



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA**

---

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS**

**Propuesta de intervención grupal para  
reducir los síntomas derivados del  
abuso sexual infantil en mujeres adultas**

**TESIS**

que para obtener el título de

**Licenciada en Psicología**

**P R E S E N T A**

Helly Vanessa Marrufo Galván

**DIRECTORA DE TESIS**

Dra. Anel Hortensia Gómez San Luis

**CO-RECTOR DE TESIS**

Dr. Ariagor Manuel Almanza Avendaño



Mexicali, Baja California, 2021.

## Índice

|                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------|----|
| Capítulo I. Abuso Sexual Infantil (ASI)                         | 4  |
| 1.1 Definición de Abuso Sexual Infantil                         | 4  |
| 1.2 Prevalencia del ASI en México                               | 6  |
| 1.3 Modelos teóricos del ASI                                    | 7  |
| 1.3.1 Modelo de Dinámicas Traumatológicas de Finkelhor y Browne | 7  |
| 1.3.2 Modelo Narrativo                                          | 7  |
| 1.3.3 Modelo Ecológico                                          | 10 |
| 1.4 Factores de riesgo y factores de protección del ASI         | 11 |
| 1.5 Sintomatología psicológica derivada del ASI                 | 17 |
| 1.6 Otras consecuencias del ASI                                 | 18 |
| Capítulo II. Intervenciones para el ASI                         | 22 |
| 2.1 Intervenciones psicoterapéuticas                            | 22 |
| 2.2 Intervenciones psicoeducativas                              | 31 |
| 2.3 Intervenciones familiares                                   | 36 |
| 2.4 Intervenciones grupales                                     | 40 |
| 2.5 Intervenciones compuestas                                   | 43 |
| 2.6 El ASI en el marco de los derechos de los niños             | 49 |
| 2.7 Aspectos legales del ASI en México                          | 51 |
| 2.8. Recursos para pasar de víctima a sobreviviente             | 58 |
| Capítulo III. Método                                            | 60 |
| Planteamiento del problema                                      | 60 |
| Pregunta de investigación                                       | 60 |
| Objetivo general                                                | 61 |
| Objetivos específicos                                           | 61 |
| Hipótesis                                                       | 61 |
| Definición de variables                                         | 61 |

|                                                         |     |
|---------------------------------------------------------|-----|
| Conceptual (Intervención grupal)                        | 61  |
| Operacional (Intervención grupal)                       | 62  |
| Conceptual (Síntomas derivados del ASI)                 | 62  |
| Operacional (Síntomas derivados del ASI)                | 62  |
| Diseño                                                  | 62  |
| Selección de participantes                              | 62  |
| Instrumentos                                            | 63  |
| Procedimiento                                           | 63  |
| Análisis                                                | 71  |
| Consideraciones éticas                                  | 71  |
| Capítulo IV. Desarrollo de la propuesta de intervención | 73  |
| Capítulo V. Conclusión                                  | 130 |
| Referencias                                             | 132 |
| Anexos                                                  | 144 |



## CAPÍTULO I

### ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI)

#### 1.1 Definición de Abuso Sexual Infantil (ASI)

Proporcionar un concepto de Abuso Sexual Infantil (ASI) no es sencillo, pues existen diferentes definiciones dependiendo de la disciplina que pretenda definirlo. El enfoque jurídico o legal es muy diferente al que se utilizan en otras disciplinas o en la vida diaria. En cuanto al concepto legal y de acuerdo al artículo 180 del Código Penal para el Estado de Baja California proporcionado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH, 2015) menciona que se considera un delito de abuso sexual:

Al que con o sin el consentimiento de una persona menor de catorce años, o que no tenga capacidad de comprender el significado del hecho, o que por cualquier causa no tenga la capacidad de resistirlo, ejecute en ella o lo haga ejecutar un acto sexual, sin el propósito de llegar a la cópula. (p.5)

Suzanne (1982, como se citó en Pucachaqui, 2017) menciona que el abuso sexual infantil “son todos los actos de naturaleza sexual impuestos por un adulto sobre un niño, que por su condición carece del desarrollo madurativo, emocional y cognitivo para dar consentimiento a la conducta o acción en la cual es involucrado” (p. 35). Cualquier persona puede ser víctima del abuso sexual sin importar su edad, creencias, etnia, género o nivel económico.

La similitud de ambos conceptos es la mención del consentimiento, en el cual debido a la diferencia y las características de las etapas del ciclo de la vida, a nivel emocional, cognitivo y en la madurez, una persona menor de edad no está preparada para dar consentimiento ante las acciones de tono sexual, provenientes de un adulto. El artículo 180 del Código Penal indica que la víctima debe ser menor a catorce años, esto debido a que se considera que la edad en la que una persona se desarrolla sexualmente comienza en esa edad. En América Latina y El Caribe, la edad mínima del consentimiento sexual es entre los 14 y 16 años de edad, mientras que en unos países es a los 12 años de edad y en otro a los 18 años de edad, y más del 22% ha tenido la primera relación sexual, de manera

forzada, antes de cumplir los 15 años, principalmente las niñas/mujeres (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2015).

En cuanto al hecho de que se menciona que la edad máxima para aplicar un delito de abuso sexual es a los 14 años, Papalia y Feldman (2012) mencionan que la pubertad es la etapa en la cual se alcanza la madurez sexual y la capacidad de reproducirse, que usualmente inicia a partir de los 13 años de edad, aunque dependiendo del territorio o sociedad. Por su parte Darriulat (2017) menciona dos tipos de comportamientos que indican abuso sexual:

Con contacto sexual por encima o debajo de la ropa que son actitudes como tocamientos en las partes íntimas, penetración digital o con objetos, sexo oral, penetración peneana (coito vaginal, anal o con animales); este tipo de conductas se pueden dar de ofensor a niño o viceversa, e igualmente están los comportamientos sexuales sin contacto físico como lo son los comentarios sexualizados hacia el niño (en presencia del menor, o mediante cartas, teléfono, notas), exhibición de genitales frente al niño e incitación a que se desnude o masturbe delante del agresor, voyeurismo (espíar la intimidad del niño) y la exhibición de materiales pornográficos al menor como; libros, revistas, videos, películas y páginas de internet (p. 14).

El abuso sexual infantil también puede clasificarse en una situación casual o crónica, en la primera es cuando el abuso sexual solo se da una vez y la crónica se caracteriza por hacerlo muchas veces a través de varios años (Casella, 2016). Otra forma de clasificar el abuso sexual, es mediante los abusadores sexuales y dónde se encuentran: extrafamiliar e intrafamiliar. En abuso extrafamiliar se encuentran personas conocidas y cercanas a la familia o personas desconocidas y alejadas de la familia como por ejemplo pueden ser maestros, mientras que en el abuso intrafamiliar se encuentran los miembros de la familia (Pucachaqui, 2017). En ambos tipos de abuso se puede ver que las personas manipulan al niño/a aprovechándose del poder y la autoridad que tienen sobre ellos y llevar a cabo el abuso sexual, se ha educado a los niños que se tiene que obedecer y respetar a las personas adultas pero no se preocupan por enseñar que conductas de esas personas son nocivas, muchos recordarán cómo sus padres les decían que no hablaran o siguieran a

extraños pero también hay personas más cercanas que pueden abusar sexualmente de los niños/as.

## **1.2 Prevalencia del ASI en México**

Cuando se habla de abuso sexual infantil nos podemos encontrar con muchos datos, algunos de ellos, mundialmente hablando, son proporcionados por CEAV (2016):

1. La OMS estima que en el mundo, 150, 000,000 de niñas y 73, 000,000 de niños han sido sexualmente violentados y violentados.
2. En mujeres, una de cada seis han vivido una violación o un intento de violación en algún momento de sus vidas; más de la mitad han sido antes de los 18 años, y 22% antes de la edad de 12 años. Y en los hombres, uno de cada 33 ha vivido una violación o un intento de violación; 75% lo han vivido antes de la edad de 18 años, y 48% antes de los 12 años.
3. En muchos países, hombres actualmente o anteriormente encarcelados realizan denuncias frecuentes de violación cometida por otros presos, autoridades de la prisión y por la policía (p. 25).

En cuanto a México en el año 2016 se registraron 2,000 casos de abuso sexual en niños y más de 4,000 casos de abuso sexual en niñas entre las edades de 0 a 19 años UNICEF (2019), es importante recalcar que son casos que fueron registrados, no se sabe con exactitud cuantos más casos habría sin reportarse.

En el quinquenio del 2010 al 2015 se registraron un total de 110,914 de casos de violencia y abuso sexual en donde el 81% de las víctimas son mujeres. Entre los 600,000 casos al año de delitos sexuales en el periodo del 2010 al 2015 el abuso sexual cuenta con 46,927 casos; los organismos de procuración de justicia evidencian que casi el 37,48% son menores de 15 años de edad, la mitad de las personas que son víctimas de abuso sexual reportan que ocurrió en su propia casa y la quinta parte reporta que sucedieron en lugares públicos. De 20,105 casos registrados el 60% de los abusadores son personas conocidas (Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas [CEAV], 2016).

Considerando estas cifras, hace sentido lo que Castro (2020) menciona acerca de que “México ocupa el primer lugar en el ámbito mundial en abuso sexual infantil con 5.4 millones de casos al año” (p. 1).

### **1.3 Modelos teóricos del ASI**

#### ***1.3.1 Modelo de Dinámicas Traumatológicas de Finkelhor y Browne***

Finkelhor y Browne en 1985 crearon un modelo explicativo sobre el abuso sexual al cual denominaron como “Dinámicas Traumatológicas” en donde relatan cuatro esquemas cognitivos que mediarán entre el abuso y el ajuste psicológico posterior que alteran la orientación cognitiva y emocional creando una distorsión en su capacidad afectiva, autoconcepto y la forma en que ven el mundo; los cuatro esquemas cognitivos son la sexualización traumática que se refleja en el comportamiento sexual, la estigmatización que es la culpa, el sentimiento de traición como la dificultad de entablar relaciones sociales, y la pérdida de control como la ansiedad, el miedo o síntomas del estrés postraumático (Villarreal, Fernández & Arancibia, 2014).

Para estos autores el abuso sexual conduce a la vergüenza por medio de las atribuciones sobre el abuso (las explicaciones causales del abuso y el peso que la persona proyecta en si misma), por lo que la vergüenza provoca un mal ajuste. Este aspecto junto con los sentimientos de culpa y el estigma percibido inducen al malestar psicológico que experimentan. Se plantea que el apoyo social, la etapa del desarrollo y el género de la víctima serían factores moderadores de los efectos de esta dinámica mientras que el mayor grado de intrusión, mayor cronicidad, mayor edad, el rol de apoyo de la familia, qué tan familiarizado se está con el agresor y la dinámica abusiva son factores que intervienen con la formación de los mecanismos cognitivos (Villarreal, Fernández & Arancibia, 2014).

#### ***1.3.2 Modelo Narrativo***

El modelo narrativo o el modelo de Terapia Narrativa es parte de las terapias posmodernas las cuales se centran en que el terapeuta no sea el que tenga el papel de experto, sino que sea el consultante el que lleve el punto de la terapia y la narrativa de los problemas que

tiene en donde se le da la libertad y la independencia para poder dar solución a sus problemas:

La realidad es construida socialmente, que existen múltiples causas y posibles efectos para las conductas problemáticas, y que el terapeuta debe colaborar con el consultante quién, en última instancia, es el experto, pues es él quien conoce su vida, problemas y quién posee el poder de modificarlos (Huerta, 2015, p.69).

La terapia narrativa, o antes conocida como terapia de mérito literario, es creada por Michael White y David Epston con lo que nombraron como textos narrativos en donde la terapia es parecida a contar la historia de su vida y las experiencias que se presentan como problemas (Rico, 2016). Bustos (2016) considera que la terapia narrativa:

“Sitúa a la persona como protagonista de su propio mundo o historia. Es un mundo interpretativo en donde recontar una historia es contar una historia nueva, generando nuevos significados a medida que la persona con sus semejantes van reescribiendo y moldeando sus vidas y relaciones” (p. 83).

El lenguaje es uno de los aspectos más importantes en la terapia narrativa pues el lenguaje es lo que somos, desde el nacimiento los seres humanos son educados y criados con el lenguaje para poder comunicarnos con los demás, incluso si es solo con sonidos como un llanto o un grito cuando un bebé tiene hambre o necesita un pañal limpio, mediante este podemos construir realidades individuales y grupales, mediante esto se puede aceptar que la realidad es construida socialmente pero que cada uno le da significados diferentes a las acciones en base a la personalidad y las experiencias pasadas, no solo es por medio de la cultura (Beltran & Villa, 2017).

Y antes de comenzar a hablar acerca de la terapia narrativa y el abuso sexual, es importante saber cuáles son algunos de los fundamentos de la terapia narrativa, empezando por la distinción o separación entre la persona y el problema: la persona no es el problema, el problema es el problema. Las historias moldean nuestras vidas haciendo un guiño de que no solo la historia del problema es la que define la vida de la persona sino que hay otras historias que desarrollan la trama (vida), la posición del terapeuta es descentrada pero influyente para poder orientar a la persona a que tome el curso de la recuperación de la

agencia personal, ética de la colaboración, imposibilidad de conocer o tener acceso a una realidad “objetiva” sin el que interpreta la realidad y los aprendizajes, y por último, que las personas no son sujetos pasivos (Bustos, 2016).

Bajo los fundamentos y las premisas que la terapia narrativa tiene consigo, para Rico (2016) esta terapia “supone que las personas tienen muchas herramientas, competencias, creencias, valores, compromisos y habilidades que les pueden ayudar a reducir la influencia de los problemas sobre sus vidas” (p.4). El punto es que las personas puedan identificar sus problemas y sus herramientas, que puedan utilizarlas y así enfrentar el problema que sucedió y los que podrían suceder en un futuro.

La forma en que la terapia narrativa se lleva a cabo es en tres etapas las cuales son la separación, la liminalidad y la reincorporación. En la etapa de separación se aparta a las personas de los roles que ya estaban acostumbrado a realizar, comienza esta etapa con la externalización de los problemas, así creando el espacio liminal que es la segunda etapa en donde se puede encontrar con experiencias de desorganización y confusión con el interés de explorar o darle más sentido a la posibilidad, para después pasar a la última etapa la cual funciona de modo que las personas pueden reubicarse con nuevos roles y un nuevo relato al mundo social (Huerta, 2015). La recuperación de la agencia personal es una forma de interpretar que la persona es el protagonista, y por lo tanto participa activamente, en su propio mundo.

Se considera que las historias que son llevadas a terapia son historias saturadas de problemas, hay historias delgadas que provocan una vista negativa en la identidad de las personas, siendo aportado por las características que le atribuyen las demás personas, ya que estas conclusiones delgadas que acompañan al relato dominante son vistas como verdades de la identidad de la persona volviendo más difícil crear nuevas historias. Otro tipo de historias son las historias alternativas las cuales resuelven la influencia del problema y hace nuevas posibilidades de vida a futuro, la terapia narrativa se basa en crear historias alternativas flexibles, ricas, abiertas a las posibilidades y detalladas, y como se vinculan con las historias de otros; las historias alternativas pueden ser positivas o negativas pero se podrán afrontar con los recursos que tiene la persona (Huerta, 2015). En resumen las personas externalizan sus problemas y mediante estos, el terapeuta interactúa para observar

otras historias que probablemente no se habían tomado en cuenta y que son importantes con el fin de encontrar historias en donde el problema no sea una gran influencia y así crear una historia alternativa.

Existen dos maneras en las que se puede trabajar con el abuso sexual desde la terapia narrativa, en una se busca desculpabilizar a la víctima de la experiencia de abuso. En la otra, se busca trabajar con los efectos, es decir con las consecuencias que implican el abuso, se debe externalizar los efectos del trauma. Se pueden utilizar preguntas acerca de cómo el problema está afectando su vida (Bustos, 2016). Por lo tanto, la terapia narrativa debe comenzar externalizando el problema y en base a las historias contadas ir creando una historia alternativa:

El trabajo comienza con nombrar el problema que será tratado como externo a la persona, después se atribuyen al problema intenciones y prácticas opresivas, en ocasiones a través de un empleo de la metáfora. La siguiente fase es la reescritura, que inaugura con los logros únicos o acontecimientos extraordinarios, que se trata de encontrar evidencia histórica que de soporte a una nueva visión de la persona como suficientemente competente para enfrentarse al problema y su efecto opresor. (Huerta, 2015, p.82).

### ***1.3.3 Modelo Ecológico***

El modelo de Urie Bronfenbrenner de 1987, habla acerca de los diferentes contextos en los que una persona se desarrolla física, emocional y cognitivamente, y que el comportamiento individual es comprendido por medio de la relación que se da en el conjunto de los marcos ecológicos los cuales son nombrados como microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema (Aguero, Guana & Aguero, 2017).

Bronfenbrenner considera que los ambientes naturales tiene una gran influencia sobre la conducta humana y que estos se interconectan, el desarrollo humano depende de la interconexión en el individuo y su entorno, los cuales pueden ser cambiantes e involucran a la comunicación y la participación, que se estructuran en diferentes roles, relaciones interpersonales o actividades (Parra, & Rubio, 2017).

El microsistema, es decir, los entornos más cercanos del menor en los que participa activamente (familia, escuela, iguales); exosistema o sistemas sociales que están presentes alrededor de los microsistemas y que influyen en el desarrollo del menor (trabajo del padre y/o de la madre, familia extensa, vecinos, etc.); macrosistema, se refiere al nivel de influencia histórico y socio-cultural que afecta al desarrollo personal (los conceptos de paternidad, roles de género, legislación existente, etc.). (Zayas Garcia, 2016, p. 203)

Por su parte el mesosistema es la interrelación entre dos o más entornos (como son los amigos y el contexto escolar) en donde una persona se mueve de forma activa donde se amplía cada entorno por la transmisión de nuevos elementos de un contexto diferente que se conocen como redes que pueden ser directas o indirectas por medio de terceras personas ya sea por teléfono, personal u otras fuentes, el exosistema es una extensión del mesosistema y el macrosistema es una conexión que se da entre el microsistema, mesosistema y el exosistema, consiste en movimientos sociales, gobierno y economía global, existe dentro de las culturas, las ideologías y creencias, estilos de vida compartidos por un grupo étnico, social o religioso (Parra,& Rubio, 2017).

Si alguno de estos marcos ecológicos está bajo peligro o son violados, se da el maltrato que puede llevar al abuso sexual.

#### ***1.4 Factores de riesgo y factores de protección del ASI***

En el ASI nos podemos encontrar ciertos factores de riesgo y factores de protección que hacen que aumente o disminuya la probabilidad de que un evento suceda dependiendo de diferentes características y acciones. En caso del ASI tenemos factores de riesgo en diferentes áreas como lo es el entorno y el área social.

En las interacciones sociales se debe tener cuidado con las personas que presenten patrones de conducta agresiva, confusa, poca empatía y actitud indiferente ante las situaciones asociadas al machismo, promiscuidad, comunicación ambivalente, deficiente control de impulsos, dificultades en el área social para entablar y mantener relaciones con

personas de su mismo sexo o el sexo opuesto, que tengan una relación de pareja inestables y que ofrezcan regalos y recompensas al menor (Apraez-Villamarin, 2015).

En cuanto al entorno ambiental de riesgo se mencionan hogares con numerosos miembros de la familia nuclear, personas ajenas a la familia, refugios, albergues, cama compartida o lugares donde no se tenga la intimidad para poder vestirse o bañarse, de igual modo, tenemos a familias reconstruidas como factor de riesgo (Hasbún, 2020). La figura paterna agresiva, una madre víctima de maltrato o deprimidas, falta de la expresión de afecto, sufrir de violencia física y psicológicas, dinámica familiar disfuncional o muy moralistas y figuras paternas consumidoras de algún tipo de droga (Apraez-Villamarin, 2015).

Existen otros factores de riesgo como la edad, si tiene alguna discapacidad física o mental, la poca autoestima, baja inteligencia emocional o la vulnerabilidad.

Los factores de riesgo se pueden clasificar de diferentes maneras. La Tabla 1 muestra una división de factores de riesgo partiendo del modelo ecológico de Bronfenbrenner.

**Tabla 1**

*Factores de riesgo en el abuso sexual infantil (ASI).*

| Niveles ecológicos              | Predisponentes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Precipitantes                                                                                                                                                               |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Desarrollo del individuo</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Introversión</li> <li>➤ Discapacidad física/ psíquica</li> <li>➤ Historia previa de abuso</li> <li>➤ Baja autoestima</li> <li>➤ Pobres habilidades de comunicación y resolución de problemas</li> <li>➤ Falta de asertividad y sumisión.</li> <li>➤ Ser mujer</li> <li>➤ Desconocimiento sobre la sexualidad</li> <li>➤ Ser hijo no deseado</li> <li>➤ Trastornos congénitos</li> <li>➤ Nacimiento prematuro.</li> <li>➤ Bajo peso al nacer.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Trastorno de la conducta</li> <li>➤ Enfermedades o lesiones del niño</li> <li>➤ Complicación es en el periodo perinatal</li> </ul> |

|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Falta de habilidades de autodefensa.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Microsistema</b>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Trastornos físicos/ psíquicos (ansiedad y depresión incluidas) de algún miembro de la familia</li> <li>➤ Drogodependencias de algún miembro de la familia.</li> <li>➤ Familia monoparental</li> <li>➤ Madre joven.</li> <li>➤ Historia familiar de abuso.</li> <li>➤ Falta de afectividad en la infancia de los padres.</li> <li>➤ Disarmonía familiar.</li> <li>➤ Ausencia de vínculos afectivos.</li> <li>➤ Abandono familiar.</li> <li>➤ Elevado tamaño familiar.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Enfermedades / lesiones de algún miembro de la familia.</li> <li>➤ Conflictos conyugales.</li> <li>➤ Violencia familiar.</li> <li>➤ Falta de control de impulsos.</li> <li>➤ Excesiva proximidad en el nacimiento de los hijos.</li> </ul> |
| <b>Exosistema</b><br><b>a) Sociolaboral</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dificultades en el acceso a recursos sociales y económicos.</li> <li>➤ Insatisfacción laboral.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Desempleo/pobreza.</li> <li>➤ Conflicto laboral.</li> <li>➤ Fracaso en el acceso a recursos sociales.</li> </ul>                                                                                                                           |
| <b>b) Vecindario</b>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aislamiento social.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Frecuente cambio de domicilio.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Macrosistemas</b><br><b>a) Sociales</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Alta criminalidad.</li> <li>➤ Baja cobertura servicios sociales.</li> <li>➤ Alta frecuencia desempleo.</li> <li>➤ Marginalidad.</li> <li>➤ Inhibición social a la hora de la denuncia.</li> <li>➤ Fácil acceso a la pornografía infantil.</li> <li>➤ Políticas discriminatorias</li> <li>➤ Falta de relación afectiva entre los hombres y los niños durante la crianza.</li> <li>➤ Procedimiento penal exclusivamente protector de los derechos del agresor.</li> </ul>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Alta movilidad geográfica.</li> <li>➤ Fácil acceso a las víctimas.</li> <li>➤ Aplicación de las penas mínimas a los agresores.</li> <li>➤ Ausencia de control prenatal y perinatal.</li> <li>➤ Conflictos bélicos.</li> </ul>              |
| <b>b) Culturales</b>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aceptación castigo corporal</li> <li>➤ Valoración del niño como propiedad de los padres.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fracaso de los programas de sensibilización social.</li> </ul>                                                                                                                                                                             |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                    |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La familia como un ámbito de privacidad aislado.</li> <li>➤ Falta de reconocimiento de los derechos del niño como persona.</li> <li>➤ Concepción del niño como proyecto de persona, no como persona.</li> <li>➤ Tolerancia con todas las formas de maltrato infantil.</li> <li>➤ Negación de la sexualidad infantil.</li> <li>➤ Mito de la familia feliz.</li> <li>➤ Sexismo: fomento de la idea de poder y discriminación.</li> <li>➤ Subcultura patriarcal.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sensacionalismo en los medios de comunicación.</li> </ul> |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|

La Tabla de los factores de riesgo por marco ecológico expone los precipitantes o factores que hacen que el suceso ocurra de manera más rápida; y los predisponentes, que influyen en una persona para que el suceso acontezca. Tomado de *Abuso Sexual Infantil: Manual de formación para profesionales* (p.33-35) por Save The Children, 2001.

Los factores de protección son muy importantes para así prevenir un posible abuso sexual en niños y adolescentes. Como primer factor tenemos que informar adecuadamente y resolver dudas sobre la sexualidad y las manifestaciones sobre del cuerpo, los riesgos y la sexualidad sin violentar o censurar la información, educar sobre el reconocimiento de las partes de su cuerpo (Álvarez & Peláez, 2020).

Existen derechos y responsabilidades que tienen los niños y que no tienen idea de que existen ni cuales son por eso es importante hacerles saber que significan cada uno, se debe enseñar a reconocer los tipos de caricias que se dan en las partes del cuerpo y los sentimientos que provocan ese tipo de caricia y que pueden decir que no si se sienten incómodos, incluso a un adulto conociendo los límites adecuados (Deza, 2005).

Para Deza (2005) otros factores protectores implicados son el que la familia ayude a identificar las personas de confianza, otorgar normas de seguridad como la dirección y el teléfono de casa, no recibir recompensas de personas desconocidas a cambio de mantener “su secreto”, demostrar que estamos ahí para ayudarlos en cualquier problema, ayudar a tener inteligencia emocional.

Es muy importante mantener la familia unida y con buena comunicación, realizar actividades juntos que generen confianza para no guardar secretos, conocer cuáles son las cosas que se deben guardar y cuáles no, mantener la disciplina y el afecto, enseñar a respetar a las demás personas y a uno mismo además de promover la equidad entre sexos y relaciones amorosas que sean armoniosas (Álvarez & Peláez, 2020).

Es importante que los niños y niñas conozcan el concepto de abuso sexual y como saber cuándo lo están sufriendo, siempre tomando en cuenta la edad del menor; en cuanto a las habilidades que han de poseer los niños como una protección ante un abuso, están la buena autovaloración, la autoestima y la independencia que tienen acorde a su edad, tener habilidades de expresión corporal y el cuidado del cuerpo, promover aptitudes extracurriculares, tener metas realistas y el poder trabajar en su cumplimiento, tener valores y creencias sólidas y relaciones significativas, buenas habilidades de resolución de problemas o posibles salidas en situaciones de abuso (Deza, 2005).

También es importante no exponer al menor a personas desconocidas o, incluso, aunque sean conocidas con las cuales no se tenga unión.

Los factores de protección también se pueden clasificar de diferentes maneras, como lo muestra la Tabla 2, en donde se dividen de acuerdo al modelo ecológico de Bronfenbrenner.

**Tabla 2**

*Factores de protección en el abuso sexual infantil (ASI).*

| Niveles ecológicos              | Predisponentes                                                                                                                                                                                                                                                                               | Precipitantes                                                                                                                                                          |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Desarrollo del individuo</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Habilidades interpersonales de comunicación y resolución de problemas</li> <li>➤ Alta autoestima</li> <li>➤ Asertividad</li> <li>➤ Desarrollo normalizado</li> <li>➤ Educación afectivo sexual adecuada</li> <li>➤ Apego materno/paterno</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Reconocimiento de la experiencia de maltrato en la infancia.</li> <li>➤ Adquisición de habilidades de autodefensa.</li> </ul> |

|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Microsistema</b>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ambiente familiar sin exposición a violencia.</li> <li>➤ Experiencia en los cuidados del niño.</li> <li>➤ Planificación familiar.</li> <li>➤ Satisfacción personal de los miembros de la familia.</li> <li>➤ Educación afectiva sexual adecuada en la familia.</li> <li>➤ Apego materno / paterno al hijo.</li> <li>➤ Armonía marital.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Satisfacción en el desarrollo del niño.</li> <li>➤ Resolución de conflictos familiares.</li> <li>➤ Constitución o fortalecimiento de vínculos afectivos.</li> <li>➤ Salida del hogar del agresor intrafamiliar.</li> <li>➤ Escasos sucesos vitales estresantes.</li> <li>➤ Intervenciones terapéuticas familiares.</li> </ul>                                              |
| <b>Exosistema</b><br><b>c) Sociolaboral</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Satisfacción laboral.</li> <li>➤ Acceso a recursos sociales y económicos.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Salir del paro.</li> <li>➤ Resolución del conflicto laboral.</li> <li>➤ Éxito en el acceso a recursos sociales.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>d) Vecindario</b>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Red de apoyo psicosocial amplia.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Integración en grupos de iguales. Participación en asociaciones y actividades vecinales.</li> <li>➤ Apoyo social ante una problemática.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Macrosistemas</b><br><b>c) Sociales</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Políticas igualitarias.</li> <li>➤ Aplicación adecuada de las penas a los agresores.</li> <li>➤ Procedimiento penal protector de la víctima.</li> </ul>                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Puesta en marcha de: Programas de prevención. Programas de tratamiento de víctimas y agresores. Programas de mejora, de redes de apoyo e integración social de familias con mayor riesgo. Programas sanitarios. Programas de investigación sobre el tema.</li> <li>➤ Registro unificado de casos.</li> <li>➤ Constitución de redes de trabajo interdisciplinar.</li> </ul> |
| <b>d) Culturales</b>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Actitud positiva hacia la infancia, la mujer y la paternidad.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Éxito de los programas de sensibilización social.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Concepción del niño como persona independiente y con derechos.</li> <li>➤ La familia como un ámbito social integrado.</li> <li>➤ Consideración del niño como miembro de la familia, no como propiedad de los padres.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Asunción de la protección eficaz de la infancia por parte de la sociedad.</li> <li>➤ Implementación de la Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas.</li> <li>➤ Cambio de modelos de crianza y familiares.</li> <li>➤ Actitud respetuosa y protectora hacia los niños de los medios de comunicación.</li> </ul> |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

La Tabla de los factores de protección por marco ecológico expone los precipitantes o factores que hacen que el suceso ocurra de manera más rápida; y los predisponentes que influyen en una persona para que el suceso acontezca. Tomado de *Abuso Sexual Infantil: Manual de formación para profesionales* (p.33-35) por Save The Children, 2001.

### 1.5 Sintomatología psicológica derivada del ASI

No todos los niños y adolescentes presentan los mismos indicadores después de ser víctimas de un abuso sexual, pero si' existen algunas características que ayudarán a sospechar si un menor está sufriendo de abuso sexual. Los indicadores se pueden clasificar en tres distintas áreas: físicos, psicológicos y comportamentales.

En los indicadores físicos se encuentran la detección de “Enfermedades de Transmisión Sexual, Infecciones del Tracto Urinario, irritación en genitales, dolor o dificultad para orinar, ropa rasgada o con sangre, embarazos, incomodidad al caminar o sentirse y magulladuras en paladar” (Molleja y Pascual, 2020, p. 8). Otro de los indicadores son los psicológicos donde vienen conductas agresivas, juegos sexuales o comportamientos inapropiados para su edad, dificultad en las relaciones sociales, desconfianza, timidez, bajas en el rendimiento escolar, dificultad de concentración, miedos excesivos, falta de participación o cambios de comportamientos en el ámbito escolar o conductas regresivas o de retraimiento, además, se puede encontrar ansiedad o depresión. Por último los indicadores comportamentales donde se observan trastornos de alimentación, de sueño o intestinales, aislamiento, miedo a estar solo o a ser abandonado, agresividad, autolesiones, y dejar de hacer actividades que antes hacía (Darriulat, 2017). También se pueden presentar

dolores de cabeza, dolores de estómago y que se suelen apartar de las personas o de las actividades que realizaba normalmente (Torres, 2018).

En los adolescentes se pueden dar conductas diferentes a las de un niño, para explicarlo Fridman, Saldías, Massera y Zagalsky (2017) nos exponen nueve conductas que un adolescente puede desarrollar si sufre de abuso sexual: “conductas violentas de riesgo, retraimiento, sobreadaptación, fugas del hogar, consumo de drogas, delincuencia, autoinjurias, intentos de suicidio, trastornos disociativos y de la conducta alimentaria” (p.152).

En un estudio Guerra y Farks (2015) compararon los niveles de depresión, ansiedad y estrés postraumáticos en adolescentes con y sin antecedentes de abuso, encontrando que ambos grupos tenían niveles similares de depresión y ansiedad, pero solo aquellos con antecedentes de abuso sufrían de Estrés Postraumático. (Guerra & Farkas, 2015)

Existen otros síntomas que se pueden presentar en una persona que ha sido víctima de ASI, tomando una dirección hacia el lado psicológico los cuales se pueden presentar como “depresión, los trastornos de ansiedad, los sentimientos de culpa y vergüenza, y disociación, confusión, desorientación, amnesia respecto a determinadas partes de su infancia, pesadillas, flashbacks y dificultades para conectar con sus emociones” (Pereda & Sicilia, 2017, p.132).

## **1.6 Otras consecuencias del ASI**

Es importante saber cuáles son las consecuencias que traen consigo el abuso sexual en una persona, éstas pueden variar y hasta puede que sean más intensas o más leves dependiendo de la persona. Al igual que en otras situaciones se pueden clasificar de diferentes maneras, una de ellas es en cuanto al tiempo: se dividen en corto, mediano y largo plazo. En cuanto a corto plazo se tienen consecuencias como sentimientos de tristeza y desamparo, cambios de estado de ánimo, irritabilidad y enojo, rebeldía, ansiedad, temores, vergüenza y culpa, bajo rendimiento académico, falta de atención y concentración, desmotivación, conductas agresivas, comienzan a rechazar a los adultos, comienzan a marginarse, se vuelven hostiles y temerosos cerca del agresor, además, se encuentran consecuencias en la salud como embarazo precoz o infecciones de transmisión sexual. En mediano plazo se encuentran depresión, trastornos de ansiedad, del sueño, alimenticios y

del aprendizaje; disociación, distorsión y temores sexuales, intentos de suicidio, también se encuentran fugas de los hogares, deserción escolar, consumo de alcohol y drogas, delincuencia, comportamientos sexuales excesivos como masturbación o juegos sexuales, embarazo precoz y enfermedades de transmisión sexual. Por último, entre las consecuencias a largo plazo se encuentran disfunciones sexuales, baja autoestima, depresión, trastornos de ansiedad, estigmatización, pobre autoconcepto, fracaso escolar, adicción a las drogas y al alcohol, inadaptación social, delincuencia, relaciones sociales y familiares conflictivas e inestables (Berranzueta, 2020).

Se necesita saber más sobre las consecuencias a largo plazo debido a que normalmente se presentan más los problemas psicológicos en la edad adulta y estos pueden llegar a transformarse en trastornos psiquiátricos los cuales se pueden clasificar de diferentes maneras.

Uno de ellos son los problemas emocionales, como el trastorno depresivo y el bipolar, síntomas y trastornos de ansiedad, trastorno por estrés postraumático, baja autoestima, alexitimia, trastorno límite de la personalidad, conductas autodestructivas e ideación y conducta suicida, autolesiones. Entre los problemas relacionales están el aislamiento y ansiedad social, dificultades en la relación de pareja y en la crianza de los hijos/as, es normal ver que en esta área y en cuanto a la vida social tenga pocas amistades y relaciones amorosas inestables; hay problemas de conducta y adaptación social que traen consigo hostilidad, conductas antisociales, huidas del hogar y estar en conflicto con la ley. También, existen problemas funcionales en donde se pueden encontrar cefaleas, fibromialgias, trastornos gastrointestinales, trastornos de la conducta alimentaria como lo es la bulimia, trastorno de conversión en las funciones motoras y sensoriales, crisis convulsivas no epilépticas por eventos muy estresantes, trastorno de somatización los cuales no se pueden explicar por la presencia de una enfermedad conocida, desórdenes ginecológicos dolores pélvicos crónicos y menopausia temprana, abuso de sustancias y trastornos disociativos (Beltran, 2010). Estos trastornos disociativos según la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014) “se caracterizan por una interrupción y/o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad propia y

subjetiva, la emoción, la percepción, la identidad corporal, el control motor y el comportamiento” (p.291).

Otro de los problemas a largo plazo son los problemas sexuales, que se expresan en una sexualidad insatisfactoria y disfuncional, conductas de riesgo sexual que pone en peligro la salud, maternidad temprana, prostitución y la revictimización (Beltran, 2010).

Según Save The Children (2020) una revictimización es:

La respuesta que da el sistema a una víctima. Esta respuesta hace que la persona reviva la situación traumática y vuelva a asumir su papel de víctima. Esta vez no es sólo víctima de un delito, si no de la incomprensión del sistema (p.1).

Una revictimización puede ser el proceso jurídico de un juicio sobre el tema del ASI, en donde se pueden encontrar distintas formas en que la persona no solo revive el suceso sino que puede maltratar o quebrantar los derechos que tienen. Por ello, es muy importante incorporar una perspectiva de derechos humanos en la prevención y atención de casos de ASI.

Se considera a la familia como un muy importante educador, principalmente en la infancia, cuando todavía el niño no ha salido al mundo exterior a convivir y la familia ayuda a desarrollar todas las áreas del desarrollo del ser humano, y es usualmente usada la frase de: enseñar con el ejemplo para ilustrar el notable beneficio. Bajo esta idea de que los niños aprenden de lo que ven en casa, asimismo el abuso sexual también sería aprendido, la transmisión intergeneracional de la violencia como último punto de consecuencia de un abuso sexual, antes que nada se debe saber que la violencia comprende la negligencia infantil, el abuso físico y el abuso sexual, las cuales son las conductas de violencia que se efectúan en la infancia, que se normaliza la violencia en la casa y se termina imitando los comportamientos trasmitiéndolos hacia las próximas generaciones, en esta transmisión intergeneracional es usual que los hijos de los padres que fueron abusados sexualmente también tengan una alta probabilidad de ser víctimas de ASI (Fernandes, Ribeiro & Almeida, 2018). Al respecto, los estudios no son concluyentes, pues mientras algunos confirman la transmisión intergeneracional del ASI, otros mencionan lo contrario, cada persona puede tener reacciones diferentes. Existen estudios en donde confirman que esta

transmisión intergeneracional si se recrea, mientras que en otros estudios mencionan lo contrario, cada persona puede tener reacciones diferentes.

Cantón-cortés, Cortés y Cantón (2013) hicieron un estudio donde se encontró que los casos donde se realizó penetración o algún otro tipo de abuso sexual con tocamiento físico tienen una mayor frecuencia de experimentar pensamientos suicidas que los demás (p.3). Finalmente, se debe entender que los indicadores y las consecuencias mencionadas anteriormente no aseguran que el niño o el adolescente este siendo abusado sexualmente, sino que son síntomas sobre alguno de los diversos tipos de traumas o abuso que pudo experimentar y no solamente de abuso sexual.

## **CAPÍTULO II**

### **INTERVENCIONES PARA EL ASI**

Existen una amplia diversidad de intervenciones psicoterapéuticas para prevenir y atender el ASI, algunas de ellas se basan en la psicoterapia y trabajan esencialmente con las víctimas para disminuir o erradicar los síntomas derivados del abuso. Otro grupo de intervenciones se enfocan en la psicoeducación y pretenden informar y brindar recursos de autocuidado a las víctimas o a niñas y niños en riesgo. También están las intervenciones familiares, cuyo interés se centra en atender las consecuencias del abuso en la víctima y su familia, a través de la participación del niño o niña afectada y de otros integrantes del grupo familiar, principalmente de los padres o cuidadores. Las intervenciones grupales por su parte, suelen recomendarse con niños que ya han tenido otro tipo de intervención previa, o bien enfocarse a la atención de personas cuyo abuso sexual no es reciente pero ha dejado secuelas y se favorecen con algún tipo de intervención grupal para expresar y compartir su experiencia, sentirse escuchadas, acompañadas y apoyar a otras personas que pasaron por experiencias similares. Finalmente están las intervenciones compuestas, que se componen de una o más de las formas de intervención previamente mencionadas (psicoterapia, psicoeducación, familiar o grupal) o de algunos elementos de éstas.

En este capítulo se presenta una revisión de algunos de estos tipos de intervenciones orientadas al Abuso Sexual Infantil, con el objetivo de enseñar de manera más precisa como se trabaja en cada uno de las diferentes intervenciones. Ante esto, se presenta el tipo de intervención para esta tesis la cual se trata de una intervención compuesta ya que contiene intervenciones de psicoeducación, psicoterapia e intervención grupal; la intervención está orientada a ser una intervención grupal para mujeres adultas en donde se le expondrán información acerca del Abuso Sexual Infantil para que conozcan más sobre el tema, saber que no están solas y, a su vez, que les ayude a prevenir otra situación similar en el futuro, logrando una intervención psicoeducativa y finalizando con una intervención psicoterapéutica con pequeños ejercicios y tareas para complementar la intervención que se busca exponer.

## 2.1 Intervenciones psicoterapéuticas

Se realizó una revisión de intervenciones enfocadas al ASI, la primera intervención revisada corresponde a Figueredo & Gamarra (2018), quienes presentan el caso de una adolescente de 14 años, madre de una niña de 1 año, quien sufrió abuso sexual por parte de su padrastro desde los 11 años de edad, el abuso sucedía con frecuencia semanal, de manera violenta, aunque después de varias amenazas por parte del agresor, la chica comenzó a ceder.

La adolescente presentó síntomas de estrés postraumático después la primera violación, tales como pesadillas, re-experimentación y depresión con síntomas psicóticos como alucinaciones visuales y auditivas como una voz que le sugería matarse o escaparse para detener las violaciones, bajo rendimiento escolar, desobediencia a la madre, salidas nocturnas, consumo de alcohol y drogas, promiscuidad sexual e intentos de suicidio con hospitalizaciones. Durante el embarazo los abusos se detuvieron aunque seguía conviviendo con el padrastro, durante este tiempo los síntomas disminuyeron pero persistían, después del parto y los siguientes meses incrementaron el nivel de los síntomas de estrés postraumático y depresión.

Se utilizó la Escala de gravedad de síntomas del estrés postraumático, el Inventario de depresión de Beck y el Protocolo de tratamiento TCC-FT. El diagnóstico principal antes del tratamiento fue de trastorno de estrés postraumático y trastorno depresivo persistente grave, con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo, de inicio temprano. Se desarrollaron 16 sesiones, dos veces a la semana con módulos originales del protocolo original TCC-FT y módulos experimentales de la investigación realizada por los autores.

En la primera sesión se le enseñaron los resultados de la evaluación y se consideró la desvinculación temporal del paciente con su madre ya que seguía conviviendo con el abusador y no creía que el abuso hubiera ocurrido exigiendo que retirara la denuncia, además, se le explicó cómo iban a trabajar, qué materiales se iban a usar y la importancia y necesidad del tratamiento para después pedir que escribiera su estado actual, ya sean sentimientos o pensamientos, incluyendo los relacionados con el tratamiento. En la segunda sesión se le explicó los mecanismos de evitación y por qué aparecen, cuáles son los síntomas que tiene

como la re experimentación y se dialogó el nivel de malestar y limitación de estos síntomas, también se le explicó el plan de tratamiento y como le va a ayudar en su vida, se le ofrecieron estadísticas sobre el abuso sexual, por qué suceden traumas y cómo responden las víctimas, además, se platicó sobre los motivos de los ofensores sexuales y cómo se acercan a su víctima. Para finalizar se realizaron ejercicios de relajación. En la tercera sesión se trabajó sobre las creencias y conceptos erróneos sobre el abuso y otros temas de sexualidad como la virginidad. Antes de cerrar la sesión se le pidió escribir cuáles eran sus creencias y preocupaciones en relación al abuso, las cuales se discutieron y se realizaron ejercicios de relajación, para finalizar la sesión se le dejó una tarea que era investigar más sobre la virginidad y pecados realizando una entrevista a un padre o pastor de una iglesia. En la sesión cuatro se le enseñaron habilidades de relajación (progresiva de Jacobson) y se fijaron horarios para realizar la técnica, se enseñó la relajación con visualización creativa en colores y cómo la respiración barría las emociones desagradables del cuerpo y pensamientos negativos de la mente; se le comentó que primero debía enfocarse en reconocer y aceptar sus emociones o pensamientos para que la relajación funcione. Por último se realizó una lista de los síntomas físicos que tenía ante el estrés. En la quinta sesión se platicó sobre las técnicas de relajación que se revisaron para después empezar con ejercicios de expresión y modulación afectiva, primero identificando las emociones negativas, mixtas o confusas como consecuencia de un evento traumático. Estas emociones se escribieron en el cuaderno para distinguir entre recuerdos y consecuencias. Después se buscaron situaciones favorables como las emociones positivas o el optimismo. Se habló un poco sobre inteligencia emocional y la manera apropiada de expresar emociones.

En la sexta sesión se explicaron otras técnicas que pueden ayudar con el malestar como la interrupción de pensamientos y se habló de las habilidades sociales que son necesarias para la convivencia con otros y la resolución de problemas. Debido a diversos acontecimientos se requirieron sesiones extra donde se habló del suicidio y las formas adaptativas y desadaptativas de la expresión de emociones. En la séptima sesión se le enseñó el ABC y se le recomendó utilizarlo ante cada situación que le resulte desagradable mínimo tres veces al día hasta finalizar el tratamiento. En la octava sesión se le habló sobre la evitación, se pidió que comparara el nivel de malestar que tenía antes con respecto al que tiene ahora y se leyeron historias de abuso sexual para motivarla a que hablara del suyo, se

terminó la sesión con ejercicios de relajación. En las sesiones novena y décima se trabajó un role play en donde ella interpretaría a una amiga que sufrió de abuso sexual y la aconsejaría, todo esto con el objetivo de modificar las distorsiones cognitivas sobre el suceso utilizando autoafirmaciones positivas. La sesión decimoprimera se llevó a cabo con una exposición in vivo de lo que le causaba malestar, principalmente la convivencia con su madre, asistió acompañada y se le requirió que comunicara por teléfono al terapeuta su nivel de malestar, comentó que la experiencia fue muy abrumadora especialmente cuando tocaban el tema del padrastro. En la decimosegunda sesión se trabajaron pensamientos suicidas, el triángulo cognitivo y la adolescente pidió volver a repetir la exposición in vivo porque se había sentido mucho mejor después de la experiencia. Para la decimotercera sesión de manera imaginaria se expuso la situación de platicar del suceso con su madre, se crearon escenarios de las posibles reacciones incluyendo la del rechazo donde se validó la tristeza y el dolor agregando una sustitución de pensamientos. Para la sesión decimocuarta se trabajó con la madre a solas para platicar de la situación y se le presentaron síntomas y signos, estadísticas y motivos del por qué las víctimas suelen guardar el secreto de lo que ocurre en caso de un abuso sexual, sin embargo, la madre seguía pensando que su hija mentía y solo quería ocasionar daño; se le pidió escuchar a su hija sin interrumpirla en el relato de su abuso y así fue, se les agradeció y valoró la valentía de ambas. En la siguiente sesión se dialogó de la sesión pasada y se identificaron los pensamientos distorsionados para incluir ejercicios de restauración cognitiva y aceptación de la realidad, también se trabajó el triángulo cognitivo y un listado de los avances y logros que se han suscitado hasta ahora. En la última sesión se puso como objetivo aumentar la seguridad de uno mismo con todas las situaciones peligrosas que puede tener en su entorno, con quienes se puede contactar cuando ocurran esas situaciones y cómo comunicarlo a otros.

La segunda intervención psicoterapéutica es de Baquero (2016), quien presenta el caso de JK, una niña de 9 años, estudiante de quinto grado de primaria. El motivo de consulta es debido a que JK observa videos con contenido sexual en internet y toca con sus dedos su vagina, incluso se ha intentado introducir un lápiz de color rojo. Otras conductas que presenta JK son llantos, dolores de cabeza, tristeza y aburrimiento. En cuanto al aspecto cognitivo, los pensamientos que destacan son: “a veces me siento mal”, “es difícil hablar de esto, es más difícil de lo que imagine”, “hay dos JK una buena y una mala, sé que lo que hago está mal”,

“hay algo que me impulsa hacerlo, algo dentro de mí”, “uno debería olvidar las cosas malas que le pasan”, “yo les dije a mis padres que le diría la verdad”. “A veces estoy triste”, “no me quiero mucho”, “muchas veces no tengo nada de comer”, “muchas veces me siento sola. Cuando realiza alguna de esas conductas hipersexualizadas menciona que lo hace cuidando que ningún adulto se dé cuenta que lo hace.

En su historial clínico se encuentra una madre deprimida en el transcurso de su embarazo y un padre que vive en otro municipio por motivos laborales, JK nació de 8 meses de embarazo permaneciendo en cuidados, fue diagnosticada con displasia de cadera por lo que tuvo que usar una férula durante 4 meses, lo que provocó un retroceso en su desarrollo obligándola a volver a gatear. Sus padres comentan que desde los 5 años JK comenzó a tornarse agresiva con ellos, es tímida y reservada, también suele despertarse a media noche llorando sin explicar la causa manifestando pesadillas y miedos frecuentes. En su corta vida ha tenido muchos cambios de casa y de escuela afectando, los cuales han afectado su adaptación e incluso se le encontraba triste y sin interés en realizar las actividades escolares.

Los instrumentos realizados para llevar a cabo la evaluación de JK empezaron con una entrevista a los padres, el cuestionario de evaluación emocional, el protocolo de NICHD para las entrevistas en la investigación de víctimas de abuso sexual: modelo desarrollado por el equipo de Michael Lamb en el NICHD, una entrevista cognitiva, juego libre y dirigido, dibujo libre, role-playing, Inventario de Depresión Infantil donde calificó sin depresión y el Test de la Familia que indicaba culpabilidad relacionada con algo indeseable hecho con las manos y que desea ocultar, además en la descripción hace referencia a una JK que se comporta bien y una JK mala que ve videos de contenido sexual y se toca. A JK se le asignó el diagnóstico de abuso sexual y trastorno de estrés post-traumático en remisión parcial bajo los criterios del DSM-V.

Las primeras cuatro sesiones se basaron en establecer una buena relación terapéutica con juegos y representación con títeres. De la quinta a la séptima sesión tuvo como objetivo el fomentar el desahogo emocional incitando que JK rompa el secreto junto al sentimiento de aislamiento mediante la expresión de sus sentimientos y pensamientos. En la octava y la novena sesión se buscó minimizar los sentimientos de culpa intentando reevaluar las creencias a través de la mejora del autoestima y el respeto de su cuerpo, y más importante

que logre atribuir la responsabilidad al agresor. Las sesiones nueve y diez se centraron en disminuir los síntomas asociados con el abuso sufrido, reduciendo las conductas hipersexualizadas y el estrés por medio de actividades personales y con la familia, proporcionar un ambiente seguro para la intimidad y enseñar estrategias de relajación a la hora de dormir. En las sesiones diez y once se integró a los padres al plan y se les explicó la importancia del acompañamiento emocional de los padres para facilitar el cambio positivo en las actitudes de los tres integrantes de la familia. En las sesiones doce y trece se enseñaron modos de asertividad ante peticiones no deseadas, evitación de situaciones de riesgo, presentarle pistas de un acercamiento de un adulto y la capacidad de informar inmediatamente episodios de abuso. En la sesión catorce y última, se dio el seguimiento y prevención de recaídas.

La tercera intervención corresponde a Enríquez (2012), quien comparte en su tesis una intervención de terapia cognitivo conductual con el paciente “Carlos” de 7 años de edad que vive con sus padres, su hermano mayor, sus abuelos maternos y su tío paterno.

Se le aplicaron los instrumentos de entrevista semi-estructuradas, Test de H.T.P., el test de la familia y el test de la persona bajo la lluvia. En la entrevista semi-estructurada Carlos junto con la ayuda de su madre platicó como sucedió el abuso por parte de su tío; comenzó un día en el que estaba solo, su tío le mencionó que quería jugar un juego con él y el juego consistía en tocarse en algún lugar donde el otro quisiera haciendo que Carlos tocara sus genitales y el tío tocara las partes íntimas a Carlos. Este “juego” se dio dos veces, pero la segunda fue obligado, ya que, Carlos no quería jugar. El tío estuvo cerca de quitarle la ropa pero llegaron sus abuelos en ese momento. Se notaron conductas de tristeza, poco colaborativo, cohibido, callada y temeroso del contacto físico. En el Test de H.T.P se obtuvo los indicadores de inseguridad, ansiedad, aislamiento, preocupación marcada y lucha interna emocional por un conflicto que no ha sido resuelto. En el test de la familia se presentan rasgos de agresión, ansiedad y depresión con una fuerte separación. Y en el test de persona bajo la lluvia se presentaron indicadores de ansiedad, sufrimiento fetal, falta de defensas, timidez, depresión, dificultad para enfrentar al mundo y falta de protección.

En este caso, la intervención no se había llevado a cabo, pero el autor presentó una propuesta terapéutica enfocada a la mejora del estado emocional del paciente y de su calidad

de vida. El tratamiento se llevaría a cabo en un periodo de cinco sesiones dos veces a la semana con enfoque de Terapia Racional Emotiva. El objetivo de la primera sesión es que Carlos logre por medio de técnicas de respiración un estado de ánimo de calma y estable. En la segunda sesión se realizará un cronograma de actividades junto a Carlos para decidir cuáles serían las más útiles para debilitar los patrones de comportamiento que alimentan la sintomatología. En la sesión 3 se intentará retomar el gusto por actividades que son relacionadas a factores estresantes, se buscará realizarlo por medio de la repetición diaria en diversos lapsos de tiempos controlados para poco a poco adquirir el gusto por ellas. Para la cuarta sesión se buscará fortalecer los logros obtenidos de la sesión anterior y para lograrlo se buscará repetir la sesión pero en lapsos de tiempo más prolongados. Para la quinta y última sesión lo que se buscará es mantener los avances previos de las sesiones para lograr que con la mejora del estado de ánimo de Carlos se sienta proactivo con las tareas de mayor dificultad.

La cuarta intervención es de Huerta (2015), quien trabajó con un grupo de adultos que sufrieron ASI, la intervención es bajo el enfoque de la Terapia Narrativa. En la primera sesión se buscó realizar la cohesión grupal, se presentaron entre ellos y el terapeuta, se platicó del plan y las reglas del grupo, se firmó el contrato terapéutico y se negoció la meta final del grupo. Para la segunda sesión todos los miembros hicieron una autobiografía individual y la platicaron a los demás miembros del grupo en donde externalizaron los efectos del abuso. Para la tercera sesión se trabajó una segunda parte de la autobiografía y se exploraron las respuestas al abuso para remarcar los recursos personales y actos de resistencia y supervivencia: se practicó la internalización de la agencia; para la tarea terapéutica se les asignó leer un cuento llamado Barba Azul y que identificaran sus propias experiencias y las partes importante de la historia. En la cuarta sesión se hizo el análisis del cuento anterior y se les pidió que compartieran sus impresiones, sentimientos y recuerdos que la historia les trajo al leerla para después explicar que era utilizado como la metáfora del “depredador” interno.

Para dar inicio a la fase de Desarrollo del Proceso Grupal, en la quinta sesión se externalizaron los efectos del abuso, se hizo una deconstrucción del relato dominante y una identificación de los recursos y respuestas, para la tarea terapéutica se hizo la fábula del abuso

en donde las personas decidan que narrar sobre su experiencia y hasta donde. Para la siguiente sesión se analizaron las fabulas en grupo y se les solicitó que nombraran el abuso, la importancia de reconocerlo y sus efectos. La séptima sesión se les asignó la tarea de darse masajes a sí mismos en donde sientan tensión muscular mientras piensan positivamente sobre sí mismos y pensar cosas afectuosas; como tarea se les pidió ver la película el color púrpura y debían anotar los elementos que les parezcan significativos por cualquier razón.

Para la siguiente sesión, se les pidió que identificaran en qué proceso se encuentran tomando en cuenta la película, qué cambios requieren para tener el control total de su vida, cuáles son las cosas por conocer y cuales conocen pero no logran separarse. La décima sesión se les pidió re-narrar sus relatos pero esta vez agregando todo los elementos que estaban ocultos en el relato original, el resto del grupo debe señalar con aquello con lo que ellos se identifica y lo que les gustaría aprender, como tarea se les pidió bailar la música que quieran en el momento que quieran.

Para iniciar con el cierre, en la sesión número 11 se realizan las actividades de realización de toma de posición y conversaciones de andamiaje, la re-membranza y la tarea terapéutica es la pregunta del milagro “Supongamos que una noche se produce un milagro y todos sus problemas se resuelven mientras duermen ¿Cómo lo sabrían? ¿Cómo se darían cuenta que se cumplió el milagro? ¿Qué sería distinto?, para cada persona. Para la sesión 12, se re-escribe la autobiografía en donde ahora narren todo acontecimiento extraordinario que sea significativo para ellos y junto al grupo van a generar otra narración del relato de cada uno de los participantes. Como tarea se les pidió hacer las cartas terapéuticas y la metáfora de la bicicleta. Para la última sesión, se pedirá que vuelvan a presentarse frente al grupo, se da un certificado, se escribe una carta a los miembros del grupo y se da la despedida.

La quinta intervención revisada es de Sánchez y Téllez (2016), quienes proporcionan un tratamiento desde la perspectiva de la hipnoterapia a “Pedro”, hombre de 40 años de edad que presenta síntomas relacionados con depresión, apatía laboral, ansiedad y dificultades en las relaciones sociales. La relación con su padre era de mala calidad y ocasional mientras que tiene un apego importante hacia su madre, sus padres se divorciaron cuando tenía 10 años de edad. A la edad de los 5 años fue abusado por un vecino de 18 años, no se tiene un número en específico pero fue en varias ocasiones, no lo denunció y desarrolló un sentimiento de

culpa por lo sucedido y se convirtió en un niño aislado con pocas amistades. Debido al abuso en su infancia realizó algunos juegos sexuales con niños de su mismo sexo, no ha tenido ningún tipo de relación sexual después de eso. Anteriormente había recibido terapia psicológica por depresión pero la abandonó antes de concluir el tratamiento.

Para la evaluación se recurrieron a varios instrumentos los cuales son la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), la Escala de Estrés Percibido (PSS), la Escala LOT-R (Revised Life Orientation Test), la Escala de Autoestima de Rosenberg y la escala de avance utilizada en terapia breve. Las sesiones se dieron de manera semanal con una duración de una hora, en total fueron trece sesiones. En la primera sesión se explicó cómo iba a ser el tratamiento y se aplicó el historial clínico y los instrumentos psicológicos de evaluación, se establecieron tres objetivos los cuales son solucionar las secuelas del abuso sexual, resolver el conflicto de la relación con su padre y definir su orientación sexual. En la segunda sesión se trabajó con la sesión de la silla vacía hipnótica, el paciente está en trance hipnótico, guiado por el terapeuta, observando una silla vacía delante de él. Primero el mismo se visualizó en una edad más joven, uno feliz, optimista, jovial y progresista; durante el trance mencionaba que sentía que ese Pedro lo había abandonado y solo quedaba uno inseguro, quería que el otro Pedro regresara. En la segunda parte, vio a su padre, en ese momento Pedro mencionó que tenía opiniones negativas de sí mismo porque su padre lo decía durante la infancia: que no hacía las cosas bien, que no tenía capacidades y que era un inútil. También se realizó una inducción por levitación de manos en donde cada vez que se eleva la mano, su autoestima se elevará con ella.

En la tercera sesión se le aplicó la Metáfora del Árbol Prominente, se utiliza con la idea de que desarrolla una corteza dura por fuera con la idea de fortalecer su autoestima y su concepto de autovalía. En la cuarta sesión se trabajó con la técnica de set de aprendizaje temprano en donde visualizaba toda la evolución de su vida desde el vientre de su madre hasta la edad adulta, el propósito es fortalecer el ego, animando a Pedro con visualizaciones a futuro cumpliendo metas y disminuyendo las experiencias y sugerencias negativas del pasado. En la quinta sesión se aplicó la técnica alfombra mágica en donde se le pide al paciente que le diga algo a su yo niño, viéndolo desde arriba, lo importante que es, lo mucho que lo quiere, lo mucho que vale, que lo haga sentir protegido. Para la sexta sesión se utilizó

la técnica de Helen Watkins de regresión en edad para el fortalecimiento de la autoestima en donde hace un viaje por un tren, el terapeuta le dice unos elogios al paciente para empoderar y que pueda hacer una reestructuración de sus recuerdos pasados. Al final de la sesión comentó que se comenzaba a ver mejoría en su estado de ánimo y que las demás personas también comenzaban a notarlo.

Para la sesión siete se volvió a utilizar a la silla vacía hipnótica pero esta vez para trabajar sobre el abuso sexual, en donde se desahogó un poco contra su agresor, sobre sí mismo en el pasado y con su madre, al final de la sesión dijo sentirse desahogado, protegido y sin culpa; por último se aplicó la técnica de Imaginación Religiosa de Sanación Universal para el Dolor y el Fortalecimiento del Ego. Para la octava sesión se realizó la técnica de Abreacción Silenciosa en donde se viaja por un camino lleno de rocas que representan los obstáculos y las emociones negativas y se le pidió que destrozara las rocas y visualizará rostros que le habían impedido conseguir sus metas y se le pidió elegir una cualidad que lo acompañara en el resto del camino: “perseverancia”, también se le pidió visualizar una cascada de agua limpia, pura y cristalina y que se bañara en ella todo con el fin de que Pedro se libere de miedos u otras emociones negativas. En la novena sesión se utilizó la externalización de miedo ELR en donde debía escribir sus miedos en una hoja, los leyera en voz alta y reflexionara acerca de cómo ellos habían afectado su vida y metas, después debería tomar el papel, romper la hoja y tirarla a la basura. Se le podía escribir cosas positivas sobre él en una hoja y los objetivos a corto y largo plazo, después se le pidió que hiciera movimientos de brazos como si estuviera levantando pesas y al mismo tiempo mantuviera la vista en la pared e imaginara cumpliendo sus metas.

Para las sesiones diez y once se utilizaron técnicas para encontrar su orientación sexual, la primera fue La Cena donde hacía una analogía a probar diferentes sabores, comer despacio, sentir mejor las sensaciones para motivarlo a descubrir nuevas sensaciones en el aspecto sexual. La segunda es para fomentar sueños eróticos en donde se realizó una búsqueda inconsciente para resolver sus problemas. La doceava sesión se dio al siguiente mes en una progresión en edad, se le pidió que imaginara una televisión y a él mismo dentro de ella, y que cambiara de canal hasta llegar a un canal con una futura edad; 45 años, se miraba alcanzando sus objetivos. Para finalizar se intercalo con la metáfora del águila y la

gallina: una metáfora de la condición humana. Para la última sesión, seis meses después, se realizó por videoconferencia, Pedro comentó que se sentía tranquilo, vive actualmente en Texas, continúa con la relación sentimental que inició al final del tratamiento y amplió su círculo social, menciona que se siente totalmente diferentes que al fin se siente el, que disfruta ir a trabajar aunque el clima esté frío.

## **2.2 Intervenciones psicoeducativas**

Entre las intervenciones psicoeducativas que se presentarán en esta sección, se encuentra la de Quiroga (2017), quien presenta a OSS de 15 años de edad, estudiante, ingresada en 2015. La joven le confesó, en estado de ebriedad, a su madre que fue abusada sexualmente dos años atrás por un docente.

Se enlistaron diferentes sintomatologías en donde se destacaron síntomas afectivos como sentimiento de culpa y vergüenza, ira y disminución de respuestas emocionales, en síntomas cognitivos se encontraron ideación suicida, dificultad para concentrarse y memorizar información, indecisión y autocrítica, síntomas conductuales como autolesiones, problemas de habilidades sociales, pasividad, evitación e inercia y baja eficiencia en los deberes del hogar y rendimiento académico; también se encontraron dificultades para conciliar el sueño y tiende a tener pesadillas, de igual modo perdió la motivación positiva y tiene tendencia a la evitación.

OSS relata que el docente de la asignatura de matemáticas no empleó fuerza pero que la presionaba con las calificaciones, es decir, si aceptaba la propuesta aprobaría pero al negarse perdería el año escolar, por lo que aceptó. A los 14 años de edad, su madre noto los cambios de comportamiento anteriormente mencionados pero lo atribuyeron al cambio de escuela. Al poco tiempo de haber llegado al colegio donde ocurrió el abuso sexual, llamaron a la madre de OSS debido a que metió bebidas alcohólicas y se embriago dentro del colegio; OSS insiste en que le preguntaran el motivo del porque se embriago, sin embargo, no fue hasta en la casa que le conto que su maestro de matemáticas había abusado sexualmente de ella. Comenzó un proceso legal de denuncia y pese a esto, el docente no fue retirado de la institución y OSS se vio obligada a terminar el año escolar asistiendo a sus clases en donde

se intensificaron algunos síntomas, pero el hablar del hecho permitió avanzar en el proceso terapéutico.

En cuanto a los instrumentos se aplicó una entrevista semiestructurada, 16 fp en donde indica rechazo al contacto con otras personas, dificultades para establecer y mantener relaciones interpersonales, protege su espacio personal, trabajo y planes, en la puntuación de dominancia puede interpretarse como una estrategia compensatoria de timidez y la dificultad de interactuar con los demás. Tiene dificultad para acoplarse al entorno y mantenerse dentro de las normas sociales, dificultad para entender las necesidades de los otros, ubica sus necesidades encima de la de los demás, retraimiento, independencia, habilidades de persuasión, competitividad y conducta voluntariosa, agresividad, existencia de impulsividad, confiable, sumisa y con rasgos de timidez. En el Inventario de depresión de Beck II (BDI-II) en donde OSS obtuvo una puntuación de 29 entrando en el rango de depresión moderada. El Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan en donde se obtuvo una visión catastrófica (adelanta acontecimientos catastróficos para los intereses personales), etiquetas globales y la falacia de recompensa divina o mejor conocido como el no buscar solución a un problema pensando que mejorará mágicamente en el futuro. En el Cuestionario de esquemas de Young – YSQ-SF, se interpretaron aislamiento social o alienación, vergüenza, pensamiento de que es incompetente, que ha fallado y seguirá fallando, autocontrol insuficiente volviendo a OSS alguien impulsivo. En base al DSM-IV-TR, OSS cumple con los criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor.

Como se mencionó anteriormente se hicieron dieciséis sesiones, en la primera sesión el objetivo era recopilar la información para la historia clínica en donde la tarea principal era que OSS escribiera una auto-descripción. En la sesión dos y tres, se aplicaron los instrumentos antes mencionados. Ya en la sesión cuatro se buscó como objetivo el reconocer el papel de los pensamientos sobre las emociones y conductas, y la disminución de la pasividad y la inercia, aunque OSS no logró llevar a cabo la tarea esta era realizar una programación de actividades en donde se realice un auto-registro de sus pensamientos automáticos con eventos desencadenantes y cuál es la respuesta emocional y motora. En la sesión cinco se buscó disminuir la activación fisiológica como por ejemplo realizando técnicas de respiración y seguir con el auto-registro ahora con señales corporales. En la

siguiente sesión el objetivo era realizar la socialización terapéutica y los objetivos en la tarea se mantenía los reportes del auto-registro y se planearon las sesiones para las próximas dos semanas. En la sesión número siete, se le enseñó como el mecanismo de evitación es el que provoca ciertas de sus conductas que ocasionan el bajo rendimiento las tareas fueron la misma el auto-registro y practicar técnicas de estudio. La siguiente sesión se basó en orientar a la madre en el proceso del manejo familiar y penal. Para la sesión 9 se buscaron las creencias que OSS tenía tras el suceso y se inquirió no solo que supiera identificar que son irracionales sino que también se le dieron pautas de higiene de sueño y se buscó la autorregulación de pensamientos.

En la sesión diez se buscó que analizaran juntos la asociación del abuso sexual y el trastorno de depresión y se revisaron los auto-registros. Las sesiones once a trece se usaron para poner a prueba algunos de los pensamientos irracionales y se dejó la tarea de una película e identificar los problemas sociales que se muestran. En la sesiones catorce y quince se realizó entrenamiento en resolución de problemas reales, por lo que se realizó una lista de tareas y estrategias a realizar para mejorar la autonomía y la interacción con los demás. En la última sesión se realizó un cierre terapéutico donde OSS se comprometió a seguir con lo que aprendió a lo largo de las sesiones.

La séptima intervención corresponde a Pérez (2016), quien trabajó con Ximena, mujer de 44 años. Relata que últimamente ha tenido sensaciones corporales que la hacen sentir incómoda y que involucran a los OSPES (Órganos Sexuales Pélvicos Exteriores), siente como una presencia que describe como un adulto mayor que la mira y se aproxima con intenciones eróticas. Ximena menciona que tiene la sensación de haber sido abusada sexualmente por su padre pero ella no tiene recuerdos, sin embargo, dice que a los 9 y 19 años sentía una fuerte sensación erótica en su cuerpo, a este punto de la entrevista comenzó a sentir náuseas y desesperación. Se le aplicó el instrumento de la entrevista psicológica, el Inventario de Depresión de Beck y el Examen Internacional para los Trastornos de Personalidad (IPDE).

Se realizaron 18 sesiones. En las primeras dos sesiones se utilizó la estrategia de controlar los síntomas, revisar los síntomas depresivos, informar a Ximena sobre la depresión y su tratamiento. Las siguientes dos sesiones constan de revisar las relaciones interpersonales

presentes y pasadas del paciente, y establecer el vínculo entre este tipo de relaciones y los síntomas depresivos. Para la quinta sesión se establecieron los objetivos del tratamiento y en la sexta sesión se muestra el modelo de intervención y se comienza a establecer la alianza terapéutica. De la séptima a la décima sesión se revisaron cuáles son los síntomas depresivos, determinar la fase de la disputa y ayudar a comprender como se relacionan. De la once a la catorce sesión se mantuvo en la revisión de los síntomas depresivos, la relación de los síntomas depresivos con los problemas de aislamiento o desengaño social, revisar las relaciones significativas, explorar las pautas de las relaciones pasadas y observar los sentimientos positivos y negativos que siente en la terapia. Para las sesiones quince y dieciocho se explicaron las etapas de duelo, se evaluó la capacidad de reconocer y manejar los problemas relacionales, empoderar a Ximena y planear estrategias para enfrentar los nuevos conflictos.

La octava intervención a cargo de Alvarez-Apaza, Machaca-Mamani y Mamani-Benito (2019) se realizó como una intervención psicoeducativa con 49 escolares de quinto grado de educación primaria a la cual llamaron “Mi Sol”. Este consto de una evaluación pre y post intervención. Se distribuyeron en dos grupos, uno era experimental con 25 niños, que recibió la intervención y el de control con 24 niños que no tuvo ningún tipo de intervención.

La primera fase de la intervención tenía el objetivo de obtener el consentimiento de padres o tutores y de las instituciones educativas para después estructurar el programa psicoeducativo; después se realiza el pretest. La segunda fase consta de aplicar el programa en 10 sesiones para los estudiantes y 2 para los padres, cada uno de duración de 45 a 90 minutos.

El primero modulo “yo me expreso, tú te expresas” tiene como objetivo enseñar a observar, reconocer y expresar nociones de señales corporales que le ocasionan agrado o desagrado. El segundo módulo “mi cuerpo, mi sexualidad” busca que se logre identificar las partes del cuerpo y de ahí promover conductas de autocuidado. El tercero es “cariños buenos, cariños malos” para que los niños puedan distinguir señales de alerta y malestar. El cuarto “secretos buenos, secretos malos” busca identificar la forma en que algunos adultos se comunican con los niños para confundirlos. El quinto modulo “yo confié en mí, confié en mi ronda” estimula la capacidad de pedir ayuda ante una situación en la que estén en

riesgo. Y el sexto “ojo con la web” enseña las estrategias para prevenir el acoso y abuso sexual por medio de las redes sociales. En cuanto a los padres, los modulo se trataron de animar la participación y el compromiso para prevenir el ASI, además de reflexionar sobre los factores de riesgo y la importancia de la protección para los niños que puedan enfrentar o superar situaciones de vulnerabilidad.

Hablando de los resultados, en el pretest se mostró que en el grupo experimental tuvieron 13 menores con un conocimiento moderado y 12 menores con nivel alto, después de la intervención se aplicó el posttest y se demostró que 2 menores mantenían el conocimiento moderado pero 23 obtuvieron un nivel alto. En cuanto al grupo de control en el pretest obtuvo 23 menores con conocimiento moderado y 1 menor con nivel alto, posteriormente, se hizo el posttest y se obtuvieron las mismas cantidades que el pretest.

La novena intervención la realizo Juarez Olivera (2017) tuvieron el objetivo de evaluar un programa psicoeducativo para prevenir el abuso sexual infantil entre 55 padres de familia con hijos de entre 0 y 17 años, partes del programa PROSPERA por parte del DIF. La investigación se realizó con un pretest, la intervención y un posttest, el test aplicado trata acerca de los conocimientos sobre tópicos de sexualidad y de abuso sexual infantil llamado Cuestionario Ex Post Facto de Valoración Diagnostica.

El taller constaba de tres fases, en la primera se les proporcionaba el consentimiento informado y el cuestionario a realizar, la segunda fase es el taller en sí que consta de 4 sesiones de 2 horas una vez a la semana, y la última fase es la aplicación del posttest.

En la primera sesión se vieron los temas y tareas de la firma del consentimiento, sensibilizar sobre la problemática, aplicar el pretest y proporcionar los conceptos de maltrato infantil, abuso sexual infantil y violación infantil. En la segunda sesión se comenzó por reforzar los temas anteriores, enseñar conceptos de delitos sexuales, factores de riesgo y protección, retomar factores socioculturales y mostrar temas sobre los estilos de crianza. La tercera sesión también comenzó con reforzar los temas pasados, mencionar las consecuencias que tiene el abuso sexual infantil e informar acerca de los signos y síntomas que presentan las víctimas de abuso sexual infantil. Por último, la cuarta sesión se dedicó a diferenciar la sexualidad a lo largo de la vida, identidad de género, nombre de las partes

íntimas, aprender a distinguir los secretos buenos y malos, remarcar las amenazas como medio de presión y encubrimiento, y se aplicó el posttest.

Al realizar una prueba t de student, se encontraron que había diferencias significativas entre el pretest y el posttest en el cual demuestra que si se adquirieron la información nueva acerca de sexualidad y abuso sexual infantil.

### **2.3 Intervenciones familiares**

Entre las intervenciones revisadas, también hay intervenciones con enfoque familiar, la décima intervención es de Castillo (2019), que presenta el caso de Ana, de 34 años de edad, madre de Karen y Brenda de 12 y 14 años de edad, quienes fueron abusadas sexualmente por el hermano de Ana, además, de haber sufrido violencia familiar por parte de su ex-pareja. La relación de Ana y Karen es cercana, abunda la confianza y son afectuosas, sin embargo, Ana y Brenda se consideran distantes y sin comunicación. Karen es responsable y con buena conducta en casa y escuela, pero Brenda es callada y no sigue las reglas. Para Ana le es difícil poner límites o expresarle sus sentimientos en sus hijas debido a que se siente culpable por el abuso sexual.

La terapia se dividió en cuatro etapas de seis sesiones con el objetivo de poder mejorar la relación con Brenda. En la primera etapa se realizaron los objetivos, con el fin de visualizar mejor cuáles eran los puntos para mejorar la relación con su hija se especificaron otros objetivos, los cuales eran que Ana sería capaz de hablarle de sus sentimientos a Brenda, Ana podría darle indicaciones claras a Brenda y ella la obedecerá, Brenda le tendría confianza a su madre para hablarle sobre las cosas que le suceden, Ana podrá ayudar a su hija para que deje de robar, llevar una relación de tipo comprador. En la segunda etapa se buscó que Ana expresara sus sentimientos a Brenda usando como método el escribir una carta para Brenda en donde plasmará sus emociones y pensamientos, para Ana fue imposible escribir más de dos renglones en el primer intento, sin embargo, después de escribir la carta cinco veces logró hablar sobre sus sentimientos abiertamente y su orgullo a Brenda.

Para la tercera etapa se le propuso a ayudar a que Brenda dejara de robar y mejorar su relación, Ana había pasado una situación igual a la de sus hijas, por ello, se dio cuenta que

lo que su hija tenía era mucho enojo y que lo que necesitaba era tener gente que la apreciaba a su lado; Ana se mantuvo más cerca de Brenda y dejó de robar. Las acciones que Ana hacía para su hija eran dedicarle atención, interesarse por las cosas de ella, darle espacio para cuando no quisiera hablar o hacer una cosa y la dejaba acercarse cuando Brenda quería.

En la última y cuarta etapa se vieron los límites y reglas claras que debían de establecer, se le pidió que cuando quisiera establecer los límites con sus hijas lo hiciera con pocas palabras para ser lo más concreta posible, el resultado de esto es que Ana no se molestaba con ellas y ambas hijas comprendían y respondían mejor las indicaciones. Para lograr esto, Ana daba las instrucciones de manera concreta, sin dar sermones, respirando profundo, pensar antes de platicar, hablando despacio y tranquilamente.

Para Ana se realizaron otras actividades las cuales consistían en darle elogios de sus conductas positivas. Además, se impuso la pregunta de milagro que permite construir a las personas que fueron víctimas de algún tipo de trauma un futuro de posibilidades, en el cual se le pregunta qué pasaría si una noche se produce un milagro y todos sus problemas se resuelven ¿Cómo se darían cuenta? ¿Qué sería diferente?

Por su parte, Guerra y Barrera (2017) hicieron una investigación de grupo donde participaron 21 adolescentes femeninas entre 12 y 17 años, siendo víctimas de abuso sexual intrafamiliar desde la infancia (cuatro y ocho años) hasta que el último episodio de abuso haya ocurrido hace menos de un año, el abuso sexual fue revelado hace no más de seis meses. La Escala de Depresión de Beck, la Subescala de Ansiedad Estado del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, la Subescala de Frecuencia de la Escala de Trauma de Davidson y la Entrevista Clínica.

Ya dentro de la intervención no se fijaron un número exacto de sesiones pero se utilizaron cuatro fases de tratamiento, aproximadamente duraban 40 minutos para intervenir con el adolescente y el resto del tiempo se trabajaba junto con los padres o tutores legales. El objetivo de la terapia para los adolescentes consistió en reducir sintomatología, promover una comprensión adecuada de la experiencia traumática, disminuir las creencias de culpa, incrementar las creencias de autoeficacia para enfrentar los recuerdos traumáticos e integrar la experiencia traumática en la historia de vida de la víctima. Para los padres o tutores, el

objetivo fue promover una comprensión adecuada de las consecuencias de la experiencia traumática vivida por el adolescente y fortalecer sus habilidades para apoyar al adolescente.

En la primera fase se desarrolló la alianza terapéutica en donde se habla y trabajan sobre los objetivos y las tareas del tratamiento, se retroalimentan a los adolescentes y tutores sobre los resultados de los instrumentos de evaluación y se enseñan estrategias de relajación. La psicoeducación es el principal objetivo de la segunda fase, tanto a los adolescentes que se les ayuda a limpiar la información incorrecta sobre el abuso sexual con la expectativa de reducir los síntomas, como a los tutores a quienes se les educara sobre las reacciones de sus adolescentes y para que aumenten sus herramientas de apoyo. En la tercera fase se construye una línea de vida en donde se narra el trauma como una actividad de apoyo y se debe reflexionar sobre las cosas que le han permitido desarrollarse en el camino a lograr sus metas y enfrentar las dificultades y se ayuda a los adolescentes a planear objetivos a corto mediano y largo plazo. Para esta etapa también se deben aplicar las técnicas de relajación y coordinar con los tutores cuáles serán las estrategias de apoyo y contención. Para la cuarta y última sesión, se aplican los instrumentos y se garantiza evaluar el éxito de la terapia.

La duodécima intervención corresponde a Allen, Timmer y Urquiza (2016), quienes trabajaron con un grupo de 187 niños y niñas de entre 3 a 8 años de edad, víctimas de maltrato y abuso sexual. Se realizó una terapia de interacción padre-hijo de aproximadamente 6 sesiones, en donde se le enseña a utilizar técnicas como elogiar las conductas apropiadas, describir la conducta y las verbalización del niño, establecer reglas, dar órdenes, se les provee herramientas para poder disciplinar por incumplimiento sin violencia. Al final de la intervención se logró la reducción de las preocupaciones sexuales, en los problemas de comportamiento y disminuyó el número de problemas de comportamiento.

Los instrumentos utilizados fueron Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC) que evalúa la gravedad de los síntomas relacionados con el trauma y la frecuencia con la que ocurrieron en el último mes, el Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) que mide los problemas de conducta y enumera los comportamientos asociados con los trastornos de conducta disruptiva y Family risk factors para encontrar el historial de abuso.

La décimo tercera intervención es de Intevi (2012), quien menciona el caso de Ana con 46 años de edad, madre de Clara de 9 años de edad. Carlos de 45 años es la nueva pareja

de Ana y Pablo de 17 años y Luis de 15 años son sus hijos. Clara sufrió de ASI a manos de Pablo. Después de la separación de Ana con el padre de Clara se deprimió bastante y solo pudo cuidar a su hija con la poca ayuda de una tía materna.

En el jardín de infantes, Clara tuvo problemas de conducta volviéndose agresiva con sus compañeros y desafiante con los adultos, comenzando a tener conductas sexualizadas como lo era la masturbación compulsiva; pasó lo mismo una vez que ingresó a la escuela primaria. No solo en la primaria todavía tenía las mismas conductas, sino que, adquirió dificultades en el aprendizaje, las conductas sexualizadas escalaron a involucrar a otros niños y el comportamiento impulsivo y agresivo incremento hasta llegar a amenazar con cuchillo contra la vida de los demás y de ella misma. Clara comenzó a asistir a psicoterapia individual debido a sus comportamientos, ahí fue donde Clara describió lo que Pablo hacía los fines de semana, ya que esos eran los días en que todos conviven juntos. Después de confirmar las sospechas se le informó a Ana y Juan Carlos para separar a Pablo de Clara logrando que los hijos ya no durmieran juntos pero Ana prefirió seguir con la convivencia ya que mostraba hostilidad y egoísmo por el suceso, al final Clara fue separada de la familia temporalmente. Pablo y Luis también fueron evaluados.

Para la intervención se va a buscar la colaboración de la madre para llevar a Clara a las consultas médicas y a los talleres y actividades, también se busca su participación en los procesos de ayuda escolar y de control de impulsos agresivos y sexuales y que Ana tome conciencia de los sentimientos y la situación de Clara. La intervención se centró en los comportamientos que se produjeron como resultado del ASI y la prevención de la revictimización terciaria y a su persona. Para trabajar con la familia, se comienza en mejorar la relación de Ana y Clara, que la madre participe en el proceso de autorregulación emocional y de percepción de sí misma por parte de Clara, mientras que para los adultos mayores se busca trabajar con los sentimientos de vergüenza, confusión, minimización, desconexión afectiva con Clara, descreimiento, temor a las consecuencias que recaen con la pareja y Pablo, ambivalencia, la ira hacia Clara por revelar el abuso y la posible depresión.

La décimo cuarta intervención es otro caso de Intevi (2012), es sobre Ivan de 11 años y Héctor de 13 años, hijos de Elsa que padece una enfermedad respiratoria crónica, no conviven con su padre, solo reciben dinero. Héctor, ha empezado a consumir haschis y

alcohol, su agresividad e impulsividad ha crecido llegando a realizar actos de delincuencia como robar, al igual que comenzó a aislarse, el área escolar ha salido afectada en toda esta situación. Héctor fue víctima de abusos sexuales extrafamiliares con penetración anal crónica, Ivan menciona que gente iba su casa a “ver pelis pornos y a hacer cositas” en donde consumían alcohol y fumaban porros, Elsa los dejaba participar; Ivan llamo a Héctor “maricon” por qué se había “ligado” con varios de esos hombres. Lo que se busca trabajar con Elsa es mejorar sus habilidades parentales y para ello se realizarán evaluaciones médicas, psiquiátricas, psicológicas y parentales.

## **2.4 Intervenciones grupales**

La terapia grupal para niños que sufrieron de ASI se recomienda cuando el menor ya ha tenido otras intervenciones sobre el suceso. Se utilizan dos fases, la primera fase, la de diagnóstico, donde se aplican entrevista, observación, pruebas psicológicas (incluyendo las proyectivas) y cuentos. Para la entrevista se deben buscar dos preguntas: ¿cómo se descubrió el hecho? y ¿cómo se le hizo sentir al niño/a?, cuando la entrevista se realice, no se debe crear perjuicios o realizar la entrevista hacia la información que un adulto proporciona, se debe realizar el rapport a través del juego para que exprese sus sentimientos positivos y negativos, después se le aplicarán las pruebas psicológicas de test de la figura humana (DFH), test de la casa, árbol y persona (H.T.P), Ilumina tu vida. La segunda fase es la intervención terapéutica, tratan las manifestaciones emocionales y conductuales del menor en base al juego que se debe realizar con el objetivo de que comprenda sus sentimientos y comportamientos, se debe crear una alianza terapéutica, para disminuir la ansiedad, el enojo o la impotencia se debe aplicar la creación de héroes (víctima) y villanos (victimario) que termine con un desenlace en el que el menor venza al agresor para realizar, para que recupere la autoaceptación del cuerpo y el autoestima los dibujos sobre reconocimiento personal de sus habilidades, fortalezas y creencias positivas, por último, es necesario aplicar técnicas proyectivas si el menor desarrolla un temor hacia el agresor como lo son (Velázquez, Delgadillo & González, 2013).

Se puede anticipar que en algunos casos el menor desarrolle un gran temor hacia el agresor(a); de ser así, se puede trabajar con técnicas proyectivas que le ayuden a

disminuirlo, en las que se involucren acciones concretas de destrucción imaginaria del agresor(a), de reparación del sí mismo, los cuentos, los dilemas, imágenes semiestructuradas, videos infantiles, la visualización del pasado, presente y futuro en sus aspectos positivos y negativos, junto con técnicas de relajación, a través del manejo de la respiración y del conocimiento del cuerpo, de las sensaciones y los cambios propios que tiene por el crecimiento (Velázquez, Delgadillo & González, 2013, p.138).

Uno de los modelos grupales son los de tratamiento psicodinámicos los cuales trabajan con los factores de la cohesión, la catarsis, el factor existencial y la universalidad donde la cohesión es importante para el beneficio del grupo terapéutico; en este tipo de terapia grupal la prioridad es lograr la recuperación de los sentimientos de control y la estabilidad, necesitan recuperar la confianza en otros seres humanos. Existen también los grupos focales, estos son grupos que se basan en la ayuda y el apoyo realizando talleres que cumplen su función en encontrar nuevas soluciones y cambiar actitudes (Vallejo & Córdoba, 2012).

En la décimo quinta intervención revisada, Sosa y Gómez (2012) presentan una propuesta de tipo grupal, orientado en utilizar la psicoterapia psicoanalítica focalizada. El grupo está organizado por madres y padres de niños/as que fueron víctimas de ASI, cada grupo está compuesto de 7 integrantes de entre 23 a 45 años. Se realizan 12 sesiones de una hora y media semanalmente. Primero se realizan entrevistas psicológicas para la admisión al grupo y se les explica cómo funciona el grupo terapéutico y los beneficios que pueden proveerles, en segundo se comienza a realizar el trabajo grupal en sí mismo, enfocar en las preocupación y temores de los padres por las conductas que presenta o pueden presentar sus hijos como consecuencia del abuso sexual, explorar los conflictos de la relación con sus hijos.

En las intervenciones se trabaja sobre la *comunicación* acerca del abuso sexual y la ambivalencia referente a la víctima y el abusador, sobre *cómo cuidar a los hijos, la intimidación, la reorganización de la dinámica familiar, el cambio de las responsabilidades, recursos y limitaciones*; y sobre las *dudas acerca del proceso legal*

La décimo sexta intervención es de Duran y Vargas (2015), quienes realizan una intervención grupal con el enfoque de arte terapia. Los grupos están conformados por niños y niñas de entre 4 y 6 años diagnosticados con Estrés Postraumático después de un ASI. Se realiza la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (CPSS)

La intervención consta de tres fases: inicial, intermedia y final. En la fase inicial se busca obtener una buena alianza terapéutica, en la fase intermedia se busca que los menores puedan expresar sus emociones, sentimientos, conflictos, deseos con actividades gráficas y plásticas para de ese modo generar un espacio de confianza para desarrollar todo su potencial creativo; se busca que pueda reconocer sus emociones y pueda expresarse. Para la fase final se hace un análisis, una evaluación y conclusión de los procesos terapéuticos, se prepara a los menores para la separación con el psicólogo.

## **2.5 Intervenciones compuestas**

Las intervenciones mixtas o compuestas, se caracterizan por tomar elementos o técnicas variadas e integrarlas en una sola intervención, a fin de optimizar los resultados de ésta. También es posible diseñar intervenciones en varias etapas, con objetivos a corto, mediano y largo plazo e ir evaluando y adaptando cada etapa según los resultados de su evaluación. En esta sección se presentarán algunos ejemplos de intervenciones compuestas.

La décimo séptima intervención revisada en esta tesis, corresponde a Martin-Javato, Manzanal y González (2017) quienes presentan a M, una mujer de 21 años de edad, hija de padres divorciados. El motivo de consulta es debido a que termino una relación amorosa lo que provoca sentimientos de tristeza y soledad, llanto frecuente, inseguridad y mala interacción social al género opuesto, baja autoestima, desmotivación, problemas de concentración y dificultades en el área sexual con sus anteriores parejas. Después de la décima sesión M revelo que en la infancia fue víctima de abuso sexual por parte de su padre entre los 3 y 5 años de edad, sus padres se divorcian a sus 7 años de edad en donde comienza a volverse dependiente de su madre y su madre de ella, al ser diagnosticada con depresión, y con su padre maneja una relación de contacto de cada 15 días, actualmente solo se hablan por teléfono. A los 7 años, el padre seguía amenazándolas con que no trajeran a ningún

hombre a la casa y tenían discusiones por la economía. A los 9 años, conoce que su padre ha abusado sexualmente de otros miembros de la familia, a la edad de 13-15 años tuvo problemas alimentarios donde dejaba de comer o comía muy poco junto con atracones.

A parte de la entrevista se empezó a aplicar otros instrumentos psicológicos empezando con el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad el cual soltó resultados de ansiedad severa. Se aplicó el Cuestionario tridimensional para la depresión en donde indicaba estados depresivos en respuesta fisiológica, tendencia suicida y depresión severa. El Inventario de solución y afrontamiento de problemas obtuvo calificación en el rango medio en todas las áreas del inventario. Otro es el Cuestionario del Índice de la Función Sexual Femenina se dio una puntuación total baja mostrando un deterioro de la función sexual, en las puntuaciones de deseo, excitación, orgasmo y satisfacción. Como última prueba se aplicó la Evaluación Global del Estrés Postraumático se encontró la evitación y el embotamiento afectivo en puntuaciones altas.

Se hicieron 20 sesiones más el seguimiento. El objetivo del tratamiento es mejorar el estado de ánimo por medio de la reducción y control de la ansiedad y depresión en todos sus niveles, incluyendo conductas evitativas y seguridad en las relaciones sexuales. Al ser un objetivo tan amplio se dividió en objetivos específicos los cuales son expuestos por Martín-Javato, Manzanal y González (2017):

1. Conocimiento del problema.
2. Incremento de emociones positivas y reducción de estrés.
3. Reducir la hiperactividad psicofisiológica.
4. Identificación y manejo de pensamientos negativos y creencias irracionales.
5. Identificación y reducción de sesgo atencional e interpretativo y de memoria.
6. Disminución intensidad, frecuencia y duración de la rumiación.
7. Aumentar la concentración.
8. Disminución de la distimia y anhedonia.
9. Mejorar la red social y habilidades para relacionarse.

10. Mejora de la autoestima.

11. El centro de la intervención fue dirigida a mejorar la función sexual y la relación íntima con el sexo opuesto así como a eliminar la influencia del trauma (p. 52).

En las primeras dos sesiones se dio la evaluación psicológica, para que la tercera sesión devolviera la información de las pruebas y el comienzo de la psicoeducación. En la cuarta y quinta sesión se usó la técnica de activación conductual, control estimular y gestión del tiempo, junto con la sexta sesión en donde se agregó el entrenamiento en respiración abdominal. Desde la sexta y octava sesión se trabajó con reestructuración cognitiva, detención del pensamiento y autoinstrucciones, y manejo del estilo atribucional. La novena y décima sesión se empleó técnicas asertivas y de HHSS, en la décima sesión se le agregó el entrenamiento en relajación autógena de Schultz hasta la sesión 13. En la sesión decimosegunda y decimotercera se volvió a aplicar la psicoeducación y de la decimotercera sesión a la decimoquinta se trabajó con la destrucción de mitos y evocación de fantasías y ensayos conductuales en autoexploración con espejo. En la sesión 16 se aplicó la exposición gradual en imaginación con manejo de ansiedad y de la sesión 17 a la 19 se dio la exposición gradual en vivo y una evaluación pos tratamiento. La última sesión se dio la devolución de los resultados y se dio seguimiento meses después.

Al final del tratamiento, se encontró mejora en todas las áreas que se definieron en los objetivos específicos desde la sintomatología ansioso depresiva hasta las dificultades sexuales, e incluso, en las sesiones sobre el seguimiento M decía que todo aspecto en su vida había estado mejorando.

La décimo octava intervención es de Hernández (2018) quien expone el caso de M, mujer de 53 años que sufrió de un abuso sexual por parte de un pariente cercano cuando tenía 9 años de edad en tocamientos y no se lo conto a nadie, pero, de igual manera sus padres se enteraron, y su principal conducta es que manifiesta recuerdos intrusivos con imágenes acerca del suceso cuando está en lugares o haciendo acciones específicas. No puede salir a la calle sola ni más tarde de las diez de la noche, se siente desconfiada y tiene dificultades para relacionarse con los demás. Después del abuso sexual su personalidad cambio y paso de ser

una niña feliz y extrovertida a una niña tímida y desconfiada, desde ese momento tiene dolores en el estómago que conserva hasta la fecha actual del documento. En su infancia, la relación con sus padres no era muy buena puesto que eran muy fríos y no mostraban afecto, incluso presenciaba como su padre golpeaba a su madre mientras llegaba borracho. Por mucho tiempo olvidó el episodio pero cuando su hija tuvo la misma edad volvió a recordarlo, el pensar en ello le provoca temor, ansiedad, culpa y vergüenza especialmente porque después del abuso intentó tener tocamientos con otro adulto, se culpa por no haber contado lo sucedido a sus padres y dejar que abusaran de ella.

En cuanto a los instrumentos se administró la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT, el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), la Escala de Autoestima de Rosenberg, la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS), el Behavioral Activation for Depression Scale (BADDS), la Environmental Reward Observation Scale (EROS), la Hoja de Asesoramiento de valores, el Formulario Narrativo de Valores y, el Cuestionario de Vida Plena (VLQ-2) y por último se aplicó el Cuestionario de Aceptación y Acción (AQQ).

La intervención se dio en catorce sesiones, una vez a la semana con duración de noventa minutos. En la primera sesión se utilizaron las técnicas de psicoeducación y análisis de decisión. En la segunda sesión se siguió con la psicoeducación y el análisis de decisión agregando una técnica de relajación muscular y de respiración la cual es la R. J. Dieciséis grupos musculares, R. Diafragmática. En la sesión tres se siguió con los mismos pasos pero esta vez la técnica es de siete grupos musculares, también de la sesión tres a la sesión ocho se agregó la auto-exposición graduada. En la sesión cuatro se usó la técnica de Formulario Narrativo de Valores y VLQ-2, y ejercicio experiencial del Funeral, entre la cuarta y quinta sesión se enseñó entrenamiento en auto-refuerzo, control estimular, ejercicios de auto-observación de Rehm y otra técnica de relajación de los cuatro grupos musculares; a su vez de la sesión cuatro a la catorce se aplicó la activación conductual en planificación de actividades valiosas. En la sesión seis se usaron las técnicas de psicoeducación, análisis de decisión y técnica de relajación condicionada profunda, en la sesión seis y siete se trabajó el modelo ABC y reestructuración cognitivo-conductual-sistemática, en la séptima sesión se enseñó otra técnica de relajación como diafragmática y respiración profunda. De la octava

hasta la decimoprimera sesión se utilizó la exposición en imaginación al episodio de abuso y de la doceava sesión hasta la catorcena sesión se llevó exposición in vivo de las situaciones relacionadas con el episodio de abuso. El diálogo socrático estuvo presente en todas las sesiones.

Se soltaron los resultados de la escala Global de Gravedad de los Síntomas del TEPT se corroboró que la sintomatología se había eliminado, en la sintomatología depresiva del BDI-II indicó ausencia de depresión, en el AQQ se reveló que tiene una mayor aceptación de las experiencias; hubo un cambio desde el inicio del tratamiento hasta el seguimiento.

La intervención decimo novena es de Reyes, Morales y Almodóvar (2017) del Centro de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes de La Habana. Los autores redactan cuales son las etapas en la atención de casos de abuso sexual infantil. Comenzando con el recibimiento del caso en donde se recibe al menor junto con su familia en donde se presenta las instalaciones del lugar y como se trabaja en donde no se utilizan uniformes para crear un ambiente agradable y cálido. La siguiente etapa es la de preparación en el cual se utilizan técnicas interactivas para garantizar un entorno favorable para la exploración y respetando el tiempo que necesite el menor. En este procedimiento se debe canalizar las emociones y obtener un clima de confianza y seguridad para que pueda narrar los sucesos sin obligar al menor; en general se busca lograr el rapport. Se valora y se le pasa al área de exploración donde se le explica la razón por la que está ahí y las actividades que realizarán. La siguiente es la etapa de atención a la familia, se da esta etapa al mismo tiempo que la etapa de preparación en donde los padres o tutores legales son entrevistados por un especialista con el fin de conocer más información sobre el menor, además se le informa sobre los procedimientos que se emplearán y los aspectos que se requieren para dar el consentimiento; en caso de que el menor no sea representado por algún padre o tutor, el Fiscal es el que llevara todo ese proceso. La siguiente etapa de planificación de la estrategia de exploración Reyes, Morales & Almodóvar (2017) mencionan que en esta etapa se reúnen los siguientes especialistas “el fiscal actuante, el oficial de prevención de menores, el instructor que investiga el caso, el abogado de la defensa y el instructor especializado, quienes realizan una devolución de los elementos de importancia” (p. 144), ahí se toman decisiones sobre la intervención terapéutica. En la etapa de exploración se realiza la entrevista y se realiza el

historial clínico, lo que se busca cumplir en este proceso no es solo sacar la información necesaria, sino que se garantice el bienestar del niño; esta entrevista se lleva a cabo con un equipo reflexivo con el consentimiento de los tutores. La última etapa es la de la desculpabilización y de orientación a la familia, se alivian las tensiones que se provocaron en la etapa de la exploración, los especialistas se reúnen y se informa sobre cómo se llevarán a cabo las intervenciones o menciona otras instituciones. En esta misma etapa se habla a la familia para orientarlos en cómo ayudar al menor, que es lo que se debe hacer o esperar durante todo el proceso.

La intervención vigésima fue realizada por Zorzella, Rependa y Muller (2017). Los autores realizaron una terapia para 65 niños/as de entre 6 y 12 años de edad, en donde se realizaron 17-18 sesiones dirigidas tanto al niño/a como al tutor. Mediante las sesiones se proporcionó psicoeducación sobre el trauma sobre consecuencias que sucederán o pueden suceder, sobre sexualidad y seguridad. También, les enseñaron habilidades de regulación y expresión de emociones, estrategias de afrontamiento, modificación de pensamientos automáticos, resolución de problemas y habilidades sociales.

La vigésimo primera intervención es de Jurado (2018) quien presenta a A.S, una niña de 12 años que manifiesta síntomas de ansiedad, depresión y baja autoestima. Es susceptible, introvertida, con dificultades en comenzar y entablar relaciones sociales. No tiene contacto con su padre biológico pero mantiene una buena relación con su madre, quien tiene una pareja sentimental quien tocaba los genitales de sus hermanos y abusaba sexualmente de ella, todo frente a ellos, además amenazaba con matar a su mamá y a su hermano menor si decía algo. La denuncia fue realizada por una tía materna, donde A.S y sus hermanos fueron retirados del hogar debido a que su madre, embarazada del padrastro, no quiso separarse del abusador porque no quería dejar a este niño que venía en camino sin padre. Actualmente, viven con la tía que metió la denuncia.

Los síntomas que A.S tiene son dolores de estómago y de cabeza con frecuencia, sentimientos de culpa, tristeza, ansiedad, baja autoestima, baja participación en actividades cotidianas, dificultades para entablar relaciones interpersonales y aislamiento social. De la sesión uno a la tres se llamó como evaluación inicial, en donde se estableció la alianza terapéutica, se diseñó el plan de intervención y se juntó información sobre apego familiar y

de comportamiento en el albergue; para lograr esto se realizaron entrevistas a la cuidadora y a A. S. además de que se realizaron técnicas de dibujo libre y en reflejo.

Para las sesiones cuatro a siete se realizó la fase psicoeducativa con los objetivos de que A. S. pueda identificar y expresar sus emociones sobre el abuso, disminuir los niveles de ansiedad, identificar áreas libres de abuso, que A. S. reconozca la experiencia abusiva y que atribuya la responsabilidad al agresor, y enseñar cuales son los límites corporales y de la sexualidad. En cuanto a las técnicas se enfocan en las emociones, tarjetas de emociones, poner color a las emociones, técnicas narrativas por escrito, video y películas, técnicas de relajación, arteterapia, reestructuración cognitiva y técnicas de intervención verbal. Las actividades que se llevó a casa fueron un registro de emociones y sentimientos y que fueran jerarquizados.

De las sesiones ocho a quince, se dio la fase de tratamiento con los objetivos de identificar mecanismos de adaptación y resistencias, eliminar los sentimientos de culpa y vergüenza, aumentar el autoestima, la autonomía y las habilidades sociales, la elaboración cognitiva y emocional, y la modificación de las distorsiones cognitivas ante el abuso. Se utilizaron las mismas técnicas de la fase anterior agregando role playing, diálogo socrático, uso de metáforas, técnica de la silla vacía y de modelado, biblioterapia, representaciones simbólicas del yo y entrenamiento en auto instrucciones. Las tareas que se llevó A. S. a casa son aplicar lo aprendido en las sesiones a su vida diaria, seguir con el registro de pensamientos, emociones y conducta, y hacer las lecturas de los libros ¿Qué pasa en mi cuerpo? y jóvenes altamente eficientes, realizar un análisis escrito

En la fase final (sesiones dieciseis a dieciocho) se evaluaron los cambios y las modificaciones que se espera que A. S. haya adquirido después de la intervención realizando una valoración clínica social y aplicando el Inventario de Depresión del Beck. Por último, se dio la fase de seguimiento en las sesiones diecinueve y veinte, para que los cambios y los logros se vuelvan permanentes.

## **2.6 El ASI en el marco de los derechos de los niños**

En el 2014 la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y de acuerdo a la Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes de conformidad con la primera

parte del artículo 5 se les considera como menores a los/as niños/as de hasta 12 años de edad y como adolescentes entre los 12 y menos de 18 años de edad (Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH], 2018). Esto significa que cada persona desde su nacimiento hasta antes de cumplir los 18 años de edad deben de contar con la protección de todos los derechos que se mencionan en la Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

Según el Senado de la República (2016), “en el caso de un abuso sexual infantil se vulneran los derechos a la integridad personal, al libre desarrollo de la personalidad, a la protección, a ser escuchado y a una educación sexual oportuna y de calidad” (p.1). Cuando se habla de la integridad personal se puede entender a que la persona debe ser respetada e intocable de manera física, social o mental, según la Declaración Universal de Derechos Humanos en el Artículo 5, se establece que “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”. (Aguedo, 2020, p.13) En cualquier caso de abuso sexual se viola la integridad personal al torturar, obligar e irrespetar al cuerpo de la víctima. La protección según la Real Academia Española (2020) la protección es “Resguardar a una persona, animal o cosa de un perjuicio o peligro” (p.1). Este derecho es violado en un abuso sexual debido a que la víctima se enfrentó a un peligro que le causó daño y consecuencias graves a corto y largo plazo.

En cuanto a lo que sabemos sobre la personalidad es seguro que puede variar de persona a persona, existen en psicología muchas teorías en las cuales se intenta comprender el origen de la personalidad, podemos interpretar a la personalidad como características psicológicas, sociales, culturales, conductuales, emocionales o físicas de una persona que pueden ser visualizados por la misma o por las personas que están a su alrededor. La personalidad se construye desde que somos niños y se va desarrollando en cada persona mientras va encontrando esas características o rasgos que lo van a definir, muchas veces la personalidad está influenciada por el medio ambiente en donde nos desarrollamos. En un abuso sexual, el desarrollo de la personalidad se puede ver delimitado o se va orientando a que la persona tenga conductas retraídas, tímidas, riesgosas, etc., las cuales afectaran el proceso del desarrollo de la personalidad.

En muchas partes del mundo los temas de educación sexual no son bien vistos, sin embargo, son absolutamente importantes de enseñar especialmente a los niños y adolescentes que están en plena etapa reproductiva en donde la liberación de hormonas y cambios físicos se encuentran más presentes que en otros ciclos de la vida. Enseñar temas de sexualidad de manera correcta, sin tabús o vergüenza, logra ayudar a los jóvenes a que puedan disfrutar de todas las áreas de la sexualidad de manera segura, libre y respetuosa, además, sirve para prevenir sobre ciertas conductas que pueden ser negativas o simplemente que sean acciones que no están hechas para su etapa vital. Una de estas conductas es sobre el abuso sexual, el no educar a los niños/as sobre cómo es su cuerpo, sobre las caricias que son correctas o temas parecidos puede perjudicar la detección de un pederasta o abusador sexual, y así evitar, o que se prolongue, el abuso sexual. Se busca que las instituciones encargadas sobre los temas de abuso sexual dejen de enseñar con el miedo para evitar que los estudiantes quieran empezar con su vida sexual, al final realizaran actos de índole sexual tarde o temprano y es mejor prepararlos con información correcta y de calidad, se necesita que los niños y adolescentes tengan la información que necesitan sobre educación sexual antes de que realicen una conducta, o dejar que otra persona se lo haga a ellos, que los coloque en una situación de peligro.

El derecho a ser escuchado queda quebrantado cuando la víctima es silenciada, ya sea por amenazas o peticiones del victimario o de las personas adultas que descubren el abuso pero deciden no exponerlo. Entre otros derechos que se pueden ver afectados son el derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo, en este derecho se busca proteger la vida y dignidad para garantizar un desarrollo integral, y bajo ninguna circunstancia pueden ser privados de la vida, en cuanto al séptimo derecho que es el derecho a vivir en condiciones de bienestar y a un sano desarrollo integral que habla sobre vivir en un medio ambiente que esté en condiciones para poder desarrollarse, que sea sano, sustentable y que permita el crecimiento saludable y armonioso de cualquier aspecto como físico, mental, material, social, cultural, ético y espiritual, el octavo y último derecho mencionado es el derecho a una vida libre de violencia y a la integridad personal, debe estar libre de todo tipo de violencia y resguardar su integridad personal para poder lograr condiciones de bienestar y libertad del desarrollo de la personalidad (CNDH, 2018).

## 2.7 Aspectos legales del ASI en México

Anteriormente hablamos acerca de algunos conceptos legales sobre el abuso sexual infantil y el consentimiento; se menciona que en la mayor parte de los países de Latino América y El Caribe es a los 14 años de edad, incluso, se menciona que se le considera un abuso sexual legalmente para aquellas personas que son menores de catorce años. Sin embargo, ante los Derechos de las niñas, niños y adolescentes una persona sigue siendo acreedor de sus derechos y se deben proteger ante un abuso sexual hasta que cumpla la mayoría de edad, a los 18 años de edad.

Sin embargo, aunque existen discrepancias en cuanto a la edad, en ambas áreas concuerdan que el abuso sexual infantil no requiere falta de consentimiento de la víctima, ni importa si se da o no el consentimiento, una niña y un niño no están desarrollados cognitivamente para consentir ante un acto sexual (Molina, Jaime y Gutiérrez, 2019). El concepto de consentimiento puede variar y hay diferentes tipos de consentimiento de diversas disciplinas, en este caso el consentimiento es de tipo sexual. Pérez (2016), nos brinda dos definiciones de consentimiento:

Según la Real Academia de la Lengua Española, "consentimiento" remite a la manifestación de voluntad expresa o tácita a través de la cual una persona se vincula jurídicamente. En los contratos legales, se refiere a la conformidad de las partes respecto al contenido del convenio (p.146).

Además, se pone en discusión lo que es el consentimiento y la voluntad llegando a la conclusión de que ambos fenómenos están vinculados pero son diferentes, nos plantean una situación en donde una persona accede a tener una práctica sexual con su pareja, que sería consentir, sin embargo, realmente no desea participar en ella y aceptó para evitar una situación que le pondría en un estado inconveniente, que sería la voluntad (Pérez, 2016). Ante esto se puede interpretar que el consentimiento no es sólo verbal y explícito, sino que también puede ser no verbal o implícita, puede ser directa o indirecta e, incluso, puede que no haya respuesta alguna (Pérez, 2017). El consentimiento no es solo aceptar verbalmente, debe darse libre de manipulación, presión o bajo influencia de drogas o alcohol, debe ser deseado a

voluntad, debe ser específico y cada acción debe ser consentida por ambas partes, se debe estar informada en su totalidad sobre lo que se hará y se puede cambiar de opinión en cualquier momento, la otra persona debe respetar esa decisión; además, ningún comportamiento o algún tipo de vestimenta dan consentimiento, el silencio no es consentimiento y mucho menos una persona inconsciente puede dar consentimiento, en casos de menores de edad, se debe seguir de acuerdo a la edad legal en cada país para dar consentimiento sexual, en caso de que algunos adultos (Planned Parenthood Federation of America, 2021). Como se mencionó anteriormente un menor no es capaz de dar consentimiento, o no es válido, ya que los factores cognitivos, la poca educación sexual y poder del victimario tienen un gran peso.

No obstante, no todo es sencillo puesto que la edad de consentimiento sexual entre los involucrados es importante, por ejemplo, si el adulto es 2 o 3 años mayor que el adolescente debido a que no se considera alterado y usado el abuso de poder (UNICEF, 2016)

Entre otros aspectos legales importantes tenemos que para que una persona sea considerada como un sujeto pasivo debe ser menor de 15 años de edad, que no tenga la capacidad de comprender el hecho, o que por cualquier condición no pueda resistirlo y para que el ASI sea tratado como tal, el sujeto activo debe obligar al pasivo a realizar el acto, ya sea tocando, observando u obligándolo a exponer su cuerpo. Asimismo, no solo se considera a actos como la penetración como parte del ASI, sino que también los tocamientos o manoseos corporales indebidos por encima y debajo de la ropa, hacer al menor mirar contenido sexual como actos sexuales, mirar personas desnudas o desnudarlo son parte del ASI (Amuchategui, 2012).

De acuerdo con el Código Penal para el Estado de Baja California (1989, última reforma publicada el 12 de febrero del 2021) y con el título cuarto de los delitos contra la libertad y seguridad sexual de las personas, estas son las penas para los delitos de abuso sexual, estupro y la pederastia.

En el abuso sexual se encuentran los artículos 180 y 181:

**ARTÍCULO 180.- Tipo y punibilidad.-** Al que sin consentimiento de una persona ejecute en ella o lo haga ejecutar un acto sexual, sin el propósito de llegar a la cópula, se le

aplicarán de dos a diez años de prisión y hasta doscientos días multa. Si se hiciere uso de la violencia física o moral, la pena se aumentará de dos a cuatro años.

ARTÍCULO 180 BIS.- Sub tipo y punibilidad.- Al que con o sin el consentimiento de una persona menor de catorce años, o que no tenga capacidad de comprender el significado del hecho, o que por cualquier causa no tenga la capacidad de resistirlo, ejecute en ella o lo haga ejecutar un acto sexual, sin el propósito de llegar a la cópula, se le aplicarán de ocho a trece años de prisión y una multa de hasta quinientas veces la unidad de medida y actualización. Si se hiciere uso de la violencia física o moral o se realice la conducta a que se refiere este artículo de manera reiterada, la pena se aumentará de dos a cuatro años.

ARTÍCULO 180 TER.- Agravación de la punibilidad.- Las penas previstas en los artículos 180 y 180 Bis, se aumentarán hasta en una mitad, cuando en el abuso sexual concurre alguna de las circunstancias siguientes:

I.- Cuando fuere cometido por persona que tenga relación de parentesco por consanguinidad, afinidad o civil, con el ofendido. Además de la pena de prisión, el culpable perderá la patria potestad o la tutela, en los casos en que le ejerciere sobre la víctima, así como los derechos sucesorios con respecto del ofendido,

II.- Cuando fuere cometido por persona que tenga al ofendido, bajo su custodia, guarda o educación o aproveche la confianza en el depositada,

III.- Cuando fuere cometido por quien desempeñe un cargo o empleo público o ejerza su profesión, utilizando los medios o circunstancia que ellos le proporcionen. Además de la pena de prisión el sentenciado será destituido del cargo o empleo o suspendido por el término igual al de la pena de prisión.

IV.- Cuando el delito fuere cometido dentro las instalaciones de alguna asociación religiosa u organismo de la sociedad civil, cuyo objeto social consista en prestar auxilio, refugio o tratamiento psicológico o físico a otras personas, o hubiese sido cometido por ministros de culto religioso.

ARTÍCULO 181.- Persecución oficiosa.- El delito de abuso sexual previsto en el artículo ciento ochenta Bis, se perseguirá de oficio; fuera de este supuesto, se perseguirá por querrela de la parte ofendida o de sus representantes legítimos.

Ante un caso de estupro del artículo 182 al 184, que se asocia a los menores de edad que se encuentran en la etapa adolescente:

ARTÍCULO 182.- Tipo y punibilidad.- Al que realice cópula con persona mayor de catorce años de edad y menor de dieciocho, obteniendo su consentimiento por medio de la seducción o el engaño se le impondrá de dos a seis años de prisión y hasta cien días multa.

Agravación de la punibilidad.- La pena se aumentará hasta una mitad más, cuando el delito haya sido cometido dentro las instalaciones de alguna institución educativa, asociación religiosa u organismo de la sociedad civil, cuyo objeto social consista en prestar auxilio, refugio o tratamiento psicológico u físico a otras personas, o cuando el sujeto activo del delito se haya valido de una relación de parentesco o posición jerárquica derivada de su relación docente, laboral, religiosa o doméstica.

ARTÍCULO 183.- Querrela.- No se procederá contra el sujeto activo del delito de estupro, sino por queja de la persona ofendida o de sus padres, a falta de éstos, de sus representantes legítimos.

ARTÍCULO 184.- Reparación del daño.- La reparación del daño en los casos de estupro, comprenderá los gastos derivados del delito a favor de la persona ofendida, cuando esta sea del sexo femenino se incluirá también los gastos médicos de la madre y los alimentos al hijo o hijos que de dicho delito resultare, observándose las reglas que sobre la forma y términos de pago fija el Código Civil.

Por último, la pederastia que comprende el artículo 184:

ARTÍCULO 184 QUATER.- Tipo y Punibilidad.- A quien se aproveche de la confianza, subordinación o superioridad que tiene sobre un menor de edad, derivada de su parentesco en cualquier grado, tutela, curatela, guarda o custodia, relación docente, religiosa, laboral, médica, cultural, doméstica o de cualquier índole y ejecute, obligue, induzca o convenza a ejecutar cualquier acto sexual, con o sin su consentimiento, se

aplicará de nueve a dieciocho años de prisión y de setecientos cincuenta a dos mil doscientos cincuenta días multa.

ARTÍCULO 184 QUINQUIES.- Agravación de la punibilidad.- La pena prevista en el artículo anterior se aumentará hasta una mitad, cuando la persona ofendida fuere menor de catorce años de edad o no tenga la capacidad para comprender el significado del hecho.

Como último aspecto informativo, el ASI se puede clasificar de diferentes maneras bajo la lupa del acto jurídico:

- Por la conducta: de acción.
- Por el número de actos: unisubsistente o plurisubsistente.
- Por su duración: instantáneo.
- Por el daño: de lesión.
- Por su ordenación metodológica: fundamental.
- Por su autonomía: autónomo.
- Por su composición: anormal.
- Por su formulación: formado alternativamente (Amuchategui, 2012, p. 353).

El proceso legal consta de tres etapas una vez de que se realiza la denuncia. La primera etapa es la de investigación la cual se encarga de recolectar toda la evidencia del ASI en base a evaluaciones médico-legistas que son estudios del cuerpo del niño, psicológico-forenses con las condiciones psicológicas incluyendo la entrevista psicológica y en la Cámara Gesell; todas estas evaluaciones hacen que la víctima recuerde el abuso. La segunda etapa es la intermedia y se inicia cuando hay pruebas incriminatorias suficientes llevando la denuncia al juez para que este decida el futuro del caso. La tercera etapa es el juicio oral en donde se debate la culpabilidad o la inocencia y el juez es quien realiza la sentencia final, lamentablemente hay situaciones en donde la víctima puede ser convocada para hablar acerca del suceso (Paredes, 2018).

Mientras el proceso legal se está llevando a cabo, y como se mencionó anteriormente, se necesita exponer a la víctima para proporcionar evidencia del ASI, esto se le llama victimización y es un proceso largo tiene consecuencias en el menor. Existen tres tipos de victimización: primaria, secundaria y terciaria. La victimización primaria es en sí la acción

del delito cuando los derechos son vulnerados y el menor se convierte en víctima, para la victimización de secundaria o revictimización es todo el proceso que lleva el sistema sobre la víctima, en esta victimización reviven la situación traumática y vuelven a convertirse en víctimas (Save The Children, 2020). La victimización terciaria es la que la sociedad o la familia da a la víctima y sobre la etiqueta que estos le ponen encima, estigmatizando (Mantilla, 2015).

El hecho de tener que revivir el acto del abuso sexual tiene un gran impacto en los/as niños/as, y se pueden clasificar en diferentes aspectos importantes de la vida. La Tabla 3 señala las áreas en donde se tiene impacto y cuál es el tipo de impacto que ocasiona en las víctimas.

Tabla 3.

*Áreas de impacto en la revictimización*

| Área             | Impacto                                                                                                                                       |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Físicas          | Lesiones leves, graves y gravísimas que pueden incluir la pérdida de la vida de la víctima                                                    |
| Emocionales      | Difíciles de determinar por su grado de complejidad, pero incluyen las secuelas del profundo estrés y la conmoción que causa y deja el delito |
| Socio-culturales | Repercuten en las relaciones interpersonales de la víctima y en sus esferas psicosociales                                                     |
| Económicas       | Son todos los daños que ocasiona el delito, entre los que se cuentan, pérdidas materiales físicas, emocionales, etc.                          |

La Tabla de impacto de la revictimización expone algunas consecuencias a las que el menor se expone al pasar por el proceso judicial. Tomado de Apaza y Cáceres (p. 28-29).

Para evitar la revictimización también se han propuesto otras maneras de realizar el proceso legal como lo es tomar declaraciones las mínimas veces posibles para evitar que la víctima recuerde el momento, realizar las pruebas con videos para no exponer al menor a la sala del juzgado, tener jurados amistosos y reducir el tiempo del proceso legal, debido a que este suele durar 3 años o incluso más (Save The Children, 2020). Asimismo, Mantilla (2015) indica que para evitar que un menor de edad, víctima de ASI sufra de revictimización por el proceso legal debe de tener los siguientes puntos:

1. Registrar debidamente la denuncia, el operador judicial o profesional que atiende la acusación es clave, puesto que, de la atención que le preste a la víctima se aclararan los hechos, toda vez, que le concede el cuidado y protección a la misma.
2. Facilitar la información pertinente a la víctima en un lenguaje sencillo.
3. Adecuar los espacios donde se realizarán las entrevistas, espera y evaluaciones con el fin de que estos ámbitos sean agradables y acogedores, esto permitirá que la víctima acuda a las diferentes etapas del proceso sin temor alguno.
4. El uso de la cámara Gessell, es de gran ayuda al momento de efectuar la entrevista, así como el micrófono y el audio, al diseñar la entrevista, es necesario tener presente que las preguntas sean apropiadas para las víctimas y testigos, cuidando que, dichas preguntas no sean inducidas o sesgadas (p. 7).

La víctima, en su tratamiento, tiene que contar con pautas para el afrontamiento del abuso, en caso de que el abusador sea una persona de la familia o la familia no apoye y cuide lo suficiente del menor se opta por separarlo de la familia y para cuidar la salud total del paciente o la familia se debe dar asesoramiento educativo acerca de toda la información posible que se pueda proporcionar sobre el ASI, como las causas, consecuencias y se debe asistir a una intervención terapéutica para que pueda manejar los sentimientos, pensamientos y el estrés que le provoco la situación del abuso (Apaza y Cáceres, 2019). Para que el menor pueda acoplarse a la sociedad, y que la victimización terciaria no impacte de gran manera, se aconseja asistir con profesionales que puedan ayudar tanto a la víctima como a la familia, debido a que la forma en que se maneja la situación puede beneficiar o perjudicar al menor.

## **2.8. Recursos para pasar de víctima a sobreviviente**

Una víctima según Andreu (2017):

Es una persona, grupo de personas, o un animal que sufre o padece un proceso doloroso, que sucede sin esperarse, por la determinación de la voluntad de alguien en un delito o en una mala acción, ante lo cual dicha persona se encuentra exenta de culpa (p. 50).

Cada víctima tiene sus propias necesidades tanto físicas en cuanto al medicamento, la protección, el refugio como afectivas o cognitivas como el apoyo, la escucha y el conocimiento de sus derechos (Paredes, 2018).

Sobrevivir es pasar una situación peligrosa en las mejores condiciones posibles, satisfaciendo todas esas necesidades que pudieron surgir ante el ASI; ambos conceptos van unidos en cualquier caso que implique un proceso doloroso. En el proceso de recuperación en un caso de ASI es transdisciplinario, muchas y diferentes disciplinas van de la mano con un asunto de ASI: Área médica, área legal, área psicológica y hasta trabajadores sociales. Se comienza a trabajar en el área legal desde que se pone la denuncia, los médicos intervienen en los exámenes físicos para las pruebas ante la corte, después para entender y orientar al menor y a la familia se deberá contar con la ayuda de un asistente social y ayuda psicológica para tratar con las consecuencias que se pueda tener. Algunas veces en el área médica, se puede encontrar con casos que necesitan más atención de esta área, como en casos de embarazos no deseados o de Infecciones de Transmisión Sexual.

Cuando se habla del área psicológica se refiere a las intervenciones de terapia que sirven como tratamiento para los menores víctimas de ASI. Los tratamientos para menores y adultos son similares, la diferencia es que son adaptadas a la edad y necesidades de los pacientes. Existen diversos tipos de empezando por las intervenciones individuales, este tipo de terapia es más personalizada y lo que se hace es ayudarlo a conocer sus sentimientos, el terapeuta debe de inspirar confianza y afecto, otro tipo de intervención es la grupal ayuda en cuanto a las relaciones interpersonales, un espacio seguro donde puedan aprender, desarrollarse y fortalecerse (González, 2014).

Es importante mencionar que se da tratamiento a las víctimas cuando comienza a presentar síntomas que afectan su vida diaria negativamente, y el terapeuta debe brindar estrategias de afrontamiento y adaptación (Apaza y Cáceres, 2019).

Del mismo modo, existen diferentes modelos clínicos entre los tratamientos, el primero de ellos es la Terapia Cognitivo Conductual modifica los pensamientos distorsionados que generan conductas y los síntomas inadecuados, otro es la Técnica de Modificación de Conducta que en base a la aplicación de premios y castigos se eligen las

conductas con las que se quieren trabajar, en la Terapia Psicoanalítica se intenta que la persona conozca sus conflictos y en base a ellos los resuelva y la Terapia Mediante el Juego Estructurado es similar pero se utiliza el juego, la Terapia de Relación pretende que el menor logre tener un sentimiento de valor personal y la Terapia Humanística se centra en los valores humanos comunes y la personalidad (González, 2014).

Otro tipo de tratamiento es el psicoeducativo, se basa en proporcionar información sobre el suceso y todo lo que implica, para explicar la manera en la que funciona, se creó una guía para padres o cuidadores de menor abusados sexualmente. Se informa acerca del concepto de lo que es un abuso sexual, cuales son las consecuencias psicológicas dependiendo de la edad del menor, cuales son los factores de riesgo y las características que tiene el abusador y la familia, como identificar a un niño/a que sufrió de ASI en base a las manifestaciones físicas, emocionales, sexuales, comportamentales y crónicas, la importancia de hablar del asunto para el menor, escucharlo y apoyarlo (González, 2014).

## **CAPÍTULO III**

### **MÉTODO**

#### **Planteamiento del problema**

Lamentablemente el abuso sexual infantil no es ningún caso de excepciones, es muy real y muy usual en el mundo, con diversas consecuencias negativas para la persona abusada. Este tema no está nada lejos de ser principal interés para la psicología, sobre todo si consideramos que en el año del 2003 se reportó un 7.3% de mujeres que fueron obligadas a realizar algún tipo de acto sexual antes de los 15 años y en 2016 se dio un aumento llegando a 13.3% (Valdez-Santiago, Villalobos, Arenas-Monreal, Flores-Celis y Ramos-Lira, 2020).

Es notable el incremento de la cantidad de niñas que sufrieron de algún tipo de abuso en el lapso de los años, por ello es muy importante prevenir el abuso sexual infantil por medio de la educación, pero una vez que el acto se ha realizado se debe intervenir para

reducir las consecuencias y que la persona abusada pueda llevar una vida mental sana, por ejemplo, las terapias cognitivo-conductual y sus derivados muestran efectividad para tratar los síntomas y consecuencias del abuso sexual infantil, individual o grupal, en cuanto a las terapias de tercera generación se encontró efectividad en adultos que fueron víctimas de abuso sexual infantil (Molina, Coll y Carvajal, 2019).

Sin embargo, la psicología se va a reinventando cada año, nuevos enfoques y terapias van surgiendo con el objetivo de ayudar a disminuir los síntomas y consecuencias que ocasiona un abuso sexual infantil, por ello, el presente trabajo propone una nueva intervención que tiene un enfoque grupal para mujeres adultas que fueron víctimas de ASI, la intervención grupal que se presenta tiene como objetivo diseñar una propuesta de intervención psicológica grupal para mujeres adultas que sufrieron de abuso sexual infantil, encaminada a reducir los síntomas derivados del abuso.

### **Pregunta de investigación/intervención**

¿Cuál es el impacto de una intervención grupal psicológica para mujeres adultas víctimas de abuso sexual infantil?

### **Objetivo general**

Diseñar un programa de intervención psicología grupal para mujeres adultas de entre 19 y 50 años de edad que fueron abusadas sexualmente en su niñez para reducir los síntomas derivados del abuso.

### **Objetivos específicos**

1. Conocer los síntomas derivados del abuso sexual infantil en mujeres adultas
2. Disminuir los pensamientos irracionales asociados al abuso sexual infantil.
3. Enseñar y practicar técnicas de cuidado para disminuir los síntomas ocasionados por el abuso sexual infantil.

### **Hipótesis**

La propuesta de intervención psicológica grupal logrará reducir los síntomas derivados del abuso sexual infantil en mujeres adultas

## **Definición de variables**

### ***Intervención psicológica grupal***

#### Conceptual

La intervención se puede considerar como “interceder o mediar por alguien” (Real Academia Española, s.f., definición 12). En cuanto al concepto de grupo Forsyth (2019) comenta que un grupo son “dos o más individuos que están conectados y están en una relación social” (p.3). Por lo tanto podemos entender a una intervención grupal en donde dos o más individuos son interceptados por un mediador para lograr un objetivo. Pensando en cuanto al contexto psicológico, sería una intervención basada en técnicas derivadas de la psicología.

#### Operacional

Se tomará como intervención psicológica grupal a la intervención diseñada por la autora de este trabajo. Cuyo objetivo es reducir los síntomas ocasionados por el abuso sexual vivido en la infancia.

### ***Síntomas derivados del ASI***

#### Conceptual

Se refiere a la sintomatología derivada del ASI, que puede ser diferente de persona a persona y está mediada por factores como la edad, la cultura, el sexo, la cronicidad del abuso y la tipología del abuso, entre otros, pero los síntomas que se encuentran en un abuso sexual infantil a largo plazo son baja autoestima, estigmatización, conductas delincuentes, abuso de sustancias, fracaso escolar, ideas suicidas o intentos de suicidio, aislamiento social, dificultades en las relaciones interpersonales, negligencia en sus obligaciones, estilos parentales permisivos o de uso de castigo, explotación sexual comercial, transmisión intergeneracional, ansiedad, depresión, estrés postraumático, disfunciones sexuales o

trastornos de personalidad (Baquero, 2016). Vale la pena señalar que no es necesario presentar todos los síntomas aquí enlistados.

### Operacional

Los síntomas derivados del abuso sexual infantil son los que se evaluarán con la Escala de Gravedad de Síntomas del Estrés Postraumático, El Inventario de Depresión de Beck/Inventario de Depresión Infantil y El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

### Diseño

El diseño para la intervención es pre experimental debido a que no se usará un grupo de comparación. Se aplicarán tres instrumentos para medir los síntomas de tristeza, ansiedad o de estrés postraumático, después se llevará a cabo la intervención grupal y se hará un post-test para medir las diferencias al principio de la intervención y al finalizarla.

### Selección de participantes

Se seleccionará a mujeres de entre 19 y 50 años de edad que hayan sido víctimas de abuso sexual infantil antes de los 18 años de edad y que presenten algunos de los síntomas derivados del ASI antes mencionados.

### Instrumentos

En primer lugar se realizará un grupo focal y los instrumentos de la Escala de Gravedad de Síntomas del Estrés Postraumático, El Inventario de Depresión de Beck y El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

En grupo focal se buscará información sobre la participante, en donde se hablará acerca del suceso del abuso, sus consecuencias, sus relaciones personales, entre otros.

En cuanto a los instrumentos empezaremos con La Escala de Gravedad de Síntomas del Estrés Postraumático que consta de 21 ítems en los cuales se evalúa la gravedad de los síntomas de estrés postraumático basados en los criterios diagnósticos del DSM-V, demostró consistencia interna, buena validez discriminante y convergente (Echeburúa,

Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello & Muñoz, 2016). El siguiente es El Inventario de Depresión de Beck con 21 ítems tiene como objetivo, en base al DSM-IV, identificar y medir la gravedad de los síntomas de la depresión en personas de 17 años y más (Pearson, s.f). Por último, tenemos El Inventario de Ansiedad de Beck compuesto de 21 ítems en donde se mencionan diferentes síntomas de ansiedad (Pearson, s.f).

## **Procedimiento**

### **Desarrollo de las sesiones.**

#### **Sesión 1. Grupo focal.**

El objetivo de esta sesión es hacer un grupo focal para aplicar la entrevista psicológica para conocer la historia de la persona y sus síntomas.

#### **Sesión 2. Instrumentos de evaluación.**

El objetivo de la sesión 2 es aplicar instrumentos de evaluación psicológica para determinar su estado emocional, conductual, cognitivo y físico. Los instrumentos se elegirán dependiendo de cuales sean los indicados y que se reflejaron en la sesión 1, los instrumentos son: Escala de gravedad de síntomas del Estrés Postraumático, Inventario de depresión de Beck y El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

#### **Sesión 3. Presentación (inicio de la intervención grupal)**

En primer lugar el mediador se presentara a los miembros, y se les harán dos preguntas las cuales escribirán en un cuaderno: “¿Qué es lo que le ha traído a terapia? ¿Qué es lo que espera de la terapia?, se les recuerda que la investigación es confidencial y nunca hará nada que realmente no quiera hacer. Después, cada uno de los miembros se presenta dando su nombre (o un apodo) y algo que les guste hacer o cualquier información que quieran proporcionar.

Una vez que los miembros se hayan presentado se platican sobre los objetivos, las metas y las tareas de la intervención. El objetivo es reducir las consecuencias y síntomas del abuso sexual infantil, las metas son las que se verán en cada una de las sesiones, y en cuando a las tareas de la intervención se les pedirá que tengan consigo un cuaderno para usarlo como si fuera un diario donde tienen que registrar sentimientos, pensamientos o los progresos que haya tenido dentro y fuera de la hora de intervención grupal. Otra tarea será practicar lo visto en las sesiones en su vida diaria para así lograr el objetivo.

También se pondrán unas reglas las cuales son:

1. Respetar los comentarios y pensamientos de los demás, hablare cuando me toca hablar y escuchare lo que los demás tengan que decir, sin interrumpir al otro.
2. No juzgo ni critico a mis compañeros.
3. Estar dispuesto a participar en todas las actividades y tareas.
4. Hablar de lo que paso y de lo que siente, desde su propia persona.
5. Lo que se habla o pasa en el grupo se debe quedar dentro del grupo, por lo que no se debe hablar con otras personas lo que se dice en las sesiones.
6. Compartes el mismo objetivo que todo el grupo.

Al final, si alguno de los miembros quiere saber el resultado de los instrumentos psicológicos que se habían aplicado, se les pedirá que se queden y se les proporcionara los resultados de manera individual.

Se pueden agregar más metas o tareas dependiendo de la opinión de los miembros del grupo, para modificarlo a sus necesidades grupales.

#### Sesión 4. Sobre el abuso sexual.

El objetivo es explicar información correcta sobre el abuso sexual mediante la psicoeducación enfocado al paciente. La información es sobre estadísticas del abuso sexual, tipos de abuso sexual, los síntomas del Estrés Postraumático, causas del abuso sexual y datos sobre abuso sexual.

Abuso/tipos de abuso.

- ★ Cualquier persona puede ser víctima del abuso sexual sin importar tu edad, creencias, etnia, género o nivel económico, etc.
- ★ Con contacto sexual por encima o debajo de la ropa y los comportamientos sexuales sin contacto físico
- ★ Las personas manipulan al niño/a aprovechándose del poder y la autoridad que tienen sobre ellos y llevar a cabo el abuso sexual.

#### Síntomas.

- ★ Insomnio
- ★ Sobresaltos e hipervigilancia
- ★ Irritabilidad
- ★ Síntomas físicos de ansiedad
- ★ Pensamientos intrusivos
- ★ Flashbacks
- ★ Pesadillas recurrentes
- ★ Esfuerzos para evitar acciones, personas o lugares
- ★ Embotamiento afectivo intenso
- ★ Incapacidad para continuar con la vida habitual
- ★ Sensación de desapego
- ★ Reducción de la conciencia del entorno
- ★ Desrealización
- ★ Despersonalización
- ★ Amnesia disociativa
- ★ Malestar o sufrimiento
- ★ Interferencia en el funcionamiento normal
- ★ Disminución de la capacidad para el desempeño de las actividades habituales.

#### Estadísticas.

En el quinquenio se arrojaron un total de 110,914 de casos de violencia y abuso sexual en donde el 81% de las víctimas son mujeres. Entre los 600,000 casos al año de delitos sexuales en el periodo del 2010 al 2015 el abuso sexual cuenta con 46,927 casos; los organismos de procuración de justicia evidencian que casi el 37,48% son menores de 15

años de edad, la mitad de las personas que son víctimas de abuso sexual reportan que ocurrió en su propia casa y la quinta parte reporta que sucedieron en lugares públicos, en donde entre 20,105 casos registrados el 60% son personas conocidas (Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas [CEAV], 2016).

#### Causas.

En cuanto a las interacciones sociales se debe tener cuidado con las personas que presenten patrones de conducta agresiva, confusa, poco empático y actitud indiferente ante las situaciones asociadas al machismo, promiscuidad, comunicación ambivalente, deficiente control de impulsos, dificultades en el área social para entablar y mantener relaciones con personas de su mismo sexo o el sexo opuesto, que tengan una relación de pareja inestables y que ofrezcan regalos y recompensas al menor. (Apraez-Villamarin, 2015)

En el entorno ambiental de riesgo se mencionan hogares con numerosos miembros de familia nuclear, personas ajenas a la familia, refugios, albergues, cama compartida o lugares donde no se tenga la intimidad para poder vestirse o bañarse, de igual modo, tenemos a familias reconstruidas como factor de riesgo (Hasbún, 2020). La figura paterna agresiva, una madre víctima de maltrato o deprimidas, falta de la expresión de afecto, sufrir de violencia física y psicológicas del menor, dinámica familiar disfuncional o muy moralistas y figuras paternas consumidoras de algún tipo de droga. (Apraez-Villamarin, 2015)

Existen otros factores de riesgo como la edad, si tiene alguna discapacidad física o mental, la baja autoestima o la vulnerabilidad.

#### Datos extras.

- ★ El abuso sexual es muy frecuente, no estás solo/a
- ★ No siempre utilizan la fuerza física. Por el contrario, suelen emplear como tácticas de persuasión y manipulación, juegos, engaños, amenazas y distintas formas de coerción para involucrar a los NNyA y mantener su silencio.
- ★ Los NNyA que han sufrido abusos sexuales no son agresores sexuales en su vida
- ★ Cualquier persona puede ser un abusador.

- ★ Los niños NO mienten, inventan, fantasean. NO son inducidos, fabuladores, programados. Por lo tanto, sus dichos son creíbles.

Sesión 5. Vamos a practicar.

La sesión 5 tiene como objetivo el reducir el estrés o ansiedad mediante la mejora de la resiliencia y resolución de problemas.

Resiliencia:

“La habilidad para recuperarse o enfrentarse exitosamente a pesar de la importancia de la adversidad”. (Rutter, 1985, p. 599)

*Cómo fomentar la resiliencia:* Convivir con personas resilientes, conocer tus emociones y controlarlas, tener un mejor autoconcepto de sí mismo, mejorar la solución de conflictos, controlar impulsos, sentido del humor y pensar positivo.

Resolución de problemas:

*Para poder resolver un problema primero se debe:*

1. Identificar cual es el problema, que lo causa y cuáles son los síntomas de la presencia del problema.
2. Identificar soluciones, se puede usar la técnica de pensar “y si...” o preguntar “que más” 12 veces para encontrar más soluciones
3. Pensar en los beneficios y contras de cada solución y preguntarse cuál es la mejor opción para solucionar el problema
4. Y llevarla a cabo

Sesión 6. Vamos a enseñar.

El objetivo es reducir el estrés o la ansiedad mediante técnicas de relajación. Las técnicas de relajación son las técnicas de respiración, meditación, visualización, relajación progresiva, yoga, taichi y musicoterapia, las cuales se enseñan y practican:

- ★ Respiración

Sentado o acostado debes poner una mano en el estómago y se debe concentrar en la respiración y sentir como la mano en el estómago sube y baja por aproximadamente 3 minutos.

#### ★ Meditación

Debes realizar respiraciones y mantener pensamiento de “calma” “tranquilidad” “me calmo” “me siento tranquilo”

#### ★ Visualización

Visualizar un lugar que le provoque calma mientras se realiza respiración con los ojos cerrados.

Puede usar sonidos u olores relajantes.

#### ★ Relajación progresiva

Debe de respirar y apretar o tensar los músculos de las piernas del lado derecho por 5 segundos y concéntrense en las sensaciones y liberar. Continuar con cada una de las partes del cuerpo donde haya músculos

Sesión 7. Vamos a practicar 2.

El objetivo es reducir el estrés o ansiedad mediante las pautas para el autocuidado y la asertividad, además de mejorar la interacción social. Se busca enseñar pautas para el autocuidado y la asertividad, mejorar la interacción social, identificar las redes de apoyo en caso de recaída o que se presente otro suceso negativo o crisis.

Autocuidado

- ★ Haz cosas nuevas
- ★ Realiza actividades que te gustan y que siempre has querido aprender
- ★ Agradece
- ★ Quiérete cómo eres
- ★ Conócete: como piensas, que te gusta, que sientes.
- ★ Haz ejercicios físicos u otras actividades relacionadas

- ★ Aprende de tus emociones y expresarlas, se asertivo
- ★ Rodéate de personas que te produzcan un bien

#### Asertividad

- ★ Reemplaza los pensamientos negativos
- ★ Expresa lo que quieres simple y directamente
- ★ Práctica el decir no
- ★ No te disculpes ni justifiques
- ★ Mantén tu confianza
- ★ Utiliza tu lenguaje no corporal

#### Interacción social

- ★ Se asertivo
- ★ Practica la escucha
- ★ Se empático
- ★ Busca lugares y momentos para conocer a personas
- ★ Reconoce tus miedos y dominarlos
- ★ También interésate en seguir la conversación

Proporcionar contactos: hablado con ellos.

#### Sesión 8. Platiquemos.

En la sesión 8 tenemos el objetivo de explicar el modelo ABC.

#### Modelo ABC

Donde la A son los acontecimientos de su vida, C los malestares o trastornos del comportamiento y B la base de actitudes o creencias personales, en este modelo se explica que el principal problema es la B, son los pensamientos, actitudes y creencias, lo importante es aliviar el Punto C no solo modificando el Punto A sino que el individuo sea consciente de su Punto B y que el mismo pueda modificarlos para lograr los objetivos; esos

pensamientos son irracionales y obstaculizan la supervivencia y la felicidad, se establecen dos tipos de creencias que son las nucleares que dan sentido a la identidad y las periféricas que son más fáciles de cambiar estos pensamientos son automáticos, de esto derivan los trastornos psicológicos según la TCC (Quiroga, 2017).

Después de la explicación, se busca representar en un esquema su propio caso.

### Sesión 9. Mi historia

Cada miembro del grupo realiza una autobiografía donde pongan su historia, ya sea sus sueños, sus metas, personas importantes, recuerdos, sus progresos o lo que desee poner. Después lo leerán en voz alta para todos y algunos otros miembros añadirán comentarios amigables sobre la persona que está leyendo su biografía para ir aumentando este ejercicio, al final todos deben de realizar la actividad.

### Sesión 10. Mi progreso.

Este es el cierre. Cada persona debe de comentar cómo se siente antes de iniciar la intervención y ahora, que aprendieron, a quienes conocieron, que es lo que más se llevan de las sesiones, de que se sienten orgullosos, etc. Esto será complementado por el mediador enfatizándose en los logros y virtudes de cada persona.

### **Análisis de resultados**

Se analizarán los resultados en base a lo escrito en el diario y a la diferencia que pueden encontrar las propias personas en sí mismas en cuanto a su discurso en la última sesión contrarrestado con lo observado por parte de mediador, es decir, de acuerdo a la experiencia de las usuarias.

Este análisis se hará a nivel cualitativo, el cual es “el procedimiento metodológico que utiliza palabras, textos, discursos, dibujos, gráficos e imágenes [...] la investigación cualitativa estudia diferentes objetos para comprender la vida social del sujeto a través de los significados desarrollados por éste" (Sánchez, 2019, p.104). Para la investigación

cualitativa se deben tomar en cuenta las palabras y discursos de las personas, hablado o escrito y conductas observables desde las perspectivas de las personas a partir de sus relaciones, creencias, hábitos y valores (Cueto, 2020).

Además, se considerarán los cambios revelados en la aplicación de los instrumentos psicológicos (medición pretes-postest). Estos instrumentos son la Escala de Gravedad de Síntomas del Estrés Postraumático, El Inventario de Depresión de Beck/Inventario de Depresión Infantil y El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

### **Consideraciones éticas**

Los participantes contarán con un consentimiento informado en el que se les expondrán a las posibles participantes los objetivos de la intervención, el propósito de la investigación y los posibles riesgos y beneficios. Se les remarcará que pueden dejar la investigación en cualquier momento sin ninguna repercusión. Es importante recalcar que la privacidad, la confidencialidad y el anonimato serán primordiales y no se revelará la identidad de ningún participante bajo ninguna circunstancia ni ninguna otra persona ajena al equipo de investigación y el de intervención sabrá sobre las respuestas y lo que se platique en la intervención, se respetará que la participante pueda expresarse libremente. En el momento de intervención se puede producir dificultad para expresarse frente a otras personas lo que puede causar estrés o inseguridad.

## CAPÍTULO IV

### DESARROLLO DE LA PROPUESTA DE INTERVENCION

A continuación se hablara sobre cómo se llevaran a cabo cada una de las sesiones y sus objetivos, el tiempo estimado y los materiales que se utilizaran. Incluye cuadros y trípticos que se mostraran en las sesiones para que estén a disposición de los miembros del grupo. También, se agregaron los diálogos que se espera que el mediador mencione.

#### SESIÓN 1

##### Grupo focal

El objetivo de la primera sesión es realizar un grupo focal y la firma del consentimiento informado para conocer las historias de los miembros del grupo y sus síntomas.

| Materiales                                                                                                            | Tiempo      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo focal</li> <li>• Formato de entrevista</li> <li>• Grabadora</li> </ul> | 1 a 2 horas |

Primer paso: Se les da la bienvenida y se les agradece su asistencia. Se toman unos minutos para platicar con los miembros sobre cómo le fue a lo largo del día.

“¿Cómo se encuentran el día hoy? ¿Hay algo que les gustaría comentar?”.

“Bueno, muchas gracias por compartir su día con nosotros. Les comentare sobre las actividades del día de hoy, lo que haremos es leer un consentimiento informado y se realizara una entrevista grupal, más adelante les hablare de que son cada cosa y como nos ayuda, ¿Estamos listos?”.

Segundo paso: Se les proporciona el consentimiento informado y se lee colectivamente (anexo 1).

“Lo que les estoy entregando es un consentimiento informado, en el viene acerca de la intervención que estamos haciendo y cuáles son los derechos que tienen ustedes sobre el proyecto. Lo vamos a leer juntos y si están de acuerdo con todo lo escrito lo firmaremos para poder seguir con la intervención. El consentimiento es muy importante para nosotros, nos ayuda a demostrar que todo lo que se ha hecho aquí es legal”.

Tercer paso: Una vez aclaradas todas las dudas sobre el consentimiento informado y haber sido firmado por todos los miembros, comienza el grupo focal (anexo 2).

“Ahora pasaremos a la entrevista que se conoce como grupo focal, esto ayudará a conocernos entre todos y me ayudará a saber en general cuáles son sus necesidades sobre esta intervención”

Cuarto paso: Se hace una pequeña despedida.

“Les estoy muy agradecida por su participación en esta sesión, esto es solo el comienzo de la intervención y el proyecto, tal vez fue un poco aburrido y agobiante pero al final habrán resultados satisfactorios. Nos vemos la próxima semana”.

## SESION 2

### Instrumentos de evaluación

El objetivo es aplicar instrumentos de evaluación psicológica para determinar la sintomatología psicológica de los participantes. Los instrumentos seleccionados son: la Escala de Gravedad de Síntomas del Estrés Postraumático, Inventario de Depresión de Beck y El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

| Materiales | Tiempo |
|------------|--------|
| • Lápices  | 1 hora |

- 
- Tablas para recargarse
  - Los formatos de los instrumentos psicológicos para cada miembro del grupo.
- 

### Aplicación.

Primer paso: Se les da la bienvenida a los miembros y se les agradece su participación. Podemos entablar una conversación acerca de cómo les fue el día de hoy.

Segundo paso: Explicamos que es lo que haremos el día de hoy de la siguiente manera:

“Lo que haremos hoy es realizar unas pruebas para saber cómo están sus signos y síntomas. La primera prueba sobre la ansiedad, la segunda es sobre la depresión y la última es sobre el estrés postraumático. Les recuerdo que lo que respondan en la prueba y sus resultados no serán expuestos si no lo desean”

Tercer paso: Se les proporciona el primer instrumento psicológico que es el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) junto a las tablas y los lápices mientras se les explican las instrucciones (anexo 3).

Cuarto paso: Una vez que hayan terminado con el Inventario de Ansiedad de Beck se les entrega el Inventario de Depresión de Beck y se les dicen las instrucciones (anexo 4).

Quinto paso: Por último, se les entrega la Escala de Gravedad de Síntomas del Estrés Postraumático y se explica que es lo que tenemos que hacer (anexo 5).

Sexto paso: Una vez realizadas todas las pruebas, se les agradece y se les pregunta cómo se sintieron en esta sesión. Se cierra mencionando que la siguiente sesión se tendrán los resultados de las pruebas realizadas para aquellas personas que están interesadas en saber el resultado.

### SESION 3

#### Presentación

El objetivo de la tercera sesión es indicar los resultados de las pruebas, determinar los objetivos, metas y tareas del plan de intervención, además se presentaran todos los miembros del grupo.

| Materiales                                                                                                                                                                                                                                                         | Tiempo |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarjetas para hacer nombres.</li> <li>• Cuadernos y plumas</li> <li>• Resultado de las evaluaciones psicológicas.</li> <li>• Traer información sobre los objetivos y tareas ya planeados para la intervención.</li> </ul> | 1 hora |

#### Aplicación

Primer paso: El mediador se presentara a los miembros.

“Hola, muchas gracias por estar aquí, ya nos hemos visto antes pero es momento de hacer completamente oficial el inicio de la intervención, soy Helly Vanessa Marrufo Galván y seré su mediador durante todas las sesiones. Si necesitan algo en cualquier momento, estoy disponible para ustedes”

Segundo paso: Es el momento de presentarse entre todos los miembros del grupo. Se le pide a cada uno de los miembros que se presente con un nombre o apodo para llamarlos de esa manera.

“Siempre es importante conocer a las demás personas, así que necesito que cada uno se presente con un nombre o un apodo y algo que le gusta. ¿A quién le gustaría comenzar?”

Tercer paso: Como parte de la intervención se les entregaran unos cuadernos junto a sus plumas, se les explicara que harán con el cuaderno y la razón del porque se los pediremos.

“Les vamos a entregar un cuaderno a cada una de ustedes, me gustaría mucho que llevaran este cuaderno con ustedes y si quieren pueden decorarlo como quieran, usen este cuaderno para escribir sus pensamientos, emociones o sentimientos en tres ocasiones: cuando se los pidamos en una sesión, cuando ustedes creen o les gustaría compartir un pensamiento, un progreso o algo importante que ustedes quieran y antes y después de las sesiones. Pueden escribir la fecha, para saber qué día fue el escrito y después escribir lo que quiera, es como tener un diario. Incluso, si sienten que lo pueden perder, no hay problema de dejarlo aquí y tomarlo en las sesiones para escribir en él, pero si es necesario que escriban, aunque sea en las notas de sus teléfonos celulares y después pasarlo a limpio”

“Antes de olvidarlo, también es importante que pongan su nombre o apodo para poder identificar de quien es el cuaderno”

“El plasmar todo esto en su diario beneficia de muchas formas, por ejemplo, ayuda a poder identificar los sentimientos o pensamientos positivos y negativos que tenemos y de esta forma podemos trabajar en ellos. También nos ayuda a liberar el estrés, la frustración o cualquier otro malestar que alguna situación son está causando. Y para la investigación usaremos sus diarios para ver el cambio en su proceso durante las sesiones, les recuerdo que se mantendrán anónimos”.

Cuarto paso: Se introducen dos preguntas para escribir en su cuaderno.

“Ya que todos tenemos un cuaderno, les hare dos preguntas y anotaran las respuestas en el cuaderno. Las preguntas son: ¿Qué es lo que le ha traído a terapia? y ¿Qué es lo que espera de la terapia?”

“Recuerden que esta investigación es confidencial y nadie leerá su diario más que yo a menos que ustedes lo deseen así, aquí nadie hará nada con lo que se sienta incomoda”

Quinto paso: Una vez que todos los miembros se haya presentado y contestaron las preguntas se comenzara a platicar sobre los objetivos, las metas y las tareas de la intervención.

“Ahora vamos a platicar sobre los objetivos, las metas o tareas que yo plantee para las sesiones, me gustaría que las pensáramos y si a ustedes les gustaría agregar algunos temas”.

“El objetivo principal de todas las sesiones es reducir las consecuencias y síntomas del abuso sexual infantil”

“Las metas que tendremos y temas que veremos por el resto de las sesiones son los siguientes: en la sesión 4 hablaremos acerca de información sobre el abuso sexual infantil, veremos temas como el concepto, las consecuencias, mitos, entre otros. En la quinta sesión tocaremos el tema de resiliencia y resolución de problemas. En la sexta sesión hablaremos sobre las técnicas de relajación. La sesión 7 es sobre el autocuidado, la asertividad y la interacción social. La sesión 8 nos dedicaremos a explicar lo que es el Modelo ABC y para las sesiones 9 y 10, que son las sesiones finales, veremos los progresos que tuvieron y el conocimiento de uno mismo”.

“Las tareas vienen con el escrito del cuaderno y llegar a la práctica todos los temas que hemos visto. Ahora que han escuchado mis sugerencias de plan me gustaría mucho escuchar las suyas”

Sexto paso: Se les exponen las reglas del grupo.

“Ya como último punto, realice unas reglas que no son muy difíciles y ya se las había mencionado anteriormente pero nunca deja de ser importante volver a tocarlos. Las reglas son para que todos ustedes tengan una mejor experiencia en cada sesión”.

7. Respetar los comentarios y pensamientos de los demás, hablare cuando me toca hablar y escuchare lo que los demás tengan que decir, sin interrumpir al otro.
8. No juzgo ni critico a mis compañeros.
9. Estar dispuesto a participar en todas las actividades y tareas.

10. Hablar de lo que paso y de lo que siente, desde su propia persona.
11. Lo que se habla o pasa en el grupo se debe quedar dentro del grupo, por lo que no se debe hablar con otras personas lo que se dice en las sesiones.
12. Compartes el mismo objetivo que todo el grupo.

Séptimo paso: Al final de la sesión se les pregunta a los miembros si les interesa saber los resultados de sus pruebas y si desean que sea una entrega de resultados individual

“Muchas gracias por haber asistido a esta sesión y participar, no olviden escribir en su diario y las esperare con mucho gusto la próxima sesión. Antes de irnos, tengo los resultados de las pruebas que les había aplicado, si ustedes desean saber sus resultados pueden quedarse y se las daré individualmente si así lo quieren”

¿Cómo sabremos que logramos los objetivos?

- Que las participantes se conozcan entre si y al mediador para generar un ambiente de confianza.
- Todas saben acerca de la intervención en cuanto a las metas, objetivos y tareas que se levaran a cabo.
- Resultados de las evaluaciones de los instrumentos psicológicos.

## SESION 4

### Sobre el abuso sexual

Proporcionar información correcta sobre el abuso sexual mediante la psicoeducación enfocada al grupo.

| Materiales                                                                                                                            | Tiempo |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fuentes de información confiables</li> <li>• Gráficas sencillas y atractivas para</li> </ul> | 1 hora |

---

señalar estadísticas o  
representar  
información.

---

### Aplicación

Primer paso: Se les da la bienvenida y se les explica el objetivo de la sesión.

“Hola, sean bienvenidos en esta sesión, espero que su día haya sido muy bueno y que su camino hasta acá haya sido tranquilo. Hoy veremos información acerca del ASI, lo que veremos será el concepto, los síntomas y consecuencias que una persona puede tener al sufrir un abuso a corto y largo plazo, cuales son los factores de riesgo del ASI y vamos a tocar algunos mitos que tienen las personas sobre el ASI. Si ustedes quieren pueden interrumpir levantando la mano, pueden contactar algo relacionado con lo que han vivido, un consejo, buenas palabras, cualquier cosa. Si en algún momento se sienten mal, se pueden alejar de la situación momentáneamente hasta que se sientan mejor. ¿Qué tal si comenzamos ya?”.

Segundo paso: Se comienza presentando la información básica sobre el ASI.

“Comenzaremos hablando de Suzanne, quien nos da un concepto de lo que es el ASI, menciona que son todos los actos de naturaleza sexual impuestos por un adulto sobre un niño, que por su condición carece del desarrollo madurativo, emocional y cognitivo para dar consentimiento a la conducta o acción en la cual es involucrado”.

“Cuando hablamos de desarrollo madurativo hablamos acerca de los cambios que se dan en los ciclos de la vida. La niñez, la adolescencia, la adultez y sus derivados son parte de estos ciclos de vida de un ser humano. Cuando hablamos del desarrollo emocional en el cual los niños logran tener una gran capacidad para entender, expresar y controlar las emociones. Y en el desarrollo cognitivo es el proceso por el cual las capacidades mentales ayudan al aprendizaje de nuevos conocimientos”.

“Un menor apenas se está desarrollando y descubriendo todas las cosas que hay alrededor, por esta falta de desarrollo un menor no puede dar consentimiento ante una situación de índole sexual o romántica”.

“Cualquier persona puede ser víctima y cualquier persona puede ser un abusador, no importa la edad, las creencias, la etnia, el género, el nivel económico, ni nada parecido”

“Incluso, algunos abusadores tienen preferencias entre sus víctimas, algunos por género, por cierta edad, que utilicen ciertas prendas y otras cosas. El abusador logra manipular al menor aprovechándose del poder que se le otorga y la autoridad que tienen sobre ellos, muchas veces se le enseña a los menores que deben respetar y hacer caso a sus mayores”

“Hay muchas formas en las que se puede presentar un ASI, hay algunos que son realizados de manera intrafamiliar (que sea un miembro de la familia quien lo haga) o interfamiliar (que sea por un cualquier otro miembro que no sea parte de la familia)”

“También podemos hablar del tiempo que se da el abuso, puede ser casual (de solo una vez) o crónico (que se repite varias veces y puede durar por años)”

“Y hay muchas acciones que se hacen que no saben que son parte del ASI. Hay ASI con contacto físico (tocamientos, masturbaciones al menor, penetración vaginal, anal o con objetos, contactos de boca-genitales) ya sea todo por encima de la ropa o por debajo. Y puede ser hecha por el agresor u obligar al menor a realizarlas”

“Y el exhibicionismo del adulto enfrente al menor, masturbarse delante del menor, observar al menor desnudo, proporcionarle en forma de historias, videos, fotografías y audios de contenido erótico o pornográfico en donde pueden entrar el obligar al menor a ver adultos sosteniendo relaciones sexuales o a ver partes íntimas que no quiere ver y el dar comentarios sexualizados al menor ya sea en presencia del menor o por cualquier otro medio son conocidos como comportamientos sexuales sin contacto físico”.

## ABUSO SEXUAL INFANTIL

El abuso sexual infantil no discrimina, no importa tu género, la edad, las creencias, las etnias, el nivel económico, etc.



Existen muchos tipos de clasificación en un abuso sexual infantil



### Basados en el tipo de contacto:

**1**

Contacto sexual por encima de la ropa.

**2**

Contacto sexual por debajo de la ropa.

**3**

Comportamientos sexuales como: hablar con lenguaje sexual, obligar a ver partes íntimas o personas teniendo comportamientos sexuales.



### En la frecuencia:



**Casual:** Solo se da el ASI una vez.



**Crónico:** Se da varias veces llegando a ser hasta por años.



### Rol del victimario:

#### Intrafamiliar:

Un integrante de la familia es quien efectúa el abuso.



#### Extrafamiliar:

Una persona aparte de la familia



**Las personas manipulan al menor aprovechándose del poder y la autoridad que tienen sobre ellos y así llevar a cabo el contacto sexual.**

Fuente: Elaboración propia con información tomada de Casella (2016) y Pucachaqui (2017).

Tercer paso: Se hablan acerca de los síntomas de corto y largo plazo que pueden ocasionar.

“Existen muchos síntomas y no todos los niños desarrollan los mismos síntomas y signos.

Les explicare cuales son los síntomas más comunes después de un ASI. Así pueden identificar cuáles son sus síntomas, cuáles eran sus síntomas y si alguna otra persona puede estar pasando por un abuso”.

“Insomnio: es tener dificultad para poder dormir, dificultad para permanecer dormido o tener la sensación de que a pesar de haber dormido no se descansó correctamente”.

“Sobresaltos o hipervigilancia: Es siempre estar atentos a una amenaza. Suelen estar muy atentos a las cosas que hay a su alrededor y tener fuertes reacciones”.

“Irritabilidad: Estar siempre con sentimientos de frustración, de molestia. Ocasionalmente llaman a una persona con irritabilidad como estar de mal humor”.

“Síntomas físicos de ansiedad: nerviosismo, tensión, sensación de peligro, pánico, sudoración, temblores, cansancio, debilidad física, problemas para concentrarse, padecer problemas como colitis, gastritis que afectan el estómago, los intestinos o el ano, problemas de insomnio, respirar muy rápido que son las hiperventilaciones, ritmo cardíaco muy acelerado, evitar las situaciones de ansiedad o no poder controlar los pensamientos sobre las preocupaciones”.

“Pensamiento intrusivo: son pensamientos o imágenes que llegan a nuestra mente sin quererlo ni poder controlarlos, pueden ser positivos o negativos”.

“Flashbacks: Tener recuerdos de la acción, llegan sin quererlo”.

“Pesadillas frecuentes: Las pesadillas se dan al dormir, volver a repetir el suceso”.

“Esfuerzos para evitar acciones, personas o lugares: Como se mencionaba en la ansiedad, las personas evitan cosas que les recuerden al suceso y lo evitan a toda costa, incluso si eso significa tener que caminar bajo el sol de Mexicali a las 2 de la tarde.

Embotamiento afectivo intenso: no reaccionar de manera afectiva, no reaccionar con las emociones o sentimientos”.

“Incapacidad para continuar con la vida habitual: Las cosas que hacía en su día a día se vuelve más difícil de hacer, casi imposible o imposible”.

“Sensación de desapego: No sentir unión con las personas a su alrededor”.

“Reducción de la conciencia del entorno: Es la forma en la que te manejas en el ambiente, como nos movemos en la calle y en nuestra casa”.

“Desrealización o Despersonalización: Es parte de los trastornos disociativos, es cuando sientes que las cosas que haces o que dices no lo haces tú, sientes como si te observaras a ti mismo desde fuera de tu cuerpo, nada se siente real. En la despersonalización te sientes

como un observador en tus sentimientos, tu cuerpo, tus pensamientos, como si estuvieras soñando o flotando, no tener control de tu cuerpo o que las partes de tu cuerpo están diferentes. En la desrealización también se puede sentir como si estuvieras soñando o en una película, todo se siente distorsionado, borroso o artificial, sientes como si hubiera una pared de cristal entre ti y las demás personas, la distancia, el tamaño y las formas de los objetos se ven afectados al igual que el tiempo, se siente como si los sucesos recientes estuvieran en el pasado”.

“Amnesia disociativa: No lograr recordar una información que no se olvidaría fácilmente porque es muy típica”.

“Malestar o sufrimiento: Es la sensación de tristeza, desgaste, desesperación”.

“Interferencia en el funcionamiento normal: Que en cualquier aspecto de su funcionamiento individual se vea modificado o intersectado”.

“Disminución de la capacidad para el desempeño de las actividades habituales: Que baje en la manera de cómo trabaja, como lleva su vida y todas las cosas que hace o hacia antes”.

“Conductas violentas, Consumo de drogas, Unirse a la delincuencia y Autolesiones”

“También hay unas consecuencias que son a largo plazo, las cuales veremos aquí”.

“Enfermedades de Transmisión Sexual: Existen muchas ETS y cuando se da el ASI se pueden infectar, alguna de las ETS no tienen cura pero se puede vivir con cuidados como si tuvieran una vida normal. Se puede infectar a un bebé de ETS durante el embarazo si la madre tiene. Si las ETS no se tratan medicamento lo más pronto posible y a tiempo, pueden ocasionar muchos daños en el futuro. Les hablare sobre las ETS”.

### CLAMIDIA

“La bacteria se encuentra en el esperma (semen), el líquido preeyaculatorio y los fluidos vaginales. La clamidia puede infectar el pene, la vagina, el cuello uterino, el ano, la uretra, los ojos y la garganta o boca”.

“Es tratable con antibióticos y se puede prevenir usando condones para realizar sexo oral, vaginal y anal, además de usar barreras para el sexo oral a mujeres”.

“En cuanto a los síntomas, muchas personas no tienen síntomas y por eso las ETS son tan peligrosas, no sabes que lo tienes, tienes relaciones sexuales sin protección y puedes

infectar a muchas personas. De los pocos síntomas registrados, se encuentran el dolor o ardor al orinar, durante el sexo, en el bajo vientre, dolor, fluidos o sangrado alrededor del ano. En mujeres se puede ver un flujo vaginal amarillento y con olor fuerte, y un sangrado entre periodos menstruales. En los hombres se puede ver un líquido lechoso, aguado o pus saliendo del pene e inflamación o sensibilidad en los testículos. Si la clamidia lleva a los ojos, puede que tengan ojos rojos, picazón, lagañas o tengan un fluido parecido al moco, si afecta a la boca solo tendrán dolor de garganta”.

### VERRUGAS GENITALES

“Son causadas por algún tipo de Virus del Papiloma Humano (VPH), suelen ser molestas pero no peligrosas, causan picazón. Se ven como unos bultos blancos o de color piel, pequeños o grandes, que aparecen en la vulva, la vagina, el cuello uterino, el pene, el escroto o el ano. NO TODAS LAS VERRUGAS SON VPH, algunas infecciones pueden hacer que parezca que tengas una verruga”.

### GONORREA

“Es una infección por bacteria que se puede tratar con antibióticos, y se puede prevenir con el uso del condón para tener sexo vaginal, anal y oral, al igual que con las barreras bucales para sexo oral en mujeres”.

“Se transmite por medio del semen, el líquido pre-eyaculatorio o los fluidos vaginales cuando están en contacto con alguna otra área genital como lo son el pene, el ano, la vagina, los ojos, la garganta o la boca, incluso se puede transmitir cuando el pene no entra en la vagina o el ano. Es posible que contagien la gonorrea a los hijos en el parto vaginal o si te tocas los ojos con los fluidos infectados”.

“Al igual que muchas ETS, no tiene síntomas pero se supone que aparecen una semana después de haberse contagiado, y los síntomas son: dolor o ardor al orinar, flujo vaginal con sangre o amarillento, sangrado entre periodos, del pene sale un flujo amarillo, blanco o verde, dolor o hinchazón en los testículos, picazón alrededor del ano, flujo en el ano, dolor al defecar y dolor de garganta”.

### VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

“Existen más de 200 tipos de VPH. 40 de ellas se contagian por el contacto sexual con áreas como la vulva, la vagina, el cuello uterino, recto, ano, boca, garganta, pene y escroto. Se previene con la vacuna del Virus del Papiloma Humano, el uso de condones y barreras protectoras de látex para el sexo vaginal, oral y anal pueden disminuir la probabilidad del contagio. Las verrugas pueden ser tratables con un médico y se debe de poner mucha atención porque algunos VPH pueden ocasionar cáncer en genitales. Muchas veces no se tienen síntomas para identificarlo”.

### VIH y SIDA

“El VIH y el SIDA son cosas diferentes pero el SIDA es causado por el virus del VIH. En sí, afecta el sistema inmunológico y provoca que te enfermes más fácilmente y más fuerte, es de por vida y solo se controlan los problemas con medicamentos”.

“El Virus Inmunodeficiencia Humana destruye las células que protegen a tu cuerpo de enfermedades. Si tienes VIH no siempre tendrás SIDA. Si tienes VIH y no te tratas por 10 años tiene la probabilidad de desarrollar SIDA”.

“El SIDA es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, contrae muchas enfermedades peligrosas y no tiene muchas células para recuperarse, con el tiempo termina provocando la muerte. El tratamiento para el SIDA ayuda a que el virus avance de manera lenta y que pueda vivir más sonó y por muchos años más”.

“El VIH se contagia por medio del semen, los fluidos vaginales, el moco anal, la sangre o la leche humana, puede entrar a través de cortes o heridas en la piel. Si tienes sexo vaginal o anal, compartir agujas o ser pinchado con una que estén infectadas con VIH y que entren fluidos corporales infectados en heridas o ampollas, incluso se puede transmitir de madre a hijo durante el parto o por la lactancia”.

“No tener relaciones sexuales vaginales o anales es la única forma 100% de no contraer VIH, usar condón baja las probabilidades de contagiarse o utilizar las pastillas PrEP o PEP. Algunas actividades sexuales que no son riesgosas (que no se reportaron casos) es la masturbación, tocar los genitales de tu pareja, frotarse el cuerpo con la ropa puesta, besarse, tener sexo oral con condón o barrera de látex y usar juguetes sexuales limpios. Hay actividades en la que el riesgo se encuentra pero son de bajo riesgo como el darse besos con

lengua en personas que tenga llagas o sangrado en la boca, tener sexo anal o vaginal con condón o con PrEP y tener sexo oral sin protección”.

“Hay tratamientos como la Terapia antirretroviral (TAR) para que la transmisión del VIH sea más baja por medio de medicamentos hasta ser indetectable (no puede transmitir el virus a otras personas durante el sexo). Anteriormente mencione a la pastilla PrEP, esta es un medicamento que tiene un 90% de probabilidad de prevenir el VIH y se usa tomando una pastilla a diario para prevenir exponerse al VIH en el futuro. Ahora la pastilla PEP es la que se toma dentro de los primeros 3 días de haberse expuesto al VIH, SOLO LOS PRIMEROS 3 DIAS, se toma 1 o 2 veces al día por lo menos 28 días, aunque no es 100% efectiva”.

“Normalmente no se tienen síntomas durante muchos años, de hecho los síntomas pueden aparecer a partir de los 10 años o más. En las primeras dos a cuatro semanas se sienten síntomas de gripe: fiebre, dolor y malestar y en este punto es muy fácil transmitirlo. Después de ello, se dan los síntomas tardíos del VIH/SIDA el cual provoca infecciones raras o cáncer de tipos muy extraños, es importante recordar que el tratamiento del VIH ayuda a retrasar la aparición del SIDA o prevenirlo por completo”.

“Ahora los síntomas del SIDA son aftas, dolor de garganta y de cabeza, infecciones por hongos fuertes, enfermedad pélvica inflamatoria crónica, tener infecciones fuertes muy seguido, sentir mucho cansancio, mareos y aturdimiento, perder mucho peso rápidamente, tener moretones con más facilidad de lo normal para ti, diarrea, fiebre o sudores nocturnos durante mucho tiempo, glándulas inflamadas o duras en tu garganta, axilas o ingle, episodios de tos seca y profunda, sensación de falta de aire, bultos o manchas color violeta o azul en tu piel o boca, sangrado de la boca, la nariz, el ano o la vagina, erupciones en la piel y sentir las manos o los pies dormidos, perder el control de tus músculos y reflejos, no poder moverte y perder fuerza en tus músculos”.

## HEPATITIS B

“Afecta el hígado, se contagia por medio de los fluidos sexuales y la sangre, no tiene cura y puede llegar a ser grave. Lo podemos prevenir de dos maneras: usando condón para tener relaciones sexuales ya sea oral, vaginal y anal y poniéndose la vacuna contra la hepatitis B.

Además del contacto sexual ya mencionado se pueden llegar a contagiar por compartir cepillos de dientes, rasuradoras, ser punzado por agujas infectadas con sangre al momento de realizarse un piercing, un tatuaje o consumir drogas”.

“Los síntomas pueden aparecer después de 6 meses y 6 semanas desde el contagio y pueden durar de semanas a meses. Estas son las señales y los síntomas de hepatitis B: Sentir mucho cansancio, dolor en el estómago, en tus articulaciones y cabeza, no tener apetito, náuseas y vómitos, fiebre, orinar oscuro, las heces toman un color claro o gris, los ojos pueden tornarse de color amarillo y la piel puede tener ronchas rojas o un color amarillento”.

### HERPES

“Es una ETS que se queda en el cuerpo de por vida, se pueden utilizar medicamentos para aliviar los síntomas y también para disminuir la probabilidad de contagiar a alguien más, las personas que tienen herpes tienen relaciones, sexo y viven una vida totalmente sana”.

“El herpes tiene dos tipos: el herpes simple tipo 1 (VHS-1) y el herpes simple tipo 2 (VHS-2), y se les denominan herpes genital o herpes oral dependiendo de cuál es la área afectada. La forma de contagio es por medio del contacto de piel a piel con las áreas infectadas durante el sexo oral, anal, vaginal y al besarse. No es necesario que el pene o la lengua entren en los genitales para transmitirlo, ni es necesario que eyaculen, incluso, se pueden infectar de manera no sexual con un beso o en el parto, si tocas una llaga y tocas alguna parte de tu cuerpo sin haberte lavado las manos. Debido a que el virus muere rápidamente cuando está afuera del cuerpo, el herpes no se contagia por dar abrazos, darse la mano, toser, estornudar o sentarse en un inodoro”.

“Ambos tipos de herpes pueden hacer que aparezcan llagas (son dolorosas, pican) en y alrededor de tu vulva, vagina, cuello uterino, ano, pene, escroto, nalgas, la cara interna de los muslos, tus labios, boca, garganta y, muy pocas veces, en los ojos”.

“Como se mencionó en otros tipos de ETS, no siempre el herpes tiene llagas o síntomas pero de igual manera les enseñare cuales son las reacciones del herpes. En el herpes genital son las ampollas dolorosas y que provocan picazón en los genitales, las piernas o las nalgas, ardor o dificultar al orinar, picazón, dolor en el área donde están tus genitales, fiebre,

escalofríos, dolor de cabeza, sensación de dolor y cansancio, e inflamación en la pelvis, la garganta y axilas. En el primer brote (primer episodio o herpes inicial) se hace una ampolla que al explotar se convierte en una llaga, a parecen de 2 a 20 días (o incluso puede durar hasta años después) después de contagiarse y duran de 2 a 4 semanas, es común tener rebrotes en el primer año del contagio”.

“El herpes oral es menos doloroso, salen llagas de la boca, labios y alrededor de los labios (ulceras bucales), las llagas duran algunas semanas y después desaparecen por sí solas. Pueden volver a aparecer semanas, meses o años después. Las llagas son molestas, pero normalmente no hacen daño”.

“Ahora, como podemos protegernos con herpes:

- Siempre usa condones y barreras bucales de látex cuando tengas sexo oral, anal o vaginal.
- Tomar medicamentos para disminuir la transmisión de la infección
- No tengas sexo mientras tienes un brote de herpes, ni siquiera lo hagas con condón. Puede haber llagas en lugares que el condón no cubre.
- Aprende a reconocer cuándo va a comenzar un brote y deja de tener sexo apenas notes estas señales. Puede que te des cuenta de que las llagas están por salir porque sientes ardor, picazón u hormigueo antes de que te salgan.
- No tengas sexo hasta que las llagas hayan desaparecido por completo y las costras se hayan curado y caído.
- No te toques las llagas de herpes, pues podrías hacer que la infección se pase a otras partes del cuerpo o a otras personas. Si tocas una llaga, lávate las manos con agua y jabón de inmediato.
- No humedezcas tus lentes de contacto con saliva, ya que esto puede contagiar el herpes oral a tus ojos.
- Si tienes una llaga en la boca (herpes en la boca), no beses a nadie”.

## MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

“El molluscum contagiosum es una infección de la piel, no necesita de contacto sexual necesariamente pues se puede contraer de compartir ropa o toallas, además se puede infectar otras partes del cuerpo si tocas o rascas ampollas. Son bultos pequeños en la piel que no duele pero si provocan picazón e irritación o se inflaman, a veces desaparece sin tratamiento”.

### TRICOMANIASIS

“Se encuentra en los fluidos sexuales (semen, liquido pre eyaculatorio y fluidos vaginales), se previene usando condón en las relaciones sexuales vaginales, anales y orales”.

“No tiene síntomas, y aparecen después de un mes y tres días de haberse contagiado. Se puede tratar con medicamentos, pero los síntomas se basan en vaginitis: flujo vaginal verde, amarillo, gris, espumoso o con mal olor, sangre en el flujo vaginal, picazón e irritación en la vagina y alrededor de ella, hinchazón en el área genital, dolor durante el sexo, dolor y ardor al orinar, tener ganas de orinar muy seguido, fluido que sale de la uretra y picazón e irritación dentro del pene. Hay veces que los síntomas aparecen y desaparece, no significa que es porque la infección se haya ido”.

### PIOJOS PÚBLICOS O LADILLAS

“Son como los piojos que se nos pegan en la cabeza pero estos se pegan en los vellos genitales, no son peligrosos y se quitan fácilmente. Se contagian con el contacto sexual, usar ropa, toallas o la cama de una persona infectada de los vellos públicos que están en contacto. Tener piojos no es sinónimo de suciedad, a cualquiera le pueden dar”.

“Los síntomas pueden aparecer después de cinco días de contagiarte y la forma más fácil de darse cuenta que tenemos ladillas es ver animalitos o huevos de ladillas en nuestro vello público y tener picazón. La única forma de prevenir el contagio de ladillas es no tener contacto íntimo”.

### SARNA HUMANA

“Infecta la piel y se trasmite por el contacto piel a piel durante el sexo, compartir ropa, toallas o dormir en el mismo lugar que la persona infectada, se puede curar y solamente se puede prevenir no teniendo contacto íntimo”.

“La piel que hay entre tus dedos, en el pliegue de tu muñeca, codo o rodilla, en el área púbica y en la ingle, los senos, el ombligo, el pene y el escroto, los muslos y la parte de abajo de tus nalgas, los omóplatos y alrededor de tu cintura, son las áreas donde aparece la sarna humana”.

“Los síntomas se pueden confundir con un salpullido o alguna alergia: Picazón fuerte que se agrava de noche, sarpullido, ampollas o escamas, causa picazón, se ven pequeñas líneas curvas en la piel (que son los ácaros) y aparecen 3 o 6 semanas después del contagio”.

### SÍFILIS

“Es una bacteria que se cura con antibióticos, y se transmite a través del sexo vaginal, anal y oral, por el contacto de piel a piel. Provoca llagas (chancros) en las áreas genitales, no son dolorosas pero muy contagiosas ya que al tocarlas te puedes contagiar. Si no lo tratan a tiempo pueden causar daño cerebral, parálisis y ceguera. Se puede prevenir usando condones y barreras de látex para el sexo vaginal, anal y oral. Te contagias cuando tu vulva, vagina, pene, ano o boca toca las llagas de alguien con sífilis, usualmente durante el sexo. Te puedes contagiar de sífilis aun cuando no haya eyaculación (llegar)”.

“Los síntomas y la ETS pasan por diferentes etapas, algunas pueden ocurrir al mismo tiempo, se puede poner una con la otra (coincidir) o cada quien llevar su tiempo, a veces no suceden en el mismo orden”.

“La primera etapa es la aparición de los chancos (llagas), no duelen, son firmes, redondeados y abiertos y pueden estar en lugares donde sean difíciles de ver como la vagina, el ano o debajo del prepucio, se pueden confundir con un pelo encarnado, granos o bultos inofensivos. Aparecen después de 3 meses y 3 semanas después de contagiarse, los chancros pueden desaparecer solas pero sigue estando la ETS”.

“La segunda etapa es donde se da un sarpullido en las palmas de las manos, plantas de los pies u otras partes del cuerpo. No pica y los síntomas pueden ser confundidos con una gripe que tiene fiebre baja, sensación de cansancio, dolor de garganta, glándulas inflamadas, dolor de cabeza y dolores musculares. También puedes tener llagas en tu boca, vagina o ano, bajar de peso y que se te caiga el pelo. Dura entre 2 a 6 semanas por cada brote y desaparecen y aparecen hasta por dos años, desaparecen por si solos”.

“La última etapa, la etapa tardía. Las etapas avanzadas de la sífilis pueden causar tumores, ceguera y parálisis. Además esta infección puede dañar el sistema nervioso, el cerebro y otros órganos, e incluso puede causar la muerte. Para esta etapa el daño de la etapa tardía no puede revertirse ni curarse, las complicaciones pueden aparecer entre 10 y 20 años después del contagio”.

También tenemos otras consecuencias a largo plazo:”

“Problemas sexuales: dolor durante las relaciones, problemas para la excitación, tener conductas de riesgo sexuales (no utilizar condones u otros métodos para protegerse de las ETS), incapacidad de tener un orgasmo o dificultades para llegar a él, entre otros”.

“Trastorno depresivo: Un estado donde se tienen sentimientos, pensamientos o comportamientos de tristeza, melancolía, pérdida, desesperanza, frustración, infelicidad que perdura durante mucho tiempo. Se da una pérdida de placer en las actividades que se hacían antes y disfrutabas. Síntomas: Estado de ánimo irritable, dormir y comer mucho o dormir y comer poco, dificultades para concentrarse, pensamientos de suicidio, cansancio o falta de energía, movimientos lentos y sentimientos de odio, culpa e inutilidad”.

“Trastorno de ansiedad: es un sentimiento de miedo, temor e inquietud. La ansiedad está con nosotros siempre, nos ayuda a sobrevivir pero cuando es demasiada llega a ser un problema y afecta las actividades diarias, sientes como si estuvieras en peligro y es muy difícil de controlar. Hay muchos tipos de ansiedad pero todas tienes esas sensaciones de miedo, temor e inquietud incontrolables”.

“Trastorno por estrés postraumático: Es desarrollado después de experimentar un evento traumático ya sea desde una guerra hasta la muerte repentina de un familiar. Los signos y síntomas del trastorno de estrés postraumático son: volver a experimentar los síntomas (recuerdos del trauma, pesadillas, pensamientos aterradores, flashbacks), la evasión que es evitar situaciones o personas que recuerden acerca del evento traumático, la hipervigilancia y reactividad que es algo que ya explicamos y se puede resumir a que es el nerviosismo y estar atento a todo momento, ocasiona sobresaltos, arrebatos de ira, dificultad para dormir, sentirse tenso y por último síntomas cognitivos o de estado de ánimo que consisten en

problemas para recordar cosas del evento, pensamientos negativos de uno mismo o del mundo, culpa y remordimiento, perder el placer y problemas de concentración”.

“Baja autoestima: pensamientos, sentimientos o valoraciones negativas de nosotros mismos, a nuestro cuerpo, la forma de ser, es la perspectiva de nosotros mismos”.

“Ideación y conducta suicida: Tener pensamientos o hacer acciones que traten sobre la muerte”.

“Ansiedad social: Es la sensación de tener miedo o frustración a estar con otras personas por miedo a ser juzgadas”.

“Dificultades en las relaciones sociales: problemas para hacer amigos, conocer nuevas personas, mantener amistades, problemas de comunicarse, tener relaciones inestables con otras personas y aislamiento”.

“Trastornos de conducta alimentaria: es la bulimia (que te haces vomitar), anorexia (no comer) o atracones (comer mucho y después vomitarlo)”.

“Trastornos disociativos: Estos trastornos disociativos según la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014) “se caracterizan por una interrupción y/o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad propia y subjetiva, la emoción, la percepción, la identidad corporal, el control motor y el comportamiento” (p.291)”.

“Desordenes ginecológicos: que están vinculados con los problemas sexuales, menopausia temprana, sequedad, atrofia vaginal, incontinencia urinaria, caída de la vejiga o el útero, picor en la vagina y labios”.

## SIGNOS Y SINTOMAS

|                                                                                     |                                         |                                                                                     |                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|    | Insomnio                                |    | Sobresaltos o hipervigilancia                           |
|    | Irritabilidad                           |    | Síntomas físicos de ansiedad                            |
|    | Pesadillas                              |    | Esfuerzos para evitar personas, lugares o acciones      |
|    | Flashbacks                              |    | Malestar o sufrimiento                                  |
|    | Interferencia del funcionamiento normal |    | Disminución del desempeño de las actividades habituales |
|    | Amnesia disociativa                     |    | Pensamiento intrusivo                                   |
|  | Embotellamiento afectivo                |  | Sensación de desapego                                   |
|  | Reducción de la conciencia del entorno  |  | Despersonalización                                      |
|  | Desrealización                          |  | Incapacidad para continuar con la vida habitual         |

Fuente: Elaboración propia con información tomada de Molleja y Pascual (2020), Darriulat (2017), Guerra y Farkas (2015), Pereda y Sicilia (2017), Berranzueta (2020), Beltran (2010), Torres (2018) y Fridman, Saldías, Massera y Zagalsky (2017).

Cuarto paso: Se exponen las estadísticas sobre abuso sexual infantil y otras características.

“Como pueden ver, ustedes no están solos y se pueden acompañar en esto juntos”.

“En el periodo del 2010 al 2015 se reportaron 46, 927 casos de ASI. Por ello, se debe de entender que el abuso sexual no es una cosa de casos únicos y tristemente es muy común que eso ocurra”.

“En 110, 914 casos de violencia y abuso sexual que fueron reportados por lo menos el 81% de ellos fueron víctimas mujeres. En estudios y estadísticas se demuestra que tanto hombres como mujeres sufren de ASI pero el ser mujer incrementa la probabilidad, añadiendo el género femenino como un factor de riesgo ante un ASI, sin embargo, las cosas no deben ser así y no está bien”.

“De 20,105 casos de ASI, el 61% fue realizado por algún conocido, eso significa que algún familia como los padres, tíos, primos o abuelos fueron los que realizaron esa acción, se puede notar que es más casual que pase entre familia que conocidos, por ello se tiene que quitar el estigma de que solo pasa con personas desconocidas”.

“Casi el 36,48% de los casos son menores de 15 años de edad. No solo los adultos pueden ser víctimas de un abuso sexual”.



Fuente: Elaboración propia con información tomada de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV, 2016).

Quinto paso: Se presentan los factores de riesgo en caso de ASI.

“Los factores de riesgo son las acciones que están en nuestro ambiente y que incrementan la probabilidad de que una problemática se realice, en este caso es un abuso sexual infantil, y tenemos muchos factores de riesgo a los que se deben prestar atención”.

“En primer lugar se debe de saber con qué tipo de personas tiene que tener cuidado que tenga: patrones de conducta agresiva como sería el subir la voz, tener acciones o hablar de otras personas con cosas hirientes, cambios de emociones o conductas confusas”.

“Que sean poco empáticas solo centrados en ellos mismos, la empatía es el poder entender cómo se sienten los demás, que tenga actitudes indiferentes a las problemáticas sociales (que no preste atención a problemas que son preocupantes, como los migrantes, la salud, la inseguridad, etc.)”.

“Personas con comportamiento promiscuo (cambiar constantemente de pareja con relaciones poco estables), una comunicación ambivalente (por ejemplo, una persona te dice que se preocupa por ti y que cuentas con esa persona pero al momento de ocuparla se va), que tenga un deficiente control de impulsos (serían las conductas que realizas que al momento te hacen sentir bien pero tiene repercusiones y normalmente no lo haces pensándolo bien, por ejemplo, el comprar algo compulsivamente te puede hacer sentir bien pero al final hubo una emergencia y el dinero no te alcanza por comprar eso. Otro ejemplo, cuando te enojas manejando y le gritas al carro, le quieres sacar pelea, sin embargo, no sabes el daño que puede causar)”.

“Tener dificultades en el área social como que se le haga difícil conocer o hablar con personas nuevas y poder mantener la amistad con personas de su misma edad o sexo opuesto, que tenga una relación de pareja inestable (que sean agresivos, que se peleen mucho, etc.) y que ofrezcan regalos a los niños”.

“También el entorno en donde se vive o con quien se rodee puede ser peligroso, si vive en un entorno en donde tenga una casa con una gran número de miembros de la familia (padres, tíos, abuelos, primos) viviendo en una misma casa. Si comparten cama con otras personas o si tienen que dormir en cuartos con otros adultos, en un lugar donde no haya intimidad (que no se puedan cambiar, bañarse, etc. cómodamente y ellos solos), que vivan en una casa donde se esté alojando una persona ajena a la familia, que vivan en una familia reconstruida (un padrastro o madrastra con sus hijos)”.

“que su padre sea agresivo, que el menor sufra de violencia física y psicológica, tener falta de expresión de afecto de los padres, que los padres sean personas consumidoras de algún tipo de droga, dinámica familiar disfuncional o muy moralista, una dinámica disfuncional es aquella donde hay muchos conflictos, puede ser que sea una familia celosa entre los miembros y por los miembros, peleas fuertes entre padres de familia incluso cuando ya no están juntos (se pelean por cualquier cosa cada que se ven), que no se respeten, falta de

comunicación y que haya una trato diferentes y especial entre algún miembro de la familia con otro (por ejemplo, un padre sobre algún hijo), una familia moralista es que imponen sus creencias, valores y juicios sin importar que lo hagan de aspectos negativos como el humillar, forzar o castigar”.

“Por último factor de riesgo es que la madre sufra de depresión o que sea víctima de alguien tipo de maltrato, y aquí me tomare unos cuantos minutos para mencionar cuales son los tipos de maltratos porque hay veces que las personas no saben que eso es maltrato y lo están sufriendo: Uno es el maltrato físico, es decir golpes, jalar el cabello, lanzar objetos, ahorcar, patear, arañar, jalar. Otro es el maltrato psicológico o verbal, es el chantaje, manipulación, gritos, insultos, criticas querer tener el control de la vida de la otra persona como decir a donde ir, con quien ir, como vestirse, etc., amenazas hacia algo preciado, dañar propiedad de la otra persona, entre muchos otros ejemplos. El maltrato infantil son los tipos de maltratos anteriores pero hacia los niños y niñas. Otro es el abuso sexual que es obligar a la otra persona a realizar acciones de índole sexual de manera directa o de explotación sexual (forzar a alguien a besarte o abrazarte también puede ser una forma de abuso). El quinto tipo de maltrato es el bullying, es acosar, discriminar, maltratar física y psicológicamente a otra persona en el ámbito escolar, otra de las partes del bullying es el mobbing que es lo mismo pero ubicado en el ámbito laboral, en el trabajo. El cyberbullying es el maltrato digital y puede ser por insultos o comentario negativos en redes sociales como Facebook, Twitter, correos electrónicos, amenazar con imágenes íntimas o enseñar imágenes no deseadas. Otro tipo de maltrato es el maltrato institucional que se hace por instituciones, empresas, etc. que sean públicas o privadas donde causen abuso, negligencia y malestar a los individuos (un ejemplo puede ser alguna negligencia médica) y se tiene al maltrato económico que es el limitar o quitar el dinero a la otra persona (no dejar usarlo a gusto) o el gastar el dinero del otro sin preguntar y sin permiso”.

“Existen otros tipos de factores de riesgo como la edad: personas de entre 7 y 14 años son más visibles ante los depredadores sexuales, si tiene una discapacidad física o mental se aprovechan de que tiene la posibilidad de no escapar o no saben el impacto de la situación y que está mal. Que el menor tenga baja autoestima o ser vulnerables ya que si tienen estas dos actitudes es más fácil manipularlos para que hagan lo que quieran con ellos y que no

hablen. Y por último, y de manera muy lamentable, el género también es un factor de riesgo, es usual que las niñas sean las que sufran (estadísticamente) más abusos sexuales infantiles que los niños”.

## FACTORES DE RIESGO

\*\*\*\*\*

**Se debe tener cuidado con personas que presenten:**

- Patrones de conducta agresiva
- Confusas
- Poco empáticas
- Actitudes indiferentes a las problemáticas sociales
- Promiscuidad
- Comunicación ambivalente
- Deficiente control de impulsos
- Dificultades en el área social como entablar relaciones con personas de su misma edad o sexo opuesto
- Relación de pareja inestable
- Ofrezcan regalos a los niños

**En el entorno ambiental de riesgo tenemos:**

- Hogares con numerosos miembros de familia nuclear
- Que vivan en la casa o que comparta mucho tiempo con personas ajenas a la familia
- Familias reconstruidas
- Vivir en refugios o albergues
- Tener que dormir en cuartos con adultos
- Tener una cama compartida
- Vivir en una casa donde no haya intimidad
- Tener una figura paterna agresiva
- Una madre víctima de maltrato o depresión
- Sufrir de violencia física y psicológicas
- Dinámica familiar disfuncional o muy moralista
- Falta de la expresión de afecto por parte de los padres
- Figuras paternas consumidoras de algún tipo de droga.

**Existen otros factores de riesgo como la edad, si tiene alguna discapacidad física o mental, la baja autoestima o la vulnerabilidad del menor.**

Fuente: Elaboración propia con información tomada de Apraez-Villamarin (2015), Save The Children (2001) y Hasbún (2020).

Sexto paso: Se hablan sobre los mitos.

“Por último, hablaremos acerca de algunos mitos que se tiene alrededor del ASI. El primero es que el abuso sexual no es muy usual, ya lo habíamos hablado antes pero el ASI es muy frecuente y recuerden que no están solos, todas ustedes pueden contar con el resto y pueden

contar conmigo, les creemos y estamos aquí para ver como mejoran y logran vencer todos sus miedos”.

“Otro mito es sobre el abusador, TODAS LAS PERSONAS PUEDEN SER ABUSADORES, como se mencionó antes desde la familia hasta un desconocido pueden ser abusadores”.

“Los menores que sufrieron abuso, se convierten en agresores sexuales. Es un mito que es incorrecto, no hay estudios que lo demuestren”.

“Los abusadores solo usan fuerza física. Error, los abusadores de menores de edad suelen usar la manipulación, persuasión, juegos, engaños y amenazas, entre otros, para realizar el delito y lograr que el menor mantenga el silencio”.

Y el último punto es recordar que los niños NO mienten, inventan, fantasean. NO son inducidos, fabuladores, programados. Por lo tanto, sus dichos son creíbles. Un menor no tiene necesidad de inventar que le pasó algo así, un menor no busca causar daño a otras personas, no gana nada mintiendo, y menos si es de una edad menor que todavía no tienen el conocimiento de lo que es lo bueno y lo malo”.

## MITOS



El abuso sexual es muy frecuente,  
no estás sola



Cualquier persona puede ser un  
abusador



Los menores que han sufrido de  
abusos sexuales no son agresores  
sexuales en su vida



No siempre utilizan la fuerza física.  
Suelen emplear como tácticas de  
persuasión y manipulación, juegos,  
engaños, amenazas para involucrar  
a los menores y mantener su  
silencio.



Fuente: Elaboración propia con información tomada de El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2016)

Séptimo paso: Se hace la despedida de la sesión al grupo.

“Con estos últimos datos terminamos la sesión del día de hoy, ¿tienen algunos comentarios o preguntas?”.

“La siguiente sesión veremos un nuevo tema que espero sea de mucha utilidad para todos en los momentos duros e intranquilos. “Les pido que no se olviden de escribir en su diario o

en su teléfono celular sobre la sesión de hoy y sobre su día. Otra vez, les agradezco mucho su presencia y disposición”.

¿Cómo sabremos que logramos los objetivos?

Las participantes comprenden que hay mitos y creencias erróneas sobre el Abuso Sexual Infantil, que no es la única que sufrió de abuso sexual, cuales son los síntomas que ella y otras personas que pasan por su misma situación experimentan y las causas del abuso.

## SESIÓN 5

### Vamos a practicar

El objetivo es reducir el estrés o ansiedad mediante la mejora de la resiliencia y resolución de problemas.

| Materiales                                                                                                                                                           | Tiempo |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Folletos con información.</li> <li>• Hojas de papel.</li> <li>• Plumas, colores, plumones de diferentes colores.</li> </ul> | 1 hora |

### Actividad

Primer paso: Se les da la bienvenida y se platica que es lo que se verá el día de hoy.

“Holaa, bienvenidos de nuevo, espero que su día este siendo un buen día, ¿Cómo están? ¿Cómo les fue en el camino hasta acá?”.

“Bueno, el día de hoy vamos a ver dos temas muy importantes: la asertividad y la resolución de problemas, ambos temas nos van a ayudar mucho en el proceso de la disminución de los síntomas y signos, al igual que los podemos practicar durante todo nuestro día a día a todas horas. Les imprimí unos folletos donde viene la información más importante de esta clase para que se lo lleven con ustedes, si lo desean en formato virtual solo me avisan y se los proporcionare”.

**Método para solucionar problemas:**

**1. Identificar cual es el problema, que lo causa y cuáles son los síntomas de la presencia del problema.**  
 Por ejemplo: No puedo dormir temprano, causa (distrarme haciendo otras cosas), síntomas (distracción, cansancio, pérdida de tiempo).

**2. Identificar soluciones, se puede usar la técnica de pensar “y si...” o preguntar “que más” 12 veces para encontrar más soluciones.**  
**Poner una alarma para avisar cuando dormirme, dejar de hacer cosas grandes dos horas antes de dormir, hacer una lista y poner que tengo que dormir, etc.**



**3. Pensar en los beneficios y contras de cada solución y preguntarse cuál es la mejor opción para solucionar el problema.**  
 Solución 1: beneficio (así puedo dormirme a tiempo) y contra (dependo de la tecnología)

**4. Y llevarla a cabo.**

**5. Repetir.**  
 Si la opción que elegiste no fue la adecuada se puede elegir otra.



RESILIENCIA Y LA RESOLUCION DE PROBLEMAS

Vamos a practicar



**La resiliencia es “la habilidad para recuperarse o enfrentarse exitosamente a pesar de la importancia de la adversidad” (Rutter, 1985, p. 599).**



**¿Cómo ser resiliente?**

- Rodearse, convivir y estar junto a personas resilientes.
- **Inteligencia emocional:** poder reconocer, expresar, comprender y controlar tus sentimientos y emociones para que no se desborden y las emociones negativas tomen el control completo de tu vida.



**-Mejorar el autoconcepto:**



1. No pienses en que no mereces nada.
2. Piensa más positivo sobre ti y sobre lo que haces.
3. Acepta tus logros y no te compares con otras personas.
4. Tienes que confiar en ti debes aceptarse a ti mismo.





**- Tener un buen sentido del humor.**

**- Saber resolver problemas.**

**- Control de impulsos (Autocontrol):**

**La falta de no poder controlar el comportamiento en situaciones de estrés .**

**Mejora tu autocontrol teniendo:**

- 1.-Asertividad.
- 2.Inteligencia emocional.
3. Tolerancia a la frustración.
4. Conocer sus impulsos, saber como, cuando y que te hace sentir.



**Si tienes un impulso se debe:**

- a) Buscar una distracción.
- b) Respirar y contar hasta 10.
- c) Recibir terapia psicológica.

Fuente: elaboración propia tomada de Fundación Pascual Maragall (2021), Fragua, C. (2015) y Fundación CNSE (s.f.).

Segundo paso: Se da el concepto de resiliencia y como fomentarla.

La resiliencia es “la habilidad para recuperarse o enfrentarse exitosamente a pesar de la importancia de la adversidad” (Rutter, 1985, p. 599).

“Todos aquí podemos ser resilientes, tal vez no sea tan fácil como parezca pero se puede lograr. El concepto nos dice que la resiliencia es aquella habilidad de recuperarse cada que algo se vuelve difícil. La resiliencia no es no cometer errores, es aprender de ellos, recuperarse de ellos y aprender de esa experiencia, todo de manera positiva. Muchos dicen que no importa cuántas veces te caigas, lo que importa es que te levantes con más fuerza.

No te castigues por un error, es normal hacerlo, no te catalogues por algo que paso”.

“El dolor es inevitable, el sufrimiento es opcional”

“Ahora, ya que entendimos que es la resiliencia les voy a contar como puedes tu ser una persona resiliente”

“Una cosa que puedes hacer es rodearte, convivir y estar junto a personas resilientes y positivas, ser positivo ayudara a saber lidiar con todo tipo de problema, rodearte de personas que son resilientes nos nutre de manera positiva, nos hace aprender de ellos, ver la vida de diferente forma, da motivación en tus días y si tienes personas cercanas tendrás a una persona (con una relación saludable) con quien puedes contar; las personas que son positivas te inspiran y te motivan a seguir adelante”.

“Otro punto es tener inteligencia emocional, poder reconocer, expresar, comprender y controlar tus sentimientos y emociones para que no se desborden y las emociones negativas tomen el control completo de tu vida. Dentro de esto la inteligencia emocional nos habla de la empatía, el autoconocimiento (conocerse a uno mismo, sus sentimientos, sus acciones) y el poder controlarse en los aspectos mencionados, la forma en que se relaciona con las demás personas (liderazgo, trabajo en equipo) y da motivación ante los conflictos que se presenten. Cuando tienes inteligencia emocional empiezas a no reprimir los sentimientos, expresarlos, contar cómo te sientes, los sentimientos y emociones son hermosos y son de seres humanos, no tomarse nada a pecho, ser empáticos, ser motivados, aceptar que cometes errores pero también ser capaz de perdonarse y aprender, reconocer las emociones y poder manejarlas, ser capaz de ver los triunfos que tienes, sin juzgarse de manera dura”.

“Para ser más resilientes debemos tener un mejor autoconcepto de uno mismo, y esto lo lograremos cambiando tus pensamientos, no pienses en que no mereces nada o que no eres suficiente para cualquier cosa, eres más que suficiente y mereces todo, piensa más positivo sobre ti y sobre lo que haces. Acepta tus logros y no te compares con otras personas, todos somos diferentes y somos mejores a nuestra propia manera. Tienes que confiar en ti, en tus sentimientos, tus cualidades, tus defectos y todas tus capacidades, debes aceptarse a ti mismo porque eres muy importante y valioso. Mejora en lo que pienses que necesitas hacerlo y no te descuides a ti misma, de ninguna manera, por estar haciendo otras cosas, tomate tiempo para estar tu sola y consentirte”.

“También, necesitamos tener autocontrol, debemos controlar impulsos. La falta de autocontrol de impulsos es el no poder controlar las emociones y el comportamiento en situaciones de fuerte impacto emocional, reacciona de manera irracional y acorde a los impulsos sin pensar sobre sus acciones. Hay diferentes signos para indicar que una persona

puede tener una falta de control de impulsos, no tener asertividad que es la forma de comunicación más adecuada, baja inteligencia emocional y no tolerar la frustración son algunos de ellos. Al igual que la inteligencia emocional se puede tener una mejora del autocontrol y se debe empezar con saber identificar cuáles son sus impulsos, en que momentos y situaciones es cuando se dan esos impulsos y que te hace sentir. Cuando estés apunto de tener un impulso se puede buscar una distracción o respirar hondo y contar hasta 10, la meditación o acudir a una terapia psicológica para el control de impulsos”.

“El tener un buen sentido del humor, beneficia de muchas maneras, nos ayuda a liberar estrés y nos hace personas más positivas y felices. Además, nos ayuda con la salud mental y física, hay trastornos mentales que ocasionan enfermedades físicas y enfermedades físicas que provocan trastornos mentales”.

Tercer paso: Enseñar cómo resolver un problema.

“Y por último punto el aprender a solucionar los problemas también nos hace personas más resilientes, si alguna de ustedes tiene un problema con la resolución de problemas, les proporcionare una manera de mejorar en ello”

#### **5. Identificar cual es el problema, qué lo causa y cuáles son los síntomas de la presencia del problema.**

Por ejemplo: No puedo dormir temprano, causa (distrarme haciendo otras cosas), síntomas (distracción, cansancio, pérdida de tiempo).

#### **6. Identificar soluciones, se puede usar la técnica de pensar “y si...” o preguntar “que más” 12 veces para encontrar más soluciones.**

Poner una alarma para avisar cuando dormirme, dejar de hacer cosas grandes dos horas antes de dormir, hacer una lista y poner que tengo que dormir, etc.

#### **7. Pensar en los beneficios y contras de cada solución y preguntarse cuál es la mejor opción para solucionar el problema.**

Solución 1: beneficio (así puedo dormirme a tiempo) y contra (dependo de la tecnología)

## **8. Y llevarla a cabo.**

## **9. Repetir.**

Si la opción que elegiste no fue la adecuada se puede elegir otra.

Cuarto paso: Realizar una actividad para reconocer los sentimientos y emociones de cada uno.

“Si tienes problemas para reconocer tus emociones puedes tomar un papel, escribir distintos sentimientos y emociones, recordar cuáles son tus reacciones cuando estás viviendo una.

Ejemplo, el enojo en mí me hace sentirme irritable, puedo ser muy sarcástica, grosera, hablo menos de lo que hablo, no miro a la gente a los ojos, me mantengo alejada, etc., una vez que reconozcas un sentimiento y tengas muy claro cuál es, podrás controlarlo para que no exploten en una situación y pueda herir a otras personas y a ti mismo”.

“Ahora, les voy a entregar unas hojas y lápices para que realizar el ejercicio que les acabo de mencionar, cada uno intente identificar como se sienten y como reaccionan con ciertas emociones o sentimientos, en especial aquellas que son la tristeza, la alegría, el asco, la sorpresa, el enojo y el miedo, pueden hacer más sentimientos si así lo quieren. Incluso, tenemos plumones y colores que pueden tomar si desean agregar colores, queremos que la actividad dure máximo 20 minutos. Pueden empezar y si tienen alguna duda pueden preguntar”.

“Ahora que tienen sus sentimientos plasmados, pueden empezar a reconocerlos y así poco a poco lograr aumentar su inteligencia emocional. Lleven el papel con ustedes y ténganlo en cuenta.”

Quinto paso: Entre los puntos de asertividad que se mencionan se debe mencionar cuales tiene o no necesita trabajar con ellos.

“Ahora haremos un trabajo similar, solo que esta vez enlistaremos todos los puntos que vimos acerca de la asertividad en las conductas que nosotros tenemos y las que no tenemos. Pueden hacer un cuadro, un listado, con colores, con un solo color, como ustedes lo deseen.

El tiempo para hacer esto será de 10 minutos, si alguien falta por terminarlo le podemos poner 5 minutos más”.

Sexto paso: Se realiza la despedida.

“Hemos visto hoy sobre la asertividad y la solución de problemas, llévense con ustedes los folletos para que tengan la información con ustedes y así puedan acceder a ella fácilmente. Ya que hemos visto cuales son las conductas que tenemos y las cuales nos falta trabajar, y les proporcione una manera en que pueden trabajar en ello, les pido que practiquen los puntos que necesitan mejorar a lo largo de esta semana (y todo el resto de la vida) para que así comencemos a realizar cambios en nosotros. Les agradezco mucho su asistencia y disposición para realizar los ejercicios, no se les olvide escribir en su diario sobre cómo se sintieron en la sesión de hoy y las cosas que quieran compartir durante toda la semana, nos vemos la próxima semana”.

¿Cómo saber que se logró el objetivo de la sesión? Las participantes comienzan a realizar cada recomendación en su vida diaria. Se nota el cambio en su manera de pensar y comportarse.

## SESIÓN 6

### Vamos a enseñar

El objetivo es reducir el estrés o la ansiedad mediante técnicas de relajación. Las técnicas de relajación son las técnicas de respiración, meditación, visualización, relajación progresiva, yoga, taichí y musicoterapia, las cuales se enseñan y practican.

| Materiales                                                                   | Tiempo |
|------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Folleto con la información</li> </ul> | 1 hora |

## Actividad

Primer paso: Se les da la bienvenida a los miembros del grupo, se explica que es lo que se verá esta sesión y se entregan los folletos.

“Les doy la bienvenida a todas, ¿Cómo les fue el día de hoy?”

“Hoy veremos ejercicios de relajación y como hacerlos, para que ustedes los puedan hacer cuando se sientan estresadas, ansiosas o en cualquier otra situación que la necesiten”.

“En si realizar estos ejercicios nos sirven tanto para mejorar el aspecto físico como el mental, por ejemplo, en cuanto al aspecto físico ayuda a mejorar la presión arterial, la frecuencia respiratoria y cardiaca, regula el azúcar en la sangre, disminuye la tensión muscular, mejora la digestión y el sueño, en aspectos más mentales ayuda a la disminución del estrés, las emociones negativas como la ira, mejora el estado de ánimo, la concentración y la confianza, hay que tener en cuenta que también se deben hacer los cambios de pensamiento y hábitos malos para que todo resulte mejor (Mayo Clinic, 2021)”.

### OTROS

Estas herramientas de relajación y bienestar necesitan de una persona que este especializada en ella para saber si lo hacemos correctamente y sin atentar contra nuestra salud.

#### YOGA

Intenta conecta el cuerpo por medio de posturas, la respiración por medio de ejercicios de respiración y la mente con la meditación

#### TAICHI

Se mueven las extremidades con una serie de movimientos lentos, concentrada y con una respiración profunda.

#### AROMATERAPIA

Se usan aceites que despiden olores agradables que ayudan a las personas que lo olfatean a relajarse.

#### MUSICOTERAPIA

Escucha melodías que sean agradables y produzcan sentimientos positivos para ayudar a ciertas enfermedades o trastornos.

### APPS Y PLATAFORMAS

#### MEDITACION

Puedes encontrar videos de meditación en: 

O aplicaciones



Meditación para la calma y el sueño | Down Dog  
Yoga Buddhi Co.



Meditopia: Meditación, Música Para Dormir, Relax Meditaciones  
Compass Integrados



Serenity: Meditación, Mindfulness y Zen  
Olson Meditation and Mindfulness Apps  
Compass Integrados



Headspace: Meditación y Sueño  
Headspace for Meditation, Mindfulness and Sleep  
Compass Integrados

#### VISUALIZACION

Puedes encontrar videos de visualización en: 



## TECNICAS DE RELAJACION

Ejercicio de respiración  
Meditación  
Visualización  
Otros



Fuente: Elaboración propia con información tomada de Mayo Clinic (2021) y MedLine Plus (2020).

## EJERCICIO DE RESPIRACION



Podemos hacer este ejercicio sentados o acostados.

1. Tenemos que concentrarnos en la respiración, cerramos los ojos y ponemos una mano en nuestro estómago.
2. Respiramos hondo por la nariz y soltamos el aire por la nariz.
3. Nos concentramos en como nuestra respiración entra viaja hasta nuestro estómago, como nuestra mano sube, como baja y como sacamos el aire.

Nos mantenemos haciendo eso por 3 minutos o hasta que ya nos sintamos calmados.

Si te distraes o te sientes muy mal, sigue intentando respirar profundo y concentrándote en tu mano y la respiración.



## MEDITACION



Las primeras veces se recomienda estar en un lugar silencioso, sin distracciones y con los ojos cerrados, con el tiempo podrás realizarla donde sea, cuando sea y con los ojos abiertos mientras te enfocas en un punto específico.



1. Esperar en un espacio donde te sientas cómoda.
2. Cuando te comiences a sentir cómoda, respira profundo por la nariz.
3. Ten pensamientos de calma, tranquilidad o hacer afirmaciones como "me siento tranquila". Siente como tu cuerpo se va relajando y como tu respiración entra y sale.
4. Y seguir así hasta que sientas que es suficiente.

Recuerda que no importa si te distraes, siempre intenta volver a concentrarte en lo que estabas haciendo.

## VISUALIZACION



Visualización imaginar algún lugar u objeto que te provoque sentimientos de calma y tranquilidad junto con la respiración.

Puedes agregar olores y sonidos que te metan al ambiente que deseas lo puedes hacer.

1. Ya que estamos en un lugar tranquilo y con los ojos cerrados comenzamos a hacer como si estuviéramos meditando, Nos concentramos y respiramos.
2. Cuando sintamos ya estamos dentro del ambiente y relajados correctamente comenzamos a visualizar el lugar (visualizamos que estamos en una hermosa y pacífica playa, vemos el atardecer cayendo, sentimos el viento, el olor, les prestamos atención a los sonidos)
3. Y seguimos hasta que nos sintamos bien.



Fuente: Elaboración propia con información tomada de Mayo Clinic (2021) y MedLine Plus (2020).



## FASE 2

En esta fase, se revisa que todas las partes del cuerpo estén relajadas. Si alguna no lo está, se repite el ejercicio para ese músculo.



## FASE 3

Para esta fase nos dedicaremos a la relajación mental con alguna de las técnicas que les mencione anteriormente:

Respiración  
Meditación  
Visualización



**RELAJACION  
MUSCULAR  
PROGRESIVA**

Fuente: Elaboración propia con información tomada de Fundación Pascual Maragall (2020).

## COMO REALIZARLO

Este ejercicio se trata de **TENSAR** los músculos por **10 SEGUNDOS** y después **DESTENSARLOS** por **10 SEGUNDOS** en cada movimiento.



## RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA

Puedes encontrar videos de relajación muscular progresiva en:



## FASE 1

### ROSTRO

- 1 Se frunce la frente y luego se relaja



- 2 Se aprietan los ojos y se relajan



- 3 Se aprietan los labios y los dientes, y se relajan



### TRONCO

- 1 Mueve tu barbilla hasta que toque tu pecho y regresamos



- 2 Inclinar el pecho hacia adelante y mover los codos hacia atrás. Regresar a la pose inicial



- 3 Con la pose anterior vamos a apretar los puños y después los relajamos



Fuente: Elaboración propia con información tomada de Fundación Pascual Maragall (2020).

Segundo paso: Se habla del ejercicio de respiración, se hace un ejemplo junto con todos.

“Para hacer este ejercicio de relajación que se le llama solo como ejercicio de respiración podemos estar sentados o acostados, lo primero que debemos hacer es concentrarnos en la respiración, cerramos los ojos y ponemos una mano en nuestro estómago. Comenzamos a respirar hondo por la nariz y lo soltamos por la nariz, nos concentramos en la respiración o en sentir como nuestra mano está subiendo y bajando con forme a como estamos respirando, por tres minutos o hasta que te sientas más calmado. Aunque te distraigas o te sientas muy mal, intenta seguir concentrándote en tu mano y tu respiración”.

“Ahora, me gustaría que todos aquí sentados intentemos hacer esta respiración, para que se entienda mejor y sepamos cómo hacerlo”.

Tercer paso: Se habla de meditación, se hace un ejemplo junto con todos.

“Mucha gente ha escuchado que se habla de la meditación y cuando se comienza a practicar muchas personas lo encuentran como un espacio para relajarse y convivir contigo mismo. Para realizar la meditación, en primer lugar debemos estar en un espacio donde nos sintamos cómodos, las primeras veces se recomienda hacerlo en un lugar silencioso donde no haya distracciones pero una vez que se domine la meditación se puede hacer en cualquier lugar a cualquier hora. Estando en el lugar donde queremos meditar, nos pondremos cómodos y nos relajamos, intentamos no pensar en nada que nos distraiga tanto.

Ya que el cuerpo este un poco relajado, vamos a realizar respiraciones profundas por la nariz manteniendo los pensamientos distractores fuera de la mente, si llegas a tener alguno solo intenta quitarlo y sigue respirando. Mientras respira siente las partes de cuerpo, como todo se va relajando y seguir teniendo pensamientos de calma, tranquilidad o afirmaciones como “me siento tranquila”. Y seguir así hasta que sientas que es suficiente. Puedes mantener tus ojos cerrados mientras meditas o puedes tenerlos abiertos enfocándote en un punto en específico”.

“También, vamos a realizar el ejemplo de cómo se haría una meditación. De igual manera, quiero aprovechar y decirles que hay videos en la plataforma de Youtube donde puedes poner en el buscador “meditación guiada” y buscar el video que más les agrade y seguir las indicaciones de la voz del video, otra opción son aplicaciones que se pueden tener en el celular y están en los folletos, son aplicaciones que yo he probado”.

Cuarto paso: Se habla sobre la visualización y se hace el ejemplo.

“Visualización imaginar algún lugar u objeto que te provoque sentimientos de calma y tranquilidad junto con la respiración. Se hace en un lugar sin distractores graves, con los ojos cerrados y solo se deja volar la imaginación. Incluso puedes poner o imaginar sonidos u olores que sean relajantes y agradables para ti”.

“Para poder explicar cómo se hace les voy a poner un ejemplo mientras lo practicamos. Ya que estamos en un lugar tranquilo y con los ojos cerrados comenzamos a hacer como si estuviéramos meditando, nos concentramos y respiramos; si quieres agregar los olores o sonidos puedes poner velas de olor, alguna comida, inciensos o grabaciones (por ejemplo, el sonido de las olas del mar). Cuando sintamos ya estamos dentro del ambiente y relajados correctamente comenzamos a visualizar el lugar (visualizamos que estamos en una hermosa

y pacífica playa, vemos el atardecer cayendo, sentimos el viento, el olor, les prestamos atención a los sonidos) y así seguimos hasta que nos sintamos bien. En la plataforma de YouTube puedes encontrar visualizaciones guiadas que te pueden servir para hacerlo más fácil”.

Quinto paso: Hablar sobre la relajación progresiva y hacer la práctica de ello.

“Ahora haremos algo llamado relajación muscular progresiva, y lo que se busca es destensar los músculos que estén tensos”.

“Se debe comenzar como todos los demás tipos de relajación, mantente en un lugar tranquilo y sin distracciones. En el blog de Fundación Pasqual Maragall (2020), comenta que hay tres fases y se hacen de la siguiente manera (mientras les voy platicando que tenemos que hacer hay que intentar realizarlos)”:

“La primera fase consiste en tensar por 10 segundos y relajar los músculos por otros 10 segundos. Se empieza por los músculos del rostro, comenzamos con frunciendo la frente por 10 segundos y luego relajarlo, después apretamos los ojos fuertemente por 10 segundos y después relajamos otros 10 segundos, y ahora apretamos los labios y dientes para después relajar. Ahora pasamos al área del tronco, en primer lugar bajamos la cabeza (que la barbilla toque nuestro pecho) y después regresamos la cabeza lentamente, ahora inclinamos el pecho hacia adelante y los codos/hombros hacia atrás, cuando relajamos dejamos los brazos sobre las piernas, con los brazos sobre las piernas apretamos los puños y destensamos. La tercera parte es la del abdomen, aquí solamente tenemos que meter el estómago y apretarlos. La última parte es la de las piernas, la pierna derecha se levanta y los dedos de los pies se hacen hacia atrás y relajar, se repite lo mismo con la pierna izquierda. Nunca olvides que es importante que te centres en la sensación de tensión y más importante en el momento en que los músculos se relajan o destensan”.

“La segunda fase se usa para revisar si todos los músculos están relajados, si no lo están, se repite el ejercicio de la parte que sigue tensa”.

“Para la tercera fase nos dedicaremos a realizar alguna respiración o cualquier otro tipo de ejercicios de relajación como los que hemos visto anteriormente”.

“Asimismo, este tipo de relajación la puedes encontrar en videos en YouTube buscándolo por el nombre”.

Sexto paso: Se platica rápidamente sobre otros tipos de técnicas de relajación.

“Hay otras prácticas que se pueden utilizar también para relajar pero estas necesitan de un instructor para cerciorarse de que se estén haciendo correctamente los movimientos”.

“Uno de ellos es el yoga, que básicamente se intenta conecta el cuerpo por medio de posturas, la respiración por medio de ejercicios de respiración y la mente con la meditación y sirve para reducir el estrés reducir el estrés, la ansiedad, dolores de espalda, relaja, reduce la presión arterial, ayuda a dormir mejor, entre otras cosas (Medline Plus, 2020)”.

“Otro de ellos es el Taichí en el cual se mueven las extremidades con una serie de movimientos lentos, concentrada y con una respiración profunda. Tiene los mismos beneficios que el yoga pero se le agrega que se da un aumento de energía y resistencia y más fuerza muscular (Mayo Clinic, 2021)”.

“Otro es el aromaterapia en donde se usan aceites que despiden olores agradables que ayudan a las personas que lo olfatean a relajarse. Instituto Nacional del Cáncer (NIH, 2021). Los beneficios que el aromaterapia trae consigo es que además de disminuir la ansiedad, el estrés y la depresión, regula las emociones y mejora el estado del ánimo (Vásquez, Alvarado-García y Guarniz, 2019)”.

“Por último, tenemos la musicoterapia que es básicamente escuchar melodías que sean agradables y produzcan sentimientos positivos para ayudar a ciertas enfermedades o trastornos. Entre los beneficios se encuentran que la musicoterapia se puede utilizar para trabajar la autoestima, la afectividad, el espacio interpersonal o efectos negativos provocados por el estrés, la ansiedad y la depresión; En sí es beneficiosa para los déficits emocionales, atencionales, motores y de comunicación (Ramiro, Sánchez y Samblas, 2016)”.

Séptimo paso: Se hace la despedida.

“Esto ha sido todo por el día de hoy, espero que realmente se hayan beneficiado de esta sesión y se puedan realizar estos ejercicios de relajación cuando los necesiten o agregarlos a

su rutina diaria sin necesidad de que sea solo para emergencias. Les vuelvo agradecer el que estén aquí y su cooperación, no se olviden de escribir en su diario lo de la sesión de hoy y practicar todo lo que hemos visto desde la tercera sesión hasta el día de hoy”.

¿Cómo vamos a saber que se logró el objetivo de esta meta? Cuando entiende cómo hacer los ejercicios y los utiliza en su día a día, con el tiempo se nota la mejoría en su estado emocional y su conducta.

## SESIÓN 7

### Por mí

El objetivo es reducir el estrés o ansiedad mediante las pautas para el autocuidado y la asertividad, además de mejorar la interacción social. Se busca enseñar pautas para el autocuidado y la asertividad, mejorar la interacción social, identificar las redes de apoyo en caso de recaída o que se presente otro suceso negativo o crisis.

| Materiales                                                               | Tiempo |
|--------------------------------------------------------------------------|--------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Folleto de información</li> </ul> | 1 hora |

### Actividad

Primer paso: Se da la bienvenida a los miembros y una pequeña introducción a la sesión de hoy.

“Bienvenidos otra día mas, ¿Cómo ha estado su día?”.

“El día de hoy les voy a entregar otro folleto con información para seguir trabajando las áreas en las que quedamos de acuerdo, en la sesión de hoy vamos a hablar rápidamente del autocuidado, la interacción social y las redes de apoyo”.

### REDES DE APOYO

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2020) menciona que las redes de apoyo sociales son quienes nos apoyan y a quienes apoyamos, que pueden ser tanto la familia, los amigos, el trabajo, la escuela, la comunidad o instituciones especializadas en ese caso.



El tener una red de apoyo nos ayuda en aspectos emocionales como el afecto, la compañía, confianza, en aspectos materiales como alojamiento, comida, ropa. Aspectos instrumentales como ayuda al cuidado, en acompañamiento, transporte, etc. Y en aspectos cognitivos como consejos, intercambios de experiencias, etc.

### COMO IDENTIFICAR MIS REDES DE APOYO

1. Realizar un listado de aquellas personas que nos apoyarían incondicionalmente.
2. Organizar este listado por grupos de apoyo, es decir, si son familiares, amistades, vecinos y los tipos de apoyos que pueden brindar.
3. De estos grupos, identificar cuál sería el más importante y por qué
4. Mantener actualizado los contactos de los grupos de apoyo.



### REFERENCIA

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2020). Importancia de las redes de apoyo social para las personas mayores. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/importancia-de-las-redes-de-apoyo-social-para-las-personas-mayores?idiom=es>

## EL AUTOCUIDADO Y LA INTERACCION SOCIAL

Sesion 7



### AUTOCUIDADO



- ★ Haz cosas nuevas
- ★ Realiza actividades que te gustan y que siempre has querido aprender
- ★ Agradece
- ★ Quiérete cómo eres
- ★ Conócete: como piensas, que te gusta, que sientes.
- ★ Haz ejercicios físicos u otras actividades relacionadas
- ★ Aprende de tus emociones y expresarlas, se asertivo
- ★ Rodéate de personas que te produzcan un bien



- ★ Reemplaza los pensamientos negativos.
- ★ Expresa lo que quieres simple y directamente.
- ★ Práctica el decir NO.
- ★ No te disculpes ni justifiques.
- ★ Mantén tu confianza.



### INTERACCION SOCIAL



★ Se asertivo.

★ Practica la escucha activa: sin interrumpir, haciendo contacto visual, asegurarse de que estás entendiendo lo que te está diciendo, no suponer antes de tiempo, hacer gestos de acuerdo a lo que está contando, hacer preguntas.



★ Se empático.

- ★ Busca lugares y momentos para conocer a personas.
- ★ Reconoce tus miedos y dominarlos.
- ★ También intéresate en seguir la conversación.

Fuente: elaboración propia con información sacada de Centro Europeo de Posgrado (2021), Infante, F. (2021) y Asociación de Colombiana de Empresas de Medicina General (2021).

Segundo paso: Se dan unos cuantos puntos para mejorar el autocuidado.

“El autocuidado es cuidarte a ti mismo, como lo harías de otra persona, de manera emocional, cognitiva y física. Hay muchas maneras en la que cada uno se puede cuidar a si mismo y eso depende de cada persona, pero igual les voy a compartir unas ideas por si no saben cómo empezar a cuidarse: Se puede iniciar haciendo cosas nuevas, encontrar un nuevo hobby, ver una nueva serie o película, hacer las cosas que te gustan o realizar actividades que siempre has querido aprender, agradece las cosas que tienes, quíete cómo eres y conócete, conoce tus sentimientos, pensamientos, que cosas te gustan o disgustan. Realiza ejercicios físicos o cualquier otra cosa que te pueda mantener activa y saludable, y rodéate de personas positivas que produzcan un bien, recordemos que rodearnos de personas asertivas y positivas nos trae muchísimos beneficios, regálale cosas, baila, canta, cuida tu cuerpo, date momentos para hacer las cosas que quieres y que más te gustan hacer, limpia, pásate por fuera, celebra tus logros, comienza a reemplazar los pensamientos negativos por pensamientos positivos, se directo con lo que quieres, di NO cuando lo quieras, practica el decir NO, es válido negarte a algo que tu no quieres. Ten confianza en ti misma y no te disculpes ni justifiques con las demás personas cuando no es necesario”.

Tercer paso: Se habla sobre cómo mejorar la interacción social.

“Se pueden encontrar mil formas de mejorar la interacción social de una persona, y siempre debemos de tener en cuenta que para algunas personas el aventurarse a conocer a otras personas puede ser más complicado y lento que con otras, pero, eso no significa que sea algo imposible de realizar. Les voy a decir unos cuantos puntos que ustedes pueden utilizar para ir mejorando, recuerden que es a su tiempo y con su independencia”.

“Ser asertivo, ya hablamos de la asertividad y como esta nos ayudara a mejorar mucho en diferentes áreas de nuestra vida, también para mejorar la interacción social debes ser asertivo, así se evitan mal entendidos o hacer cosas que no quieres hacer”.

“Si lo que tienes son ciertos miedos que se basan en pensamientos negativos, lo que puedes hacer es reconocerlos, aceptarlos y dominarlos. Puedes ayudarte con la inteligencia emocional para lograrlo”.

“Se empático, también hablamos de la empatía, que es ponerse en los zapatos del otro, en una interacción social es muy importante este aspecto: Crea un ambiente de confianza, comprensión, hace que las demás personas se sientan consolados”.

“Practica la escucha activa es poder escuchar a la otra persona con atención y de manera consciente, sin interrumpir a la otra persona o sin distraerse, haciendo contacto visual, asegurarse de que estas entendiendo lo que te está diciendo, no suponer antes de tiempo, hacer gestos de acuerdo a lo que está contando (no puedes sonreír cuando te está contando un suceso triste), la postura del cuerpo tiene que ser hacia el lado donde está la persona, incluso, puedes hacer preguntas o agregar pequeñas palabras entre el relato cuando den el espacio de responder”.

“Si alguien comienza a hablar contigo, también interésate en seguir la conversación, no dejarla morir, si la otra persona ve que estas interesado en seguir hablando con ellos, tendrán interés en ti y así lograras ir creando lazos entre las personas”

“Y por último, debes buscar amigos, debes conocer personas y también saber en qué lugares los puedes buscar: en algunas fiestas, en tu trabajo, en eventos sociales”.

Cuarto paso: Hablar sobre las redes de apoyo y enseñar como buscar las suyas.

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2020) menciona que las redes de apoyo sociales son quienes nos apoyan y a quienes apoyamos, que pueden ser tanto la familia, los amigos, el trabajo, la escuela, la comunidad o instituciones especializadas en ese caso. Las redes pueden crecer o debilitarse.

El tener una red de apoyo nos ayuda tanto en aspectos emocionales como el afecto, la compañía, confianza, en aspectos materiales como alojamiento, comida, ropa. Aspectos instrumentales como ayuda al cuidado, en acompañamiento, transporte, etc. Y en aspectos cognitivos como consejos, intercambios de experiencias, etc.

Las redes de apoyo social representan un aspecto importante en el bienestar de las personas mayores, dado que a través de ellas pueden recibir los siguientes beneficios:

1. Continuar participando en la transformación de la sociedad.
2. Sentido de pertenencia, las personas mayores se sepan integradas, valoradas, cuidadas y estimadas.
3. Alternativa contra la depresión, el aislamiento y el abandono.
4. Disminuye riesgo de malos tratos.
5. Afecto, compañía, apoyo recíproco y fortalecimiento de la autoestima.
6. Mantener la independencia y autonomía.

Como reconocer tus redes de apoyo:

1. Realizar un listado de aquellas personas que nos apoyarían incondicionalmente,
2. Organizar este listado por grupos de apoyo, es decir, si son familiares, amistades, vecinos y los tipos de apoyos que pueden brindar.
3. De estos grupos, identificar cuál sería el más importante y por qué
4. Mantener actualizado los contactos de los grupos de apoyo.

Quinto paso: Realizar la despedida.

“Muchas gracias por asistir el día de hoy, hasta aquí llego la sesión número 7, les recuerdo que es muy importante que escriban en su diario y que sigan practicando todo lo que hemos visto a lo largo de las sesiones. Les sugiero que para este nuevo tema te pongas a planificar tu autocuidado, escriban las cosas que les gustan hacen o las cosas que les gustaría hacer y que les beneficien a nivel emocional y físico, y con ello empiecen a hacerlas”.

¿Cómo sabemos que lo logramos? Cuando las participantes ponen en práctica lo aprendido en su vida diaria, incluida la socialización.

## **SESIÓN 8**

### **Platiquemos**

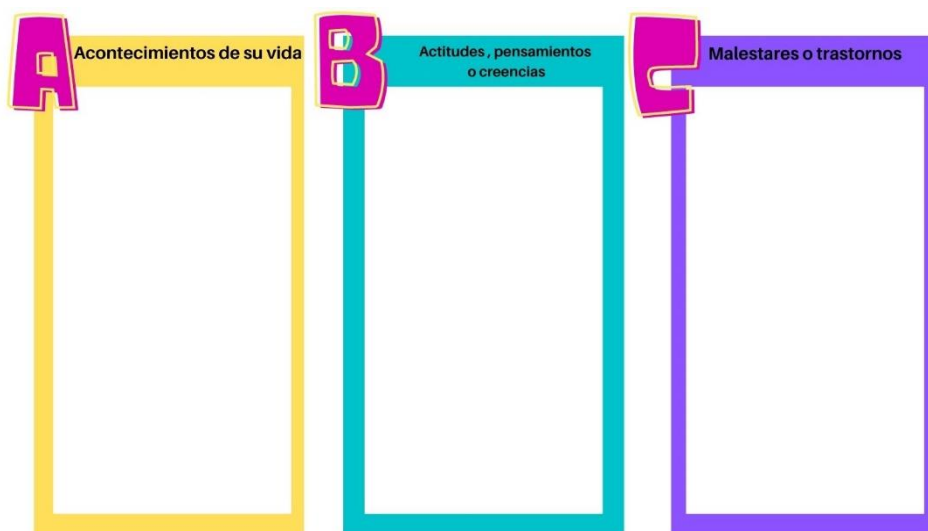
El objetivo es explicar el modelo ABC y que los participantes puedan realizar su propio esquema.

| Materiales                                                                                                                                                                                           | Tiempo    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información sobre el Modelo ABC.</li> <li>• Hojas de rotafolio con el esquema hecho.</li> <li>• Plumas, colores, plumones de diferentes colores.</li> </ul> | 1-2 horas |

### Actividad

Primer paso: Se da la bienvenida y se explica que se verá el día de hoy.

Me alegra mucho verlas a todas aquí de nuevo, espero que realmente los objetivos que planeamos y que tenían cada una individualmente se estén cumpliendo. El día de hoy veremos un tema que es un modelo que nos ayudara a conocer más nuestros pensamientos para así poder cambiarlos de una manera más fácil.



Segundo paso: Se les da información de cómo hacer el modelo ABC y que es, para que cada uno haga el suyo.

“Este modelo sirve para ver todo lo que pasa sobre uno o varios sucesos de su vida diaria que le pueden traer problemas, en si habla de cómo es el comportamiento de la persona ante el problema y eso nos ayuda a darnos cuenta donde están los puntos que se deben modificar para lograr los objetivos”.

“En el modelo ABC se desglosan las letras de la siguiente manera:

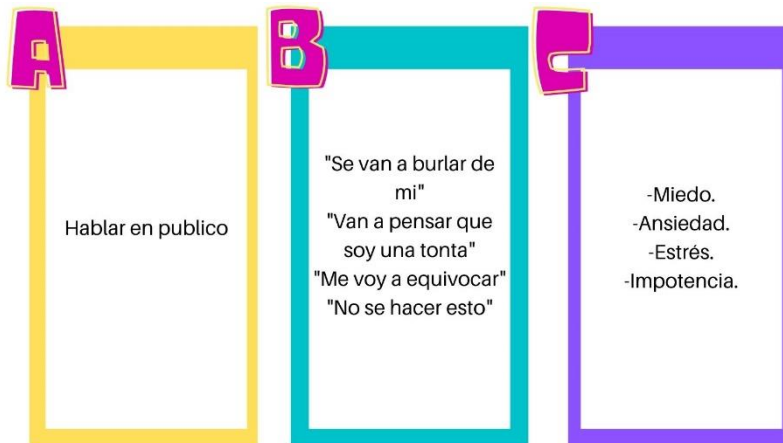
**A** son los acontecimientos de su vida

**C** son los malestares o trastornos del comportamiento

**B** es la base de actitudes o creencias personales”.

“Se explica que el problema principal no es la C, sino la B (pensamientos, actitudes y creencias). Se quiere aliviar el punto C modificando el punto A y el Punto B, en donde la misma persona pueda darse cuenta de sus actitudes negativas y pueda modificarlas. Los pensamientos (punto B) que se quieren eliminar son pensamientos irracionales (significa que no tienen sentido, por ejemplo el pensar que alguien no te devolvió el saludo porque te odia pero realmente no te regreso el saludo porque no te vio) que solamente provocan que el objetivo sea casi imposible de lograr”.

Tercer paso: Muestro un ejemplo para que sea más claro.



“Ya se les dio una explicación breve y concisa de lo que es el Modelo ABC y ahora les voy a presentar ese modelo con un ejemplo mío”.

“Es sobre hablar en público, ese sería mi Punto A. Mis puntos B que corresponden a mis pensamientos son estos y mis Puntos C son las molestias que me ocasiona los Puntos A y B”.

“Ahora, recordemos que el objetivo es cambiar los Puntos B que son los pensamientos o creencias, para que todos los demás puntos estén en orden. Esto se logra primero identificándolos, yo ya tengo los míos, y tienes que pensar en que esos pensamientos muchas veces no tienen sentido, lo explico con el mío. Todo lo que estoy pensando no es algo que ha pasado, no lo he hecho y ya estoy pensando lo peor, no tengo motivos para pensar lo peor así que es un pensamiento irracional. Deben tener en cuenta esto, los pensamientos negativos que tengas son pensamientos irracionales que aunque sean muy difícil de dejar de hablarlos, con el tiempo y siempre recordándose de que tienen que cambiarlos a pensamientos positivos se puede lograr, por ejemplo, yo tendría que cambiar mis pensamientos a “Voy a dejarlos tan impresionados que me van a felicitar” “Me prepare tanto que no me voy a equivocar” “Logre llegar hasta acá, claro que puede hacer esto”.

“Tengan en mente que debes recordarte eliminar esos pensamientos para que el acontecimiento de tu vida y los malestares disminuyan o desaparezcan”.

Cuarto paso: Pedir que hagan su ejemplo.

“Ahora, ya que lo explique, me gustaría que ustedes hicieran el suyo, aquí tengo un esquema para que ustedes lo llenen con alguna situación que les cause problemas, los pensamientos o conductas y los malestares o trastornos que eso ocasiona. Es para que ustedes mismos identifiquen sus pensamientos negativos que deben modificar y que tengan la independencia de ir cambiándolos a su propio paso. Les daré máximo 30 minutos, pueden agarrar colores, plumones o plumas. Incluso, pueden poner más de un ejemplo en el Punto A si así lo desean”.

Quinto paso: Se les dará un momento para que los miembros pueden presentar su modelo ABC si así lo desean.

“Ahora que ya lo hicieron, si a alguna de ustedes les gustaría compartir su Modelo ABC, les daré un momento para que lo presenten, pueden decir los tres puntos y a que conclusión llegaste al hacer o terminar tu modelo sobre tus pensamientos”.

Sexto paso: Se piden comentarios sobre cómo se han sentido en las sesiones.

“Algo que me interesa saber es que todas me digan cómo se han sentido a lo largo de todas las sesiones, fuera y dentro de la intervención”.

Séptimo paso: Se hace la despedida.

“Les agradezco muchísimo que estén aquí y que hayan compartido con todas sus pensamientos y emociones, incluso si no lo hicieron les agradezco que estén presentes, dándome su tiempo. Ya es el final de la sesión del día de hoy, solo me queda recordarles que escriban en su diario y que practiquen todo lo que hemos visto a los largos de las sesiones, en especial este nuevo tema, el cambio empieza en la modificación de esos pensamientos”.

¿Cómo saber si se cumplió el objetivo? Las participantes llenan el esquema del modelo ABC y hablan sobre su estado actual.

## SESIÓN 9

### Mi historia

El objetivo es realizar una autobiografía para ver como si ven a ellos mismos y como los demás los ven.

| Materiales                                                                                                                         | Tiempo    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hojas blancas.</li> <li>• Plumas y lápices.</li> <li>• Tablas para recargarse.</li> </ul> | 1-2 horas |

### Actividad

Primer uno: Se hace un saludo corto.

“Gracias por venir de nuevo el día de hoy, realmente espero que su día haya sido espectacular y que estén cada vez más cerca de cumplir sus metas y objetivos”.

Segundo paso: Realizar la autobiografía.

“Hoy no les voy a enseñar alguna cosa como lo hemos hecho las sesiones anteriores, les voy a entregar dos hojas blancas y pueden agarrar las plumas o lápices que quieran, lo que haremos hoy es hacer una autobiografía. Cada uno de ustedes va a escribir su biografía, pueden escribir sus vidas, sucesos importantes para ustedes, sus metas, sus deseos, personas importantes, lecciones que tuviste o cualquier cosa que quieras agregar desde tu infancia hasta este momento de tu vida. Les voy a dar 30 minutos y pueden escribir las dos hojas, solo una hoja o menos de una hoja, todo será como lo deseen hacer”.

Tercer paso: Se lee la autobiografía de todos los miembros y el resto de miembros que tenga algo positivo que decir sobre la persona lo podrá compartir.

“Lo que vamos a hacer es que cada persona por turno va a leer su autobiografía a todos, y el objetivo es que el resto de nosotros le demos buenas palabras sobre la persona que está leyendo su autobiografía, pueden dar unas palabras, enfatizar aspectos positivos de la persona, progresos que ha hecho, o cualquier cosa positiva”.

Cuarto paso: Se hace una despedida para la sesión 9.

“Muchas gracias por compartiros esa información que puede ser muy personal y significativo para nosotros, realmente estoy agradecida que nos brinden la confianza para hablar sobre estos temas, hacer eso es muy valiente y es un gran paso para su proceso de recuperación. Les informo que la próxima semana será la última sesión de la intervención para que por favor asistan para dar un buen final a este grupo. Esta vez les voy a pedir que escriban en su diario en este mismo momento, que le pongan su nombre o apodo si es que aún no se lo han puesto y que me lo entreguen, usaremos sus diarios para realizar la próxima sesión con el fin de que puedan ver sus cambios o que van en camino a lograrlos”.

¿Cómo sé que se logró realizar la meta? Cuando todos los miembros leen su autobiografía y tienen por lo menos una aportación de otra persona del grupo.

## SESIÓN 10

### Mi progreso

El objetivo es cumplir con el cierre de la intervención realizando una reflexión para cada participante sobre sus procesos.

| Materiales                                                                                                                  | Tiempo    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información sobre los progresos de las personas.</li> <li>• Los diarios</li> </ul> | 1-2 horas |

---

---

### Actividad

Primer paso: Se hace una bienvenida, se avisa que es la última sesión.

“Hoy es la última sesión de la intervención, hemos visto muchos temas que espero que realmente les hayan funcionado y que a pesar de que ya no vengamos más a las sesiones las sigan poniendo en práctica”.

“El objetivo de la sesión de hoy es saber cómo se sintieron y percibieron la intervención, y yo les hablare acerca de los procesos que han tenido desde la sesión uno hasta esta sesión, por ese motivo pedí que me entregaran su diario para poder sacar información, no leeré su diario a los demás pero saque información importante de ahí para el día de hoy”.

Segundo paso: Se les da instrucciones de lo que se hará en esta sesión.

“Para comenzar con esta sesión, quiero que cada uno me diga cómo se sintió antes de iniciar la intervención y ahora, que aprendieron dentro de este grupo, a quienes conocieron, que es lo que más se llevan de las sesiones, de que se sienten orgullosos, etc., ya sea dentro o fuera del grupo. Y yo les daré mis observaciones acerca de los progresos de cada uno. Si alguien más quiere aportar algo para alguna persona, claro que pueden hacerlo”.

A continuación cada persona hablara y será complementado por el mediador dependiendo de sus progresos y logros individuales.

Cuarto paso: Se hace la despedida final.

“Les regresare sus diarios por si quieren llevárselos con ustedes y seguirlos usando. Hemos pasados muchas semanas juntos, nos hemos acompañado en el proceso de nuestra propia recuperación, nunca olviden que ustedes pueden hacerlo, aunque sea muy difícil y se vea imposible siempre podremos salir delante de los problemas, ya vimos formas de calmarnos con ejercicios de respiración, ya ubicamos a nuestras redes de apoyo para cuando necesitemos una mano extra, ya conocemos nuestros sentimientos y pensamientos negativos y poco a poco somos capaces de cambiarlos, y muchas cosas más. Espero que de ahora en adelante su vida este llena de triunfos, positividad y felicidad, y les agradezco mucho su participación en este proyecto. Como lo mencione anteriormente, yo puedo

formar parte de su red de apoyo si así lo desean. Mucho éxito a todos ustedes y deseo que pronto nos volvamos a ver con todos nuestros objetivos cumplidos”.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSION

El Abuso Sexual Infantil, a pesar de tener muchos conceptos dependiendo de los diferentes ámbitos, se puede comprender como el forzar a una persona menor de catorce años, o sin la capacidad de comprender el significado, a realizar actos sexuales con o sin el propósito de llegar a la copula y es más común de lo que las personas piensan que es, encontrándose en nuestro país más de 6,000 casos de abuso sexual infantil registrados en 2016 (UNICEF, 2019).

Las víctimas de abuso sexual reaccionan de maneras diferentes ante el suceso, en su mayoría, los indicadores de una persona víctima de abuso sexual se clasifican en físicos, psicológicos y comportamentales. Los signos físicos son evidentes, van desde golpes, dolor en genitales o incomodidad para caminar hasta embarazos o Enfermedades de Transmisión Sexual (Molleja y Pascual, 2020, p. 8), los signos psicológicos son más complejos de identificar y se pueden tratar de conductas agresivas, comportamientos inapropiados o sexuales para su edad, timidez, bajo rendimiento escolar, miedos excesivos, ansiedad, estrés post traumático o depresión, y los indicadores comportamentales nos podemos encontrar con conductas de aislamiento, miedo a la soledad, autolesiones, tener conductas violentas, delincuencia, consumo de drogas (Darriulat, 2017).

El objetivo de la intervención es diseñar un programa de intervención psicología grupal para mujeres adultas de entre 19 y 50 años de edad que fueron abusadas sexualmente en su niñez para reducir los síntomas derivados del abuso.

La intervención que se propone en esta tesis es de diseño pre experimental con instrumentos para medir los síntomas de tristeza, ansiedad y estrés postraumático, para después llevar a cabo la intervención compuesta, puesto que nos encontramos una intervención grupal donde se incluirán mujeres de entre 19 a 50 años de edad que hayan sido víctimas de abuso sexual infantil antes de los 18 años de edad y que presenten algunos de los síntomas derivados del ASI antes mencionados, una intervención psicoeducativa con el fin de enseñar y ayudar a prevenir y saber actuar ante un abuso sexual, y una intervención psicoterapéutica ya que dentro de la intervención se dejaron pequeños trabajos o tareas a las

participantes para ayudar a que el proceso sea más fácil de sobrellevar. Por último, se les volverán a aplicar los tres instrumentos de la Escala de Gravedad de Síntomas del Estrés Postraumático, El Inventario de Depresión de Beck y El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) para terminar la intervención.

La intervención constará de 10 sesiones de una hora aproximadamente. En cada sesión se verán cosas distintas, en la primera y segunda sesiones se hará una entrevista psicológica y se aplicarán los instrumentos de evaluación a los participantes, en la tercera sesión se hará una presentación con los participantes y también se les proporcionarán reglas, la cuarta sesión es enfocada a la psicoeducación en donde se proporcionará información sobre estadísticas del abuso sexual, tipos de abuso sexual, los síntomas del Estrés Postraumático, causas del abuso sexual y datos sobre abuso sexual. La quinta, sexta y séptima sesión se verán maneras de reducir el estrés o ansiedad mediante la mejora de la resiliencia, la resolución de problemas y técnicas de relajación como técnicas de respiración, meditación, visualización, relajación progresiva, yoga, taichí y musicoterapia, y el autocuidado y la asertividad. La sesión ocho será para explicar y aplicar el modelo ABC. Por último, la novena y décima sesión será utilizada para que los miembros del grupo escriban sobre ellos y se dé cuenta lo que han avanzado después del suceso traumante del abuso sexual.

## REFERENCIAS

- Aguero, J. G., Guana, M. B., & Agüero, E. (2017). Perspectiva ecológica de la figura del abusador sexual intrafamiliar a partir del análisis de un caso. *IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional En Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores En Psicología Del MERCOSUR*. <https://www.aacademica.org/000-067/629>
- Allen, B., Timmer, S. G., & Urquiza, A. J. (2016). Parent–Child Interaction Therapy for sexual concerns of maltreated children: A preliminary investigation. *Child Abuse & Neglect*, 56, 80–88. doi:10.1016/j.chiabu.2016.04.008
- Alvare Alvare, L. E., & Pelaez Mendoza, J. (2020). Abuso sexual en la infancia y adolescencia. *Invest. Medicoquir.12Invest.* (2), 1–23. <http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/637/684>
- Alvarez-Apaza, R., Machaca-Mamani, A., & Mamani-Benito, O. (2019). Eficacia de un programa psicoeducativo para prevenir el abuso sexual en menores de educación primaria. *CASUS. Revista de Investigación y Casos En Salud*, 4(2), 54–61. <https://doi.org/10.35626/casus.2.2019.162>
- Amuchategui, G. (2012). Derecho penal (4ta ed.). Oxford. <https://andrescusi.files.wordpress.com/2020/05/12.-derecho-penal-griselda-amuchategui-requena.pdf>
- Andreu, A. (2017). Víctima y desvictimización. <http://repositorio.ucam.edu/handle/10952/2677>
- Apaza, M. C., & Cáceres, C. E. (2019). *Revictimización en Abuso Sexual Infantil*. <http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/880/Trabajo%20de%20Investigacion.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Apraez-Villamarin, G. E. (2015). Artículo de revisión Factores de riesgo de abuso sexual infantil. *Colombia Forense* /, 2(1), 8.

- Asociación de Colombiana de Empresas de Medicina General. (2021). *Autocuidado “También cuido de mi”*. <https://www.acemi.org.co/index.php/acemi-defecto/18-educacion-en-salud/capsulitas/645-capsula-saludable-autocuidado-tambien-cuido-de-mi>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ta ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Baquero Neira, E. (2016). “*Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual.*” 1–94.
- Beltran Puentes, I. T., & Villa Garcia, V. (2017). El lenguaje en la terapia narrativa. In *Journal of Chemical Information and Modeling*.
- Beltran, N. P. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles Del Psicologo*, 31(2), 191–201.
- Berranzueta Mantilla, E. (2020). Tratamiento Periodístico Sobre Abuso Sexual Infantil En El Diario El Comercio, En Los Meses De Octubre, Noviembre Y Diciembre De 2017. In *Pontificia Universidad Católica Del Ecuador*.
- Bustos Villarroel, A. (2016). Terapia narrativa y abuso infantil sexual: Una mirada desde el trabajo social. *Revista Electrónica de Trabajo Social*, 13(13), 76–89.
- Cantón-cortés, D., Cortés, M. R., & Cantón, J. (2013). *Abuso sexual infantil e ideación suicida*.
- Casella, A. (2016). Abuso Sexual Infantil: Dimensiones del problema y su detección. [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/8551%0Ahttps://sifp.psyco.edu.uy/sites/default/files/Trabajos finales/Archivos/tfg\\_entrega\\_final\\_29\\_de\\_julio.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/8551%0Ahttps://sifp.psyco.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/Archivos/tfg_entrega_final_29_de_julio.pdf)
- Castillo Sierra, E. I. (2019). Terapia centrada en soluciones para madres de hijos que han sufrido abuso sexual. *International Journal of Developmental and Educational*

- Psychology. Revista INFAD de Psicología*, 4(1), 107.  
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v4.1521>
- Castro, C. (19 de agosto de 2020). Cifras de delitos sexuales contra menores debería poner en alerta al país. LJA. <https://www.lja.mx/2020/08/cifras-de-delitos-sexuales-contra-menores-deberia-poner-en-alerta-al-pais/>
- Centro Europeo de Postgrado. (2021). *9 sugerencias para mejorar las habilidades sociales*. <https://www.ceupe.com/blog/9-sugerencias-para-mejorar-las-habilidades-sociales.html>
- Código Penal para el Estado de Baja California [CPEBC]. Ley 23 de 1989. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de agosto de 1989 (México). Última reforma del <http://transparencia.pjbc.gob.mx/documentos/pdfs/Codigos/CodigoPenal.pdf>
- Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas. 2016. Diagnóstico cuantitativo sobre la atención de la violencia sexual en México. <http://www.ceav.gob.mx/wp-content/uploads/2016/06/Diagno%C3%8C%C2%81stico-Cuanti-VS-Versi%C3%83%C2%B3n-completa-14-marzo-CVS.pdf>
- Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas. 2016. Primer Diagnóstico sobre la atención de la violencia sexual en México. <https://www.gob.mx/ceav/documentos/primer-diagnostico-sobre-la-atencion-de-la-violencia-sexual-en-mexico>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2015). Tipificación del delito de abuso sexual en la legislación penal federal y en las entidades federativas. [https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/mujer/6\\_MonitoreoLegislacion/6.0/12\\_DelitoAbusoSexual\\_2015dic.pdf](https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/mujer/6_MonitoreoLegislacion/6.0/12_DelitoAbusoSexual_2015dic.pdf)
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2018). *Derechos de las niñas, niños y adolescentes*. <https://www.cndh.org.mx/ni%C3%B1as-ni%C3%B1os/derechos-humanos-de-ninas-y-ninos>
- Cueto, E. (2020). Investigación cualitativa. *Applied Sciences in Dentistry*, 1(3), 1–2. <https://ieya.uv.cl/index.php/asid/article/download/2574/2500>
- Darriulat, N. (2017). Abuso Sexual Infantil : sus consecuencias a corto y largo plazo.

- Deza, S. (2005). Factores protectores en la prevención del abuso sexual infantil. *LIBERABIT*, 11, 19–24. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/liberabit/v11n11/v11n11a03.pdf>
- Duran, L., & Vargas Buitrago, Y. (2015). *Tratamiento psicológico desde el arteterapia a víctimas de Abuso Sexual Infantil que presentan Estrés Postraumático*. [https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/13314/1/2015\\_tratamiento\\_psicologico\\_arteterapia.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/13314/1/2015_tratamiento_psicologico_arteterapia.pdf)
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P., & Muñoz, J. M. (2016). Escala de gravedad de síntomas revisada (EGS-R) del trastorno de estrés postraumático según el DSM-5: Propiedades psicométricas. *Terapia Psicológica*, 34(2), 111–128. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082016000200004>
- El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2015). Edades mínimas legales para la realización de los derechos de los y las adolescentes. <https://www.unicef.org/lac/media/2646/file/PDF%20Edad%20m%C3%ADnima%20para%20el%20consentimiento%20sexual.pdf>
- El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2016). *Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: una guía para tomar acciones y proteger sus derechos*.
- El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2016). Las edades mínimas legales y la realización de los derechos de los y las adolescentes. <https://www.unicef.org/lac/media/6766/file/PDF%20Edades%20m%C3%ADnimas%20legales.pdf>
- El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2019). Panorama estadístico de la violencia contra niñas, niños y adolescentes en México. <https://www.unicef.org/mexico/media/1731/file/UNICEF%20PanoramaEstadistico.pdf>
- Enríquez Gracia, J. M. (2012). *Abuso sexual e incidencia en el desarrollo emocional de un niño de 7 años*.

- Fernandes, A. F., Ribeiro, R. A., & Almeida, T. C. (2018). Transmisión Intergeneracional de Violencia: Una muestra portuguesa de padres e hijos. In XI Congreso (Inter) Nacional de Psicología Jurídica y Forense.
- Figueredo, M., & Gamarra, O. (2018). Terapia Cognitiva Comportamental Modificada TCC-FT aplicada a un caso de abuso sexual. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 20(1), 7–26. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v20i1.1134>
- Forsyth, D. R. (2019). *Groups Dynamics*. (7a ed.). Cengage.
- Fragua, C. (2015). *7 claves para ser una persona resiliente*.  
<https://www.observatoriorh.com/formacion/7-claves-para-ser-una-persona-resiliente.html>
- Fundacion CNSE. (s.f.). *Técnica de resolución de problemas*.  
<https://www.fundacioncnse.org/drogasyfamilias/tecnicas-para-solucinar-conflictos.php>
- Fundación Pascual Maragall. (2020). *La técnica de la relajación muscular progresiva paso a paso*. <https://blog.fpmaragall.org/relajacion-muscular-progresiva>
- Fundación Pascual Maragall. (2021). ¿Cómo ser una persona resilientes? Consejos para potenciar la resiliencia. <https://blog.fpmaragall.org/persona-resiliente>
- González Sensente, K. S. (2014). *Abuso Sexual Infantil: Descripción teorica, psicologica y juridica en el Salvador*.  
<https://webquery.ujmd.edu.sv/siab/bvirtual/BIBLIOTECA%20VIRTUAL/TESIS/03/PSI/0002117-ADTESGA.pdf>
- Guerra, C., & Barrera, P. (2017). Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma TT - Psychotherapy for Victims of Sexual Abuse Inspired in Trauma Focused Cognitive-Behavior Therapy. *Revista de Psicología (Santiago)*, 26(2), 16–28.  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0719-](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-)

05812017000200016&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.cl/pdf/revpsicol/v26n2/0719-0581-revpsicol-26-02-00016.pdf

- Guerra, C., & Farkas, C. (2015). Sintomatología en víctimas de abuso sexual: ¿son importantes las características “objetivas” del abuso? *Revista de Psicología*, 24(2), 1–19. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2015.38013>
- Hasbun Ferrada, L. M. (2020). Significados del secreto familiar de madres que presentan historias de abuso sexual infantil desde un contexto transgeneracional. In *Programa de Magíster en Intervención Familiar* (Vol. 28, Issue 2). <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/ml/article/view/1179/1419>
- Hernández, A. (2018). Aplicación de la terapia cognitivo-conductual con componentes de clarificación de valores y activación conductual en un caso de trastorno de estrés postraumático. *Análisis y Modificación de Conducta*, 44(169–70), 11–35. <https://doi.org/10.33776/amc.v44i169-70.3377>
- Huerta Muñoz, L. (2015). *Terapia narrativa grupal para adultos que sufrieron abuso sexual en la infancia*.
- Huerta Muñoz, L. (2015). *Terapia narrativa grupal para adultos que sufrieron abuso sexual en la infancia*.
- Infante Lembcke, F. (2021). *Estrategias de autocuidado* [Diapositiva de PowerPoint]. [https://www.seducoahuila.gob.mx/educacionencasa/assets/21\\_estrategias\\_autocuidado\\_federicoinfantelembcke.pdf](https://www.seducoahuila.gob.mx/educacionencasa/assets/21_estrategias_autocuidado_federicoinfantelembcke.pdf)
- Institución Nacional del Cáncer. (2021). *Aromaterapia*. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/aromaterapia>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2020). *Importancia de las redes de apoyo social para las personas mayores*. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/importancia-de-las-redes-de-apoyo-social-para-las-personas-mayores?idiom=es>

Intebi, I. V. (2012). *Estrategias y modalidades de intervención en abuso sexual infantil intrafamiliar*.

[http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/ESTRATEGIAS\\_Y\\_MODALIDADES\\_DE\\_INTERVENCIO.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/ESTRATEGIAS_Y_MODALIDADES_DE_INTERVENCIO.pdf)

Juarez Olivera, M. (2017). *Taller: Prevención de Abuso Sexual Infantil*. CDC Totolco - Chimalhuacan. <http://132.248.9.195/ptd2018/agosto/0779207/Index.html>

Jurado Espinoza, Z. Y. (2018). *Intervención Psicoterapéutica Del Abuso Sexual Infantil En Menores Entre 12 y 15 Años De Edad*. <http://repositorio2.udelas.ac.pa/bitstream/handle/123456789/213/jurado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Mantilla, S. (2015). La revictimización como causal de silencio de la víctima. *Rev. Cienc. Forenses Honduras*, 1(2), 4–12. <http://www.bvs.hn/RCFH/pdf/2015/pdf/RCFH1-2-2015-4.pdf>

Maragall, F. (2021). *La técnica de la relajación muscular progresiva paso a paso*. Recuperado el 2 Agosto de 2021 de <https://blog.fpmaragall.org/relajacion-muscular-progresiva>

Martin-Javato, L., Manzanal Escudero, S., & González Ordi, H. (2017). Intervención cognitivo-conductual en un caso de estrés postraumático debido a abusos sexuales en la infancia. *Revista de Casos Clínicos En Salud Mental*, 1, 43–64.

Mayo Clinic. (2021). Taichí: una forma suave para combatir el estrés. <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/taichi/art-20045184>

Mayo Clinic. (2021). *Técnicas de relajación: prueba estas medidas para reducir el estrés*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/relaxation-technique/art-20045368>

Medline Plus. (2020). Técnicas de relajación para el estrés. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000874.htm>

Medline Plus. (2020). Yoga para la salud.

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000876.htm>

Molina Machado, D. C., Jaime Coll, E. A., & Gutiérrez Carvajal, O. I. (2019). Intervención psicológica del abuso sexual en niños: Revisión sistemática. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 12 (3), 71-80. Obtenido de: <https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/1628>

Molina, D. C., Coll, E. A. J., & Carvajal, O. I. G. (2019). Intervención psicológica del abuso sexual en niños: Revisión sistemática. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 12(3), 71-80.

Molleja Fraisse, V., & Pascual Rodríguez, P. (2020). *Experiencias del profesional enfermero en la detección y atención del abuso sexual infantil*.

Papalia, D. E. y Feldman, R. D. (2012). Desarrollo humano. McGraw-Hill.

Paredes Paredes, A. M. (2018). *Victimización terciaria en el abuso sexual infantil. Estudio para la práctica victimológica*.

Parra Rodríguez, P. A., & Rubio Berigues, Y. L. (2017). Una mirada desde el modelo ecológico de Bronfenbrenner de dos historias de sujetos que se convirtieron en padres/madres durante su adolescencia, *Fundación Universitaria Los Libertadores*.  
<http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf>  
<http://fiskal.kemenkeu.go.id/ejournal>  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cirp.2016.06.001>  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.powtec.2016.12.055>  
<https://doi.org/10.1016/j.ijfatigue.2019.02.006>  
<https://doi.org/10.1016/j.ijfatigue.2019.02.006>

Pearson Clinic (s.f). *BAI, Inventario de Ansiedad de Beck*.

<https://www.pearsonclinical.es/bai-inventario-de-ansiedad-de-beck>

Pearson Clinic (s.f). *BDI-II, Inventario de Depresión de Beck – II*.

<https://www.pearsonclinical.es/bdi-ii-inventario-de-depresion-de-beck-ii>

- Pereda, N., & Sicilia, L. (2017). Reacciones sociales ante la revelación de abuso sexual infantil y malestar psicológico en mujeres víctimas. *PsychosocialIntervention*, 26(3), 131–138. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2017.02.002>
- Pérez, H. A. (2016). *Eficacia de la Terapia Interpersonal en el tratamiento de las consecuencias psicosomáticas del Abuso Sexual Infantil en la vida adulta: Estudio de caso*.
- Pérez, Y. (2016). Consentimiento sexual: un análisis con perspectiva de género. *Revista mexicana de sociología*, 78(4), 741-767. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-25032016000400741](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032016000400741)
- Pérez, Y. (2017). California define qué es “consentimiento sexual”. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (25), 113-133. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2017.25.06.a>.  
[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-64872017000100113](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872017000100113)
- Planned Parenthood Federation of America. (2021). Consentimiento sexual. <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/relaciones/consentimiento-sexual#:~:text=El%20consentimiento%20sexual%20es%20un,esta%20persona%20est%C3%A1%20de%20acuerdo.&text=Para%20que%20sea%20algo%20consensua do,cada%20una%20de%20las%20veces>
- Planned Parenthood. (2021). *Enfermedades de transmisión sexual (ETS) | ¿Qué son, cómo tratarlas y prevenirlas?*. Planned Parenthood. Recuperado el 2 de Agosto de 2021 de <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/enfermedades-de-transmission-sexual-ets>
- PucachaquiLlumiquinga, D. I. (2017). Niveles de depresión infantil en niños/as de 7 a 11 años víctimas de abuso sexual atendidos en el departamento de psicología de la DINAPEN de la ciudad de Quito de octubre 2016 a enero 2017. In Universidad Central del Ecuador (Vol. 6).

- Quiroga, M. A. (2017). Aplicación de técnicas cognitivo conductuales en caso único de adolescente víctima de abuso sexual con trastorno depresivo. *In Universidad del Norte (Vol. 6)*.
- Ramiro, E. J. J., Sánchez, M. H., & Samblas, C. M. (2016). Beneficios de la Musicoterapia en el ámbito de la salud. In *Edunovatic 2016. I Congreso Virtual internacional de Educación, Innovación y TIC: del 14 al 16 de diciembre de 2016. Libro de actas* (pp. 469-471). REDINE (Red de Investigación e Innovación Educativa). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5794066>
- Real Academia Española (2020). Proteger. *En Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 01 de Marzo de 2021, de <https://dle.rae.es/proteger>
- Real Academia Española. (s.f.). Intervenir. *En Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 05 de mayo de 2021, de <https://dle.rae.es/intervenir>
- Reyes, S., Almodóvar, S., & Morales, N. (2017). El tratamiento del abuso sexual infantil en el Centro de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes de La Habana. *Revista Sexología y Sociedad*, 23(2), 135–149.
- Rico, D. (2016). Terapia narrativa y cuentos terapéuticos. *Hacer Psicología*, 1–20. <https://www.uv.mx/psicologia/files/2016/10/terapianarrativa.pdf>
- Sánchez, F. A. (2019). Fundamentos Epistémicos de la Investigación Cualitativa y Cuantitativa: Consensos y Disensos. *Revista Digital De Investigación En Docencia Universitaria*, 13(1), 102–222. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2223-25162019000100008](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-25162019000100008)
- Sánchez, T., & Téllez, A. (2016). Hipnoterapia y terapia breve centrada en soluciones aplicada a síntomas por abuso sexual infantil: Un estudio de caso. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(1), 67–76. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.1.2016.16375>

- Save The Children. (2001). Abuso Sexual Infantil: Manual de formación para profesionales. *Save the Children*, 1–355.
- Save The Children. (25 de noviembre de 2020). Revictimización: ¿Qué es y qué sucede en el caso de los abusos a menores?. Save The Children.  
<https://www.savethechildren.es/actualidad/que-es-revictimizacion>
- Senado de la República. (2016). *Dictamen en sentido positivo de la comisión de los derechos de la niñez y de la adolescencia, correspondiente a la proposición con punto de acuerdo que exhorta a los congresos de las 32 entidades federativas que aún no han tipificado como delito grave el abuso sexual a personas menores de edad en sus códigos penales locales, para que inicien el proceso legislativo correspondiente.*  
[https://www.senado.gob.mx/64/gaceta\\_del\\_senado/documento/67407](https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/67407)
- Sosa, S. E., & Gómez, M. M. (2012). Psicoterapia de grupo de padres: intervención en problemáticas de delitos contra la integridad sexual. *Parental Group Psychotherapy: Facing Offences against Sexual Integrity*, 20, 81–89.  
<https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Elian-Sabrina-20.pdf>
- Torres, V. L. (2018). *Incidencia del sistema familiar en el caso de abuso sexual de la niña “Josefa” atendida por el departamento psicológico popular de la Universidad Técnica de Babahoyo.*
- Valdez-Santiago, R., Villalobos, A., Arenas-Monreal, L., Flores-Celis, K., & Ramos-Lira, L. (2020). Abuso sexual infantil en México: conductas de riesgo e indicadores de salud mental en adolescentes. *Salud Publica de Mexico*, 62(6), 661–671.  
<https://doi.org/10.21149/11924>
- Vallejo, Á. R., & Córdoba, M. I. (2012). Abuso sexual: tratamientos y atención. *Revista de Psicología*, 30(1), 19–46. <https://doi.org/10.18800/psico.201201.002>
- Vásquez, M. R. S., Alvarado-García, P. A. A., & Guarniz, W. A. S. (2019). Aromaterapia en la salud mental: una breve revisión. *Medicina naturista*, 13(1), 21-25.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6761081>

- Velázquez, M., Delgadillo, L. G., & González, L. (2013). Abuso Sexual Infantil, Técnicas Básicas Para Su Atención. *Reflexiones*, 92(1), 131–139.
- Villarroel, H. E. P., Fernández, C. B., & Arancibia, C. V. (2014). Procesamiento traumatógeno del abuso sexual infantil en niñas y su relación con variables victimológicas. *Summa Psicológica UST*, 11(2), 35-44.  
<https://summapsicologica.cl/index.php/summa/article/view/184>
- Zayas, A. (2016). Evaluación psicosocial del abuso sexual infantil: factores de riesgo y protección, indicadores, técnicas, y procedimientos de evaluación. *Apuntes de Psicología*, 34(2–3), 201–209.
- Zorzella, K. P. M., Rependa, S. L., & Muller, R. T. (2017). Therapeutic alliance over the course of child trauma therapy from three different perspectives. *Child Abuse & Neglect*, 67, 147–156. doi:10.1016/j.chiabu.2017.02.032

## ANEXOS



Universidad Autónoma de Baja California  
Facultad de Ciencias Humanas  
Licenciatura en Psicología



### Consentimiento informado

La finalidad de este documento es informarle cómo se usarán los datos que usted proporcione al momento de ingresar a la intervención. Usted será parte de una investigación científica sobre el abuso sexual infantil (ASI) y la reducción de los signos y síntomas resultantes de este abuso mediante una intervención psicológica a nivel grupal. Su identidad y sus datos personales se tratarán de la manera más confidencial y bajo ninguna circunstancia serán publicados. Solamente Helly Vanessa Marrufo Galván estudiante a egresar de la Licenciatura de Psicología, que es la encargada de realizar la investigación, contará con el acceso libre a sus resultados y a la investigación. Como se mencionó anteriormente, sus datos serán utilizados para realizar la investigación, sin embargo, se usarán pseudónimos u otros signos para ocultar su identidad y los resultados serán analizados por expertos y pueden ser publicados en revistas científicas y/o ser presentados en reuniones académicas. También debe saber, que usted tiene el derecho de abandonar la investigación cuando quiera. Al ser una intervención psicológica, puede que entre las sesiones pueda presentar ciertas emociones negativas como sentir estrés, tristeza o hasta ansiedad, sin embargo, usted se beneficiará al recibir información y herramientas prácticas para trabajar contra los signos y síntomas resultantes del abuso sexual infantil.

Si usted ha leído y está de acuerdo con seguir siendo parte de la intervención psicológica para reducir los síntomas derivados del abuso sexual infantil en mujeres adultas, además de estar comprometida con las reglas del grupo:

13. Respetar los comentarios y pensamientos de las demás, hablar cuando me toca hablar y escuchar lo que las demás tengan que decir, sin interrumpir.
14. No juzgar ni criticar a mis compañeras.

15. Estar dispuesta a participar en todas las actividades y tareas.
16. Hablar de lo que pasó y de lo que siento, en primera persona.
17. Lo que se habla o pasa en el grupo se debe quedar dentro del grupo, por lo que no se debe hablar con otras personas lo que se dice en las sesiones.
18. Compartir el mismo objetivo que todo el grupo.

Le pido señalar en este consentimiento informado que usted acepta participar en la interacción, y se compromete con el grupo y sus reglas, y que está de acuerdo en cómo usaremos sus datos (para fines científicos y académicos). Le recuerdo que respetaremos su privacidad, derechos y confidencialidad; y que usted puede abandonar la investigación cuando lo desee sin ninguna repercusión negativa en su persona.

---

Acepto participar

Helly Marrufo Galván

Facilitadora

Mexicali, B.C. a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

**Grupo focal**  
**Entrevista semi-estructurada**

**1. DATOS PERSONALES**

**Nombre:** \_\_\_\_\_.

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.      **Edad:** \_\_\_\_ años y \_\_\_\_ meses.

**Sexo/genero:** \_\_\_\_\_.      **Ocupación:** \_\_\_\_\_.

**Estado civil:** \_\_\_\_\_.      **Religión:** \_\_\_\_\_.

**Nivel de escolaridad:** \_\_\_\_\_.      **Teléfono:** \_\_\_\_\_.

**Email:** \_\_\_\_\_.

**2. PREGUNTAS GUÍA PARA EL GRUPO FOCAL**

¿Cuándo inicio la situación de abuso?

¿Cómo se sintió durante el inicio y el transcurso del abuso?

¿Habló de esto con alguien de esta situación?

¿Actualmente tiene algún síntoma o malestar por este suceso?

¿Consiera que el abuso ha perjudicado sus relaciones familiares?

¿Considera que el abuso ha perjudicado sus relaciones de amistad o las relaciones en su trabajo?

¿Considera que el abuso ha perjudicado sus relaciones de pareja?

Además de lo que ya ha mencionado ¿Considera que el abuso ha afectado alguna otra área de su vida?

¿Ha recibido ayuda psicológica o psiquiátrica anteriormente? ¿Cuándo? ¿En qué consistió esa ayuda?

### 3. ADOLESCENCIA

¿Cuáles eran sus hábitos?

| Hábitos                       |  |  | Hábitos              |  |
|-------------------------------|--|--|----------------------|--|
| Tomar                         |  |  | Hacia ejercicio      |  |
| Fumar                         |  |  | Comer adecuadamente  |  |
| Consumía sustancias adictivas |  |  | Dormir adecuadamente |  |

### 4. ADULTEZ

¿Cuáles eran sus hábitos?

| Hábitos                       |  |  | Hábitos              |  |
|-------------------------------|--|--|----------------------|--|
| Tomar                         |  |  | Hacia ejercicio      |  |
| Fumar                         |  |  | Comer adecuadamente  |  |
| Consumía sustancias adictivas |  |  | Dormir adecuadamente |  |

### **Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Educación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

#### **1. Tristeza**

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

#### **2. Pesimismo**

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

#### **3. Fracaso**

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

#### **4. Pérdida de Placer**

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

#### **5. Sentimientos de Culpa**

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

#### **6. Sentimientos de Castigo**

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

#### **7. Disconformidad con uno mismo.**

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

#### **8. Autocrítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

#### **9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

#### **10. Llanto**

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

#### **11 Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

## **12 Pérdida de Interés**

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

## **13. Indecisión**

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

## **14. Desvalorización**

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

## **15. Pérdida de Energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

## **16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.

- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3<sup>a</sup>. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

#### **17. Irritabilidad**

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

#### **18. Cambios en el Apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1<sup>a</sup>. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3<sup>a</sup>. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

#### **19. Dificultad de Concentración**

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

#### **20. Cansancio o Fatiga**

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

**21. Pérdida de Interés en el Sexo**

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

**Puntaje Total:**

### **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)**

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

#### **1 Torpe o entumecido.**

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

#### **2 Acalorado.**

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

#### **3 Con temblor en las piernas.**

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

#### **4 Incapaz de relajarse**

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

#### **5 Con temor a que ocurra lo peor.**

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

#### **6 Mareado, o que se le va la cabeza.**

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

**7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.**

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

**8 Inestable.**

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

**9 Atemorizado o asustado.**

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

**10 Nervioso.**

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

**11 Con sensación de bloqueo.**

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

**12 Con temblores en las manos.**

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

**13 Inquieto, inseguro.**

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente

- ☐ Severamente

**14 Con miedo a perder el control.**

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

**15 Con sensación de ahogo.**

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

**16 Con temor a morir.**

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

**17 Con miedo.**

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

**18 Con problemas digestivos.**

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

**19 Con desvanecimientos.**

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

**20 Con rubor facial.**

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente

- Moderadamente
- Severamente

**21 Con sudores, fríos o calientes.**

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

## ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO-REVISADA (EGS-R) (Versión clínica)

(Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz, 2016)

Nº: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Situación laboral: \_\_\_\_\_

### 1. SUCESO TRAUMÁTICO

Descripción: \_\_\_\_\_

Tipo de exposición al suceso traumático

|                          |                                                                                                             |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Exposición directa                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> | Testigo directo                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> | Otras situaciones                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Testigo por referencia (la víctima es una persona significativa para el sujeto)    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Interviniente (profesional/particular que ha ayudado en las tareas de emergencias) |

Frecuencia del suceso traumático

|                          |                                                         |
|--------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Episodio único                                          |
| <input type="checkbox"/> | Episodios continuados (por ej., maltrato, abuso sexual) |

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió?: \_\_\_\_\_ (meses) / \_\_\_\_\_ (años)

¿Ocurre actualmente? ☐ No ☐ Sí (indíquese el tiempo transcurrido desde el último episodio): \_\_\_\_\_ (meses) / \_\_\_\_\_ (años)

¿Ha recibido algún tratamiento por el suceso sufrido? ☐ No ☐ Sí (especificar):

| Tipo de tratamiento      |               | Duración                     | ¿Continúa en la actualidad?                             |
|--------------------------|---------------|------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Psicológico   | _____ (meses) / _____ (años) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| <input type="checkbox"/> | Farmacológico | _____ (meses) / _____ (años) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |

Exposición al suceso traumático en la infancia/adolescencia: ☐ No ☐ Sí

Revictimización a otro suceso traumático: ☐ No ☐ Sí

Secuelas físicas experimentadas: ☐ No ☐ Sí (especificar):

## 2. NÚCLEOS SINTOMÁTICOS

Colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del síntoma.

| 0    | 1                               | 2                                   | 3                               |
|------|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| Nada | Una vez por semana o menos/Poco | De 2 a 4 veces por semana/ Bastante | 5 o más veces por semana/ Mucho |

| Reexperimentación                                                                                                                                                                            |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Ítems                                                                                                                                                                                        | Valoración |
| 1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?                                                                                           | 0 1 2 3    |
| 2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?                                                                                                                                | 0 1 2 3    |
| 3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?                                                         | 0 1 2 3    |
| 4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/ imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?                                        | 0 1 2 3    |
| 5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso? | 0 1 2 3    |

Puntuación en reexperimentación: \_\_\_\_ (Rango: 0-15)

| Evitación conductual/cognitiva                                                                                                                                                  |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Ítems                                                                                                                                                                           | Valoración |
| 6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional? | 0 1 2 3    |
| 7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?                         | 0 1 2 3    |
| 8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?               | 0 1 2 3    |

Puntuación en evitación: \_\_\_\_ (Rango: 0-9)

| Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo                                                                             |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Ítems                                                                                                                          | Valoración |
| 9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?                                          | 0 1 2 3    |
| 10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?                               | 0 1 2 3    |
| 11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?               | 0 1 2 3    |
| 12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?                    | 0 1 2 3    |
| 13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?                      | 0 1 2 3    |
| 14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?                        | 0 1 2 3    |
| 15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)? | 0 1 2 3    |

Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo: \_\_\_\_ (Rango: 0-21)

| Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica                                                                                                 |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Ítems                                                                                                                                                   | Valoración |
| 16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?                                                         | 0 1 2 3    |
| 17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?                            | 0 1 2 3    |
| 18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso? | 0 1 2 3    |
| 19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?                                                                                          | 0 1 2 3    |
| 20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?                            | 0 1 2 3    |
| 21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?                                                           | 0 1 2 3    |

**Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica:** \_\_\_\_\_ (Rango: 0-18)

**Puntuación total de la gravedad del TEPT:** \_\_\_\_\_ (Rango: 0-63)

### 3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

| Síntomas disociativos                                                        |            |
|------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Ítems                                                                        | Valoración |
| 1. ¿Al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted?      | 0 1 2 3    |
| 2. ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera?                             | 0 1 2 3    |
| 3. ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño? | 0 1 2 3    |
| 4. ¿Percibe al resto de las personas como si no fueran reales?               | 0 1 2 3    |

**Presencia de, al menos, dos síntomas disociativos:** ☐ Sí ☐ No

|                                                                                           |                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>Presentación demorada del cuadro clínico</b><br>(al menos, 6 meses después del suceso) | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|

### 4. DISFUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA RELACIONADA CON EL SUCESO TRAUMÁTICO

| Áreas afectadas por el suceso traumático               |            |
|--------------------------------------------------------|------------|
| Áreas                                                  | Valoración |
| 1. Deterioro en la relación de pareja                  | 0 1 2 3    |
| 2. Deterioro de la relación familiar                   | 0 1 2 3    |
| 3. Interferencia negativa en la vida laboral/académica | 0 1 2 3    |
| 4. Interferencia negativa en la vida social            | 0 1 2 3    |
| 5. Interferencia negativa en el tiempo de ocio         | 0 1 2 3    |
| 6. Disfuncionalidad global                             | 0 1 2 3    |

**Puntuación en el grado de afectación del suceso:** \_\_\_\_\_ (Rango: 0-18)