



UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA
INCORPORADO A LA UNAM, CLAVE 8183-25

“Eficacia del tratamiento en el abuso sexual”

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:
BARBARA IXHEL SANTOYO ALVAREZ.

Asesor: Lic. Ma. Eugenia Nicolín Vera.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Papá: Este logro es tuyo, ya que sin ti hubiese sido imposible, gracias por apoyar mis sueños, metas y mis locuras, espero te sientas tan orgulloso de mi como lo estoy yo de ti.....y aun que no lo digo a menudo TE QUIERO!!!!

Mamá: Gracias por ser mi amiga, la mejor confidente, y cómplice de mi vida, gracias por tus palabras de apoyo en los momentos que mas las necesite, gracias por regañarme cuando era justo, y por tener las palabras adecuadas para dejarme ver que si podía, cuando no creía en mi, pero lo mas importante, GRACIAS por ser la mejor mamá del mundo, sin ti no lo hubiese logrado.....TE QUIERO!!!!!!

A mis Hermanos Mily, Carlos y Rodrigo; Gracias por estar conmigo en las buenas, en las malas, por apoyarme, aconsejarme y compartir conmigo todos los momentos que han sido importantes en mi vida, y más que nada por tener la fortuna de que sean mis hermanos, los quiero mucho, mucho!!!

Papa Beto; Gracias por ser mi ejemplo de vida y compartir tu experiencia conmigo, por aconsejarme, y por esa enorme paciencia que me tienes. Te quiero.

Abuelita Loreta; Por que aun que ya no estas conmigo, siempre estas presente en mi corazón y pensamiento, gracias por enseñarme la fortaleza que debe tener una mujer, para conseguir sus sueños. Te quiero.

Fernando, Amor... gracias por siempre tener una palabra de aliento para mí, por escucharme, y por intentar entenderme, por tus criticas, que me ayudaron a mejorar mi trabajo, por estar conmigo en momentos difíciles y por construirme otros muy bellos, sin ti este logro no seria lo mismo.....Te Amo!!

A mis amigos, Toralete, Itzel, Bere y Jorge chicos!! Gracias por ser mis cómplices en todos los momentos, y aun que la vida nos separe, siempre los llevo en mi pensamiento y corazón!!

A mis Maestros; Gracias por compartir sus conocimientos y experiencia conmigo, definitivamente sin ustedes este sueño no seria lo que hoy es.

Maestra Nicolín; Gracias por esa enorme paciencia que me tuvo a lo largo de mi carrera profesional, por dirigir mi sueño y llevarlo acabo...gracias!

Índice.

Agradecimientos

Resumen.

I. Introducción	1
II. Planteamiento del problema	3
III. Justificación	4
IV. Objetivos	6
V. Marco Teórico	7
A. Antecedentes históricos del Abuso sexual	7
B. Abuso Sexual	10
1. Características del abuso sexual	13
2. Fases del abuso sexual	15
3. Formas y tipos del abuso sexual	19
4. Mitos y Realidades alrededor del abuso Sexual	21
C. Evaluación y Alternativas de Tratamiento.	
1. Evaluación de las víctimas de abuso sexual	24
2. Entrevista	25
3. Autor registros	25
4. Cuestionarios	25
5. Cuestionarios de la historia previa	26
6. Listado de características de la agresión	26
7. Cuestionario de Ansiedad estado /Riesgo	26
8. Cuestionario general de salud	26
9. Escala Tennessee de auto concepto	27
10. Inventario de Depresión	27
11. Escala de Estados de Animo	27
12. Inventario de Auto informe	27
13. Listado de síntomas de Derogatis	27
14. Cuestionario de Miedos de Veronen y Kilpatrick	28
15. Escala de Adaptación	28
16. Test de síntomas resultantes de la agresión sexual	28

17. Escala de Impacto de acontecimientos de vida	28
18. Evaluación del CASIC de intervención en crisis	28
19. Entrevista inicial sobre violencia sexual	29
E. Terapias Utilizadas para Tratar el Abuso Sexual.	
1. Intervención en crisis	30
2. Modelo Humanista	33
3. Teoría del Aprendizaje Social	35
4. Modelo Cognitivo Conductual	37
5. Modificación de la Conducta (MC)	40
6. Terapia Individual	43
7. Terapia Familiar	44
8. Terapia Grupal	45
9. Terapia de juego	48
10. Acciones que se deben tomar en los casos de abuso sexual	55
VI. Conclusiones	56
VII. Propuesta	60
VIII. Bibliografía	69

Resumen.

Dentro de esta investigación se analizó la intervención terapéutica en adolescentes y niños que han sido víctimas de abuso sexual por parte de adultos, así como sus incidencias y consecuencias a largo y corto plazo, definiendo el abuso sexual desde la perspectiva de diferentes autores. De este modo se dejara ver las diferentes opciones terapéuticas, que tiene la víctima, los diferentes tipos de abuso y las necesidades que dicho suceso generan tanto en el adolescente como en el niño, las cuales se obtendrán mediante una evaluación profesional previa. El tratamiento ha de diseñarse basándose en las necesidades anteriormente ya mencionadas.

Palabras Clave: Pensamiento, reconstrucción, aprendizaje, cognitivo, conductual, Abuso Sexual.

I.-Introducción.

La complejidad de las conductas sexuales en los humanos es producto de su herencia social, su inteligencia y de sus diversas sociedades, las cuales no siempre están gobernadas enteramente por su deseo biológico, como ocurre en casi todos los animales. Sin embargo, el motor base del comportamiento sexual humano siguen siendo los instintos, aunque su forma y expresión dependen de la cultura y de elecciones personales; esto da lugar a una gama muy extensa de comportamientos sexuales.

Si bien se han realizado numerosos estudios respecto al Abuso sexual, es importante aclarar que las estadísticas hacen referencia a los pocos casos que han sido denunciados en Medicina Legal y en otras instituciones, debido a las condiciones y efectos ligados a dicha problemática.

Dicha problemática representa uno de los más importantes problemas que atenta contra la estabilidad social debido a su potencial de destrucción, dado que promueve y genera nuevos círculos de violencia que obstaculizan, distorsionan y alteran el desarrollo integral de los individuos.

Tiene consecuencias a corto y largo plazo; además, podrá ser más o menos demorado y complejo, según el nivel de desarrollo evolutivo alcanzado por el menor, lo cual determinará la extensión, gravedad y cronicidad de los efectos ocasionados. Razones por las cuales , este tema de investigación, tiene gran relevancia en la atención victimológica, puesto que las víctimas requieren del apoyo de los profesionales con los que tienen contacto en este tipo de procesos, es decir, psicólogos, abogados, médicos forenses, trabajadores sociales, entre otros.

Si bien es cierto que la intervención profesional en crisis está en un proceso de construcción, también es cierto que se pueden encontrar algunas instituciones que ofrecen la ayuda de diferentes profesionales encargados de atender los requerimientos de todo el proceso que se desencadena a partir de la denuncia.

Teniendo en cuenta el impacto negativo que genera el abuso sexual en las víctimas y en las personas que las rodean, se considera de vital importancia brindar atención psicológica adecuada y a tiempo para poder llevar a cabo un tratamiento el cual permita a la víctima rehabilitar sus habilidades tanto personales como sociales. Por lo tanto esta tesis se centra en la eficacia que tiene el tratamiento psicológico, en personas que hayan sido víctimas de este delito.

II.- Planteamiento del Problema.

El abuso sexual puede producirse entre adultos, de un adulto a un menor o incluso entre menores, de este modo es considerado un tipo de maltrato infantil, el cual se caracteriza por contacto e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto en su rol de agresor usa al niño para estimularse sexualmente. El abusador sexual es generalmente una persona conocida por la víctima, puede ser un familiar o amigo. No obstante, también existen los casos en donde personas desconocidas pueden ser los agresores y logran atraer a la víctima por medio de regalos y haciéndose amigo del niño, niña y/o adolescente en cuestión. El suceso sexual una vez ocurrido produce daños físicos y psicológicos al menor y/o jóvenes pre-adolescentes, provocando un fuerte impacto emocional, lesiones graves, alteraciones psicológicas y de conducta sexual, alterando también sus relaciones con otras personas, produciendo a su vez la ausencia de denuncias por parte del abusado, que en la mayoría de los casos entra en un estado de negación, pérdida de autoestima, y en ocasiones en un extraño sentimiento de ambivalencia hacia el abusador, abordado de sentimientos como el miedo, agresividad y amor; entre otras. Por esta razón la presente investigación es de gran relevancia, ya que se analizarán las diversas opciones terapéuticas que tiene el psicólogo para tratar efectivamente a dicha problemática.

III.-Justificación.

Es difícil de conocer de manera exacta cuántos casos de abuso sexual ocurren diariamente e incluso se puede decir que ni siquiera se ha llegado a un aproximado de ello pues este delito es poco reportado (Vallares, 1993). Al respecto (Contreras, 1990) menciona que los datos estadísticos que se tienen acerca del abuso sexual son sólo estimaciones o deducciones sin fundamento claro, no habiendo suficientes datos fidedignos que sustenten la frecuencia de este problema en México; lo que se conoce como "cifra negra" para los ministerios públicos son los casos que no se denuncian por diversas causas como:

- Miedo al agresor
- Por no enfrentarse al trato del sector policíaco.
- Miedo al desprestigio, crítica o rechazo familiar y social.
- Desconocimiento de los derechos constitucionales y el proceso penal.
- Miedo a que se le culpe.
- La negación de la familia a denunciar por cuestiones moralistas o familiares.

La APSIQUE (2000) menciona que el silencio acerca del abuso sexual ha comenzado a romperse, ya que en Chile entre los años 1987 y 1999 los abusos a menores de 0 a 6 años, que fueron denunciados aumentaron de un 4% a un 17% del total de casos. Esto no significa que el problema haya crecido, si no que se está denunciando más y se está dando una señal de despertar ante la problemática lanzando así, nuevas campañas que abordan el tema.

En un documento elaborado por la ONU se asegura que en algún momento de su vida, más de la mitad de las latinoamericanas han sido víctimas de violencia, y que al menos el 33% sufrió un abuso sexual. Citando un estudio hecho por legisladores mexicanos, el informe de la ONU indica que el 90% de los menores de edad que han sido agredidos son niñas y la mayoría no son denunciadas, en este mismo documento dice acerca de Colombia, que en una de cada diez violaciones que se cometen, la víctima es una niña menor de cuatro años. En Brasil, un marinero extranjero puede tener relaciones sexuales

con una niña de entre 9 y 14 años por 30 dólares y se advierte que, a pesar de los avances en materia legislativa y de la creación de centros de apoyo a la mujer en algunos países, la violencia no ha disminuido de manera notable (CIMAC, 1999).

Por otra parte, en E. U., (Shrier, Pierce, Emancy y Durrant ,1998) describen que entre el 7% y el 17% de los adolescentes y adultos jóvenes informan haber tenido relaciones sexuales no voluntarias; alrededor del 20% son mujeres. En los universitarios entre el 5% y el 28% de las mujeres sufrieron violación antes de los 16 años. La actividad sexual no deseada durante la infancia y adolescencia como señalan los expertos esta asociada a otros factores y así causa un daño psicológico severo.

En México, según datos del INEGI existen aproximadamente 40 millones de niños y adolescentes, de los cuales más de 16,000 son explotados sexualmente de acuerdo con cifras arrojadas por el estudio "Infancia Robada" realizado en el año 2000 en seis ciudades de la República Mexicana por la investigadora Elena Azola y auspiciado por la UNICEF, el DIF y la UNAM, sin considerar todos los casos que no son registrados. Esta cifra demuestra que más allá de que tengamos la voluntad de aceptarlo o no, es innegable que en México existen y se multiplican estas conductas en contra de nuestros niños, niñas y adolescentes, al amparo de una débil legislación que provoca que las mafias implicadas en la explotación sexual comercial infantil se desplacen hacia nuestro territorio y operen en él, lo anterior según lo expuesto por Bruce Harris, director ejecutivo de la Casa Alianza de América Latina en el panel "Explotación Sexual de los Niños", en el marco de la 110 Asamblea de la Unión Interparlamentaria (UIP) celebrada el pasado 21 de abril del 2004.

IV.-Objetivos.

Objetivo General:

- Evaluar la eficacia del tratamiento en el abuso sexual.

Objetivos Específicos:

- Realizar una revisión teórica actualizada sobre el abuso sexual.
- Evaluar y conocer la efectividad del proceso terapéutico que se imparte a víctimas del abuso sexual.

VI.- Conclusiones.

En la presente tesina, se brindan los elementos teóricos de los diferentes tipos de enfoques y terapias, que son utilizadas en el tratamiento del Abuso Sexual, abordando las herramientas que se pueden utilizar en la detección así como en el diseño del tratamiento que resulte adecuado en utilizar dado el caso.

En este sentido, el enfoque Cognitivo–Conductual, constituye una terapia, apropiada tanto para el infante como para el adolescente, el cual ha sido víctima de dicho suceso, y se encuentra en un panorama de desolación, confusión, coraje, miedo, frustración y en el peor de los casos en depresión; que de no es atendido apropiadamente podría terminar en un desenlace fatal.

Las consecuencias que trae consigo el Abuso Sexual en la infancia y la adolescencia pueden causar estragos tanto en la estructura de la personalidad, así como en su vida adulta, debido a los estresores psicosociales como las etiquetas que la misma sociedad pone a personas que han pasado por este tipo de situación, dando como resultado sintomatologías o patologías permanentes, ya que muchas veces, prefieren guardar silencio para evitar esto, llevando a la víctima a sentir y creer que es culpa suya, de este modo se obstaculiza el desarrollo en sus relaciones interpersonales, sociales y familiares.

Por lo tanto y sin menospreciar a los diferentes enfoques que puedan tratar al Abuso Sexual, se considera que la Terapia Cognitivo – Conductual, es un método terapéutico que resulta eficaz por su amplio rango de tratamiento, ya que emplea técnicas como la reestructuración cognitiva, la desensibilización sistemática, entrenamiento asertivo, reforzamiento positivo y la terapia racional emotiva, como herramientas básicas para identificar y expresar sentimientos, descargar tensiones, explorar situaciones, cambiar pensamientos negativos por positivos, facilitar la comunicación y buscar nuevas formas de relacionarse con las demás personas, de un modo seguro y apropiado para el desarrollo integral

.

De esta manera, al otorgarle un espacio al infante o adolescente en donde se sienta seguro, libre de perjuicios o críticas, podrá comenzar a adquirir confianza, tranquilidad, por lo cual lo podrá expresar emociones, pensamientos y conductas, lo que ayudará a reconstruir de este modo, un auto-concepto más positivo y crear alternativas de solución de conflictos a nivel cognitivo y conductual.

Por lo tanto es prudente mencionar que los efectos que se obtienen mediante esta terapia, se darán a partir de las actitudes, recursos, objetivos y habilidades que aporta el terapeuta de este enfoque, las cuales se basan en la reconstrucción del pensamiento y conducta. Siendo estos los elementos fundamentales que se establecen en la relación terapéutica y que el menor o adolescente recibe para desarrollarse emocional, cognitivo y conductualmente.

Respecto a las cualidades del terapeuta es necesario que éste trabaje con sus propios sentimientos y experiencias, para que de esta forma, sirva como guía en el proceso de aprendizaje, des-aprendizaje y reconstrucción del sujeto.

Entre las características personales, hay que destacar que tanto la edad, sexo, y apariencia parecen ser significativas en el tratamiento de dichos casos ya que algunas veces, el género sexual del terapeuta podría ser importante para intervenir en el tratamiento de algunos niños u adolescentes.

Como se puede observar, el papel del terapeuta es fundamental, ya que éste estimulara la acción del paciente para que pueda reestructurar tanto su pensamiento como su conducta, a partir de los cuatro pilares básicos que conforman este enfoque. En este sentido, el rol que desempeña es sumamente activo, ya que es él responsable de la estructuración de la relación terapéutica, ya que él es quien interviene como guía, para que la víctima pueda aprender a quitar la carga emocional del evento, para modificar la percepción de sí mismo, tanto en términos personales, como las del agresor, es decir, se quitará el pensamiento de culpa y que permita que puedan seguirlo agrediendo, logrando de esta manera, un nuevo aprendizaje, a través del cual, podrá

enfrentarse a futuras agresiones, pero ahora con nuevas habilidades sociales, dejando atrás su papel de víctima para adoptar el de una persona que tiene derechos y posibilidades de una mejor calidad de vida.

Por otro lado, podrá capacitar a los familiares para establecer relaciones personales funcionales con el menor o adolescente. No obstante, suponiendo que alguno de los familiares no quisiera participar en el tratamiento, esta tiene buenos resultados, debido al proceso de aprendizaje que vive la víctima. Sin embargo, es fundamental llevar a cabo un trabajo de orientación, información y tratamiento con los familiares del menor o adolescente, ya que son los responsables del cuidado físico, emocional, cognitivo y conductual de dicho sujeto.

Con lo anterior se concluye que la terapia Cognitivo –Conductual, es una postura promotora de la reconstrucción y readaptación, que le permite a la víctima conducirse a la mejoría, entendiéndose este último como la adaptación de su vida dentro de sus propias realidades y obteniendo de este modo, un cambio en su pensamiento y conducta. Por lo tanto los cambios que adquiera, los podrá manifestar en otros ambientes, aun cuando las condiciones no sean tan optimas. Esto se debe a que el niño o adolescente mejora, aprende y se desarrolla nuevamente, tanto emocional, conductual como cognitivamente.: es decir se reestructura

De esta manera se considera como una opción teórica, para los psicólogos que se interesen en la salud emocional, conductual y cognitiva de los niños y adolescentes que han sido victimas de Abuso Sexual, los cuales dado sus circunstancias viven en un mundo que les parecerá difícil, injusto y agresivo.

Cabe resaltar que tanto las aportaciones e investigaciones que se han desarrollado acerca del Abuso Sexual dentro de este enfoque han sido pocas y quizá se deba a que no es denunciado como debiese, y por la falta de conciencia en la sociedad, además de la falta en muchos casos, de empatía y solución por parte de los profesionales que tratan a las víctimas.

Finalmente, es primordial realizar los fundamentos de la terapia Cognitivo – Conductual, como una alternativa al estudio del individuo y la reconstrucción de la persona. Sobre esta base, se justifica la presencia del terapeuta cognitivo conductual, altamente capacitado al llevar una extensa y adecuada capacitación tanto personal como profesional, para que de este modo pueda realizar una eficaz intervención. Es decir, es necesario que conozca a profundidad los elementos teóricos y metodológicos, a fin de comprender e intervenir oportunamente en cada caso. Asimismo, es necesario que lleve acabo un proceso terapéutico individual realice prácticas y que éstas sean supervisadas por personas con experiencia, así como también, tener la responsabilidad y el compromiso ético profesional para trabajar con las víctimas, pues como ya se dijo antes ,éste será el conducto del desarrollo, aprendizaje, reconstrucción cognitivo y conductual, del ser humano.

VII.- Propuesta.

El abuso sexual en los niños y adolescentes es un problema social importante que afecta a un gran número, en todo el mundo. Para muchos niños, y adolescentes, aunque no en todos, provoca varios problemas psicológicos y conductuales, algunos de los cuales pueden continuar hasta la edad adulta. Es importante conocer qué opción terapéutica tiene más probabilidades de beneficiar a los niños y adolescentes ya traumatizados por estos eventos. Por lo tanto una vez concluido el análisis se considera que las siguientes técnicas desde el enfoque cognitivo –conductual, son las mas efectivas para tratar en este tipo de casos, dado sus objetivos y características.

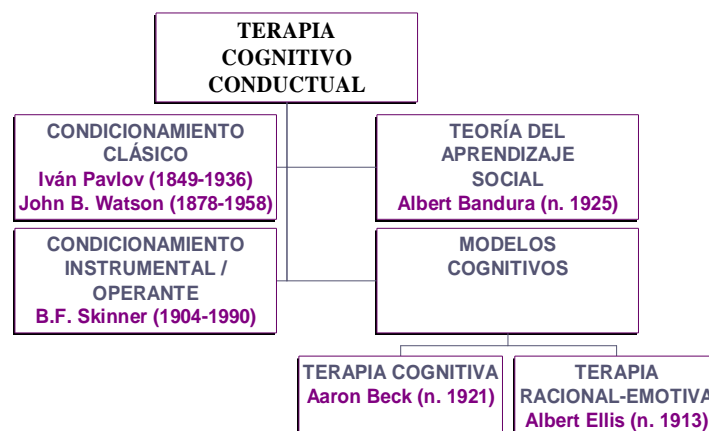
Para comenzar a hablar de la terapia cognitivo conductual, sería importante preguntarnos ¿qué es la terapia cognitivo conductual?, si realmente se entiende de qué modo funciona y si esta es tan eficaz, pues bien en este trabajo se pretende aclarar estas posibles dudas, dando un breve pero claro acercamiento a dicho enfoque, dejando ver, el por qué de la preferencia a éste, y su eficacia en el tratamiento del abuso sexual en niños y adolescentes.

La terapia cognitivo conductual es un modelo de intervención clínica, opera sobre las conductas, pensamientos, emociones, y respuestas fisiológicas, disfuncionales del paciente, consta de tres fases o etapas que son la evaluación, la intervención propiamente dicha y el seguimiento.

La evaluación examina cuidadosamente el caso, mediante la entrevista y la observación clínica, registros, auto registro, y diversos instrumentos estandarizados, en ésta se formulan hipótesis acerca de los problemas que presenta la persona y se trazan los objetivos del tratamiento.

En la intervención se emplean técnicas terapéuticas orientadas al logro de los objetivos planteados. Dentro del seguimiento se evalúa la efectividad del programa terapéutico en el mediano y largo plazo y se realizan los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios positivos.

Se apoya en cuatro pilares teóricos básicos que son el aprendizaje clásico, operante, social y cognitivo.



La primera fase del tratamiento Cognitivo-Conductual se enfoca en la identificación de los pensamientos y conducta que influyen de manera negativa en el sujeto, llevándolo a una desadaptación tanto personal como social. Por lo tanto, es importante que el terapeuta guíe a la víctima, dentro de un panorama en donde este pueda encontrar empatía y confianza, lo que le permitirá expresar todo sentimiento, que la agresión haya producido en él. Por otro lado el terapeuta debe tener el conocimiento necesario, para manejar sus propias emociones así como las del paciente, y llevar a cabo una adecuada identificación y planeación de tratamiento, que dará como resultado el cambio en el pensamiento y conducta negativa de la víctima.

La segunda fase del tratamiento, se enfoca en la creación de nuevos pensamientos, los que llevarán a la modificación de la conducta, logrando una adaptación de la víctima a nuevos escenarios, este se lleva a cabo por medio de la descarga emocional, es decir que el paciente deje de sentir y pensar, que fue culpa suya, dejando atrás el papel de víctima, y logre de esta manera una reestructuración cognitiva y conductual.

En la última fase del tratamiento, se llevará a cabo la consolidación de los cambios cognitivos y conductuales, que se han tratado dentro de la terapia, para que esto sea así, es necesario que el paciente en esta fase, pueda reconocer los cambios introyéndolos, es decir, que los haga suyos y atribuya este cambio a sí mismo.

El procedimiento de la terapia Cognitivo- Conductual se puede ilustrar de la siguiente manera:

Fase educativa (establecimiento de la relación terapéutica). Es aquí en donde el terapeuta es el responsable de llevar a cabo la adecuada relación terapeuta – paciente, y sirva como guía en el manejo de las emociones y pensamientos, tanto de la víctima como suyos, de este modo la víctima podrá trabajar con tranquilidad.

Fase de evaluación o conceptualización. Dentro de esta fase lo que se busca es realizar un diseño del programa que el terapeuta va a seguir dentro de la terapia, decidiendo las técnicas que utilizara para dicho caso. Con respecto al paciente se le evaluará por medio de cuestionarios, para determinar su autoconcepto, autoestima, estructura cognitiva y conductual, logrando una identificación de estos últimos y poder dar comienzo a la terapia.

Fase de re-conceptualización del problema. En esta fase se escuchará al paciente, se seleccionarán e identificarán los diferentes estímulos tanto positivos como negativos, responsables de la conducta adecuada e inadecuada, dejando claro el panorama para el terapeuta, y el tratamiento a seguir.

Fase de intervención-adquisición y aplicación de habilidades de afrontamiento. Dentro de esta fase se le enseñara al paciente, técnicas de relajación, las cuales permitirán que aprenda el correcto manejo de sus pensamientos, emociones y conducta, así podrá obtener un aprendizaje sobre nuevas habilidades para enfrentar situaciones difíciles en su vida cotidiana, lo cual permitirá llevar sus pensamientos y conducta a otros escenarios fuera del consultorio con un adecuado manejo ansiedad, miedo, coraje, etc. Este nuevo aprendizaje, se verá reflejado en la adaptación del sujeto a su vida.

Fase de aplicación en la vida cotidiana. En esta fase se llevará al paciente a escenarios en donde tenga que enfrentar, situaciones tensas para él, dándole oportunidad de reaccionar, y que él mismo asuma su reacción, introyectándola, para que de este modo la atribuya a sí mismo, y compruebe que él solo ahora puede enfrentar cualquier situación, quizá no tan óptima.

Fase de terminación y seguimiento. En esta fase el paciente cuenta con herramientas, para afrontar cualquier situación en su vida, sean estresantes o

no, él podrá llevar acabo un autoreporte, el cual permitirá darle un seguimiento a su aprendizaje, en las sesiones siguientes las cuales se habrán de hacer con espacios cada vez mas lejanos, esto dependiendo de si el paciente, cada vez registra en sus pensamientos y conducta una mejoría.

En las técnicas que se utilizan dentro de este enfoque las siguientes son las que se consideran adecuadas para tratar el abuso sexual.

La Desensibilización Sistemática es la técnica mas utilizada en el tratamiento de desórdenes de ansiedad, así como fobias, por lo tanto se considera que es adecuada en el tratamiento del abuso sexual, ya que ésta consiste en la aplicación de una jerarquía de estímulos estresantes a través de imágenes visuales. Es decir, paciente y terapeuta diagraman un conjunto de situaciones típicas a las cuales el paciente teme, especificando la mayor cantidad de detalles posibles.

Luego, mientras el paciente se encuentra en un profundo estado de relajación, el cual se va enseñando a través de las sesiones, se le guía para que vaya imaginando estas escenas temidas de acuerdo al grado de ansiedad que le provocan.

El objetivo consiste en que la relajación inhiba progresivamente a la ansiedad que disparan las situaciones imaginadas, de manera tal, que se rompa el vínculo entre la imagen estresora y la respuesta de ansiedad. De este modo, el paciente aprende una nueva asociación, lo que antes le provocaba miedo, ahora queda conectado a un estado de calma y tranquilidad inducido mediante la relajación muscular profunda la cual el terapeuta tendrá que enseñarle al paciente dentro de las sesiones. Esta forma de la Desensibilización Sistemática se denomina Variante Imaginaria; es la primera parte del procedimiento completo y es utilizado en la actualidad por los terapeutas cognitivos conductuales.

El siguiente paso consiste en guiar al paciente a que enfrente sus temores de manera real, ya no imaginariamente es decir a la victima de abuso sexual. En este caso se habla de la Variante "in vivo". Por supuesto, el ejercicio imaginario

previo ha ayudado a cambiar la imagen mental aterradora que el paciente tiene de algunas situaciones lo cual facilita esta segunda fase, el afrontamiento en la vida real. Sin embargo, en algunos casos, y con previo consentimiento del paciente, la Desensibilización Sistemática se aplica directamente en su variante “in vivo”, obteniendo resultados exitosos en plazos más breves.

En los casos de abuso sexual en niños y adolescentes es común que después de la agresión generen, temor al genero sexual del agresor, por lo mismo la desensibilización sistemática, sus técnicas de relajación, y la confrontación que se realiza al final de la terapia, resulta eficaz, ya que permite que al paciente se le presenten estímulos relacionados con este mismo género, con el objetivo de lograr que el temor, desaparezca y pueda en su vida futura confrontar al agresor sin miedo y mantener una adecuada relación con dicho genero sin problemas en el futuro.

Por otro lado la reestructuración cognitiva es un procedimiento técnico por el cual las personas aprenden a cambiar algunas maneras de pensar distorsionadas que conducen a malestar emocional y frustración, centrándonos en el caso de abuso sexual, se reestructura el pensamiento automático del niño o adolescente hacia las situaciones que le recuerden o generen algún tipo de alteración emocional o conductual a raíz del abuso sexual que ha sufrido, mostrando generalización de su conducta, es decir llevando a distintos escenarios esta, por así decirlo la confrontación de los estímulos, que le pudiesen causar pensamientos negativos evitando de este modo una baja autoestima, sentimientos de culpa etc.. sin embargo se llega a la conclusión de que funcionaría mejor este tipo de técnica en adolescentes mas que en niños, ya que estos últimos puede ser el caso que aun no logren tener una estructuración adecuada de pensamientos, esto dependerá de la edad del niño, la reestructuración cognitiva se llevará acabo, por medio de la identificación de sentimientos los cuales servirán de guía ,por lo tanto cada vez que la victima tenga un sentimiento negativo como ansiedad, miedo, tristeza o enojo, lo cual seguramente lo llevaría a presentar alguna conducta negativa; sabrá identificarlos y hará un manejo positivo de estos, dejando como resultado una

conducta y pensamientos que le resultarán benéficos en dichas situaciones y en su vida.

El entrenamiento Asertivo se refiere a la capacidad de expresar los pensamientos y sentimientos propios sin ansiedad ni agresión y de manera socialmente aceptable. Durante la terapia, el paciente aprenderá a comunicarse de un modo eficaz, manifestando sus propias opiniones. En el tratamiento del abuso sexual se llevará al paciente a aprender a expresar sus sentimientos de angustia, enojo, y cualquier sentimiento negativo que le genera el recuerdo del abuso, de modo que pueda manejar sus pensamientos y emociones de forma asertiva, de modo que en su vida futura pueda enfrentarse a situaciones que le resulten estresantes y pueda integrarlos de manera que le resulten benéficos.

El reforzamiento positivo es la técnica en la cual el comportamiento aumenta su posibilidad de ocurrencia a raíz del suceso que le sigue y que es valorado positivamente por la persona. El terapeuta reforzará los comportamientos específicos del paciente, para que éste los presente con más frecuencia. Por lo tanto si el paciente realiza adecuadamente cada una de las tareas que se le asignen, el terapeuta podrá reforzar al paciente señalando en forma específica los aspectos positivos que el paciente ha alcanzado en la actividad. Lo que lleva a pensar que este tipo de técnica se puede emplear en niños con este tipo de suceso, ya que el terapeuta podrá guiar al menor a través de esta técnica para que las conductas negativas generadas por estímulos al que el menor esté expuesto, sean introyectados y el mismo pueda darles un mejor manejo.

La terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), parte de la idea de que las perturbaciones emocionales están provocadas frecuentemente no por las situaciones ambientales en si mismas, sino por la interpretación que el paciente hace de las mismas. El objetivo de este tipo de técnica es el cambio de patrones de pensamiento irracional que el paciente tenga y que interfieren con su bienestar.

El esquema básico de la TREC se denomina, A- B- C –D - E

A: Situaciones activadoras; evento o situación real

B: Interpretaciones de las situaciones (pensamientos, opiniones, creencias, conclusiones, autoverbalizaciones, quejas, etc.)

C: Emociones negativas -tristeza, ansiedad, enojo, etc.- que surgen de B.

D: Discusión la validez de B. El terapeuta cuestiona la validez y la racionalidad de los pensamientos del paciente.

E: Cambio favorable en las emociones, a partir de la discusión de las creencias irracionales.

En una primera etapa el paciente debe realizar un registro de sus pensamientos y concepciones irracionales (**B**) relacionados a algunas situaciones específicas (**A**). Luego el terapeuta enseña al paciente a cuestionar los pensamientos (**D**), con el objetivo que el paciente se auto aplique el procedimiento ante diversas situaciones.

En el tratamiento desde este enfoque lo que se busca en primer lugar es identificar las conductas y pensamientos inadecuados del paciente, dando un objetivo, y abriendo las expectativas del procedimiento a seguir: las técnicas que se emplearán para conseguir el cambio y aprendizaje del paciente, para llevar a cabo una valoración las cual nos permita obtener una respuesta generalizada, y obtener una evaluación por medio de autoregistros, registros anecdóticos o registros observacionales, dando como resultado una respuesta adecuada para el sujeto.

Por lo tanto y centrándonos en el caso de abuso sexual, es conveniente llevar al paciente por cada una de estas etapas, para poder lograr un reforzamiento positivo en las conductas así como en su pensamiento, de este modo podrá llevar a cabo una reestructuración tanto cognitivo como conductual, lo que se reflejará en su vida diaria. A través de que el paciente aprenda a manejar sus emociones, se tendrá como resultado una mayor comunicación tanto en su entorno familiar como en sus relaciones interpersonales, dejando a un lado el

autonombrarse como víctima, y quitarse de encima la creencia de que el es culpable de este suceso, o que también el propició el abuso por haber guardada silencio, de esta forma se obtendrá una adecuada conceptualización de sí mismo y olvidará las etiquetas que tanto él como la sociedad posiblemente le pondrá, ayudando a que la víctima pueda en dado caso actuar hasta de forma preventiva, hablando de este suceso ya sin que le genere mayor problema tanto emocional como cognitivamente.

Por otro lado y para finalizar, la importancia que también se encuentra en llevar a cabo un tratamiento desde el enfoque cognitivo- conductual, es que de este modo se podrá evitar que en el futuro se desarrolle alguna patología como, Border line, Disociación de la personalidad, Obsesividad compulsiva, Fobias etc. Por mencionar algunas, dando como una excelente opción dicho tratamiento, tanto por sus objetivos, características, y resultados.

VIII.- Bibliografía.

Citas citadas:

- ADIVAC. (2000) ¿Sufriste una agresión sexual?. México: folleto informativo.
- Alcántara, C. (1989). Un estudio sobre las consecuencias del abuso sexual en mujeres adolescentes. Tesis, licenciatura. Psicología. ENEP Iztacala, UNAM.
- Alemán, A. y Téllez, M. (2001). Repercusiones psicológicas en adultos que sufrieron una agresión sexual en su niñez. Tesis, licenciatura. Psicología. FES Iztacala, UNAM.
- Ayala, G. (1993). Consecuencias del abuso sexual infantil en la adultez. Tesina, licenciatura. Psicología. ENEP Iztacala, UNAM.
- Bass , E. y Davis , L. (1995). El coraje de sanar. España: Urano.
- Basurto, G. y Segura, O. (1998). Prevención del abuso sexual infantil. Tesis, Licenciatura. Psicología. ENEP Iztacala, UNAM.
- Bezemer, W., Foeken, I., Gianotten, W., Imbens, A., Lichtenburcht Van, C. Y Stern, E. (1994). Después del incesto. Apoyo para la elaboración de las experiencias del incesto. España: Horas y horas.
- Bravo, M. (1994). Incesto y violación. Características, implicaciones y líneas terapéuticas del abuso sexual. Chile: Academia.
- Brownmiller, S. (1981). Contra nuestra voluntad. España: ED. Planeta.
- Burgess, A. y Holmstrom, L. (1974). Rapa truma syndrome. American Journal of Phychiatry,131 (9).
- Caballo, V. (1991).Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. México: Siglo XXI.
- Cazorla, G. (1998). Conductas sexuales delictivas: violación, abuso sexual, Hostigamiento sexual, incesto, lenocinio y estrupo. En: antología de la sexualidad humana III. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual CAMIS. (2001). Reporte Mensual de estadísticas acerca de la violencia sexual. México: CAMIS, tlalnepantla, Edo. México.
- Chef, J.(1998). Women survivors of childhood sexual abuse healding through group work.Beyond survival. New York: The haworth press.

- Contreras, G. (1998). Abuso sexual incestuoso. En: Géneros. Asociación Colimense de Universitarias México. Año 5,14.
- Contreras, N. (1990). Análisis teórico de la violación sexual en México. Tesis, licenciatura. Psicología. ENEP Iztacala, UNAM.
- Contreras, N. (2001). Violencia sexual: prevención y tratamiento. Tesis, maestría. Psicología. FES Iztacala, UNAM.
- Copado, V. y Cruz, J. (1998). Análisis teórico acerca del abuso sexual hacia varones y sus consecuencias en la edad adulta ¿un atentado a la masculinidad? Tesis, Licenciatura. Psicología. ENEP Iztacala, UNAM.
- Cu Farfán, E. y Suasnavar, Y. (1990). Un programa de prevención del abuso sexual infantil. Tesis, licenciatura. Psicología. ENEP Iztacala, UNAM.
- Dubner, a. y Motta, R. (1999). Sexually and pshysically abused foster care children and posttraumatic, stress disorder. Journal of Counsultig and linical Phychology.
- Durrat,m. Y White, C. (1993). Terapia de abuso sexual. España. Gedisa.
- Echeburua, E. y Guerricachevarria, C. (2000). Abuso sexual en la infancia: victimas y agresores. Barcelona: Ariel.
- Elizondo, H. (1994). El abuso sexual al menor: algunas de sus consecuencias a largo plazo. Tesina, licenciatura. Psicología. ENEP Iztacala, UNAM.
- Finkelhor, D. (1980). Abuso sexual al menor. Causas, consecuencias y tratamiento psicosexual. México: Pax.
- Gallardo, F. (1990). En busca de un origen de la violencia sexual contra las mujeres. En: FEM. México.
- Garrido, r. Vargas, V. Marceria, I., y Moreno, P. (2000) 25 de Noviembre día internacional de la no violencia contra las mujeres. México folleto informativo del instituto mexicano de la juventud, SEP y red nacional contra la violencia hacia las mujeres y hombres jóvenes.
- Gómez, M. (2000). Nadie debe obligarte a: hacer algo que no quieres, que te incomoda, avergüenza o hace daño. Tú eres alguien importante. Has que valoren tus derechos. México: folleto informativo de COVAC.
- Gómez, M. (2001). Abuso sexual infantil: reflexiones sobre el apoyo. En: FEM, México.

- Gómez, M. y Silva, S. (2001). Abuso sexual infantil: reflexiones sobre el apoyo. En. FEM. México.
- González, A. (1996). Estudio comparativo del síndrome post-traumático en sobrevivientes de abuso sexual el cual haya culminado o no en violación. Tesis, Licenciatura. Psicología. Facultad de psicología, UNAM.
- González, G., Azaola, E. duarte, M. y Lemus, J. (1993). El maltrato y el abuso sexual a menores: una aproximación a estos fenómenos en México. México Grafico 21.
- González, J. Monroy, A. Kupferman, E. (1994). Dinámica de grupos. Técnicas y Tácticas, México: Pax.
- Gotwald, W. y Holtz, G. (1983). Sexualidad. La experiencia humana. México: Manual moderno.
- Hall, Loyd, S. (1989). Surviving child sexual abuse. A handbook women challenge their past. Great Britain: The flame, press.
- Herter, S. Alexander, P. Y Neimeyer, R.R (1998). Long-term effects of incestuous child abuse in college women: social adjustment, social cognitions, and family characteristics.
- Hercovich, I. (1989). La mujer violada: una voz que perturba. En: FEM. México.
- Hernández, M. Y Gallardo, P. (2000). Abuso sexual infantil. Curso de prevención primaria para madres y padres de familia. México: Tesis, Licenciatura. Psicología. ENEP, Iztacala, UNAM.
- Islas, G. (2000). El abuso sexual es un contacto que lastima tu integridad. México: folleto informativo de COVAC, Asociación Mexicana contra la violencia hacia las mujeres AC.
- Islas, P. (2000). La intervención del psicólogo en la atención a mujeres víctimas de violencia proporcionada en la asociación mexicana contra la violencia a las mujeres. México: Tesis, licenciatura. Psicología. FES Iztacala. UNAM.
- Lagarde, M. (1989). Causas generadoras de delitos sexuales. En: un primer foro de consulta popular sobre delitos sexuales. México: cámara de diputados.
- Laorusse, (1989). Definición de sadismo. México: Grupo editorial mexicano.
- Martínez, L. (2000). ¡No! Al abuso sexual. En: ADIVAC. Folleto informativo.

- Martínez, M. González, M y Galván, C. (1998). Los mitos machistas hacia la mujer como facilitadores de la violación: propuesta de un inventario de detección. Tesis, Licenciatura. Psicología. ENEP Iztacala, UNAM.
- Masters, W. Jonson, V. y Kolodny, R. (1992). Sexualidad coercitiva. En: la sexualidad humana II, Barcelona: Grijalbo.
- McMillen, C., Rideout, G y Zuravin, S. (1995). Perceived Benefit from child sexual abuse.
- Meston, Cy Heiman, J. (2000). Sexual abuse and sexual function: an examination of sexually relevant cognitive processes.
- Mezey, G. Y King, M. (1992). Male victims of sexual assault: New Cork: Oxford medical publications.
- Morgan, T. Y Cummings, A. (1999). Change experienced during group therapy by female survivors of childhood sexual abuse,
- Moya, M. (1995). El análisis transaccional un enfoque terapéutico para las sobrevivientes de abuso sexual. Tesina, Licenciatura. Psicología. Facultad de psicología, UNAM.
- Oribio, M. (1994). Secuelas psicológicas de la violación femenina. Tesina, licenciatura. Psicología. ENEP, Iztacala, UNAM.
- Pacheco, M. (2001). Programa de prevención a víctimas de agresión sexual infantil. Tesis, licenciatura. Psicología. FES. Iztacala, UNAM.
- Phares, J. (1996). Psicología clínica. Conceptos, métodos y práctica. México: manual moderno.
- Pérez, M. y Borrás, J. (1996). Sexo a la fuerza. España: Aguilar.
- Ramellini, T. (1998). Abuso sexual infantil. En: géneros. Asociación cimense de universitarias.
- Reyes, E. (1996). El abuso sexual; acto, omisión o costumbre. En: FEM. México. Año 20.
- Rojas, E. (1997). Taller de habilidades sociales I (asertividad). México: accesoria y atención psicológica. Roldan, S. (20019). Violencia contra las mujeres. México: Tesis, licenciatura. Psicología. FES Iztacala, UNAM.
- Salinas, M. (1995). Los factores de alto riesgo en el abuso sexual infantil. Tesina, Licenciatura. Psicología. ENEP Iztacala, UNAM.
- San Martín, J. (1999). Violencia contra niños. Barcelona: Ariel.

- Sanz, D. y Molina, A. (1999). Violencia y abuso en la familia. Argentina: Lumen /humanitas.
- Slaikeu, K. (1996). Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. México: Manual moderno.
- Sullivan, D. y Evestine, L. (1997). El sexo que se calla. Dinámica y tratamiento del abuso sexual y traumas sexuales en niños y adolescentes, Colombia: Pax.
- Ullman, S y Knight, R. (1991). A multivariate model for predicting rape and physical injury outcomes during sexual assault.
- UNAM, .Medidas de seguridad y protección civil. México: folleto informativo de la ENEP, Iztacala, UNAM.
- Valladares de la Cruz, P. (1993). Estudio epistemológico de la violencia sexual. Tesis, maestría. Psicología, ENEP Iztacala, UNAM.
- Vásquez, B. (1995). Agresiones sexuales. Evaluación y tratamiento en menores. México: Siglo veintiuno.
- Weiner, I. (1992). Métodos en psicología clínica. México: Limusa.

Referencias Web. Citas consultadas:

- Alcalde, S. (1998). Los agresores sexuales empiezan a actuar antes de los 25 años. En <http://www.tlmsn.com>.
- APSIQUE, (2001). Abuso Sexual Infantil. En <http://www.apsique.com>.
- Asociación de mujeres para la salud. (2000). Qué efectos producen en las víctimas los abusos sexuales y el incesto? En: <http://www.tlmsn.com>.
- Asociación de mujeres para la salud (2009) ¿Cómo son los delincuentes sexuales? En: <http://www.web.jet.es/amsalud/>.com.
- CIMAC. (1999). La mitad de las latinoamericanas son víctimas de violencia. En: : <http://www.cimac.com.mx>.
- González, R. (1998). La violencia en el centro de “la primera experiencia” sexual en mujeres En: <http://www.cimac.com.mx>.
- Instituto Social y Político de la Mujer. (2000). La respuesta desde la salud. En: <http://www.ispm.org.ar/imagenes/respuestas/r-salud.html>.

Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. (2001) Estadísticas. En:
<http://www.pgjdf.gob.mx/estadisticas/vi.html.com.mx>.

Procuraduría General de Justicia del Estado de México. (2001) estadísticas. En:
<http://www.edomex.gob.mx.com.mx>.

Shrier,L., Pierce, JD., Emans, sj, y Durant, Rh. (1998). Comportamiento de niños y niñas que tuvieron relaciones sexuales forzadas. En: <http://www.tlmsn.com.mx>

Wilwood, D. (1995). Abuso sexual de Hombres y niños. En: <http://www.tlmsn.com.mx>.

S Janet West (2000); Terapia de Juego Centrada en el Niño. ED. Manual Moderno, "da ED. México.

Jean Chateau (1973); Psicología de los Juegos Infantiles. ED. Kapelux. Argentina.

erge Lebovici y Michael Soulé (1986); Ed. Fondo de Cultura Económica. México.

Schaefer C y O'connor K. (1999), "Manual de Terapia de Juego". ED. Manual Moderno, México.

www.medicosecuador.com/rocio_alvarez/articulos/terapiajuego.htm - 77k -