciente se ha convertido en una preocupación debido a que abre la probabilidad de que la víctima, así como otros miembros de la familia (la madre), sientan o sean culpabilizados por el abuso sexual (González, Martínez, Leyton y Bardi, 2004).

1.1.2. Modelo multi-factorial

Dentro del modelo factorial podemos encontrar al modelo multi-sistémico propuesto por Trepper y Barret (1989) y al modelo de las cuatro precondiciones propuesto por David Finkelhor.

El modelo multi-sistémico propone que para que exista el abuso sexual, es necesario que se conjuguen desde factores socio-ambientales hasta variables culturales. Juegan un rol importante los factores de la familia de origen debido a que el perpetrador pudo haber tenido experiencias previas de abuso o ausencia de un ambiente de cuidado y afecto, por ejemplo. Factores psicológicos individuales como, por ejemplo, tener baja autoestima, habilidades sociales inadecuadas o depresión, son considerados en este modelo (Trepper y Barret, 1989).

El modelo de las cuatro precondiciones sostiene que para que ocurra un abuso sexual es necesario tener la motivación de abusar, ya sea por consecuencias de experiencias propias traumáticas o por la incapacidad de relacionarse con otras personas adultas. Asimismo, los inhibidores internos como: la consciencia, la moral y el autocontrol; y, los inhibidores externos como: el control social, represión judicial, acción familiar y de la comunidad. El tener acceso a una persona vulnerable, es otra precondición. Por último, se incluye el análisis de modelos de socialización y género, así como las pautas de la crianza (Martínez, 2010).

1.2. Tipos de abusadores

Como se mencionó anteriormente, los abusadores sexuales no forman parte de un grupo homogéneo. Los perfiles del agresor sexual son variados y amplios. La forma más grave de agresión sexual es aquella que no solo incluye la violación, sino que también abarca comportamientos violentos o agresión que, en muchos casos, tiene como consecuencia la muerte de la víctima (Valencia, 2015).

En otras circunstancias, se aprecia un carácter sádico del dolor que se le ocasiona a la víctima; en otras ocasiones, la muerte de la víctima se llega a justificar por haber conocido al agresor y tener miedo a ser reconocido y las repercusiones que conlleva el ser acusado (Valencia, 2015).

Romero (2006), propuso clasificar de acuerdo al tipo de violencia, dividiendo la violación en sádico-agresiva, colateral, por abuso de confianza, padre-patrón, y adicciones sexuales. La violación sádico-agresiva es definida como la combinación de la excitación con la humillación y dolor de la víctima. Esta actuación sexual es, generalmente, premeditada, planificada y cuidada para que sea realizada con éxito. La violación tiene como objetivo final el cumplir las fantasías sexuales, en el cual el dolor físico es el mayor excitante.

La violación colateral, es considerada como violencia para demostrar el poder y superioridad que posee el agresor; con la intención de poder recompensar un posible complejo de inferioridad, además de sentimientos de rechazo y hostilidad frente a las mujeres. Generalmente, las personas que entran dentro de esta categoría, es considerado como un auténtico “machista” (Romero, 2006).

La violación por abuso de confianza, es la que caracteriza a los pederastas o adultos mayores. Los blancos de estos son personas que pueden utilizar, manipular y engañar con facilidad como los hijos de estos. La violación padre-patrón, es aquella en la que participa el padre con sus hijos – en ocasiones estas actividades son consensuadas por la madre por temor a las consecuencias de parar esta actividad. Muchos de los casos son producidos en ambientes familiares en el cual los padres, padrastros u otros familiares no empatizan o tienen nula dedicación a los niños; la distancia y frialdad afectiva les hará suponer que tienen derecho para agredir sexualmente y este acto, para ellos, sería considerado como su “acercamiento” al niño (Romero, 2006).

Y, por último, las adicciones sexuales; el concepto de adicción a tomado fuerza debido a que tiene una fuerte relación con la incapacidad de muchos delincuentes sexuales de tener control sobre sus impulsos. Estos agresores tienen conductas de cualquier adicto (alcohólicos o drogadictos), requieren del consumo de su “droga” de manera inmediata sin pensar en las consecuencias posteriores como sentimientos graves de culpa cada vez que vuelve a recaer. La reincidencia del consumo deteriora la autoestima y la seguridad de la persona. Asimismo, el criminal comienza un círculo de dependencia y abstinencia con sentimientos de ansiedad, que solamente se saciarían al momento de realizar el acto sexual inadecuado (Romero, 2006).

Estos factores deben ser considerados para la intervención de los individuos debido a que los diferentes tipos de abuso que ha cometido cada agresor, ha sido

internalizado de manera diferente por cada uno, es decir, sus realidades son diferentes, por ende, el tratamiento debe ser personalizado para cada uno.

2. La reincidencia de los abusadores sexuales

Quien comete crímenes o agrede a terceros, debe enfrentar a las consecuencias de naturaleza social que implica el transgredir. Y como resultado, nos encontramos frente a una problemática que debe proporcionar el tratamiento y seguimiento necesario para evitar la reincidencia y, por ende, que el número de víctimas vaya en aumento.

Estadísticas han demostrado que, las tasas de reincidencia en agresores sexuales son más bajas a comparación del resto de delincuentes. Sin embargo, todavía existe una parte que tiene probabilidad de volver a cometer el delito. Un estudio que se llevó a cabo en las prisiones de España desde 1998 al 2001, en el que se evaluó las tasas de reincidencia de varios delitos, incluyendo crímenes sexuales. Los resultados de este estudio concluyeron que del 18,8% de los criminales que volvieron a delinquir; el 5,7% fueron de crímenes sexuales (Iglesias y García, 2007).

De esta manera, se ha intentado establecer perfiles sobre los posibles reincidentes y no reincidentes del crimen. A continuación, en la Tabla 1 se detallan las características de los perfiles de los mismos.

2.1. Perfil de reincidentes y no reincidentes

TABLA 1.

No Reincidentes	Reincidentes
<ul style="list-style-type: none"> • Haber cometido el primer delito sexual rodeando los 34 años. • Haber sido condenado por 1 a 3 delitos sexuales en total. • La carrera criminal previa duró 	<ul style="list-style-type: none"> • El primer delito cometido sexual fue condenado por 25 años mínimo. • Haber sido condenados entre 4 a 7 delitos sexuales en total.

<p>alrededor de 3 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haber salido de prisión con más de 40 años de edad • Tener áreas de su vida moderadamente estables (familia, trabajo). • La mayoría de las víctimas han sido del sexo femenino y conocidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • La carrera criminal ha durado por más de 9 años. • Haber ingresado a prisión y estar recluido constantemente durante 8 años. • Salir de prisión con menos de 33 años de edad. • Sus víctimas han sido mayores de 14 años y no las conocían previamente. • La mayoría de las áreas de su vida han sido inestables (tener una familia o no tener familia, no poder mantener un trabajo o no tener trabajo), abuso de sustancias - estos elementos, particularmente, nos ayudan a justificar la importancia de fomentar una buena alianza terapéutica y el uso del grupo como proceso terapéutico.
---	---

(Valencia, 2015).

2.2. Factores de riesgo que contribuyen a la reincidencia

Es importante mencionar los factores que existen dentro de la psicología; los factores de riesgo y de protección. Los factores de protección o de resistencia, son

aquellos que brindan un blindaje para reducir las probabilidades de cometer algún comportamiento delictivo. Entre estos tenemos, por ejemplo; el tener autoestima alta, autocontrol, no haber sufrido negligencia, haber tenido una figura fuerte de apego, haber formado buenos vínculos con cuidadores alternos a los padres, entre otros (Valencia, Andreu, Mínguez y Labrador, 2008).

Los factores de riesgo, por otro lado, se refieren a variables que aumentan la probabilidad de volver a cometer algún mal comportamiento o un crimen. La identificación de estos factores de riesgo en los agresores sexuales y los componentes relacionados con la reincidencia son importantes al momento de la aplicación de intervenciones más apropiadas y eficaces para la prevención (Harkins y Breech, 2007).

De acuerdo con Hanson y Morton-Bourgon (2005), los predictores que destacan dentro de la reincidencia de abusadores sexuales son: la desviación sexual, personalidad antisocial y problemas de auto-regulación emocional. También mencionan que el tener una tendencia antisocial juega un rol principal como predictor de reincidencia.

Harkins y Breech (2007), proponen que existen tres tipos de apreciaciones que cubren las variables individuales divididas en funcional, método estático y el método clínico. Las variables individuales funcionales es la primera base de cualquier valoración de riesgo, debido a que está enfocado en los pensamientos, sentimientos, decisiones y comportamientos de cada agresor y que llegan a aumentar el riesgo de reincidencia.

El método estático se entiende como los factores que constituyen la historia no modificable del sujeto como el número de ofensas sexuales infringidas, historial de haber sido víctima de abusos (físicos, emocionales o sexuales) hasta el momento de la detención, negligencia en la infancia, que sus víctimas sean de sexo masculino, edad en la que se empezó a delinquir, tener algún diagnóstico de trastorno de la personalidad,

conductas antisociales, problemas o adicciones con sustancias (alcohol o drogas), incumplimiento de las reglas establecidas al momento de otorgar libertad condicional. Estos predictores de reincidencia sexual, se agrupan en tres categorías: bajo, medio y alto (a mayor riesgo, mayor probabilidad de reincidencia) (Craig, Browne, Stringer y Todd, 2008).

Por último, se encuentran los enfoques clínicos que se basan principalmente en el juicio y habilidades terapéuticas de los profesionales al momento de evaluar el riesgo de cada cliente. Los profesionales no utilizan escalas que midan el comportamiento de los agresores, sino su herramienta principal es la experiencia clínica y el conocimiento sobre los comportamientos ofensivos o agresivos (Craig, et. al, 2008).

Al momento de hablar de estos se hace hincapié en los factores dinámicos. Estos factores tienen como característica principal el poder ser modificables, tomando en cuenta en como aumenta o disminuye la reincidencia. Estas sirven para planificar las metas del tratamiento, al igual que para medir los posibles factores de riesgo. Es considerado que las variables dinámicas pueden ser influenciadas o modificadas por medio de fuentes externas como las intervenciones del tratamiento psicológico (Craig, et. al, 2008).

Dentro de los factores dinámicos se clasifican en estables y agudos. Los factores dinámicos estables ayudan como indicadores de cambios perdurables (preferencias sexuales desviadas) y sirven para evaluar los resultados del tratamiento. Mientras que, los factores agudos son aquellos que cambian rápidamente (estado de ánimo o uso de sustancias) y pueden formar parte de los antecedentes inmediatos para la reincidencia y, a su vez, son útiles para monitorear el riesgo durante el reingreso del agresor a la comunidad (Iglesias y García, 2007).

2.3. Necesidades criminógenas

El desarrollo sexual de las personas, generalmente, tiene sus inicios durante la pubertad y adolescencia. Este desarrollo aporta a la adquisición de habilidades sociales, teniendo como resultado las vivencias de socialización que les permitirán a los adolescentes a aprender conductas e interacciones sexuales apropiadas.

Algunas investigaciones han puesto énfasis en las vivencias traumáticas que los agresores sexuales han experimentado a temprana edad. Estas experiencias pueden ser negligencia, abandono familiar, rechazo emocional, abusos sexuales o vivencias sexuales. Levenson, Willis y Prescott (2016), realizaron un estudio con 670 agresores sexuales, concluyendo que estos tenían tres veces más probabilidades de haber sufrido algún tipo de abuso sexual durante su infancia, trece veces más de haber experimentado abuso verbal, y cuatro veces más de haber sufrido algún rechazo emocional.

Refiriéndonos a los agresores sexuales, se ha puesto en evidencia que existen privaciones afectivas por parte de los cuidadores, teniendo como resultado un mal desarrollo en las capacidades de comunicación y la formación de relaciones interpersonales.

Muchos de estos factores mencionados contribuirían a la vulnerabilidad de los futuros agresores y los llevan a desarrollar algún tipo de interés sexual desviado junto con una lista de conductas de agresión sexual o abuso de menores. Redondo (2002), afirma que, si los menores fueron víctimas de experiencias de abuso sexual, debido a la búsqueda constante de llenar la necesidad de atención y baja autoestima, pudieron haber internalizado una versión distorsionada sobre la sexualidad, generando un patrón de conducta sexual inadecuado. Una de las explicaciones para la conducta de agresores sexuales, puede ser las diversas distorsiones cognitivas en sus patrones de pensamiento y conducta.

El constructo de las distorsiones cognitivas, con relación a los agresores sexuales, es definido como creencias y actitudes erróneas sobre las posibles víctimas y el empleo de la fuerza y violencia como un mecanismo de interacción social (Martínez, 2016).

Las experiencias ligadas a la victimización en la infancia es otro de los factores relevantes relacionados con los agresores sexuales, junto con la carencia de empatía y la poca habilidad de ponerse en el lugar de otras personas y entender sus emociones o por la situación que ellos les están poniendo (Martínez, 2016).

Las distorsiones cognitivas y la empatía son dos de las varias necesidades que deben ser tratadas dentro de los programas de rehabilitación de agresores sexuales. Estos factores son los objetivos principales para el cambio terapéutico. Entre otras necesidades criminógenas de los agresores sexuales que deberían tratarse durante el tratamiento encontraríamos a las dificultades de comunicación, agresividad, impulsividad y dificultades de la formación de relaciones interpersonales (Martínez, 2016).

3. El tratamiento grupal

Se han descrito algunas características de los agresores sexuales, así como los principales factores de riesgo y las necesidades criminógenas. Se toman en cuenta estas variables para poder establecer y constituir objetivos específicos dentro del tratamiento de los criminales sexuales conforme las necesidades del individuo. Esto es importante para que el cliente desista del delito por medio de las intervenciones psicológicas y promoviendo cambios internos del individuo.

El modelo dominante de correcciones efectivas es el modelo denominado "Lo que funciona" con los principios de Riesgo, Necesidad y Responsabilidad (RNR) en su núcleo. Los fundamentos de este modelo se basan en la psicología, la psicología social y la psicoterapia, centrándose en el comportamiento individual, el aprendizaje social y la facilitación del cambio individual que reduce el comportamiento criminal y la reincidencia (Andrews y Bonta, 2010).

El primer componente del modelo RNR es el principio de riesgo, que establece que el nivel de riesgo de un infractor puede predecirse y debe coincidir con la frecuencia e intensidad del servicio. En otras palabras, un delincuente de alto riesgo debe recibir una mayor frecuencia y dosis de tratamiento, ya que tienen una mayor probabilidad de resultados negativos en comparación con los delincuentes de bajo riesgo. Los delincuentes de bajo riesgo, por otro lado, deberían recibir poco o ningún tratamiento (Andrews & Bonta, 2010). Se ha demostrado que la adhesión al principio de riesgo aumenta la efectividad de los programas para una variedad de grupos de delincuentes (por ejemplo, delincuentes sexuales, delincuentes violentos, consumidores de sustancias).

El segundo componente del modelo RNR es el Principio de Necesidad, que aborda la importancia de identificar y abordar las necesidades criminogénicas de los delincuentes (factores de riesgo dinámicos) para reducir efectivamente la reincidencia. Una de las principales distinciones que deben extraerse del principio de necesidad es la diferencia entre necesidades criminogénicas y necesidades no criminogénicas. A diferencia de las necesidades criminogénicas, las necesidades no criminogénicas son factores dinámicos (por ejemplo, baja autoestima, ansiedad / estrés, etc.) que están débilmente relacionados con la reincidencia (Andrews & Bonta, 2010). Dado que uno de los objetivos principales del tratamiento correccional es reducir la reincidencia, priorizar las necesidades criminogénicas en lugar de las no criminogénicas aumenta la probabilidad de éxito del tratamiento.

El último principio del modelo RNR es el principio de responsabilidad y se refiere a brindar tratamiento en un estilo y modo que sea consistente con la capacidad y el estilo de aprendizaje del agresor. El principio general de capacidad de respuesta simplemente establece que las intervenciones cognitivo-conductuales funcionan mejor,

mientras que el principio de capacidad de respuesta específica es la combinación del estilo de tratamiento con el de la personalidad, el género, la etnia, la motivación, la edad, el lenguaje y la inter-personalidad del cliente (Andrews & Bonta, 2010). Algunos han descrito el principio de capacidad de respuesta como el principio de "qué funciona para quién" y se ha demostrado que la atención a estos factores en los entornos correccionales da como resultado un éxito en el tratamiento y reducciones significativas en reincidencia (Wormith, Althouse, Simpson, Reitzel, Fagan y Morgan, 2007).

Gran parte de la evidencia de esto se fundó en el trabajo inicial de Andrews & Kessling (1980) sobre las habilidades y características del personal que estaban asociadas con intervenciones efectivas. Estas habilidades y características, denominadas prácticas correccionales centrales, destacaron una variedad de habilidades interpersonales como la empatía, la actitud firme pero justa y el uso de refuerzo de alta frecuencia. Se encontró que estaban significativamente relacionados con el tamaño del efecto del tratamiento. Claramente, estas habilidades de relación se entrelazan con cualquier alianza entre los profesionales y el cliente.

Por otro lado, Ward (2010) propuso el "Modelo de Vidas Satisfactorias", el cual tiene una perspectiva de atención a los derechos humanos como pilar central de la rehabilitación. En este modelo existe una fuerte correlación entre las variables de riesgo y la satisfacción humana. De esta forma, las necesidades de los agresores sexuales presentadas anteriormente son los indicadores de los posibles obstáculos que se presentan para poder alcanzar o cumplir con sus necesidades, objetivos y metas dentro de la terapia. Es decir, según este modelo, el tratamiento de los agresores sexuales consiste en brindarles las herramientas esenciales para poder llevar un estilo de vida en

el que puedan llenar sus necesidades de manera positiva y satisfactorio, para ellos y la sociedad.

El desarrollo de programas de rehabilitación de delincuentes, tiene varias intervenciones para el tratamiento de los agresores sexuales (agresores adultos, jóvenes, pedófilos) en diferentes contextos como en prisiones, dentro de una comunidad, como medida penal alternativa, entre otros.

Por ejemplo, en el Reino Unido, el servicio de rehabilitación dispone del SOTP (Sex Offender Treatment Programme) en algunos formatos. Este programa de tratamiento para delincuentes sexuales, en general, consiste en la confrontación de las justificaciones y excusas que son utilizadas de manera frecuente por los agresores sexuales para dar razón a sus comportamientos. El SOTP, también posee programas adaptativos y versiones exclusivas para sujetos con discapacidad intelectual. Asimismo, cuenta con una versión para delincuentes de bajo riesgo; la versión del tratamiento es “Better Lives Booster – SOTP Programme” (Martínez-Catena y Redondo, 2016).

3.1. Impacto de tratamiento en abusadores sexuales

A pesar de un mayor enfoque en la evaluación y el tratamiento de los delincuentes sexuales en las últimas dos décadas, todavía persiste un gran debate sobre la eficacia del tratamiento para reducir la reincidencia. Se considera necesario exponer los estudios existentes para poder establecer conclusiones sobre la eficiencia terapéutica

Beech, Freemantle, Power y Fisher (2015) realizaron un meta-análisis en el cual, revisaron cincuenta estudios de evaluación del tratamiento con agresores sexuales. Los resultados demostraron un efecto positivo en la reincidencia de los tratamientos en agresores sexuales. La conclusión de estos resultados indicó que la probabilidad de que un sujeto que haya recibido tratamiento previo vuelva a la prisión o reincida, era la mitad de los agresores sexuales que no recibían tratamiento.

Hanson y Morton-Bourgon (2009) realizaron una revisión de veintitrés estudios sobre tratamiento, encontraron que existe un promedio de reincidencia de 10,9% en los grupos que han recibido tratamiento y una tasa de 19,2% en los grupos que no han recibido tratamiento.

Schmucker y Lösel (2008), realizó una revisión de 80 estudios de tratamiento de delincuentes sexuales adultos, tuvieron como resultado que la tasa promedio de reincidencia del grupo que estuvo dentro de algún programa de tratamiento fue de 11,1% versus el 17,5% el grupo control.

Teniendo como evidencia las investigaciones previas, es posible decir que los tratamientos que se aplican a los agresores sexuales, logran una reducción promedio de reincidencia delictiva alrededor de 12 puntos. De esta manera, los grupos de agresores sexuales que han recibido algún tipo de tratamiento logran obtener tasas de reincidencia de 7 a 11%, a comparación de los grupos que no reciben tratamiento con un 20% de reincidencia (Martínez-Catena y Redondo, 2016). Es decir, que pese a que no existe una unanimidad acerca de la eficacia de los tratamientos para los agresores sexuales es posible deducir que estos igual logran su objetivo de reducir la reincidencia a la mitad de lo que se espera cuando no existe ningún tipo de tratamiento.

Como se pudo observar, el tratamiento psicológico es importante dentro de la rehabilitación de los agresores sexuales, debido a que disminuye la reincidencia y facilita su reinserción social.

4. Terapia grupal

Los terapeutas de grupo experimentados reconocen que el éxito de los miembros individuales del grupo está íntimamente relacionado con la salud general del grupo en su conjunto. De hecho, una parte considerable de la literatura clínica y empírica delinea factores y mecanismos terapéuticos que se han relacionado con grupos

de terapia que funcionan bien y de manera saludable (The American Group Psychotherapy Association, 2007).

Los mecanismos de acción son intervenciones o procesos terapéuticos que se consideran agentes causales que median la mejora del cliente. Estos mecanismos adoptan muchas formas, incluidas intervenciones experienciales, conductuales y cognitivas, así como procesos centrales para el tratamiento en sí, como la alianza terapéutica (The American Group Psychotherapy Association, 2007).

Existe un debate sobre la existencia y el funcionamiento de mecanismos terapéuticos de acción únicos para la terapia de grupo tiene una historia continua, compleja y contradictoria en la literatura profesional. Algunos terapeutas de grupo han argumentado que existen mecanismos únicos de acción intrínsecos a todas las terapias de grupo. Se observó que los grupos tienen propiedades únicas, que son diferentes de las propiedades de sus subgrupos o de los miembros individuales, y un entendimiento de estas tres unidades es fundamental para explicar el éxito o el fracaso de los grupos pequeños. Una buena comprensión de la dinámica de grupo es tan importante para un terapeuta de grupo como lo es el conocimiento sobre fisiología para un médico (The American Group Psychotherapy Association, 2007).

Por otro lado, dentro de las terapias grupales existe un fenómeno conocido como cohesión. La cohesión define la alianza terapéutica del grupo como la que comprende múltiples alianzas (miembro a miembro, miembro a grupo y miembro a terapeuta) que pueden observarse desde tres perspectivas estructurales: intrapersonal, intragrupal e interpersonal (Burlingame, et al., 2002).

Las intervenciones de cohesión intrapersonal se centran en el sentido de pertenencia, aceptación, compromiso y lealtad de los miembros a su grupo y se han relacionado directamente con la mejora del cliente. Por ejemplo, los miembros que

reportan niveles más altos de relación, aceptación y apoyo también reportan mejoría sintomática. Las definiciones intragrupo de cohesión se centran en las características a nivel grupal, como el atractivo y la compatibilidad que siente el grupo en su conjunto, el gusto / confianza mutuos, el apoyo, la atención y el compromiso de "trabajar" como grupo. Finalmente, las definiciones interpersonales de cohesión se centran en intercambios de comportamiento positivos y atractivos entre los miembros y se han relacionado con una mejoría sintomática, especialmente si están presentes en las fases iniciales de las sesiones grupales (Burlingame, et al., 2002).

Como se pudo exponer, sin la cohesión no pudiera existir la alianza terapéutica dentro de una terapia grupal, esta alianza es un factor fundamental para el progreso positivo dentro de la terapia.

5. Alianza Terapéutica

La alianza terapéutica tiene como concepto el explicar la relación que existe entre el terapeuta y el cliente dentro del proceso terapéutico, en el cual los dos trabajan juntos en armonía. Este concepto fue incorporado por distintas escuelas de psicoterapia.

El movimiento humanista fue una de las escuelas principales que se unió a esta tendencia desde su comienzo. Carl Rogers es considerado uno de los pioneros dentro del trabajo de definir los componentes de la relación terapéutica, menciona sobre la importancia de la calidad de la alianza y fue el primero en enfatizar sobre el contacto terapéutico (Rogers, 1951).

El tipo de relación que establece un terapeuta, es un factor que facilita a que el cliente establezca un modo de funcionamiento sano. De acuerdo con Rogers, lo esencial dentro de la terapia es la calidad emocional de la relación con el terapeuta, el elemento más importante es el poder mantener esta calidad dentro del encuentro interpersonal con el cliente. Se exponen condiciones claves dentro de la calidad de la alianza; la

importancia de estas radica en la universalidad que tienen, es decir, pueden ser aplicadas a cualquier tipo de terapia, terapeutas y clientes (incluyendo abusadores sexuales). El poder ser empático, congruente y el poder aceptar de manera incondicional al cliente; son las tres características fundamentales del terapeuta para poder formar una buena alianza terapéutica (Rogers, 1951).

La propuesta de la alianza terapéutica significó para la terapia, la posibilidad de cuestionar el papel principal que se le había otorgado a las técnicas de intervención exclusivos de cada enfoque terapéutico. Y, gradualmente, se pudo comenzar a dirigir la atención no solo en el cliente, sino también en la importancia del rol del terapeuta y la relación con su cliente.

5.1. Alianza terapéutica grupal

Yalom (1986) expuso que la terapia grupal ayudaba a los pacientes a efectuar cambios a nivel cognitivo, conductual y emocionales mediante mecanismos como la reestructuración cognitiva, exposición, consideración positiva incondicional; siendo facilitados dentro de la terapia grupal.

Existe evidencia dentro de la literatura sobre terapia grupal de que la preparación previa al grupo, sobre lo que va a tratar la terapia, puede ser profundamente beneficiosa para los miembros del grupo. Dado que todas las formas de tratamiento grupal, independientemente de la duración (a corto o largo plazo), el establecimiento (paciente interno o ambulatorio) o el modelo teórico (cognitivo o psicodinámico) reportan beneficios de la preparación, es útil identificar los factores comunes que contribuyen a este efecto. La preparación previa al grupo representa un aspecto de un enfoque trans-teórico de la terapia, inherente a todas las formas de tratamiento grupal e individual, y la investigación dirigida a comprender el proceso de cambio en la terapia (Safran y Muran, 2000).

Se reconoce ampliamente que un requisito previo para un tratamiento eficaz consiste en tres componentes interdependientes de la alianza terapéutica (el acuerdo del cliente y el terapeuta sobre los objetivos), el acuerdo del cliente y el terapeuta sobre las tareas, y la calidad del vínculo entre el cliente y el terapeuta. La preparación previa al grupo correctamente realizada tiene como objetivo cumplir todos estos requisitos previos. Por motivos de este proyecto de tesis, solo no enfocaremos en la alianza terapéutica del grupo (Lossa, 2015).

Una revisión de evidencia empírica de la relación positiva entre la alianza terapéutica y el resultado subraya el importante papel que desempeña la preparación previa al grupo en el establecimiento inicial de la alianza y la cohesión posterior en el grupo. La reunión preparatoria previa al grupo no solo promueve el establecimiento inicial de la alianza terapéutica entre el terapeuta que dirige al grupo y los posibles miembros del grupo, sino que también brinda una oportunidad para que el terapeuta aproveche esa relación para promover aún más los lazos con el grupo y otros miembros del mismo. Aclarar las expectativas del tratamiento también ayuda a lograr tanto el acuerdo paciente-terapeuta como la esperanza (Lossa, 2015).

El primer paso en el desarrollo de alianzas en grupo es la identificación mutua compartida que los miembros del grupo tienen con el terapeuta. Se recomienda que el terapeuta aproveche cualquier moneda que gane al establecer una alianza durante la fase de preparación y comparta esa ventaja para promover la cohesión en el grupo y las alianzas entre los miembros del mismo. Dentro de la literatura se encontró que existe una importancia en que la persona que prepara al grupo, sea la misma que realice la terapia durante todo el proceso, debido a que la investigación ha demostrado que la alianza se forma relativamente temprano en el tratamiento y es predictiva de resultados terapéuticos posteriores (Lossa, 2015).

Gran parte de la mejoría de los pacientes no se explica solamente de la teoría y la práctica de la mismo, sino que la relación terapéutica tiene características específicas que ayudan a identificar mecanismos generales significativos de cambio dentro de la terapia del grupo. Fernández-Álvarez (2009) propuso que la terapia grupal posee valores agregados y diferentes a la terapia individual; ayuda a potenciar la actualización de la experiencia, se forman nuevas redes de apoyo y es efectiva, consistente y promueve procesos de cambio; además de brindar beneficios mutuos entre participantes. La alianza terapéutica dentro del concepto de terapia de grupo, tiene significados diferentes a la alianza terapéutica de la terapia individual.

La alianza terapéutica grupal, se divide en dos pilares. El primer pilar es, que el cliente forma una alianza con cada miembro del grupo y otra relación terapéutica con el terapeuta (alianza individual), es decir, es la relación específica entre el cliente y el terapeuta para cada miembro del grupo, que se conoce como la "alianza individual". Esta dimensión se puede medir desde la perspectiva del cliente y / o del terapeuta (por ejemplo, el cliente en un grupo de tratamiento que califica su alianza con el terapeuta) y es la dimensión más discutida de la alianza en la configuración del grupo (Johnson, Penn, Bauer, Meyer y Evans, 2008).

El segundo pilar es la "alianza de grupo" o la relación de un individuo con todo el grupo. Solo un estudio ha medido la alianza grupal como un constructo único (Budman et al., 1989). Esta dimensión puede ser particularmente importante, ya que los clientes en la terapia grupal califican factores interpersonales, como la relación-clima y el enfoque de otra persona y el otro, como más importantes para ellos que los pacientes en terapia individual (Holmes y Kivlighan, 2000). Por lo tanto, es probable que estos factores sean más prominentes en un grupo con respecto a la modalidad de terapia individual.

Sin embargo, se examinaron varios programas de tratamiento con delincuentes reincidentes centrándose en la variable: el clima terapéutico. Y, se concluyó que, existen dificultades para evaluar el concepto de alianza terapéutica en un formato grupal por falta de consenso del constructo (Beech, y Hamilton-Giachritsis, 2005).

Debido a esto, se propone crear una guía, en la cual se evaluará las diferentes variables constituyentes de la terapia grupal (clima, cohesión del grupo, empatía y alianza), para poder establecer y mantener una alianza terapéutica grupal efectiva para reducir la reincidencia de agresores sexuales.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo de titulación realizará una revisión bibliográfica y usará un diseño mixto con el motivo de responder la pregunta de investigación sobre las habilidades básicas necesarias para el manejo terapéutico, que tendrá como consecuencia el aumento de la probabilidad de éxito en la intervención para la población que ha cometido algún tipo de crimen sexual, y conseguir, como resultado, una guía para el profesional que fomenta el desarrollo y mantenimiento de la alianza terapéutica.

Utilizando la parte cuantitativa de la propuesta, se seguirá un diseño de pre y post terapia para poder medir la alianza terapéutica grupal entre los sujetos, y la parte cualitativa se llevará a cabo a base de preguntas que servirán como retroalimentación para el terapeuta y, asimismo, como método de guía para la mejora y mantenimiento de la alianza.

Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada

Se escogió una metodología mixta para este proyecto el cual incluye la investigación cuantitativa y cualitativa. El método cuantitativo, consiste en medir de manera numérica la data que se obtiene dentro del estudio. Asimismo, esta metodología es objetiva y por medio de la recolección de datos se puede probar la hipótesis inicial con bases numéricas y un análisis estadístico (Sampieri, Collado & Lucio, 2014).

Por otro lado, los estudios cualitativos son subjetivos, analizan múltiples realidades, recoge discursos completos de los sujetos dentro de la investigación y analiza los diferentes contextos que se producen debido a determinada cultura o, en este caso, condición de vida diferente (vivir privado de la libertad por haber cometido crímenes sexuales) (Sampieri, Collado & Lucio, 2014).

La metodología mixta o híbrida, consiste en la integración sistemática de los dos métodos cuantitativo y cualitativo (Sampieri, Collado & Lucio, 2014). Por consiguiente, en el presente proyecto se utilizará el tipo de investigación mixta para poder aplicar con efectividad la guía dentro del proceso terapéutico de los profesionales.

Participantes

Basándome en los perfiles de reincidentes - áreas de su vida inestables (tener una familia o no tener familia, no poder mantener un trabajo o no tener trabajo) y abusar de sustancias. La muestra de este estudio conformará dos grupos: 16 participantes en cada uno, hombres adultos entre 21 a 35 años de edad (serán asignados a dos diferentes grupos de manera aleatoria), los sujetos debieron haber cometido algún tipo de crimen sexual y estar dentro de una correccional.

Mientras que los terapeutas que participarán dentro del estudio deben ser psicólogos clínicos, tener 2 años mínimo de experiencia en terapia individual, 2 años mínimo de experiencia en terapia grupal, no haber tenido ninguna exposición a algún trauma sexual explícito (durante el curso de la prestación de servicios puede ser difícil para los profesionales que trabajan en el campo), haber asistido a terapia individual por un periodo de 3 meses consecutivos (atender los problemas de bienestar del personal es un área importante para el apoyo continuo de los profesionales), continuar con terapia durante las terapias y tener supervisión cada 2 sesiones como mínimo.

Herramientas de Investigación Utilizadas

Para poder medir la alianza terapéutica durante el proceso del grupo experimental se utilizará tres diferentes cuestionarios, que podrán ser utilizados al principio, durante y después de la sesión.

- 1. Cuestionario de la Alianza de Ayuda II. El HAQ-II** es un cuestionario de 19 elementos ampliamente utilizado que mide la fuerza de la alianza del terapeuta cliente. Cada ítem se califica en una escala Likert de 6 puntos (1 = Creo que no es verdad a 6 = Siento que es verdad), los artículos redactados negativamente se anulan (Luborsky et al., 1996).
- 2. Inventario de la Alianza de Trabajo.** El WAI (Horvath & Greenberg, 1989) es un cuestionario de 12 ítems ampliamente utilizado que mide la fuerza de la alianza terapéutica, tiene la versión del terapeuta y del cliente. Cada elemento se califica en una escala Likert de 7 puntos (1 = No corresponde en absoluto; 7 = Corresponde exactamente).
- 3. Helping Aspects of Therapy.** El HAT es un cuestionario cualitativo de auto-informe posterior a la sesión que utiliza preguntas abiertas para ayudar a los clientes a anotar sus experiencias de eventos de terapia útiles y que la dificultan, es un medio simple y eficiente de solicitar información a los clientes sobre sus percepciones de los procesos clave de cambio en la terapia. El formato abierto del HAT genera datos cualitativos de suficiente detalle y enfoque que se presta a varios usos e incluida la identificación de eventos significativos (Thompson & D. Harper, 2012).

Procedimiento de recolección y Análisis de Datos

La batería de test se aplicará en ambos grupos al inicio, durante y al finalizar el proceso terapéutico. De esta manera, contaremos con resultados sobre la incidencia de las habilidades básicas en el terapeuta en la cura, tanto en el grupo control como experimental.

En el grupo control, los terapeutas no contarán con la guía para el tratamiento de “abusadores sexuales”, así podremos determinar la validez de la guía en el trabajo con esta población. A continuación, se expondrán estudios que aborden la importancia del desarrollo de las habilidades terapéuticas para la formación de alianza terapéutica con el grupo control.

Engle, McFalls y Gallanher (2008), realizó una investigación en el que su propósito era determinar si la creencia popular de que los delincuentes sexuales no pueden ser curados es compartida por profesionales que trabajan con estos delincuentes o los estudian. Los hallazgos del estudio indicaron que esta creencia es compartida por la mayoría de estos profesionales. Una gran mayoría reporta poca esperanza de curación (63%) y temor de reincidencia después del tratamiento (88%). De acuerdo con el estudio, la investigación sobre la eficacia del tratamiento y la reincidencia sigue siendo controvertida y está plagada de problemas metodológicos y, en consecuencia, estos problemas siguen sin resolverse en la literatura. Sin embargo, conocer las actitudes de los profesionales con respecto a la cura y la reincidencia se suma al conocimiento empírico con respecto a la rehabilitación del agresor, debido a que los tratantes operan sobre la base de sus creencias. Y lo que se cree que es real, sea correcto o no, a menudo tiene consecuencias reales.

“La actitud del terapeuta debe asegurar el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica, y promover un clima psicológico de calidez y seguridad, que pueda llegar a modificar la noción de yo del paciente, debilitando la negación y permitiendo el insight creciente de las experiencias simbolizadas” (Lerner, 1974).

El estilo de compromiso por el cual el personal presta servicios es sin duda el contribuyente más importante para programas efectivos. En la literatura de psicoterapia en general, hasta el 30% de la mejora del cliente es atribuible a factores de relación terapéutica (Lambert & Barley, 2001).

También se ha encontrado que el estilo de terapeuta es de importancia crítica en la prestación efectiva de servicios al abusador sexual. En estudios recientes en el campo del abuso sexual, el cambio positivo máximo en el tratamiento se encuentra cuando los terapeutas brindan servicios de manera respetuosa, cálida, genuina, directiva y empática (McGrath, Cumming, Burchard, Zeoli y Ellerby, 2009). Es por esta razón por la que se considera establecer una guía para poder mantener estas características mencionadas dentro de la terapia debido a que los profesionales que tratan a los abusadores sexuales también enfrentan desafíos especiales al trabajar con esta difícil población.

Lambert (1989) propuso que las características personales de los profesionales en el área de psicología, afecta en el resultado de la psicoterapia hasta 8 veces mayor sin importan la orientación o ramas de la psicología o técnicas de la misma. Strupp (1984) menciona, aunque el conocimiento técnico del terapeuta es importante, se considera una ventaja que las habilidades del terapeuta se puedan ver reflejadas en la construcción de la relación terapéutica para crear un trabajo favorable.

Las habilidades que el terapeuta debe desarrollar y mantener durante la terapia grupal con la población que ha cometido algún crimen sexual, son esenciales durante un proceso terapéutico. Rogers (1957), menciona tres componentes principales dentro de las habilidades de un terapeuta; consideración positiva incondicional hacia el cliente, el cual consiste en la actitud del profesional y, la aceptación de las vivencias previas (al crimen cometido) del cliente.

La segunda habilidad es la empatía, característica terapéutica para apreciar y comunicarse con el cliente sobre la comprensión de sus sentimientos y experiencias que este expresa, el terapeuta es capaz de ponerse en el lugar del paciente y comprender su mundo perceptual. Por último, se encuentra la autenticidad, proviene de la capacidad de

ser empático; la terapia es efectiva cuando existe una conexión genuina y real, el profesional es auténtico, genuino y real con el cliente sobre lo que piensa, siente, dice y hace (Rogers, 1957).

Sin embargo, existen otros componentes que juegan un papel importante dentro del desarrollo de la alianza terapéutica. La personalidad del terapeuta, Strupp (1978) menciona que el terapeuta debe evidenciar que tiene un alto nivel de autoconocimiento y poder satisfacer sus necesidades básicas para poder lograr efectos positivos dentro de la terapia. También se menciona sobre la salud mental del profesional, mientras más “sanos” menos conflictos internos, teniendo como resultado una terapia exitosa.

El nivel de experiencia, de acuerdo con Knerr, Bartle-Haring, McDowell, Adkins, Ostrom et. al. (2011) existe una relación directa entre la edad y la experiencia del terapeuta; a mayor edad y experiencia, más empatía. La diferencia entre terapeutas inexpertos y los expertos es que, los primeros adoptan actitudes confrontativas e interpretativas y, los segundos, desarrollan mayor tolerancia hacia las expresiones y actitudes negativas del paciente. Es por esto que, para este proyecto, es importante la experiencia debido a la población que está dirigido este estudio.

La proximidad entre el cliente, el grupo y el terapeuta que se transmite ayuda a que exista comprensión y estar en contacto de lo que se está diciendo. Por medio de comportamientos no verbales, se transmite el mensaje de “estoy comprometido, interesado y dispuesto a escuchar”. Algunos de estos comportamientos son las expresiones faciales, la postura corporal (abierta para comunicar sentimientos de interés); mantener contacto visual, sonreír, inclinarse hacia delante y la participación e inclusión de todos los miembros del grupo. Lo importante dentro de los

comportamientos no verbales es la congruencia de los comportamientos con la emoción presente en la sesión de terapia (Bados y García, 2011).

Para poder desarrollar la proximidad con el grupo y el cliente es necesario que exista motivación por parte del profesional para desarrollar una relación íntima, energía para responder al ritmo del grupo y tener entrenamiento básico de la entrevista psicológica.

Las habilidades mencionadas servirán de base para el desarrollo de la guía para el desarrollo y mantenimiento la alianza terapéutica.

Consideraciones Éticas

De acuerdo con los Principios Éticos de los Psicólogos y el Código de Ética de la Asociación Americana de Psicología (APA), para este proyecto me registé de las consideraciones éticas para la investigación con individuos.

La APA menciona: previo a la investigación es necesario realizar una reunión con los directivos de las correccionales con la intención de comunicarles de qué se trata el proyecto y manifestar los beneficios que se podrán observar en caso de que se obtengan resultados positivos. Es necesario tomar en cuenta que, para trabajar con personas que son privadas de su libertad se los puede exponer a investigación solamente si es que estos se benefician del mismo de manera directa y significativa en su salud mental (Viada, et. al., 2001).

El proyecto trabajará con población criminal dentro de correccionales, sin embargo, la participación de los mismos es voluntaria y pueden desistir de continuar con la terapia grupal en cualquier momento. Antes de comenzar con la terapia grupal, se informará a los dos grupos sobre el proyecto de investigación y los beneficios que obtendrán a largo plazo.

Una vez que los grupos hayan accedido a participar dentro del proceso terapéutico, se les presentará un consentimiento informado (ANEXO B). Para mantener el anonimato de los participantes al momento de llenar las herramientas utilizadas dentro de esta investigación, se asignará un código a cada participante (solo el terapeuta encargado tendrá conocimiento del código de cada paciente, debido a que el terapeuta debe saber quién no está conforme con la terapia para poder poner más énfasis en los comentarios).

RESULTADOS ESPERADOS

En este proyecto de investigación se espera aumentar la probabilidad de éxito en la intervención grupal con personas que hayan cometido algún tipo de crimen sexual por medio de habilidades básicas para el manejo terapéutico y fomentar el desarrollo y mantenimiento de la alianza terapéutica.

Horvath y Symonds (2001) informaron sobre 24 estudios clínicos que incluyeron diversas formas de terapia individual. Sus hallazgos indicaron que la alianza representó el 26% de la varianza al observar el resultado, lo que significa que la alianza es un factor predictivo significativo del resultado de la terapia individual. En otro meta-análisis de 79 estudios sobre tratamiento terapéutico individual, la alianza terapéutica tuvo una relación moderada (un tamaño del efecto de .22) con el resultado se explicó aproximadamente el 22% de la varianza (Martin, Garske y Davis, 2000). Estos resultados demuestran que la alianza está constantemente relacionada con el resultado y que, si se establece una alianza sólida, el cliente experimentará esa relación como terapéutica.

Otro estudio que investigó la formación de una alianza terapéutica en la terapia de pareja fue el de Knobloch-Fedders, Pinsof y Mann (2004) que investigaron la influencia de la angustia marital, los síntomas individuales y las experiencias de la familia de origen en la alianza terapéutica. Su estudio incluyó 35 parejas y la alianza se midió tanto en la sesión 1 como en la sesión 8 para evaluar la progresión de la alianza en el tratamiento. Los autores encontraron que, como se predijo, los niveles más altos de sufrimiento marital se relacionaron con calificaciones más bajas de la alianza en la sesión 1; y, el nivel de sufrimiento, también, fue capaz de predecir la alianza para las parejas masculinas y femeninas con su terapeuta en la sesión 8.

Por otro lado, una revisión reciente encontró que nueve de trece estudios de terapia grupal definieron la alianza terapéutica solo en términos de alianza individual. En consonancia con los estudios de terapia individual, se informó que una alianza individual más fuerte (en un contexto grupal) predijo mejores resultados, como síntomas reducidos y menores tasas de abandono en once de los trece estudios de terapia grupal que abarcan varias poblaciones clínicas y orientaciones teóricas (Bourdon y Gutierrez, 2013).

Se han expuesto durante la revisión de literatura de esta investigación, estudios que ayudan a proyectar los posibles resultados de la aplicación de la guía obteniendo una alta probabilidad de éxito. Una vez revisado, se espera que el fomentar y enfatizar la aplicación de las habilidades terapéuticas que contribuyen a la formación de alianza terapéutica tenga un efecto positivo dentro de la terapia grupal con personas que han cometido algún crimen sexual y se encuentran privadas de su libertad.

Se espera que una vez establecida la relación terapéutica esta tenga como resultado el poder disminuir la reincidencia de cometer estos delitos y, asimismo, que los terapeutas tengan el apoyo de la guía para poder manejar poblaciones difíciles y formar una alianza terapéutica efectiva con las mismas.

DISCUSIÓN

A. Conclusiones

La importancia de la relación entre el terapeuta y el cliente para determinar los resultados en psicoterapia tiene una larga historia en el campo de la psicología. La relación terapéutica o alianza terapéutica puede describirse como un vínculo de colaboración entre el terapeuta y el cliente mediante el cual se logra un cambio positivo para el cliente a través de procesos interpersonales que existen independientemente de las técnicas de tratamiento específicas (Green, 2006). La investigación que evalúa la alianza ha demostrado que las relaciones positivas y las alianzas más fuertes entre el terapeuta y el cliente conducen a resultados terapéuticos más positivos.

En un artículo reciente de Lowenkamp et al. (2010), enfatizan la importancia de que los profesionales que prestan servicio de salud mental dentro de correccionales, establezcan una relación real y significativa con sus clientes, sugiriendo que, de alguna manera, han perdido la oportunidad de implementar prácticas basadas en la evidencia cuando se han olvidado del individuo, la propia humanidad y singularidad del cliente. Se considera que los terapeutas deben asumir el papel de agente de cambio. Al aceptar el cambio y reconocer que la relación con su cliente puede mejorarse, pueden comenzar a crear y mantener un entorno de aprendizaje más efectivo para sus clientes a través de un proceso colaborativo, comprometido y con un propósito determinado.

La creación de la guía para los profesionales que trabajan dentro de correccionales tendrá como objetivo principal el poder mejorar la alianza terapéutica por medio de las habilidades básicas de la psicoterapia. De la misma forma, proveerá a los terapeutas, herramientas de evaluación de alianza para poder llevar un registro de cómo se sienten los clientes dentro de la terapia y con su terapeuta, esto facilitará la

mejora constante del proceso y a su vez, no solo beneficiará a los clientes sino, también, ayudará a los profesionales que trabajan con poblaciones difíciles.

B. Limitaciones del Estudio

A pesar de la investigación abrumadoramente positiva de la literatura de la terapia, varios investigadores han cuestionado la aplicabilidad de la concepción tradicional y la medición de la alianza a los contextos de tratamiento obligatorio con clientes involuntarios, particularmente dentro del entorno correccional, (existe un movimiento hacia el uso de mandatos de tratamiento formal y sanciones legales que requieren que los clientes asistan a tratamiento comunitario, como órdenes civiles y sanciones de justicia penal, por ejemplo, libertad condicional (Bourdon & Gutierrez, 2013).

Además de las dificultades asociadas con el establecimiento de una relación de colaboración, también existen dificultades para generar confianza entre los clientes y los proveedores de servicios en los entornos obligatorios. Los límites a la confidencialidad y los requisitos de información sobre el cumplimiento de la sentencia y el intercambio de información en los entornos de tratamiento obligatorios complican el desarrollo de una alianza terapéutica (Ross et al., 2008). En otras palabras, si un cliente no está dispuesto a divulgar información o participar abiertamente en el tratamiento, esto puede tener implicaciones negativas tanto para la relación como para los resultados del tratamiento

En cuestiones de ética, la parte de confidencialidad se vería comprometida al momento de que se solicite información frente a jurisdicciones legales y se rompería el acuerdo y consentimiento firmado al comienzo del estudio. Asimismo, esta guía no ha

sido validada ni normada en ninguna corriente psicológica, lo cual es importante porque la propuesta original es que se pueda utilizar en cualquier tipo de práctica psicológica.

Asimismo, otra limitación de este proyecto sería que, esta guía sería adaptada solamente en poblaciones ecuatorianas o de latino américa, debido a que otros países desarrollados poseen sus propias guías de tratamiento al manejar el proceso con abusadores sexuales y con la población criminal en general.

De la misma manera, es posible que los profesionales utilicen la guía al principio de la terapia, pero no es posible controlar o comprobar que la sigan utilizando o la revisen de manera constante. Es decir, los terapeutas puede que utilicen la guía una sola vez y consideren que con esa vez es suficiente.

C. Recomendaciones para Futuros Estudios

La presunta aplicación de la teoría y la investigación de la literatura psicoterapéutica ha llevado a la creencia general de que la alianza terapéutica es un factor importante en las intervenciones correccionales efectivas. Algunos autores han discutido la alianza terapéutica dentro de los centros de rehabilitación, determinando la poca elaboración de la alianza "qué funciona", evidente dentro del contexto de la literatura.

Considero que en investigaciones futuras se pueda examinar los principios de "lo que funciona" de las intervenciones correccionales efectivas y, al explorar dónde y cómo se ajusta la alianza a estos principios, se puede comenzar a desarrollar una mejor apreciación de la relación terapéutica en las correccionales, entender cómo mejorar la alianza y mejorar los esfuerzos para facilitar el cambio pro-social con clientes de justicia penal involuntarios.

REFERENCIAS

- Andrews, D. y Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct*, (5). Newark: Lexis Nexis.
- Bados, A. y García, E. (2011). *Habilidades Terapéuticas*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología. Barcelona, España: Universidad de Barcelona.
- Beech, A., Freemantle, N., Power, C., y Fisher, D. (2015). An examination of potential biases in research designs used to assess the efficacy of sex offender treatment. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 7(4).
- Beech, A. R., & Hamilton-Giachritsis, C. E. (2005). Relationship Between Therapeutic Climate and Treatment Outcome in Group-Based Sexual Offender Treatment Programs. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17(2), 127-140. doi:10.1177/107906320501700204
- Bourdon, G. y Gutierrez, L. (2013). The Importance of Building Good Relationships in Community Corrections: Evidence, Theory, and Practice of the Therapeutic Alliance. *Corrections Research: Public Safety Canada*. Ontario, Canadá: Palgrave Macmillan.
- Budman, S., Soldz, S., Demby, A., Feldstein, M., Springer, T., y Davis, M. (1989). Cohesion, alliance, and outcome in group therapy. *Psychiatry*, 52.
- Burlingame, G. M., Fuhriman, A. & Johnson, J. E. (2002). Cohesion in group psychotherapy. In Norcross, J. C. (ed). *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford University Press. New York.
- Cann, J., Falshaw, L., & Friendship, C. (2004). Sexual offenders discharged from prison

in England & Wales: A 21 year reconviction study. *Legal and Criminological Psychology*, 9, 1-10.

Collins, S. y Nee, C. (2010) Factors influencing the process of change in sex ofender interventions: Therapists' experiences and perceptions. *Journal of Sexual Aggression*, 16(3). DOI: 10.1080/13552600903497453

Craig, L., Browne, K., Stringer, I. y Todd, E. (2008). Sexual Reconviction Rates in the United Kingdom and Actuarial Risk Estimates. *Child Abuse & Neglect*, 32(1).

Engle, M. McFalls, M. y Gallagher, B. (2007) The Attitudes of Members of the Association for the Treatment of Sexual Abusers Towards Treatment, Release, and Recidivism of Violent Sex Offenders. *Journal of Offender Rehabilitation*, 44(4), 17-24. DOI: 10.1300/J076v44n04_02

Fernández-Álvarez, H. (2009). Integración y salud mental. Desclee de Brouwer.

García-Allen, J. (2018). Burnout (Síndrome del Quemado): Cómo detectarlo y tomar medidas. Recuperado el 1 de diciembre de 2018 desde <https://psicologiymente.com/organizaciones/burnout-sindrome-del-quemado>

González, E., Martínez, V., Leyton, C. y Bardi, A. (2004). Características de los abusadores sexuales. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 11(1). Chile: Universidad de Chile.

Green, J. (2006). Annotation: the therapeutic alliance – a significant but neglected variable in child mental health studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 425-435.

Hanson, R. y Morton-Bourgon, K. (2005). The validity and reliability of the Violence

Risk Scale Sexual Offender version: Assessing sex offender risk and evaluating therapeutic change. *Psychological Assessment*, 19(3).

Hanson, R. y Morton-Bourgon, K. (2009). The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: A meta-analysis of 118 prediction studies. *Psychological Assessment*, 21(1). DOI:10.1037/a0014421

Harkins, L. y Breech, R. (2007). A review of the factors that can influence the effectiveness of sexual offender treatment: Risk, need, responsivity, and process issues. *Aggression and Violent Behavior*.

Holmes, S. y Kivlighan, D. (2000). Comparison of therapeutic factors in group and individual treatment process. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 478–484.

Horvath, A., y Symonds, B. (2001). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139–149.


Iglesias, C. y García, C. (2007). Análisis de las variables relacionadas con la reincidencia de los agresores sexuales: Estudio de una muestra de internos de las prisiones de Catalunya. *Àmbit social i criminològic*. Catalunya: Departamento de Justicia.

Johnson, D., Penn, D., Bauer, D., Meyer, P. y Evans, E. (2008). Predictors of the therapeutic alliance in group therapy for individuals with treatment-resistant auditory hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, 47. North Carolina, USA: Department of Psychology, University of North Carolina, Chapel Hill.

- Knerr, M., Bartle-Haring, S., McDowell, T., Adkins, K., Ostrom, R., et. al. (2011). The Impact of Initial Factor on Therapeutic Alliance in Individual and Couples Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(2). DOI: 10.1111/j.1752-0606.2009.00176.
- Knobloch-Fedders, L., Pinsof, W. y Mann, B. (2004). The formation of the therapeutic alliance in couple therapy. *Family Process*, 43(4), 425-442. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2004.00032.x>
- Lambert, M. (1989). The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. Utah: Brigham Young University
- Lambert, M. y Barley, D. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38, 357-361.
- Levenson, J., Willis, G. y Prescott, D. S. (2016). Adverse Childhood Experiences in the Lives of Male Sex Offenders: Implications for Trauma-Informed Care. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 28(4). DOI:10.1177/1079063214535819
- Lossa, L. (2015). Terapia Dialéctica Conductual Grupal en el Trastorno Límite de la Personalidad: Apego, Alianza Terapéutica y Mejora Sintomática. Departamento de Psicología de la Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte Blanquerna. Barcelona, España: Universidad Ramon Llull.
- Lowenkamp, C.T., Robinson, C.R., & Lowenkamp, M.S. (2010). EPICS-II: Effective practices in correctional settings. Unpublished training manual.
- Marshall, W.M. & Serran, G.A. (2004). The role of the therapist in offender treatment. *Psychology, Crime, and Law*, 1, 309-320.

- Marshall, L. E., & Moulden, H. M. (2006). Preparatory programs for sexual offenders. In W. L. Marshall, Y. M. Fernandez, L. E. Marshall & G. A. Serran (Eds). *Sexual offender treatment - Controversial issues*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Martin, D., Garske, J. y Davis, M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal Consult Clinical Psychology, 68(3)*.
- Martínez, J. (2010). Caracterización psicosocial de las personas condenadas por el delito de actos sexuales con menor de catorce años, de la cárcel nacional de varones, de la ciudad de Manizales. *Informe Final de Tesis*. Manizales: Universidad de Manizales Facultad de Psicología.
- Martínez, A. (2016). Cambio Terapéutico y Eficacia del Tratamiento Psicológico de los Agresores Sexuales. Departamento de Psicología y Psicobiología, Sección de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Barcelona, España: Universitat de Barcelona.
- Martínez-Catena, A. y Redondo, S. (2016). Etiología, prevención y tratamiento de la delincuencia sexual. *Anuario de Psicología Jurídica, 26*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apj.2016.04.003>
- McGrath, R., Cumming, G., Burchard, B., Zeoli, S. y Ellerby, L. (2009). Current Practices and Emerging Trends in Sexual Abuser Management. The Safer Society 2009 North American Survey. Vermont: *The Safer Society Foundation, Inc.*

- Nakash, O., & Alegría, M. (2013). Examination of the role of implicit clinical judgments during the mental health intake. *Qualitative Health Research*, 23. doi:10.1177/1049732312471732
- Nakash, O., Nagar, M. y Levav, I. (2015). Predictors of mental health care stigma and its association with the therapeutic alliance during the initial intake session. *Psychotherapy Research*, 25(2). DOI: 10.1080/10503307.2014.885147
- Padrón, F. (2014). Expectativas de reinserción y desistimiento delictivo en personas que cumplen penas de prisión: factores y narrativas de cambio de vida. *Máster en Criminología, Política Criminal y Seguridad*. España: Universitat de Barcelona.
- Redondo, S. (2002). Delincuencia Sexual: mitos y realidades. *Delincuencia Sexual y Sociedad*. Barcelona, España: Ed. Ariel.
- Rogers, C. (1951). Psicoterapia centrada en el cliente. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Romero, J. (2006). Nuestros Procesos: Cómo son, qué delito cometen y qué tratamientos se les aplica. Madrid: Ed. EOS
- Ross, E., Polaschek D. L. & Ward, T. (2008). The therapeutic alliance: A theoretical revision for offender rehabilitation. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 462-480.
- Safran, J. y Muran, J. (2000). Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide. New York, NY, US: The Guilford Press.
- Sampieri Hernández, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación. México DF.
- Schmucker, M., & Lösel, F. (2015). The effects of sexual offender treatment on

recidivism: an international meta-analysis of sound quality evaluations. *Journal of Experimental Criminology*, 11(4). DOI:10.1007/s11292-015-9241-z 

Strupp H., Binder J. (1984). *Psychotherapy in a New Key: A Guide to Time Limited Dynamic Psychotherapy*. New York: Basic Books

The American Group Psychotherapy Association. (2007). *Practice Guidelines For Group Therapy. Science to Service Task Force*.

Thompson, A. y Harper, D. (2012). *Qualitative Methods for Studying Psychotherapy Change Processes. Qualitative research methods in mental health & psychotherapy: An introduction for students & practitioners*. Chichester, UK: Wiley-Blackwells

Trepper, T. y Barret, T. (1989). *Systemic Treatment of Incest: A Therapeutic Handbook*, Pennsylvania: Taylor & Frances.

Valencia, O., Andreu, J., Mínguez, P. y Labrador, M. (2008). Nivel de Reincidencia en Agresores Sexuales Bajo Tratamiento en Programas de Control de la Agresión Sexual. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, (8). Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid y Centro Penitenciario Madrid IV de Navalcarnero

Viada, C., Ballagas, C. & Blanco, Y. (2001). Ética de investigación con poblaciones especiales. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 2, (20). Ciudad de la Habana, Cuba.

Ward, T. (2010). The good lives model of offender rehabilitation: Basic assumptions, etiological commitments, and practice implications. *Offender supervision: New*

directions in theory, research and practice. New York, N.Y.: Willan Publishing.

Wormith, J., Althouse, R., Simpson, M., Reitzel, L., Fagan, T., y Morgan, R. (2007).

The rehabilitation and reintegration of offenders: The current landscape and some future directions for correctional psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 34(7).

Yalom, I. (1986) Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo. México, DF: Fondo de Cultura Económica

ANEXO A: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos

Universidad San Francisco de Quito

El Comité de Revisión Institucional de la USFQ

The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Propuesta metodológica para el fomento de la alianza terapéutica, en la intervención de delitos sexuales.

Organización del investigador: Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal: Doménica Michelle Unda Rodríguez

Datos de localización del investigador principal: 351-6802, 098-628-4284, domenicachr@gmail.com

Co-investigadores: no aplica

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	
Introducción	Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no. Usted ha sido invitado a participar en un investigación sobre la aplicación de una guía terapéutica para desarrollar y mantener la alianza terapéutica con pacientes que han cometido algún delito sexual porque usted se encuentra detenido dentro de un reformatorio por haber cometido un crimen sexual.
Propósito del estudio	El objetivo principal del estudio es la aplicación de la guía para facilitar el tratamiento y mantenimiento de la alianza terapéutica al tratar cliente que han cometido algún delito sexual y, de esta manera, reducir la reincidencia y el mantenimiento de terapia de los pacientes.
Descripción de los procedimientos	Para empezar con la aplicación de la guía, es necesario seguir los pasos de la misma. Se necesita crear un espacio seguro antes de comenzar con la aplicación de la guía, se explicará a los participantes el objetivo de la terapia grupal y durante el proceso terapéutico una serie de batería de pruebas para poder llevar control de la calidad de la alianza terapéutica.
Riesgos y beneficios	En este estudio no se otorgarán beneficios penitenciarios, sin embargo, el cliente se puede beneficiar de la terapia a reducir la reincidencia de cometer otro crimen sexual, poder expresar sus emociones de manera abierta dentro de un espacio seguro, libre de juzgamiento y, le brindará herramientas psicológicas aplicables para poder manejar de manera adecuada los problemas y situaciones que se presenten dentro de su vida cotidiana. El riesgo dentro de este estudio son de carácter emocional, ya que durante la terapia se puede presentar alguna recreación de eventos dolorosos para el participante.
Confidencialidad de los datos	Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y el terapeuta líder tendrán acceso.
- 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 3) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante (se incluye un ejemplo de texto)

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decirse al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.
Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 098-628-4284, que pertenece a Doménica Unda o envíe un correo electrónico a domenicachr@gmail.com

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado (Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieren el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo (si aplica)	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado: Doménica Unda R.	
Firma del investigador	Fecha

ANEXO B: GUÍA TERAPÉUTICA

1. Crear un espacio seguro

Es muy importante crear un entorno seguro y de confianza durante las sesiones de asesoramiento. Diseñando un espacio para que el grupo se sienta seguro, les ayudará a abrirse y sentirse más cómodos al hablar de sus problemas. A continuación, se presentan recomendaciones para crear un espacio seguro en un entorno de asesoramiento grupal.

- Consistencia

Crea un horario establecido para cuando ocurrirán las sesiones de asesoramiento grupal. Elige un día de la semana y hora y mantén este horario hasta culminar el proceso. Asegúrate de que los clientes no se pierdan una reunión, esto fomentará la comodidad y confianza del grupo, preparándolos para el proceso terapéuticos.

- Confidencialidad

Deja en claro a tus clientes que lo que se dice en la sesión de orientación grupal debe permanecer en el grupo. Las conversaciones no deben ser discutidas con otras personas que no formen parte del grupo ni fuera del espacio terapéutico. Debes ser honesto sobre qué información permanecerá entre el grupo y tú, y qué información se compartirá con los directivos de la correccional en la que se esté aplicando la guía. Es importante recordar que, una vez establecidos estos límites, se respetarán durante el tiempo que dure el proceso terapéutico y posterior a su cierre.

- Confianza

La confianza necesita ser construida en el grupo. No sucede de inmediato, y cada cliente tomará diferentes cantidades de tiempo para establecer un sentido de confianza. Comienza la terapia de grupo hablando de temas que no estén relacionados al conflicto directo por el cual están asistiendo a terapia, es decir, no hablar sobre el crimen que se cometió. Las conversaciones más intensas van tomando lugar conforme el grupo sienta más confianza.

2. Principios

Puedes usar los siguientes principios y procedimientos para desarrollar planes de tratamiento apropiados para clientes que han cometido algún crimen sexual. A continuación de una descripción de cada principio se encuentra el procedimiento de prevención de reincidencia para ese principio.

2.1. Auto-regulación:

- El riesgo de reincidencia disminuirá a medida que aumente la capacidad del cliente para autorregular su pensamiento, sentimientos, la memoria, el juicio y comportamiento.
- Establecer un plan de tratamiento inicial que permite a los clientes estabilizarse física, psicológica y socialmente. El nivel de estabilización se mide por la capacidad de realizar las actividades básicas de la vida diaria.

2.2. Integración:

- El riesgo de reincidencia disminuirá a medida que el cliente aumente el nivel de comprensión consciente y aceptación de situaciones y eventos que han conducido a cometer los crímenes sexuales.

2.3. Consciencia

- El riesgo de reincidencia disminuirá cuando el cliente esté consciente de que tiene acceso a diferentes herramientas – brindadas dentro de terapia - para poder lidiar con sus pensamientos intrusivos, emociones negativas y comportamientos no adecuados.

3. Habilidades básicas del terapeuta

3.1. Rasgos de ayuda

Es importante desarrollar estos rasgos para mejorar su capacidad de ayudar a otros. El terapeuta es un modelo a seguir (alguien a quien los clientes tienden a imitar). Por lo tanto, desea modelar comportamientos que serán útiles para la recuperación de los clientes. Los siguientes son algunos de estos rasgos:

RASGOS	
Empatía	<ul style="list-style-type: none"> • La empatía es la capacidad de comprender cómo otra persona ve e interpreta una experiencia. Es diferente de la simpatía (sentir pena por alguien). Cuando eres empático, puedes mirar y entender una situación desde la perspectiva de otra persona. • <u>No significa que tengas que estar de acuerdo con esa persona.</u>
Autenticidad	<ul style="list-style-type: none"> • La autenticidad es la capacidad de ser completamente uno mismo y de expresarse ante los demás. Es la falta de falsedad, falsedad y actitud defensiva. • Cuando eres genuino, la forma en que actúas en el exterior coincide con tus pensamientos y sentimientos en el interior.
Respeto	<ul style="list-style-type: none"> • Respeto es la capacidad de hacerle saber a otra persona, a través de sus palabras y acciones que: <ul style="list-style-type: none"> - Tiene la capacidad de triunfar en la vida - El derecho a tomar sus propias decisiones - La capacidad de aprender de las consecuencias de esas decisiones
Auto-revelación	<ul style="list-style-type: none"> • La auto-revelación es la capacidad de revelar información sobre ti mismo, de la manera en que piensa y siente. • <u>Se auto-revelan las cosas que tú consideras que aportan o ayudan dentro de la terapia y a los clientes.</u>
Calidez	<ul style="list-style-type: none"> • La calidez es la capacidad de demostrarle a otra persona que te preocupas por ella. Los comportamientos que muestran calidez incluyen: <ul style="list-style-type: none"> - Hacer contacto visual - Sonreír - Tener un tono de voz cariñoso y sincero
Inmediatez	<ul style="list-style-type: none"> • La inmediatez es la capacidad de enfocarse en la relación "aquí y ahora" con el cliente. Puedes expresar la inmediatez diciendo cosas como: <ul style="list-style-type: none"> - "En este momento me siento _____". - "Cuando dijiste eso, comencé a pensar _____". - "Mientras hablabas, sentí que te sentías _____".
Concreción	<ul style="list-style-type: none"> • La concreción es la capacidad de identificar problemas específicos y los pasos necesarios para corregirlos. • Cuando se define un problema, situación, comportamiento o conjunto de acciones en términos concretos, puede hacer un dibujo o hacer una película sobre él, si se pudiera.

Confrontación	<ul style="list-style-type: none"> • La confrontación es un acto de honestidad, donde se le dice a otra persona sobre la percepción que se tiene de lo que está sucediendo sin desanimarlo. Enfrentar a alguien puede incluir: <ul style="list-style-type: none"> - Dar una evaluación honesta de las fortalezas y debilidades de la persona. - Decir lo que crees que la persona está pensando y sintiendo. - Decir cómo percibes el comportamiento de la persona. - Decir a la persona lo que crees que sucederá debido a sus acciones.
---------------	---

3.2. Escucha activa

Cuando un paciente habla de un problema o presenta una tarea, es importante escuchar activamente. La escucha activa es una habilidad básica de asesoramiento que le ayuda a aclararse para sí mismo y para el paciente lo que realmente está sucediendo.

Los pacientes en recuperación no siempre son claros en su pensamiento y esta falta de claridad puede confundirlos a los que los rodean. La escucha activa les ayudará a aclarar su pensamiento. El pensamiento activo consiste en varias habilidades:

ESCUCHA ACTIVA	
Escucha Clara	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando escuchas al cliente, es importante simplemente escuchar. El problema más común para los terapeutas es que piensan mientras escuchan. Si estás pensando en lo que vas a decir, no escucharás con precisión lo que la persona está diciendo. • <u>Es importante que escuches sin juzgar lo que dice el paciente</u> – recuerda que estás tratando con una población difícil y es importante diferenciar entre el acto que cometió la persona y la persona – y sin tratar de corregir inmediatamente sus pensamientos.
Reflejar	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando el cliente te habla, reflejar es resumir y repetir los pensamientos y sentimientos del cliente de una manera simple y clara. Reflejar ayuda a aclarar los problemas para ambos. • Si malinterpretas al cliente, él o ella puede corregirte. Cuando repitas pensamientos y sentimientos al cliente, usa declaraciones en lugar de preguntas. • Ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> - Paciente: "Intento ser sincero, pero todo sale mal y termino pensando en cometer el acto otra vez". - Terapeuta: "Parece que te sientes desesperado por tu recuperación". • Reflejar le da a un paciente la sensación de que realmente estás escuchando y tenderá a abrirse más y hablar sobre problemas de los que no ha hablado antes.

Preguntas Abiertas	<ul style="list-style-type: none"> No hagas preguntas que puedan responderse con un "sí" o un "no". En su lugar, haz preguntas que requieran que los pacientes exploren las razones por las que piensan, sienten y actúan como lo hacen. Ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> - "¿Qué pasa cuando intentas recuperarte?" - "¿Qué haces cuando te sientes desesperado?"
No Preguntar "¿Por qué?"	<ul style="list-style-type: none"> La mayoría de terapeutas nuevos cometen el error de preguntar "¿Por qué?" El paciente no sabe por qué, o de lo contrario habría cambiado. Si preguntas "¿Por qué?" El paciente te dará una excusa. Al preguntar "¿Qué?" estás logrando que el paciente se centre en lo que él ha hecho y que se puede cambiar.
Utilizar un lenguaje corporal efectivo	<ul style="list-style-type: none"> La forma en que te posicionas físicamente le dice mucho a un cliente sobre cómo te sientes con respecto a él. Cuando trabajes dentro de la terapia de grupo, es mejor sentarse con las piernas y los brazos sin cruzar, inclinarse hacia adelante y hacer contacto visual. Esta posición del cuerpo muestra que está interesado en lo que el cliente tiene que decir y que estás prestando atención.
Observando señales no verbales	<ul style="list-style-type: none"> Cuando estés trabajando con el grupo, escucha y observa atentamente. ¿Qué persona está tensa, golpea su pie, se desplaza, etc.? Cuando veas estas señales, haz que el cliente se dé cuenta de ellas y dile lo que esto podría significar.

3.3. Técnicas básicas

TÉCNICAS	CONCEPTOS	EJEMPLOS/EJERCICIOS
Centrado	Cuando comienza un grupo o cuando deseas que un cliente se calme y se ponga en contacto con pensamientos y sentimientos, se puede utilizar una técnica llamada centrado. Esta es básicamente una técnica de relajación.	<p>Indique al paciente que haga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pon ambos pies en el suelo, siéntate derecho y cierra los ojos. Inhala por la nariz y exhala por la boca. Respira profundamente, manténlo así durante un segundo, luego espira. - Haz esto otra vez y siente que tus pulmones se llenan de aire, luego se vacían. Reduce su respiración a un ritmo constante. - Mira si algún pensamiento está entrando en tu mente. - Pregúntate a ti mismo si estás sintiendo alguna tensión corporal. Abre los ojos cuando estés listo. - Habla lentamente mientras das las instrucciones. Esto ayudará al paciente a calmarse.

<p>Completar la oración</p>	<p>El completar la oración es una técnica que se utiliza para ayudar a los clientes a identificar los pensamientos que tienen y que pueden no ser ciertos. Estos pensamientos son llamados creencias erróneas.</p> <p>Muchas veces, cuando un cliente actúa de manera autodestructiva, es el resultado de creencias erróneas que tiene sobre el mundo y sobre sí mismo.</p> <p>Cuando un cliente se comporta de una manera que se lastima a sí mismo y a los demás, es porque él cree que esta es la única opción que tiene.</p>	<p>Completar la oración es una manera de ayudar a un paciente a identificar y corregir creencias erróneas. Puedes ayudar al cliente, haciendo lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Haz que el cliente forme una raíz de oración: Una raíz de oración es el comienzo de una oración que tiene un significado para el cliente. Puede formar la oración basándose en los temas de los que habla el paciente. - Ejemplos son: <ul style="list-style-type: none"> o "Sé que mi recuperación está en problemas cuando ..." o "Cuando pienso en ..., yo ..." o "En este momento, estoy sintiendo ..." - Haz que el cliente escriba la raíz de la oración. - Haz que el paciente lo repita en voz alta y termine la oración - de seis a ocho veces – con un nuevo final. - Haz que los otros miembros del grupo escriban los finales. - Pide a los miembros del grupo que le lean los finales al paciente mientras los escriben. Pídales que usen la siguiente forma: A (nombre del cliente), te escuché decir (raíz de la oración) (primer final)". Repite el ejercicio hasta que todos los finales hayan sido leídos. - Busca un tema común en los finales. Puede formar una nueva oración derivada del tema común y repetir el ejercicio, o detenerse ahí si se identifica la creencia errónea. - Haz que el cliente identifique la creencia errónea si puede y escríbala.
-----------------------------	--	---

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Repetición de la oración</p>	<p>La repetición de oraciones es una forma de que el cliente se vuelva consciente de las creencias erróneas y los pensamientos, sentimientos y acciones que causan. Identifica la creencia errónea y pídele al paciente que la escriba.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pídele al cliente que lo repita en voz alta, lentamente. - Después de cada repetición, pídele que respire hondo, déjelo salir e informe cualquier pensamiento, sentimiento o impulso que haya surgido. - Haz que el cliente escriba estos pensamientos, sentimientos e impulsos. - Pregúntale al cliente si puede recordar quién causó esta creencia errónea o de dónde vino. - Pregunta al cliente si la persona pudo haberse equivocado. - Pregúntale al cliente si hay otras maneras de creer que podría ser verdad. Puede que tenga que pedir ayuda al grupo. - Pídele al paciente que complete las siguientes oraciones: <ul style="list-style-type: none"> ○ "Si sigo creyendo esto, lo mejor que puede pasar es ..." ○ "Lo peor que puede pasar es ..." ○ "Lo más probable que suceda es ..." ○ "Si cambio lo que creo, lo mejor que puede pasar es ..." ○ "Lo peor que puede pasar es ..." ○ "Lo más probable que suceda es ..." - Los resultados probables se pueden discutir y un curso de acción decidido por el grupo. La decisión más importante es identificar un pensamiento racional que el cliente pueda sustituir cuando se produce la creencia errónea. - Ejemplo: "No puedo decirles a los demás lo que siento o ellos me mirarán con desprecio."
---	---	--

4. El terapeuta como líder

Las técnicas utilizadas en terapia grupal son similares a las utilizadas en terapia individual. Sin embargo, el enfoque general del líder de grupo debe trabajar para crear una cultura grupal que se centre en el comportamiento del "aquí y el ahora." Se necesita un enfoque activo y dinámico junto con un estilo empático para hacer esto.

El enfoque del líder del grupo debe:

- Fomentar la recuperación individual y grupal.
- Enseñar a los miembros acerca de la dependencia química, la recuperación y la prevención de reincidencia
- Fortalecen la autoestima de los miembros.

El líder debe ser:

- Ser empático
- Infundir esperanza
- Modelar comportamientos deseados
- Tratar a todos los miembros de manera consistente, igual y justa
- Ser activo y directivo
- Usar las intervenciones apropiadas para mantener al grupo en movimiento.

El líder del grupo debe:

- Mantener el control de manera no autoritaria
- Ser firme, pero no punitivo
- Ser asertivo al establecer límites
- Proporcionar recompensas apropiadas (actividades) al grupo.

5. Reglas del grupo

Antes de comenzar la terapia, es importante que el terapeuta aclare las reglas que se mantendrán dentro del proceso terapéutico grupal. Se recomienda recordar al grupo las reglas al inicio de cada sesión.

5.1. Confidencialidad

- Cualquier cosa que se diga dentro del grupo es confidencial.
- Estoy de acuerdo en mantener con resguardo cualquier cosa que ocurra entre los miembros del grupo o que sea compartida por ellos.
- Si el líder del grupo cree que alguien está en peligro, el líder tiene la obligación profesional de tomar medidas directas para mantener a todos a salvo.
- Entiendo que si violo esta confidencialidad podría ser removido del grupo.

5.2. Privacidad – la regla “stop”

- Ningún miembro del grupo está obligado a responder ninguna pregunta, a participar en ninguna actividad, o a decir algo.
- Si me hacen preguntas o me piden que participe en una actividad que me hace sentir incómodo, entiendo que tengo derecho a no participar.
- Estoy de acuerdo en que nunca presionará a otros miembros del grupo para que participen en cualquier discusión o actividad después de que el miembro haya aprobado o rechazado.
- También entiendo que me beneficiaré más del grupo cuanto más pueda tomar riesgos al compartir y participar.

5.3. Dignidad

- Ningún miembro del grupo será humillado, acosado o abusado de ninguna manera.
- Estoy de acuerdo en evitar este comportamiento destructivo.
- Ningún miembro del grupo debe ser juzgado por sus acciones o por las razones que se encuentra dentro de la correccional.

5.4. Intimidación

- No se tolera la violencia o intimidación hacia otros miembros del grupo.
- Entiendo que nunca debo ser violento o intimidante hacia otros miembros del grupo y que, si amenazo con dañar a personas o propiedades, se me pedirá que abandone el grupo.

5.5. Rumores

- Los chismes y los rencores secretos pueden ser muy destructivos en un grupo.
- Estoy de acuerdo en que, si tengo algo que decirle a otro miembro del grupo, trataré de decírselo directamente dentro de la sesión al miembro en lugar de hablar sobre él a sus espaldas

5.6. Asistencia

- Estoy de acuerdo en que asistiré a todas las reuniones a menos que surja una emergencia.
- Si surgiera una emergencia, notificaré al líder del grupo antes de la reunión para decirle que no podré asistir.
- Entiendo que el líder del grupo le dirá al grupo lo que ha sucedido.
- Entiendo que, si tengo tres ausencias injustificadas, se analizará mi

continuación dentro grupo.

5.7. Responsabilidad

- Entiendo que es responsabilidad del líder del grupo hacer cumplir estos procedimientos y pautas.
- El grupo puede, cuando lo desee, proponer otros procedimientos y directrices que serán supervisados por el grupo.

6. Formato de la terapia de grupo

6.1. Preparación de la sesión

Antes de cada sesión de grupo, debes prepararte. Debes reunirte con tu grupo clínico y realizar supervisión de cada caso. Revisa el progreso de cada miembro del grupo e intenta predecir las tareas y los problemas que se presentarán dentro de la sesión.

6.2. Procedimiento de apertura (5 minutos)

Establece el clima para el grupo, establece el liderazgo y ayuda a los clientes a prepararse para el proceso grupal.

Formato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Forma un círculo cerrado. 2. Hacer ejercicios físicos y de contacto visual. 3. Hacer ejercicios de centrado (como enfocarse en la respiración por unos minutos). 4. Toma la asistencia para identificar los estados de ánimo.
Propósito	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecer el control. ✓ Poner a los miembros del grupo en contacto unos con otros. ✓ Enfócate en el grupo. ✓ Compruebe la actitud y el estado de ánimo de los miembros

6.3. Reacciones de la última sesión (aproximadamente 15 minutos)

Se considera como una *reacción* a la breve descripción de (1) lo que cada miembro del grupo pensó durante la última sesión del grupo, (2) cómo se sintió el miembro del grupo durante la última sesión, (3) a la identificación de las tres personas que se destacaron de la última sesión, y por qué fueron recordados.

Formato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pregunta qué pensaron los clientes durante la última sesión. 2. Pregunta cómo se sintieron durante el tiempo transcurrido desde la última sesión. 3. Pregunta qué tres personas se destacaron de la sesión anterior y por qué.
Propósito	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entrenamiento en comunicación. ✓ Entrenamiento de la memoria. ✓ Atar juntos la experiencia grupal. ✓ Forzar el interés en otros miembros del grupo – Promover la cohesión grupal. ✓ Iniciar una interacción grupal de alta calidad. ✓ Prueba de motivación. ✓ Crear oportunidad para la comunicación "sin falta".

Todos los miembros del grupo deben dar una reacción a la última sesión. Esto logra una variedad de objetivos:

- Promueve la intervención de cada miembro del grupo a través del compartir experiencias. Si notas resistencia en alguno de ellos, empieza por preguntar qué podría rescatar de bueno o malo sobre la sesión anterior, o si quisiera proponer alguna actividad para la sesión actual.
- Rompe la tendencia al aislamiento y al egocentrismo al obligar al cliente a darse cuenta y comentar sobre al menos otros tres miembros del grupo. Esta reacción obliga a la participación del grupo. Proporciona capacitación en comunicación básica y sobre cómo dar retroalimentación. Además, permite practicar la escucha sin sentirse juzgados.
- Proporciona comentarios a otros miembros del grupo sobre quién se destacó de la última sesión y por qué.
- Presiona a los miembros del grupo para recordar eventos importantes de sesiones de grupo anteriores. Esta estrategia sirve como un dispositivo de entrenamiento de la memoria.
- Prueba la motivación de un miembro del grupo. Los miembros que se niegan a reaccionar o repetir lo que otros dicen, generalmente tienen problemas para cooperar con otros aspectos del tratamiento.
- Brinda una oportunidad para que el líder reflexione sobre el último grupo y compare su memoria personal con las de los miembros del grupo.

Es importante recordar que una reacción es una comunicación unidireccional. A otros miembros del grupo no se les permite comentar sobre las reacciones. Si alguien está molesto por lo que otro miembro del grupo dice, es responsabilidad de esa persona ser voluntario para trabajar en el tema cuando se establezca la agenda.

Una reacción es también una comunicación sin culpa. No hay reacciones correctas o incorrectas. La única retroalimentación que el consejero y otros miembros del grupo generalmente dan es sobre el formato y la integridad de la reacción. En otras palabras, el miembro del grupo informa sobre sus pensamientos, sentimientos y al menos tres personas que se destacaron en la última sesión.

Una reacción típica debe tener tres partes:

- Lo que pensé durante la última sesión de grupo.
- Cómo me sentí durante la última sesión de grupo.
- Tres personas que, para mí, se destacaron en la última sesión grupal.

Debes ayudar a los pacientes entrenando sus respuestas. Los problemas típicos que tendrán los pacientes son:

- Dirán lo que pensaron o sintieron acerca de la última sesión, en lugar de lo que pensaron o sintieron *durante* la última sesión.

Ejemplo:

- a. Cliente: “Pensé que la sesión de la semana pasada fue buena”. (Incorrecto)
Líder: “Lo que me gustaría que hicieras es decir qué conversaciones o imágenes pasaron por tu cabeza”.
- b. Cliente: “Lo que pensé durante la sesión de la semana pasada fue cómo mi consumo de alcohol y drogas ha afectado mi vida”. (Correcto)

- Confundirán pensamientos y sentimientos.

Ejemplo:

- a. Cliente: “Creo que estaba enojado”. (Incorrecto)
Líder: “¿Te sentiste enojado?” (Explica la diferencia entre un pensamiento y un sentimiento).
- b. Cliente: “Me enojé. Me acordé de cuando vine a la cárcel”. (Correcto)

- Hablarán de un miembro del grupo en lugar de hablar con ellos.

Ejemplo:

- a. Cliente: “José se destacó porque su historia de vida era muy parecida a la mía”. (Incorrecto)
 Líder: “Por favor, repite esto y, esta vez, habla directamente con José. Míralo y dile: "José, te destacaste porque...".”
- b. Cliente: “José, te destacaste porque tu historia de vida era muy parecida a la mía”. (Correcto)

Ejemplos de buenas respuestas. Una reacción típica hecha por un miembro del grupo al último grupo podría ser la siguiente:

- Pensé mucho sobre cómo lidiar con la ira y la frustración. Hubo muchos comentarios positivos cuando hablé sobre mi problema.
- Tuve una sensación de logro mientras trabajaba en mis problemas. Me sorprendió. Me emocioné en lugar de deprimirme por primera vez en mucho tiempo.
- José, te destacaste porque entendiste de lo que estaba hablando.
- Luis, te destacaste porque me dijiste que te importaba. No estoy seguro de si te creo. Una parte de mí pensó que decías la verdad y me sentí bien. Otra parte de mí dijo: "¿Por qué debería importarle? Nadie más lo hace".
- Pedro, te destacaste porque no me prestaste atención cuando estaba hablando.

6.4. Establecimiento de la agenda del día (3 minutos)

Formato	Decidir y anunciar el orden de presentación de los miembros del grupo.
Propósito	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar a los miembros que necesitan trabajar en grupo. ✓ Revisar una breve descripción del problema, lo que cada miembro desea trabajar. ✓ Establecer prioridades basadas en: <ul style="list-style-type: none"> - Gravedad del problema - Historia de participación
Pasos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifica a todas las personas que quieran trabajar ese día – no es obligatorio que todos los integrantes participen. 2. Anuncia quién trabajará y en qué orden. 3. Si no te alcanza el tiempo, puedes mencionar: “los miembros del grupo que no tengan tiempo para hablar en esta sesión grupal serán los primeros en la agenda en la siguiente sesión.” 4. Para tener un mejor manejo del grupo: mantén la atención en cada miembro mientras comparte, sosteniendo la escucha y mirada para

	que no exista ningún tipo de ruptura de la alianza terapéutica. Por esta razón, se recomienda que por cada sesión participen de tres a cuatro clientes.
--	---

6.5. El proceso de la resolución del problema en grupo (70 minutos)

El proceso grupal de resolución de problemas está diseñado para permitir que los clientes presenten problemas al grupo, los aclaren a través de preguntas del grupo, reciban comentarios del grupo y del líder, y desarrollen tareas para un progreso continuo.

El proceso de resolución de problemas se guía de dos maneras. Una serie de ejercicios son asignados y luego procesados en grupo. Los problemas especiales que surgen son discutidos por el grupo.

Uno de los objetivos de la asesoría grupal es enseñar habilidades de resolución de problemas que permitan al paciente en recuperación manejar situaciones difíciles cuando surjan.

Cuando se trata de problemas que no son tareas fuera de la sesión, se recomienda un proceso estándar de resolución de problemas.	
Formato	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del problema. • Interrogación por el grupo. • Comentarios de los miembros del grupo. • Retroalimentación del consejero de grupo, si es apropiado. Cierre por el terapeuta.
Propósito	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Presentar temas. ✓ Aclarar el tema mediante el cuestionamiento del grupo. Para recibir comentarios de los miembros del grupo. ✓ Desarrollar tareas para el progreso continuo.
Cómo presentar el problema	<ul style="list-style-type: none"> ▪ "Esto primero se convirtió en un problema cuando ..." ▪ "He tratado de resolver este problema en el pasado por ..." ▪ "El problema en el que quiero trabajar es ..."
Pasos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación del problema – haz que los miembros del grupo hagan preguntas para identificar qué está causando dificultad. ¿Cuál es el problema? 2. Aclaración del problema - Anímalos a ser específicos y completos. ¿Es este el problema real o hay un problema más fundamental?

	<p>3. Identificación de alternativas – ¿Cuáles son algunas opciones para tratar el problema?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pídele al cliente que los enumere en un papel para que todos puedan verlos fácilmente. - Intenta que el grupo elabore una lista de al menos cinco soluciones posibles – esto les dará más posibilidades de elegir la mejor solución y les dará algunas alternativas si su primera elección no funciona. <p>4. Consecuencias proyectadas de cada alternativa – ¿Cuáles son los resultados probables de cada opción? Haz que el grupo le haga las siguientes preguntas a la persona:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué es lo mejor que podría pasar si eliges esta alternativa? - ¿Qué es lo peor que podría pasar? - ¿Qué es lo más probable que sucederá? - ¿Cuál es su reacción (pensamientos, sentimientos, recuerdos y proyecciones futuras) cuando piensa en implementar esa alternativa? <p>5. Decisión - haz que el grupo pregunte a la persona qué opción ofrece los mejores resultados y parece tener la mejor oportunidad de éxito. Pídeles que tomen una decisión basada en las alternativas que tienen.</p> <p>6. Acción – una vez que han decidido una solución al problema, necesitan planificar cómo lo llevarán a cabo. Hacer un plan responde a la pregunta: "¿Qué vas a hacer al respecto?"</p> <p>7. Seguimiento – pídele a la persona que lleve a cabo su plan e informe cómo está funcionando.</p>
--	--

IMPORTANTE:

La mayoría de los problemas no se resolverán presentándolos una vez en una sesión de grupo. La resolución de problemas personales es un proceso que requiere tiempo. Puede requerir de tres a seis presentaciones de un problema, acompañadas de tareas específicas completadas entre las sesiones de grupo para llevar el problema a una resolución completa.

Los pacientes deben tener un tiempo limitado para presentar un problema o el resumen de una tarea. Como regla general, los pacientes no deben trabajar en grupo durante más de 20 minutos. No todas las personas trabajarán en un problema durante cada sesión.

6.6. Retroalimentación (15 minutos)

El momento que se completa una parte del proceso de resolución de problemas o se presenta una tarea, los miembros del grupo y el líder deben dar su opinión. Se

recomienda que el terapeuta sea el último. Los miembros del grupo deben dar la retroalimentación completando lo siguiente:

- Mis reacciones fueron...(Un sentimiento, pensamiento o cómo los miembros pueden identificarse con el paciente que presentó)
- Creo que la forma en que esto afecta tu recuperación es...
- Lo que pienso de ti como persona es...

El propósito de este ejercicio de retroalimentación es practicar las habilidades de comunicación, aprender a dar y recibir retroalimentación, y usar el grupo para resolver problemas.

6.7. El cierre (15 minutos)

Formato	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escribe lo más importante que aprendiste hoy en grupo. ▪ Escribe lo que harás de manera diferente como resultado de lo que aprendiste. ▪ Explica al grupo la cosa más importante que aprendiste en el grupo y qué harás de manera diferente como resultado.
Propósito	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Garantizar que cada miembro del grupo comprenda e integre la experiencia del grupo. ✓ Ayudar a documentar el proceso grupal.

Se recomienda que termines la sesión preguntando lo siguiente a los miembros del grupo:

- ¿Cuál es la cosa más importante que aprendiste en grupo esta sesión?
- ¿Qué vas a trabajar sobre tu comportamiento esta semana?
- Comparte con el grupo lo que aprendiste y las mejoras que estás dispuesto a hacer.

Para poder medir el progreso y mantener la alianza terapéutica, así como brindar al terapeuta retroalimentación de la sesión del día, es necesario que siempre al finalizar la sesión los participantes completen el HAT. Y, cada dos a tres sesiones, aplicar la batería de pruebas WAIS y HAQ.

Una vez que los integrantes del grupo finalizaron llenando los test correspondientes, se finaliza la sesión.

ANEXO C: HERRAMIENTAS PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

Cuestionario de Alianza de Ayuda Revisado Versión Paciente Adaptado

Por favor, indique su género, edad y nombre de su terapeuta:

Género: M / F Edad: _____ Nombre de terapeuta: _____

Instrucciones: Estas son formas en que una persona puede sentirse o comportarse en relación a otra persona- su terapeuta. Considere cuidadosamente su relación con su terapeuta, y luego marque cada afirmación en relación al grado de acuerdo o desacuerdo. *Por favor, marque todas*

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1 Siento que puedo depender del terapeuta.	1	2	3	4	5	6
2 Siento que el terapeuta me entiende.	1	2	3	4	5	6
3 Siento que el terapeuta quiere que yo logre mis metas.	1	2	3	4	5	6
4 A veces desconfío del juicio del terapeuta.	1	2	3	4	5	6
5 Siento que estoy trabajando con el terapeuta en un esfuerzo conjunto.	1	2	3	4	5	6
6 Creo que ambos tenemos ideas similares acerca de la naturaleza de mi problema.	1	2	3	4	5	6
7 Generalmente respeto las ideas que el terapeuta tiene de mí.	1	2	3	4	5	6
8 Los procedimientos utilizados en mi terapia <u>no</u> son muy apropiados para mis necesidades.	1	2	3	4	5	6
9 El terapeuta me agrada como persona.	1	2	3	4	5	6
10 En la mayoría de las sesiones el terapeuta y yo encontramos una forma de trabajar juntos sobre mis problemas.	1	2	3	4	5	6

11	El terapeuta se relaciona conmigo en formas que enlentecen el progreso de la terapia.	1	2	3	4	5	6
12	Se ha formado una buena relación con mi terapeuta.	1	2	3	4	5	6
13	El terapeuta parece tener experiencia en ayudar a la gente.	1	2	3	4	5	6
14	Tengo muchas ganas de solucionar mis problemas.	1	2	3	4	5	6
15	El terapeuta y yo tenemos conversaciones significativas.	1	2	3	4	5	6
16	A veces, el terapeuta y yo tenemos conversaciones <u>no</u> provechosas.	1	2	3	4	5	6
17	De vez en cuando, ambos hablamos sobre los mismos eventos importantes en mi pasado.	1	2	3	4	5	6
18	Creo que le agrado al terapeuta como persona.	1	2	3	4	5	6
19	A veces el terapeuta parece distante.	1	2	3	4	5	6

W A I-S-R: Inventario de Alianza Terapéutica: Terapeuta

Código Cliente: _____

Terapeuta: _____

Sesión n° _____

Fecha d: _____ m: _____ a: _____

Tipo de terapia: _____

_____ Cognitiva-Conductual

_____ Psicodinámica

_____ Familiar-Sistémica

_____ Integrativa

_____ Otra: _____

Instrucciones

A continuación hay una serie de enunciados acerca de experiencias que las personas podrían tener con su paciente o cliente. Algunos ítems se refieren directamente a su paciente o cliente con un espacio en blanco – cuando lea estas oraciones mentalmente inserte el nombre de él/ella en vez de “_____”. Por cada enunciado, por favor tómese su tiempo para considerar su propia experiencia y entonces encierre el número apropiado.

❖ **Importante:** La escala de calificación no es la misma para todos los enunciados.
¡POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE!

1. Como resultado de estas sesiones yo creo que mi paciente/cliente tiene más claro como puede ser capaz de cambiar				
1 muy pocas veces	2 a veces	3 con bastante frecuencia	4 muy frecuentemente	5 siempre
2. Lo que hacemos en terapia, a mi paciente/cliente le da nuevas formas de observar su problema				
1 muy pocas veces	2 a veces	3 con bastante frecuencia	4 muy frecuentemente	5 siempre
3. Yo creo que le agrado a _____.				
5 siempre	4 muy frecuentemente	3 con bastante frecuencia	2 a veces	1 muy pocas veces
4. _____ y yo colaboramos para determinar los objetivos de su terapia				
1 muy pocas veces	2 a veces	3 con bastante frecuencia	4 muy frecuentemente	5 siempre
5. _____ y yo nos respetamos mutuamente				
5 siempre	4 muy frecuentemente	3 con bastante frecuencia	2 a veces	1 muy pocas veces
6. _____ y yo estamos trabajando hacia metas mutuamente acordadas				
5 siempre	4 muy frecuentemente	3 con bastante frecuencia	2 a veces	1 muy pocas veces
7. Yo siento que _____ me aprecia				
5 siempre	4 muy frecuentemente	3 con bastante frecuencia	2 a veces	1 muy pocas veces
8. _____ y yo concordamos en que es importante trabajar para él/ella				
1 muy pocas veces	2 a veces	3 con bastante frecuencia	4 muy frecuentemente	5 siempre

9. Yo me preocupo de _____ aún cuando él/ella haga cosas que yo no apruebo				
5 siempre	4 muy frecuentemente	3 con bastante frecuencia	2 a veces	1 muy pocas veces
10. Yo siento que las cosas que hago en terapia ayudarán a mi paciente/cliente a alcanzar los cambios que quiere				
1 muy pocas veces	2 a veces	3 con bastante frecuencia	4 muy frecuentemente	5 siempre
11. _____ y yo hemos establecido un buen entendimiento del tipo de cambios que serian buenos para él/ella				
1 muy pocas veces	2 a veces	3 con bastante frecuencia	4 muy frecuentemente	5 siempre
12. Yo creo que la manera en la que nosotros trabajamos con su problema es correcta				
5 siempre	4 muy frecuentemente	3 con bastante frecuencia	2 a veces	1 muy pocas veces

W A I-S-R: Inventario de Alianza Terapéutica

Código Cliente: _____	Edad a: ____ m: ____	Género: __M __F
Terapeuta: _____	Sesión n° _____	Fecha d: ____ m: ____ a: ____
Tipo de terapia: _____	_____ Cognitiva-Conductual	_____ Psicodinámica
_____ Humanista	_____ Integrativa	_____ Otra: _____
_____ Familiar-Sistémica		

Instrucciones

A continuación, hay una serie de frases que expresan la forma como las personas se sienten con su psicólogo/terapeuta. En cada frase, por favor considere cómo se siente y encierre el número que corresponde.

¡POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE!

1. Como resultado de estas sesiones de terapia, tengo más claridad sobre lo que puedo ser capaz de cambiar				
1	2	3	4	5
muy pocas veces	a veces	con bastante frecuencia	muy frecuentemente	siempre
2. Lo que hago en terapia me da nuevas formas de observar mi problema				
1	2	3	4	5
muy pocas veces	a veces	con bastante frecuencia	muy frecuentemente	siempre
3. Yo creo que le agrado a mi psicóloga.				
5	4	3	2	1
siempre	muy frecuentemente	con bastante frecuencia	a veces	muy pocas veces
4. Mi psicóloga y yo colaboramos para determinar los objetivos de mi terapia				
1	2	3	4	5
muy pocas veces	a veces	con bastante frecuencia	muy frecuentemente	siempre
5. Mi psicóloga y yo nos respetamos mutuamente				
5	4	3	2	1
siempre	muy frecuentemente	con bastante frecuencia	a veces	muy pocas veces
6. Mi psicóloga y yo estamos trabajando hacia metas mutuamente acordadas				
5	4	3	2	1
siempre	muy frecuentemente	con bastante frecuencia	a veces	muy pocas veces
7. Yo siento que mi psicóloga me aprecia				
5	4	3	2	1
siempre	muy frecuentemente	con bastante frecuencia	a veces	muy pocas veces
8. Mi psicóloga y yo concordamos en lo que es importante trabajar para mi				
1	2	3	4	5
muy pocas veces	a veces	con bastante frecuencia	muy frecuentemente	siempre
9. Yo siento que mi psicóloga se interesa por mi aun cuando yo haga cosas con las que ella no está de acuerdo				
5	4	3	2	1
siempre	muy frecuentemente	con bastante frecuencia	a veces	muy pocas veces
10. Yo siento que las cosas que hago en terapia me ayudarán a alcanzar los cambios que yo				

quiero				
1	2	3	4	5
muy pocas veces	a veces	con bastante frecuencia	muy frecuentemente	siempre
11. Mi psicóloga y yo hemos establecido un buen entendimiento del tipo de cambios que serían buenos para mi				
1	2	3	4	5
muy pocas veces	a veces	con bastante frecuencia	muy frecuentemente	siempre
12. Confío que la forma como trabajamos en mis problemas es correcta				
5	4	3	2	1
siempre	muy frecuentemente	con bastante frecuencia	a veces	muy pocas veces

Fecha _____

Sesión # _____

Su nombre: _____

El nombre de su terapeuta _____

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE SESIÓN POR PARTE DEL CLIENTE

Traducción de Teresa Borja, Ph.D. (original en Inglés: L. Greenberg/R. Elliot)

1. Favor indique cuánto en general siente que esta sesión le ayudó o le hizo daño:

NEGATIVO	NEUTRO	POSITIVO
<input type="checkbox"/> Fue extremadamente dañina para <input type="checkbox"/> Fue fuertemente dañina para mí <input type="checkbox"/> Fue moderadamente dañina para <input type="checkbox"/> Fue un poco dañina para mí	<input type="checkbox"/> Ni me ayudó ni me hizo daño	<input type="checkbox"/> Me ayudó un poco <input type="checkbox"/> Me ayudó moderadamente <input type="checkbox"/> Me ayudó muchísimo <input type="checkbox"/> Me ayudó extremadamente

2. ¿Cómo se siente con respecto a la sesión que acaba de completar?

1 2 3 4 5 6 7
Muy mal Algo mal Mediano Algo bien Muy bien Excelente Perfecto

3. ¿Cuánto apoyo sintió por parte de tu terapeuta durante esta sesión de terapia?

1 2 3 4 5 6 7
Menos que Nada Un poco Algo Bastante Muchísimo Completamente
Apoyado Apoyado Apoyado Apoyado Apoyado Apoyo Apoyado

4. ¿Cuánto progreso siente que logró en esta sesión respecto a cómo manejar sus problemas?

1 2 3 4 5 6 7
Mis problemas No llegué a Un poco de Algo de Un progreso Un progreso Una gran
empeoraron ningún lado progreso progreso moderado considerable cantidad de
progreso

5. ¿Cuál fue la principal preocupación en la que usted se enfocó en esta sesión?

6. ¿Hasta qué punto algo cambió en usted en esta sesión? Por ejemplo, puede ser que haya visto el problema de una nueva forma, experimentado algo diferente, o hecho algo diferente

1 2 3 4 5 6 7
Para nada Algo Moderado Muchísimo

Si fue así, describa brevemente lo que cambió en usted

7. Como resultado de esta sesión, usted decidió que quisiera manejar algo de una forma diferente como cambiar una conducta, o tratarse a sí mismo o a su pareja diferente? Circule sólo una respuesta.
-

1 2 3 4 5 6 7
Para nada Algo Moderado Muchísimo

Si fue así, ¿qué quisiera hacer diferente?

8. De los eventos (algún ejercicio, algo que pasó, algo que usted o su terapeuta dijo o hizo) que ocurrieron en esta sesión, cuál siente usted que personalmente fue el más importante o que más le ayudó más Por favor indique.
9. Por favor describa lo que hizo que este evento sea importante o que le haya ayudado y qué sacó/obtuvo de este evento?
10. ¿Hubo otro evento que le pareció particularmente importante y que le ayudó?
11. Por favor describa lo que hizo que este evento sea importante o que le haya ayudado y qué sacó/obtuvo de este evento?
12. De los eventos que ocurrieron en esta sesión, ¿hubo algún evento que le pareció que fue dañino? Por favor, indique.
13. Por favor, ¿describa lo que hizo que este evento sea dañino para usted?