

# **La psicología, estudio e intervención de las problemáticas actuales**

**La psicología, estudio e intervención de  
las problemáticas actuales**

**Isauro García Alonzo  
Hans Iram Pacheco García  
Ruth Vallejo Castro  
Coordinadores**



Esta investigación arbitrada por pares académicos se privilegia con el aval de la institución editora.

Esta obra se imprimió con el apoyo económico de Cátedras Nacionales CUMEX para la la XIII cátedra CUMEX de Psicología “Dra. Julieta Heres Pulido” 2019, siendo sede la Unidad Académica de Psicología Universidad Autónoma de Zacatecas.

Diseño Editorial: Antonio Perales/Carlos Flores

Primera edición: 2020

© Isauro García Alonzo

© Hams Iram Pacheco García

© Ruth Vallejo Castro

© Universidad Autónoma de Zacatecas

“Francisco García Salinas”

Torre de Rectoría 3<sup>er</sup> piso, Campus UAZ

Siglo XXI, Carretera Zacatecas-Guadalajara

km. 6, Col. Ejido La Escondida

C.P. 98000, Zacatecas, Zac.

investigacionyposgrado@uaz.edu.mx

ISBN: 978-607-555-062-6

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra, por cualquier modo electrónico o mecánico, sin la autorización de la institución editora.

## CONTENIDO

Introducción	
<i>Ruth Vallejo Castro</i>	7
Las posibilidades de las narrativas personales para la comprensión psicosocial de juventudes y violencia en el México actual	
<i>Mónica Ayala Mira</i>	
<i>Nydia Obregón Velasco</i>	
<i>Ximena Zacarías Salinas</i>	13
Norma 35: Factores de riesgo psicosociales en el trabajo, una perspectiva teórica relacional	
<i>Blanca Yasmín Montufar Corona</i>	
<i>Sonia Villagrán Rueda</i>	
<i>Eduardo Luna Ruíz</i>	
<i>Mónica Adriana Vasconcelos Ramírez</i>	37
Abuso sexual infantil. Perspectivas de abordaje	
<i>Patricia Prieto Silva</i>	
<i>Laura Hernández Martínez</i>	
<i>Olga Gálvez Murillo</i>	
<i>Irene Concepción Carrillo Saucedo</i>	57
Evaluación e intervención psicológica en mujeres adultas agredidas sexualmente	
<i>Brenda Sarahi Cervantes Luna</i>	
<i>María del Consuelo Escoto Ponce de León</i>	
<i>Esteban Jaime Camacho Ruíz</i>	
<i>Manuel Leonardo Ibarra Espinoza</i>	75
La comprensión lectora en estudiantes de la Universidad Autónoma de Zacatecas	
<i>María Teresa Dávalos Romo</i>	
<i>Alejandra Castillo Peña</i>	
<i>José Simón Sánchez Hernández</i>	95
Escenarios sociales diversos en el desarrollo de las niñas, niños y adolescentes. Un reto actual para la Psicología	
<i>Rosalía Vega Guzmán</i>	
<i>Ana Luisa Forzán de Lachica</i>	
<i>María del Carmen Manzo Chávez</i>	121
Herramientas para re-pensar la lectura: instituciones, sujeto e identidad	
<i>David Jasso Velázquez</i>	
<i>Enrique Navarrete Sánchez</i>	
<i>Ma. del Carmen Farfán García</i>	143

Estudio e intervención del suicidio en México

*Karla Patricia Valdés García*

*Fabiola González Betanzos*

*Iris Rubi Monroy Velasco*

*María Elena Rivera Heredia*

169

Un brevario fundamental de la clínica: el síntoma, su cuerpo  
y la enfermedad

*Claudia Guadalupe Corona Sevilla*

*Ma. Antonia Reyes Arellano*

*Ruth Vallejo Castro*

*Reyna Karina Medina Candelaria*

197

# Abuso sexual infantil; perspectivas de abordaje

*Patricia Prieto Silva<sup>1</sup>*

*Laura Hernández Martínez<sup>2</sup>*

*Olga Gálvez Murillo<sup>3</sup>*

*Irene Concepción Carrillo Saucedo<sup>4</sup>*

## Introducción

EN LA ÉPOCA actual aún prevalecen ideas muy arcaicas sobre la definición de la infancia, algunos consideran que el niño no se da cuenta de lo que ocurre a su alrededor, quedando vulnerable y expuesto a cualquier tipo de abuso. Se sigue negando al infante como un sujeto deseante, con identidad propia, con sueños y anhelos. Afortunadamente existen varias ramas de la psicología y del sistema educativo, dedicados a estudiar la formación y desarrollo de la infancia, éstas se han desmesurado para ver al niño como lo más importante para la estructuración de la personalidad del sujeto, así mismo, se ejercen acciones políticas sociales y educativas a favor de los derechos y la integridad de los niños. Sin embargo, siguen permeando actos de abuso sexual dejándolos con marcas psíquicas que repercutirán a lo largo de su existencia.

El transcurrir de los años no ha evitado que la infancia siga viéndose afectada por actos de sometimiento, maltrato y abuso sexual. Azaola (2006), considera que el abuso sexual puede abarcar desde enunciados de índole sexual hasta el contacto directo, el cual incluye penetración. Uno de los criterios principales en los cuales se establece el abuso sexual, es que se ejerce poder sobre el infante. Hasta la fecha persisten ideas erróneas sobre los actos de abuso se-

---

1. patriciapax@uaz.edu.mx. Docente-investigador de la Unidad de Psicología. Universidad Autónoma de Zacatecas

2. laurahdez@uaz.edu.mx. Docente-investigador de la Unidad de Psicología. Universidad Autónoma de Zacatecas

3. olgigamu@gmail.com. Docente-Investigador de la Unidad de Psicología. Universidad Autónoma de Zacatecas.

4. icarrillo@uacj.mx Docente-Investigador de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez- Instituto de Ciencias Sociales y Administración.

xual, se cree que quienes lo padecen casi siempre son niñas, que en la actualidad estos actos cada vez son menos frecuentes y que sólo ocurren en ciertos niveles socioeconómicos. Se cree que quienes cometen estos actos, son personas con graves trastornos mentales y que son personas completamente ajenas a la víctima. Como fenómeno social, debe seguir siendo prioridad en el campo de la salud mental y en la protección e integridad de la infancia.

En México según Early Institute (2017), se denunciaron 36, 158 casos sobre abuso sexual y 4 de 10 víctimas son menores de edad. La mayoría de los agresores comúnmente son familiares, siguiendo con personas conocidas como algún vecino o amigo. Estas cifras notifican entonces que los programas de información y prevención sobre el abuso sexual no están obteniendo resultados favorables en cuanto a la disminución de este tipo de actos. De los pocos casos que son atendidos tanto en instancias legales como psicológicas, el proceso terapéutico es sustancial para la recuperación y reparación ante vivencias y secuelas traumáticas de tipo sexual.

El presente trabajo muestra 3 miradas diferentes para el abordaje del abuso sexual infantil; en primer lugar se describe un caso clínico de abuso sexual a partir de una mirada psicoanalítica, mostrando como recurso el cuento para su análisis. Posteriormente se describen las consideraciones que hay que tomar en cuenta en las situaciones de abuso sexual para la realización de un peritaje. Finalmente se expone una mirada de abordaje terapéutico cognitivo conductual dirigido a niños que han sido afectados por abuso sexual.

## **El cuento como recurso ante un evento traumático.**

### **Un caso de abuso sexual infantil**

Un evento traumático es considerado como una situación que rompe con la integridad del sujeto, desencadenando una serie de marcas psíquicas que prevalecen para toda su existencia. Laplanche (2013), define al trauma como una situación intensa en la vida de la persona en donde no puede responder de manera idónea, provocando en el sujeto una serie de consecuencias psíquicas perturbando su integridad. Dicho autor hace una diferencia entre trauma y traumatismo, la primera consiste en una perforación, una herida profunda

y la segunda, vienen siendo todos los efectos que causan dicha herida. Freud (1926/2005) consideraba que ante un evento traumático, el *yo* fracasa al emitir la señal de angustia, debido a la desmedida intensidad de la misma, quedando éste indefenso o desvalido ante un peligro inminente que ataca y perjudica desde el exterior del psiquismo y dentro de él. Ante el peligro real, Freud consideraba que se podían desprender dos tipos de respuesta ante alguna señal de peligro, una como una descarga intensa de angustia y la otra una operación de protección. En la cual, la primera da pauta para que pueda darse la segunda. Pero ante una situación traumática real, la cual se vive de forma desmedida, conlleva a un bloqueo de angustia.

Las experiencias traumáticas, no sólo dependen de la intensidad y su economía, sino que requieren de una investidura psíquica, Freud (1926) discurría que la integridad del *yo*, su organización y maduración, también son imperantes para la elaboración del trauma, es decir, que si el *yo* no está lo suficientemente fortalecido y consolidado, posiblemente tendrá más grado de vulnerabilidad para despedazarse o quebrantarse. Roitman (1993), refiere que si el *yo* resulta primitivo o inmaduro, el impacto generado ante el evento traumático resultará más fragmentado y difícil de resignificar para el sujeto, habrá una gran dificultad para investir a los objetos, la psique puede permanecer en un estado de vacío, como si estuviera perdido sin encontrar un lugar o un punto en el cual pueda anclarse. Se da una ruptura en la psique del sujeto, permitiendo que las defensas resulten inoperantes, donde la pulsión de muerte avasalla sobre todo lo demás. Para que se pueda restablecer la economía psíquica y que el sujeto comience a investir a sus objetos, se requiere de un objeto resignificador, en este caso el terapeuta, que lo calme, lo tranquilice, lo contenga, y posteriormente lo conlleve a restaurar su seguridad psíquica.

Los niños que han sufrido abuso sexual y que están bajo tratamiento terapéutico intentan ir armándose en pedazos, tratan de ir conectando y enlazando piezas de su historia, debido a la ruptura psíquica, la capacidad simbólica resulta completamente vulnerable, dificultando la elaboración de sus vivencias, de ahí que en un proceso terapéutico, el niño va reconstruyéndose ante tal evento traumático. Vita (2015) discurre que la palabra permite



que le vaya dando “consistencia subjetiva”. El abordaje clínico accede a que el niño tenga la posibilidad de disminuir los efectos del evento traumático, comenzando por rescatar partes de sí mismo, enfocando un lugar, un espacio, el cual va dándoles significado a su palabra, con el paso del tiempo irá resignificando su cuerpo y redescubriendo su historia. Es una oportunidad para descubrir sus propios deseos.

### *Caso S*

S es un niño de 9 años de edad, remitido a consulta psicológica por un proceso legal, la madre acude al ministerio público para demandar al sujeto, un niño de 12 años que cometió abuso sexual en contra de S, una de las especificaciones del juez, fue que S tendría que estar en un tratamiento terapéutico, el cual sería costado por la familia del demandado.

La madre relata que desde hacía un mes S tenía varios días sin querer decir una palabra, sólo se quedaba viendo a lo lejos con la mirada perdida, hasta que la mamá le insistió en que dijera lo que le pasaba, le tuvo que golpear para que dijera lo que estaba pasando, pues por más que le insistía no decía nada, S se anima a platicarle sobre el abuso sexual y en ese momento la mamá fue a hacer la denuncia y a hablar con los padres del chico abusador. S le contó que el supuesto amigo le pidió que lo acompañara a darle de comer a los animales, S accedió y lo llevó a una bodega, ahí lo amarró de las manos y lo amordazó, después abusó sexualmente, luego lo soltó y lo amenazó, diciéndole que no le dijera a nadie porque lo iba a matar.

La madre comentaba en un inicio que después de lo sucedido, S ya no quería ir a la escuela, decía que sólo se sentaba afuera de la puerta de su casa y se quedaba con los ojos abiertos, “como si estuviera en otro mundo”. También comentaba que había comenzado a orinarse por las noches. S es el tercero de cuatro hijos, siempre fue un bebé muy tranquilo hasta que cumplió los cuatro años, sólo quería estar corriendo y jugando. A esa edad se iba y le ayudaba a su papá a levantar la cosecha de frijol y en una ocasión cuando estaba en la casa, mientras la mamá estaba cocinando S metió la mano a una cortadora eléctrica y se cortó la cuarta parte del dedo medio de su mano derecha. Lo llevaron al hospital, pero como su casa estaba

muy retirada de la comunidad, los médicos dijeron que ya no le podrían reparar la parte del dedo que perdió.

Ese acontecimiento no fue impedimento para que S siguiera haciendo lo que le gustaba, andar corriendo por el campo y ayudándole a su papá. La madre no lo inscribió al preescolar porque S decía que no quería dejar sola a su mamá, después quien iba a levantar la cosecha. La madre decidió que entrara directamente a la primaria cuando cumplió 6 años. Seis meses después, el padre muere de una congestión alcohólica, S no dijo nada, estaba muy callado en ese tiempo, casi no hablaba con nadie, no quería ir a la escuela y duró aproximadamente un mes sin asistir a clases, razón por la cual pierde el año escolar.

Pasan otros 4 meses después de la muerte del padre de S y la madre encuentra una nueva pareja sentimental, deciden vivir juntos con S y sus hermanos, motivo por el cual S al principio se portaba muy serio, pero conforme pasaban los días le fue tomando aprecio.

En aquella época la madre le envía comida con S a su pareja, quien estaba trabajando en el campo y éste, por cargar las cosas no se dio cuenta por dónde caminaba y cayó a un pozo, perdió la conciencia un intervalo de tiempo, posteriormente lo sacaron entre varios y se lo llevaron al hospital. Después de una semana S ya estaba totalmente recuperado. Seguía sacando malas calificaciones porque a S le cuesta mucho trabajo ponerse a estudiar, ya que él dice que prefiere ayudar a la pareja de su mamá en el rancho.

Hace algunos meses, un amigo de S, le pidió que lo acompañara a darle de comer a los caballos de manera insistente, S acepta y lo acompaña, cuando llegan le dice que entre a la bodega y S se rehúsa, pero el niño lo agarra de las manos y lo amordaza de las manos y la boca, después estando adentro de la bodega, el niño abusó sexualmente de él, “me puso un objeto muy duro”, comenta S en una de las sesiones.

Luego el niño lo suelta y lo deja ir a su casa. La madre lo notaba extraño “caminaba muy raro, estaba como ido”, comenta la madre. Le preocupó esa actitud y le comentó a su actual pareja, los dos le preguntaron qué había pasado y éste no decía nada, hasta que la mamá lo amenaza con golpearlo si no decía la verdad.

S llega al consultorio con un *yo* flagelado, humillado, trasgredido, sin emitir una sola palabra, ido, perdido. Sólo saludaba con la cabeza y se sentaba en el sillón, con una postura rígida, se quedaba

sentado, con su mirada fija en el suelo, perdida; las primeras sesiones así eran, en silencio. Se podía observar cómo en S imperaba la pulsión de muerte, dejándolo completamente desvalido, indefenso, pareciera que no había nada adentro, como si estuviera vacío, nada que investir.

Conforme avanzaban las sesiones, S ya no estaba tan rígido en su postura, se le veía con más soltura, se sentaba en el sillón relajado, ya saludaba, se paraba, se volvía a sentar, pero seguía sin realizar alguna actividad. En cada sesión se quedaba mirando, como esperando al terapeuta que le dijera lo que tenía que hacer.

En cada inicio de sesión, se le mencionaba la consigna, el secreto profesional y la libertad de hacer y decir lo que quisiera, aunado a que también podía contar cuentos si él quería, esto con el propósito de hacerle saber que el terapeuta estaba ahí, escuchándolo, comprendiéndolo y de alguna manera reestableciendo constancia objetal. Hasta que en una de las sesiones, S tomó un carrito de la caja de juguetes, lo observó por un rato y lo dejó nuevamente en su lugar, observó a la terapeuta y le dijo, “yo me sé un cuento”, en esos instantes comenzó a relatar lo siguiente:

*Había una vez un niño que andaba jugando béisbol y estaba de pítcher y le pegaron en la boca y después andaba corriendo y le hicieron tres outs, y luego le dio al bat y la pelota le cayó a un señor y le rompió todos los dientes y el señor se desmayó, y luego correataron al niño y lo atraparon y lo aventaron a un pozo, y luego el niño salió del pozo todo chimuelo. FIN*

### *Análisis del cuento*

Al descifrar el cuento se pudieron encontrar varios referentes simbólicos como la condensación, el desplazamiento, la identificación, la transferencia y el ideal del yo. El “le hicieron 3 outs” son partes simbólicas en las cuales denotan elementos de condensación, ya que S, durante el transcurso de su vida ha tenido tres eventos traumáticos que lo han marcado: los accidentes que tuvo cuando era pequeño, con la cortadora y el caerse al pozo. En segundo lugar, la muerte de su padre. El tercer momento es el evento del abuso sexual.

En cuanto al enunciado “la pelota le cayó al señor y le rompió todos los dientes”. Es un desplazamiento a la figura masculina, el cual lo deja totalmente indefenso ante el abuso sexual, sin ningún

recurso que lo pueda contener, sin ningún objeto al que pueda invertir, motivo por el que no quiere ir a la escuela, no come y se queda con la mirada perdida. Le rompieron los dientes, lo dejaron completamente indefenso.

“Un niño que andaba jugando béisbol” es el elemento de identificación, pues denota que no se percató en ningún momento que iba a ser atacado de esa manera. Él solo quería jugar, pasarla bien.

“El niño salió del pozo todo chimuelo” transferencialmente le deposita al terapeuta esa necesidad de contención, de ayuda, pues no tiene ningún recurso para sujetarse, está chimuelo. Por lo que le está pidiendo salir del pozo, salir de ese estado de nirvana el cual impera la pulsión de muerte. Después el enunciado “el niño salió del pozo” es el ideal del yo, el deseo de recuperación y de no sentirse en un estado tan frágil.

Otro de los aspectos que se pudieron analizar a través del cuento, fue el descuido y el abandono que sintió S, no sólo en el abuso sexual, sino a través de su historia. El estar trabajando las partes del cuento en varias sesiones con S, permitió que empezara armarse nuevamente, comenzó a enlazar acontecimientos y vivencias de su propia historia. En una ocasión se le hizo una intervención haciéndole saber a S que el niño del cuento debió haberse sentido muy solo, sin nadie que lo pudiera ayudar, S abordó en su discurso que ya no le gustaba ir a la escuela, porque sentía que los niños se iban a burlar de él, posteriormente entabló el tema de la madre, se le veía enojado porque comentó que ella le decía a todas las personas sobre lo que le había pasado, la madre había ido a la escuela para platicar con los profesores y comentaba que sus compañeros estaban escuchando lo que la madre decía. Si se encontraba algún vecino también lo comentaba. Había un gran enojo por parte de S hacia su madre por exhibir su situación con la gente que convive, tanto en la escuela como con los vecinos y familiares. Pero sobre todo, era el hecho de no haberlo protegido en ninguna situación traumática.

## **Conclusiones**

No es la vivencia traumática del abuso sexual tal cual, sino parte de la restauración y resignificación que el niño pueda estar elabo-

rando, dependerá también de cómo los padres estén manejando la situación, para S, la madre le ayuda a recordar ese evento a cada momento, el evento lo narra una y otra vez con la gente de la comunidad, razón por la que S no puede resignificarlo, ni elaborarlo, pareciera que se encontraba desconectado de la realidad como una defensa muy arcaica ante el evento traumático y como una manera de evadir lo que escucha reiteradamente de la madre.

El recurso del cuento en este caso resultó idóneo porque le permitió a S elaborar sus vivencias traumáticas, cada situación fue analizada y elaborada en el proceso terapéutico, el transcurrir de las sesiones consintió que S lograra investir a sus objetos, fue enlazando palabras, organizando, reestructurando y, resignificando su historia y su cuerpo.

### **Consideraciones generales de peritaje para detectar el abuso sexual infantil**

ESTE APARTADO trata de dar cuenta la manera de cómo detectar o en su caso, diagnosticar el abuso sexual y/o violación a menores de edad. Para ello se conceptualizará como primer punto qué es abuso sexual y violación; como segundo punto, describir la metodología o método clínico para detectar algún delito sexual.

Es común que se use como sinónimo abuso sexual y violación; por lo que resulta importante hacer una clara diferenciación entre estos dos conceptos.

Referente a los delitos contra la libertad sexual e integridad de las personas, según el Código Penal del Estado de Zacatecas, vigente desde 1986, última reforma POG el 29 de agosto del 2018, y Fe de Erratas POG 29-09-2018, dicta a que refiere con abuso sexual y violación.

En el artículo 232 sobre el abuso sexual dice:

A quien sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute un acto sexual en persona menor de doce años de edad o en persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o por cualquier causa no pueda resistirlo, o la obligue a ejecutarlo.

En el artículo 236 sobre la violación se menciona al respecto “se entiende por cópula, la introducción del miembro viril en el cuerpo de la víctima, por vía vaginal, anal u oral, independientemente de su sexo” (p. 107).

En el artículo 237 se manifiesta, que se equiparará a la violación: Que sin violencia realice cópula con persona menor de doce años de edad; si se ejerciera violencia física o moral, o al que sin violencia realice cópula con persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho, o que por cualquier causa no pueda resistirlo (p. 108).

El procedimiento o metodología, o bien el método clínico para detectar y/o diagnosticar algún delito sexual, se toma en cuenta los siguientes tres puntos:

I. Entrevistas (historia clínica con aspectos jurídicos), descripción detallada de hechos del delito y contrastar síntomas y signos.

II. Examen médico ginecológico.

III. Aplicación, calificación e interpretación de pruebas psicológicas.

1) Se deben de llevar a cabo entrevista(s) abierta(s) estructurada(s) y semi-estructura(s); así como también entrevistas en el ámbito forense, tanto a la víctima, como a los padres, abuelos maternos y paternos, y/o familiares estrechamente cercanos (esto cuando se trata de menores, adolescentes o personas incapacitadas mentalmente que han sufrido un delito sexual, llámese violación o abuso sexual).

Esto con el objetivo de formular la historia clínica de la víctima. La historia clínica debe de contener los siguientes apartados: a) Ficha de identificación; b) Descripción de la víctima tanto física como emocionalmente; c) Narración de los hechos según delito; d) Antecedentes personales; e) Antecedentes familiares y por último, f) Relaciones interpersonales (con quien y de qué manera se relacionan) de los familiares, incluso de la víctima.

La historia clínica es la narración escrita, en soporte de papel o informático, clara, precisa, detallada y ordenada de todos los datos, conocimientos y hechos, tanto personales como familiares, que se refieren a un individuo y que sirven de base para el juicio definitivo de su estado de salud actual, tanto emocional, psicológica y física. En el aspecto jurídico, no tan sólo debe recoger datos personales del individuo, sino también el resultado de las entrevistas clínicas;

el lenguaje en las entrevistas debe ser claro y preciso para que se plasme en el documento así solicitado. Además, debe ser preciso en la constatación de las exploraciones físicas, así como en el resultado de las técnicas complementarias (pruebas psicológicas y examen médico), el diagnóstico confirmado, o en su defecto, provisional y finalmente brindar el tratamiento adecuado (Millares, 2002).

2) Examen médico ginecológico. El cual consiste en detectar síntomas y signos, ya que cuando se es objeto de una violación o abuso sexual, existen heridas extra genitales, lesiones genitales, además de los síntomas psicológicos emocionales.

3) Aplicación, calificación, interpretación y resultados de pruebas psicológicas. Se deben de aplicar varios instrumentos psicológicos (escala y/o prueba de personalidad, pruebas proyectivas como dibujo de la figura humana y persona bajo la lluvia, HTP (casa, árbol y familia), CAT-H, CAT-A y muñecos sexuados (técnica especialmente adecuada para peritajes, psicoterapia y educación sexual), escala de ansiedad manifiesta en niños, cuestionario de depresión en niños, cuestionario de conducta para niños, cuestionario de auto-reporte e instrumentos psicométricos de inteligencia RAVEN).

Barro (2018), menciona que los test de dibujo de la figura humana y persona bajo la lluvia (evalúan la imagen corporal del sujeto permitiendo acceder a los conflictos psíquicos y mecanismos de defensa), resultan ser una herramienta muy eficaz en la detección de niños abusados (agresión sexual).

De acuerdo a la metodología, debe de existir estrecha relación y coherencia entre los tres puntos ya planteados. Cabe señalar que los síntomas (son subjetivos ya que el o los individuos manifiestan su sentir tal como lo viven y perciben), son todo aquello que manifiestan de los hechos del delito, de forma verbal y manifiesta, tanto la víctima, como los padres de la misma, o demás entrevistados. Por el contrario los signos (son objetivos ya que son tangibles, se pueden ver, se pueden medir). Por ejemplo si una persona dice: “me duele la cabeza” (síntoma), se dice que es subjetivo ya que no se puede ver el dolor de la cabeza. O bien, si un individuo dice: “tengo gripe” (signo), es objetivo que se puede ver escurrimiento nasal, ojos llorosos u otras manifestaciones. Esto nos garantiza tener resultados fehacientes sobre delitos contra la libertad sexual e integridad de los individuos.

## **Terapia Cognitivo Conductual: Enfoque terapéutico orientado a niños afectados por abuso sexual**

EL ABUSO sexual infantil ha sido considerado un problema social de gran envergadura en todo el mundo y sobretodo que provoca consecuencias serias en la salud pública. Su efecto es variado e involucra diversos factores como lo son su frecuencia, la gravedad, duración y otros relacionados a la fase evolutiva del menor y su entorno familiar (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2011). El ASI es un fenómeno que tradicionalmente se ha mantenido oculto. Sin embargo, en la actualidad los investigadores en el tema han mostrado un creciente interés y preocupación en la mayoría de los casos, ya que todo tipo de abuso sexual genera una serie de repercusiones psicológicas en la estabilidad emocional del menor, así como en su entorno familiar y social.

Cabe enfatizar que en el presente documento se hace referencia a los síntomas inmediatos o a largo plazo que se pueden presentar después del trauma; a los diversos enfoques de tratamiento, metas de la terapia, sus componentes, usos, efectividad y limitaciones.

El abuso sexual infantil se define como la participación de un niño en la actividad sexual que él o ella no comprende completamente, no puede dar su consentimiento informado o para lo cual el niño no está preparado para el desarrollo, o de lo contrario viola las leyes o los tabúes sociales de la sociedad. Los niños pueden ser abusados sexualmente por adultos y otros niños que son, en virtud de su edad o etapa de desarrollo en una posición de responsabilidad, confianza o poder sobre la víctima (OMS, 2016).

### *Síntomas*

Los síntomas que se pueden presentar después del abuso sexual son creencias no adaptativas y/o inútiles atribuciones relacionadas con los hechos abusivos, incluyendo:

- ◇ Sentimiento de culpa por su papel en el abuso.
- ◇ Enojo con los padres por no saber nada respecto al abuso.
- ◇ Sentimientos de impotencia.
- ◇ Sensación de que son de alguna manera “personas afectadas”.



- ◇ Temor a que la gente los trate diferente por ser abusados.
- ◇ Actuación de comportamientos tales como la participación en conductas sexuales inapropiadas para su edad.
- ◇ Trastornos de salud mental como la depresión.
- ◇ Trastorno de estrés postraumático (TEPT) síntomas que se caracterizan por:
- ◇ Pensamientos intrusivos y recurrentes de la experiencia traumática.
- ◇ Evitación de recuerdos del trauma (a menudo lugares, personas, sonidos, olores, y otros desencadenantes sensoriales).
- ◇ Entumecimiento emocional.
- ◇ Irritabilidad.
- ◇ Dificultad para dormir o concentrarse.
- ◇ Hiperactivación física y emocional (a menudo caracterizado por ondas emocionales o aceleramiento rápido de ira o llanto desproporcionado al estímulo aparente).

Todos los síntomas antes mencionados pueden impactar diariamente la vida del niño, así como su comportamiento afectivo, desempeño escolar, atención, autopercepción y regulación emocional.

#### Enfoques de tratamiento de la terapia cognitivo conductual

- ◇ Terapia cognitiva: el objetivo es cambiar comportamientos al abordar los pensamientos y percepciones de la persona, particularmente aquellos que presentan patrones que crean distorsiones o puntos inútiles de vista.
- ◇ Terapia conductual: se centra en la modificación de respuestas habituales (ira y miedo ante estímulos o situaciones identificadas).
- ◇ Terapia familiar: se dirige a examinar patrones de interacción entre los miembros de la familia para identificar y aliviar problemas.

Este tipo de terapias utiliza un comportamiento cognitivo bien establecido de procedimientos en el manejo del estrés que han sido desarrollados originalmente para el tratamiento del miedo, la ansiedad y la depresión en adultos (Wolpe, 1969; Beck, 1976).

## *Metas*

Generalmente las metas de este tipo de terapia son:

- ◇ Reducir las emociones negativas de los niños y las respuestas conductuales al trauma.
- ◇ Corregir creencias desadaptativas o inútiles y de las atribuciones relacionadas con la experiencia traumática (por ejemplo, la creencia de que el niño es responsable del abuso).
- ◇ Proporcionar apoyo y desarrollar habilidades que ayude a padres no ofensivos a ser eficaces en su propia angustia emocional.

## *Componentes*

Los componentes de este tipo de terapia pueden ser resumidos por la palabra “PRÁCTICA”:

- ◇ P. Psicoeducación y desarrollo de habilidades en la crianza - Discusión y educación sobre el maltrato infantil en general y de las reacciones típicas emocionales y de comportamiento ante el abuso sexual; entrenamiento para padres enfocado en el manejo de comportamiento y comunicación efectiva.
- ◇ R – Relajación y sus técnicas — Enseñanza en métodos de relajación, enfocados a la respiración, relajación muscular progresiva, e imágenes visuales.
- ◇ A – Afectos de expresión y regulación. Ayudar al niño y a padres a manejar sus reacciones emocionales a los recordatorios del abuso, mejorar su capacidad de identificar y expresar emociones y participar en la autosuficiencia y ocupaciones.
- ◇ C – Cognición de afrontamiento y procesamiento— Ayudar al niño y al padre a entender la conexión entre pensamientos, sentimientos y comportamientos; explorando y corrigiendo atribuciones inexactas relacionadas con los eventos diarios.
- ◇ T- Trauma, narrativa y procesamiento. Ejercicios de exposición gradual, incluyendo recuento verbal, escrito o simbólico de eventos abusivos, y el procesamiento de pensamientos inexactos y / o inútiles sobre el abuso.
- ◇ I – In vivo, exposición gradual a recordatorios de trauma en el entorno del niño (por ejemplo, sótano, oscuridad, escuela),

para que el niño aprenda a controlar su propia reacción emocional.

- ◇ C – Colectividad de padres e hijos en sesión. Trabajo familiar conjunto para mejorar la comunicación y crear oportunidades para la discusión terapéutica en relación con el abuso y para que el niño comparta en forma narrativa su trauma.
- ◇ A- Alentar y estimular la seguridad y el crecimiento personal. Educación y formación personal en habilidades de seguridad, relaciones interpersonales y sexualidad sana. Alentar el uso de nuevas habilidades en el manejo de estresores futuros y variables recordatorias de trauma.

### *Limitaciones*

Este tipo de terapia no puede ser apropiada o ser modificada por lo siguiente:

- ◇ Para aquellos niños que presentan problemas graves de conducta u otros problemas de comportamiento significativos antes del trauma de abuso sexual. Para aquellos niños que son agudamente suicidas o que abusan activamente de sustancias. El componente exponencial de esta terapia puede empeorar temporalmente los síntomas. Sin embargo, otros componentes de ésta han sido utilizados con éxito para abordar estos problemas. Puede ser que para estos niños, el ritmo o el orden de las intervenciones necesita ser modificado.

### *Efectividad de la terapia*

De acuerdo con la literatura científica varias investigaciones científicas han evaluado el impacto de esta terapia en niños que han sido víctimas de abuso sexual u otros traumas (Cohen, Mannarino, & Iyengar, 2011; Weiner, Schneider, & Lyons, 2009). Hasta la fecha, los hallazgos demuestran consistentemente que este tipo de terapia para ser útil en la reducción de los síntomas del estrés postraumático (TEPT), así como los síntomas de depresión y dificultades de comportamiento en niños que han experimentado abuso sexual u otros traumas.

La terapia de apoyo no directivo, la terapia de juego y la terapia centrada en el niño, han demostrado ser efectivas en este tipo de problema.

Referente a la terapia en cuestión, estudios han demostrado que los niños muestran mejoría típicamente en:

- ◇ Las experiencias de evitación han sido significativamente menos intrusivas, frente a los recordatorios y emociones asociadas.
- ◇ Han mostrado reducción en su depresión, ansiedad, disociación personal, problemas y vergüenza ante el trauma y mejoría en la confianza interpersonal y competencia social.
- ◇ Han desarrollado mejoras en las habilidades de seguridad personal (Deblinger, Mannarino, Cohen, Rynuyon y Steer, 2011).

La investigación también demuestra una respuesta positiva en el tratamiento para los padres (Cohen, Berliner, & Mannarino, 2000; Deblinger Lippmann, & Steer, 1996). En estudios realizados con los padres a menudo reportan reducciones en la depresión, angustia emocional asociada con el trauma, y síntomas del trastorno por estrés postraumático, así mismo reportan mayor capacidad para apoyar a sus hijos.

En resumen, se puede observar que el abordaje con este tipo de enfoque terapéutico y basado en la evidencia es de gran utilidad en el caso de niños que han sufrido abuso sexual, exposición a la violencia o traumas similares.

## Referencias

- Azaola (2006). "Maltrato, abuso y negligencia contra menores de edad". Recuperado de <https://www.uam.mx/cdi/pdf/seminario.chw101.2.pdf>
- Barro, A. (2018). "Abuso sexual en niños de 9 a 12 años de edad. Su importancia en los test de dibujos". Recuperado de [Psicologiajuridica.org/archives/7467](https://psicologiajuridica.org/archives/7467).
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York, N.Y. Meridian
- Bellak, L. y Sorel, B. S. (2017). *Test de apercepción infantil con figuras animales (CAT-A). Psicometría y psicodiagnóstico*. Manual de aplicación. Ediciones Culturales Paidós.
- Buck, N. J. y Warren, W. L. (2019). *Casa, árbol y persona. (H.T.P.). Manual de interpretación de la técnica proyectiva de dibujo*. Adaptador: J. Pereña. Tea Ediciones, S. A. Recuperado de: [web.teaediciones.com/h-t-p-\(casa-arbol-persona\)-manual-y-guia-de-interpretacion-](http://web.teaediciones.com/h-t-p-(casa-arbol-persona)-manual-y-guia-de-interpretacion-)
- Child Welfare Information Gateway. (2013). *Alternatives for families: A cognitive behavioral therapy (AF-CBT)*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau. Retrieved from <https://www.childwelfare.gov/pubs/cognitive/>
- Código Penal para el Estado de Zacatecas (1986-2018). "Delitos contra la libertad sexual e integridad de las personas. Título décimo segundo, capítulo I abuso sexual y capítulo IV violación". Código publicado en el Suplemento al Periódico Oficial del Estado de Zacatecas.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Berliner, L., & Deblinger, E. (2000). "Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents: An empirical update". *Journal of Interpersonal Violence*, 15 (11), 1202-1223.
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J., Runyon, M. K., & Steer, R.A. (2011). "Trauma-focused cognitive-behavioral thera-

- py for children: Impact of the trauma narrative and treatment length”. *Depression and Anxiety*, 28, 67-75. doi:10.1002/da.20744
- Early Institute (2017). “Alumbra-Una luz contra el abuso infantil”. Recuperado de <https://alumbramx.org/>
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2011). “Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso Sexual infantil intrafamiliar: Un enfoque integrador”. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, Vol. 19, N° 2, 2011, pp. 469-486
- Freud, S. (2005). “Inhibición, síntoma y angustia”. En Strachey, J. (Ed.) *Obras completas*. (Vol. XX). Buenos Aires; Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1926).
- Laplanche, J. (2013). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós: Buenos Aires, Barcelona, México.
- Millares, P. (2002). “La historia clínica: aspectos lingüísticos y jurídicos”. *Revista Panace@* (3)8. pp. 1-39. Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León Valladolid (España). Recuperado de: [www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n8-PrietaMiralles.pdf](http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n8-PrietaMiralles.pdf)
- Raven, J. C. (2007). *Test de matrices progresivas. Escala general. Cuaderno de matrices, series A, B, C, D y E*. Buenos Aires: Paidós.
- Roitman, C. (1993). *Los caminos detenidos. Del desarrollo psíquico a la defusión pulsional*. Paidós: Buenos Aires.
- Vita, A. (2015). “Temporalidad y sujeto en el abuso sexual infantil”. *INFEIES-RM*, 4 (4). Presentación de casos - Mayo 2015: <http://www.infeies.com.ar> Revista Multimedia sobre la Infancia y sus Institución(es) Año 4, No. 4.
- Wolpe, J. (1969). *The Practice of Behavior Therapy*. New York: Pergamon.

Este libro se terminó de imprimir el 20 de diciembre de 2020 con un tiraje de 500 ejemplares, en el taller gráfico de Pandora Editores de la ciudad de Guadalajara. El cuidado de la edición estuvo a cargo del Departamento Editorial de la Universidad Autónoma de Zacatecas.