

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISION DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA EL
TRATAMIENTO DE UN MENOR VÍCTIMA DE ABUSO
SEXUAL: ESTUDIO DE CASO**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA

MARÍA DE LOURDES PÉREZ GARCÍA

**DIRECTORA DE TESIS:
MTRA. GUADALUPE MEDINA HERNÁNDEZ.**

COMITÉ DE TESIS

**MTRA. ENA ERÉNDIRA NIÑO CALIXTO
LIC. CECILIA MONTES MEDINA
MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO
MTRO. JORGE A. VALENZUELA VALLEJO**

CD. DE MÉXICO JUNIO, 2017.

Dedicatoria

*A mi siempre novio y compañero y a mi hija,
por ser partícipes de cada momento de mi vida,
mi eterno amor y agradecimiento.*

GRACIAS

A mi compañero de vida Baltazar por compartir y apoyarme a reescribir la historia al lado de él, por los desvelos y por estar hecho a prueba de todo.

A Carolina mi hija por ser cómplice, compañera de estudios, colaboradora en la casa porque ellos son amor y equilibrio y dan sentido a los propósitos de cada día.

A mis compañeras María Angélica Montes de Oca, Carmen Coronado, Mary Barrios, Lucy Martínez, Nubia López, Vicky Cabrera y Berenice Castañeda por su amistad incondicional y muy especialmente a mis dos colegas y Carolina Cortés y Aurora Berenice Medina, porque en cada sesión abrieron nuevas posibilidades para el paciente con sus valiosas intervenciones apoyando el trabajo terapéutico tema de esta Tesis, mi cariño y reconocimiento.

A las profesoras Rocío Maldonado Gómez y Marta A. Licona, por ser mujeres que inspiran al compartir su experiencia como docentes sin perder su sencillez. A ustedes, mi agradecimiento por su compromiso y desinteresado apoyo en lo profesional y personalmente por dispensarme con su afecto.

A la Coordinación del “Centro de Servicios Psicológicos Guillermo Dávila”, a la Mtra. Ena Niño por darme la oportunidad de pertenecer a PROSEXHUM y principalmente a la Lic. Zoraida Meléndez Z., quien con su experiencia clínica asesoró el proyecto terapéutico del caso.

A la maestra Lupita Medina Hernández por aceptar ser la Directora de este trabajo, gracias maestra por su respaldo y calidez.

A la Lic. Cecilia Montes y a la Mtra. Ena Niño por su invaluable trabajo como revisoras, y a los maestros Sotero Moreno y Jorge Valenzuela, a todos ustedes gracias por su generosidad y por hacer leve el final del recorrido.

GRACIAS A LA “UNAM” MI CASA DE ESTUDIOS... MI SEGUNDA CASA.

***PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA EL
TRATAMIENTO DE UN MENOR VÍCTIMA DE ABUSO
SEXUAL:
ESTUDIO DE CASO***



NOTA: EL DIBUJO DE FONDO ES CREACIÓN DEL PACIENTE.

ÍNDICE

	PÁGINA
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
 CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO	
1.1 ABUSO SEXUAL	3-10
1.1.1. Desarrollo del trauma	10-20
1.1.2 Tipificación del delito	20-24
1.2 TEORÍAS CONCEPTUALES EN PSICOTERAPIA	
1.2.1 Modelo Integrativo	25-34
1.2.2 Modelo Gestáltico	34-37
1.2.3 Modelo Cognitivo-Conductual	38-40
1.3 CICLO VITAL HUMANO	
1.3.1 Reconocimiento de la infancia	41-42
1.3.2 Infancia	43-45
1.3.3 Niñez temprana	45-46
1.3.4 Infancia Intermedia y tardía	46-47
1.4 DESARROLLO	
1.4.1 Desarrollo Cognitivo	48-50
1.4.2 Crecimiento Moral en el niño	50-54
1.4.3 Desarrollo Psicosexual	54-58
1.4.4 Desarrollo Psicosocial	58-63

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA

2.1	OBJETIVOS	.....	64
2.2	Tipo de estudio	.....	64-65
2.3	Método cualitativo	.....	65-66
2.4	Participante	.....	66-67
2.5	Escenario	.....	67
2.6	Diseño	.....	67
2.7	Forma del motivo de consulta	.....	67
2.8	Enquadre	.....	67
2.9	Número de sesiones	.....	67
2.10	Establecimiento del tratamiento y análisis de las sesiones	.....	67-68

CAPÍTULO 3. PRESENTACIÓN DEL CASO

3.1	JUSTIFICACIÓN	.....	69-70
	3.1.1 Ficha de identificación	.....	70
	3.1.2 Remite	.....	70
	3.1.3 Motivo de consulta	.....	70-71
	3.1.4 Historia clínica	.....	71-74
3.2	ESTUDIO DEL CASO	.....	74
	3.2.1 Historia del problema	.....	75-78
	Figura 2. Familiograma (Abril 2013)	.....	79
	Figura 3. Familiograma (marzo 2015)	.....	80
	3.2.2 Análisis y descripción del comportamiento	.....	81-85
3.3	TÉCNICAS DE EVALUACIÓN	.....	85-86
	3.3.1 Test Gestáltico Visomotor (Bender)	.....	86

3.3.2	Dibujo de la Familia Humana (Koppitz)	86
3.3.3	Test de la Familia (Corman)	86-87
3.3.4	CMAS-R (Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños)	87-88
3.3.5	CDI (Inventario de Depresión en Niños)	88
CAPÍTULO 4 INTERPRETACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS		89-93
4.1	Análisis de puntajes de la batería JO	93
4.1.1	Pretest del CMAS-R (Escala de Ansiedad Manifiesta)	93-94
4.1.2	Pretest del CDI (Inventario de Depresión Infantil)	95-96
4.2	Impresión Diagnóstica	96
4.3	Sugerencias para la madre	96
CAPÍTULO 5. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA		
5.1	Plan de Tratamiento	97-104
5.2	Descripción de las Sesiones	105-143
CAPITULO 6. RESULTADOS DE LA POST EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		144-146
BATERIA JO		
6.1	CONCLUSIONES	147-154
ANEXOS		155
	Figura 4. Mapa Clínico de Patogénesis	156
	Figura 5. Mapa de Alcance de Metas	157
	Figura 6. <i>Representación gráfica del ASI desde el Supraparadigma Integrativo</i>	158
	Bibliografía	159-163

RESUMEN

En la formación clínica en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” nuestra experiencia está relacionada en la atención psicoterapéutica a una población diversa. En el plano de las problemáticas se encuentra la atención a personas víctimas de abuso sexual, siendo el Abuso Sexual Infantil la imagen más dolorosa de comprender y, que por diferentes situaciones no siempre encuentra el respaldo familiar o institucional adecuado que procuren la seguridad psicosocial del menor.

Esta propuesta de Intervención psicológica a un niño víctima de abuso sexual (bucogenital) es un Estudio de Caso con metodología cualitativa basado en el Modelo Integrativo paradigmático que incluyó dos modelos terapéuticos (Gestalt y Cognitivo Conductual) estructurado en 25 sesiones (una por semana con duración de una hora) realizada con el objetivo de atención terapéutica en un contexto seguro y confiable que de manera flexible facilitara el manejo de las sesiones de acuerdo a las necesidades del paciente para obtener como resultado la integración del abuso y fomentarle el sentimiento de que lo que sucedió no fue su culpa para reconstruir positivamente la imagen y conceptos de sí mismo.

Para la realización del diagnóstico se consideró el Test de la Figura Humana de Koppitz, el Test Gestáltico Visomotor de Bender, y el Test de la Familia de Corman, complementados con la aplicación del CMAS-R (Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños) de Reynolds y Richmond y del CDI (Inventario de Depresión en Niños) de Kovacs, estos dos últimos realizados en test, postest y seguimiento (al año de concluido el tratamiento) que comparara los resultados clínicamente significativos de la intervención propuesta.

INTRODUCCIÓN

Las víctimas de Abuso Sexual Infantil presentan consecuencias psicológicas experimentadas a través de síntomas emocionales, manifestadas en procesos cognitivos, de relaciones disfuncionales y de conducta. Las características de los efectos negativos dependen de la incidencia de factores determinados por la duración, frecuencia, intensidad y tipo de abuso, el uso o no de la violencia física, la edad del agresor y de la víctima, la identidad del abusador, el número de abusadores, la personalidad de la víctima, la influencia de su entorno y la implicación de la víctima en un proceso judicial.

Es frecuente encontrarnos con problemas debido a inconsistencias en la conceptualización, en la tasa de incremento, en el número de denuncias, en los parámetros de inclusión situacionales y procesos legales, entre otros. Sea como fuere, es un problema de importancia social que afecta a gran número de niños y jóvenes alrededor del mundo y en muchos casos, los efectos negativos muestran la gravedad e ilustran la necesidad profesional de clarificar estos efectos y reconstruir una imagen positiva en el niño.

Cornaglia (2005) menciona que psicológicamente no existe un menor que esté preparado para afrontar el impetuoso estímulo sexual. Por eso dentro de las tareas del psicólogo está investigar las opciones terapéuticas con mayor probabilidad de beneficiar a estos niños traumatizados psicoemocionalmente y psicoafectivamente. Para ellos en la intervención se precisa el acotamiento de ciertas particularidades del caso según la magnitud y calidad de la problemática vivenciada, por lo que se parte desde una perspectiva que permita la creatividad en las estrategias y que implique técnicas y abordajes múltiples que sean más flexibles, evitando así las conceptualizaciones únicas y dogmatizadas.

CAPITULO 1. MARCO TEÓRICO

1.1 ABUSO SEXUAL

¡Dile a mi mamá que ya no quiero ir allá, ya no quiero que me pregunten!

El Abuso Sexual Infantil (ASI) es una problemática que no ha caducado sino que ha ido transformándose según la época, civilización y cultura; representando un desafío que atañe a todos desde cualquiera que sea la posición que se ocupe en la sociedad y / o de manera individual. Los medios de comunicación actualmente han develado a nivel mundial la realidad sobre las trasgresiones sexuales contra la infancia, invitando a la población a tomar conciencia de esta problemática, lo que ha provocado un mayor número de denuncias, sin que quede claro si hay un aumento en la incidencia o el mejor conocimiento de lo que es el abuso, reditúe en una mayor voluntad de denunciar o es una combinación de ambos (Cortés y Cantón, 2000).

El ASI se contempla como una tipología del maltrato infantil, separado en un apartado especial, se le distingue de otro fenómeno social: la violación con el que comparte una línea delgada en cuanto a similitudes. Para Finkelhor (1980) el acto sexual que ocurre en el ASI generalmente *no es un coito*, sino más bien *tocar los genitales, la masturbación y la exhibición*. En contraste, la diferencia con la *violación involucra un coito* o el intento de coito. En el sentido legal estricto la violación significa coito; si no llega a darse el coito, se alegaría intento de violación.

De acuerdo con Finkelhor algunas similitudes entre ASI y violación son obvios:

- 1) Se les considera crimen de sexo, sin que sea un crimen provocado por motivos sexuales, involucran genitales y regiones sexuales ya sea del ofensor o la víctima.
- 2) En ambos casos de los ofensores casi todos son hombres.
- 3) Las víctimas experimentan un trauma privativo de las ofensas sexuales que pueden afectar el ajuste sexual.

- 4) En el pasado a estas ofensas se les había dado el mismo trato, negándoles importancia y culpando a la víctima.

De las muy diversas definiciones de abuso sexual una de las más completas es la de la National Center of Child Abuse and Neglect (NCCAN), que a la letra dice: El Abuso Sexual Infantil comprende "los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual también puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando (el agresor) está en una posición de poder o control sobre otro menor" (Save the Children 1998)⁵.

Para el entendimiento de esta definición sobre ASI en términos generales, podemos considerar *la utilización de un menor para satisfacer los deseos sexuales, generalmente de un adulto, en las que el menor está en condiciones de desigualdad en edad, madurez y poder.*

Una de las divergencias más debatidas es la edad, ya que el ASI puede ser cometido por un menor de 18 años o por alguien significativamente mayor (cinco o más años), *o aunque no haya diferencia de edad*, el agresor está colocado en una posición de *poder o control sobre el menor agredido*; o en aquellas situaciones en las que el contacto sexual sea a todas luces inadecuado por la dependencia e inmadurez evolutiva del niño agredido o porque éste no posea aún la capacidad de comprender plenamente la acción, o no capacitado para dar su consentimiento.

Se reconoce que el ASI es una forma de victimización en la que el agresor no utiliza violencia explícita con el menor, por lo que para esta tipología se consideran los criterios propuestos por Finkelhor y Hotaling (1984) y López (1994). Para estos autores los abusos sexuales de menores tienen que ser definidos a partir de dos grandes conceptos, como son la coerción y la asimetría de edad.

⁵ Hilda Marcchiori (p.167) Victimología 4.

Tabla 1.

Criterios de definición del abuso sexual infantil

COERCIÓN
Se refiere al contacto sexual mantenido con un menor mediante el uso de la manipulación, la presión, la autoridad o el engaño, y debe ser considerada criterio suficiente para etiquetar una conducta de abuso sexual, independientemente de la edad del victimario.
ASIMETRÍA DE EDAD
La asimetría de edad, o desigualdad madurativa, impide la auténtica libertad de decisión del menor e imposibilita una actividad sexual compartida, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas sobre la relación sexual muy diferentes.

Nota: Fuente: Cantón y Cortés (2000). Guía para la Evaluación del Abuso Sexual Infantil. Madrid: Pirámide.

Entre las relaciones entre víctima y agresor tipificadas encontramos: el abuso *sexual intrafamiliar* (denominado incesto), que se produce entre parientes, como entre el niño y el adulto que esté asumiendo de manera estable el papel de figura parental. Los *abusos agudos*, en el que el menor lo sufre en una única ocasión; o *los abusos crónicos*, que se producen en más de una ocasión y pueden perdurar largos períodos de tiempo, suelen ser cometidos por conocidos del menor.

Consecuencias del abuso

Las manifestaciones en los menores víctimas del ASI aparentemente están relacionados con el género y la edad. López (1995) describe que: en el caso de *las niñas* las manifestaciones pueden ser de *ansiedad y depresión*. En el *caso de los niños* las manifestaciones son de mayor agresividad o que éstos se conviertan en *abusadores de otros niños*. Finkelhor (2000), afirma que existe una mayoría de abusadores menores de sexo masculino, ya que estos menores a los que nos referimos, suelen imitar el abuso que ya han sufrido.

Las consecuencias psicopatológicas a corto y largo plazo y la sintomatología puede variar según el momento del desarrollo en el que sucede el evento y configurar en la edad adulta los llamados efectos a largo plazo del abuso sexual. Como resultado de diversas investigaciones Echeburúa y Guerricaechevarría han propuesto la categorización de los síntomas, clasificándolos por áreas e indicando el período evolutivo en el que se presentan.

Tabla 2.
Principales consecuencias del abuso sexual en niños y adolescentes

TIPOS DE SECUELAS	SÍNTOMAS	PERÍODO EVOLUTIVO
Físicas	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ Problemas de sueño (pesadillas) ⇨ Cambios de hábitos de comida ⇨ Pérdida del control de esfínteres 	Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia
Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ Consumo de drogas o alcohol ⇨ Huidas del hogar ⇨ Conductas autolesivas o suicidas ⇨ Hiperactividad ⇨ Bajo rendimiento académico 	Adolescencia Adolescencia Adolescencia Infancia Infancia y adolescencia
Emocionales	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ Miedo generalizado ⇨ Hostilidad y agresividad ⇨ Culpa y vergüenza ⇨ Depresión ⇨ Ansiedad ⇨ Baja autoestima y sentimientos de estigmatización ⇨ Rechazo del propio cuerpo ternura y de desconfianza y rencor hacia los adultos ⇨ Trastorno de estrés postraumático 	Infancia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia
Sexuales	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ Conocimiento sexual precoz o inapropiado para su edad ⇨ Masturbación compulsiva ⇨ Excesiva curiosidad sexual ⇨ Conductas exhibicionistas ⇨ Problemas de identidad sexual 	Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia Adolescencia
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ Déficit en habilidades sociales ⇨ Retraimiento social ⇨ Conductas antisociales 	Infancia Infancia y adolescencia Adolescencia

Nota: Fuente: Echeburúa y Guerricaechevarría (2000). Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores: un enfoque clínico. Barcelona: Editorial Ariel, S. A.

Las pruebas empíricas indican que el ASI constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo psicopatológico durante la etapa adulta, por ejemplo, estudios realizados en víctimas sobrevivientes de ASI presentan una mayor probabilidad de trastornos emocionales como depresión, ansiedad, baja autoestima o problemas en las relaciones sexuales (Berliner y Elliot, 2002; Guerricaechevarría y Echeburúa, 2005). Un ejemplo es el estudio longitudinal realizado durante 25 años con más de 1000 niños, evaluando los efectos del ASI y del maltrato físico sobre el ajuste psicológico encontraron que el efecto del ASI es muy superior al del maltrato físico al ser el trastorno depresivo una de sus

principales consecuencias (Beaudoina, Hébert y Bernier, 2013; Marivate y Madu, 2007; Sheffield, Williams, Blackford y Heckers 2013).

De acuerdo con autores como Guerricaechevarría y Echeburúa, (2005) y López-Soler (2012) de las muchas consecuencias del ASI se suelen relacionar con síntomas de ansiedad en la edad adulta. Las víctimas presentan una probabilidad hasta de cinco veces mayor que el resto de la población de ser diagnosticada de un trastorno de ansiedad como trastorno de ansiedad generalizada, fobias, trastorno de pánico o trastorno obsesivo compulsivo (Berliner y Elliott, 2002).

En una muestra de 6,597 participantes de entre 15 y 64 años dividida en cuatro grupos: controles normales, participantes con depresión pero sin trastorno de ansiedad, participantes con uno o más trastornos de ansiedad pero sin depresión y participantes con depresión y ansiedad comórbidas. Los resultados demostraron una fuerte comorbilidad entre historial de ASI y ansiedad y depresión (Leviatan et al., 2003).

Otro síntoma asociado con el ASI es la baja autoestima, Cantón y Justicia (2008) encontraron una relación directa entre el ASI y la baja autoestima. En un estudio realizado con una muestra con 83 estudiantes universitarios víctimas de abuso sexual — mujeres en su mayoría — presentaban un incremento del 21% en la probabilidad de sufrir problemas de autoestima y de practicas sexuales no sanas o mal adaptativas (p.ej., evitación del sexo, prácticas sexuales de riesgo). Además, tienen relaciones sexuales con una menor frecuencia y experimentan una mayor cantidad de problemas y disfunciones sexuales (Randolph y Reddy, 2006).

En el 2002 Whealin y Jackson examinaron en 448 mujeres jóvenes, encontrando una correlación entre atención sexual no deseada durante la infancia asociada con un pobre auto concepto académico, de apariencia física, de imagen corporal, de ansiedad por el cuerpo y autoestima global.

Estudios realizados por Wilson y Widom (2009) en pacientes con *abuso de drogas* y alcohol en la etapa adulta estaban relacionadas con el ASI, además de conductas agresivas y violencia con mayor probabilidad de que abusen de otros niños que el resto de la

población (Craissati, McClurg y Browne, 2002; Sigfusdottir, Asgeirsdottir, Gudjonsson y Sigurdsson, 2008; Sigfusdottir, et al., 2008). La muestra de 9,113 estudiantes universitarios, controlando la estructura familiar y el nivel educativo de los padres mostró una mayor probabilidad de delinquir entre las víctimas del ASI, esta relación está mediatizada por el nivel de depresión y, especialmente, de rabia.

De igual manera varios estudios han demostrado que el Trastorno de Estrés Post-traumático (TEPT) también es una de las consecuencias a largo plazo más frecuentes del abuso sexual en la infancia. Widom (1999) informó que un 37.5% de una muestra de 96 adultos víctimas de ASI cumplían los criterios para el diagnóstico de TEPT. Los síntomas específicos de este TEPT tardío incluyen los *flashbacks*, pensamientos intrusivos, sobreactivación fisiológica, distorsiones cognitivas y evitación de situaciones o estímulos que pueden, de algún modo, recordar al abuso.

En relación con el TEPT las diferencias de género sugieren que hombres sobrevivientes de ASI tienen menor probabilidad de sufrir ansiedad, depresión y TEPT que las mujeres, probablemente a estos se les diagnosticará trastorno antisocial de la personalidad o presenten problemas de abuso de sustancias y consumo de alcohol (Gault-Sherman, Silver y Sigfúsdóttir, 2009).

Además, son los hombres sobrevivientes quienes cometen más intentos de suicidio y mayores tasas de ideación suicida que las mujeres víctimas de ASI. Por ejemplo, en una muestra de 83,731 estudiantes de instituto de educación secundaria dividida en 4 grupos: sin historial de ASI, víctimas de un miembro de su familia, víctimas de un agresor extrafamiliar y víctimas de ambos. Las variables dependientes fueron tanto la ideación suicida como los intentos de suicidio. El 4% de los estudiantes informó de haber sufrido ASI extrafamiliar, el 1.3% intrafamiliar y el 1.4% ambos. Los análisis mostraron que las víctimas de abuso sexual en la infancia presentaban un mayor riesgo de realizar conductas suicidas que otros jóvenes.

En una muestra con 20 niñas y 20 niños de entre 8 y 11 años, para analizar los efectos del ASI comparándolos con un grupo de niños y niñas no víctimas, encontraron que los niños presentaban niveles superiores de conducta agresiva que las niñas, ellas por su parte

mostraron mayores niveles de síntomas depresivos que los niños (Young, Bergandi y Titus, 1994).

Además, se ha encontrado que es probable que los menores que han sufrido de abuso sexual abusen de otros niños que el resto de la población (Craissati, McClurg y Browne, 2002). Bagley, Wood y Young (1994) entrevistaron a 750 hombres de entre 18 y 27 años acerca de contactos sexuales antes de los 17 no deseados. El 16% de la muestra informó de una o más de estas experiencias. Casi la mitad de éstos (44%) había sufrido múltiples incidentes de abuso sexual. Este último grupo difería de todos los demás, mostrando unas mayores tasas de interés o de conductas sexuales con menores.

Los estudios también han revelado que las consecuencias de la revictimización pueden combinarse e incrementar los efectos del ASI. Filipas y Ullman (2006) entendiendo como tal el posterior abuso sexual o físico de la víctima cuando adulta, por ejemplo, en una muestra de estudiantes universitarias, encontraron que un 42.2% de las mujeres que informaron de una experiencia de abuso sexual infantil informaron además de una agresión sexual durante la edad adulta, mientras que únicamente un 14% de las que no habían sufrido abuso sexual informaron de dichas agresiones sexuales.

Los resultados muestran la gravedad de las secuelas psicológicas, conductuales y sociales que pueden presentar las víctimas de ASI a largo plazo, por otro lado, no hay pruebas de un grupo consistente de síntomas directamente asociados al abuso sexual o puedan considerarse como “síndrome post abuso”, y tampoco todas las víctimas muestran un daño significativo posterior (Jonzon y Lindblad, 2006), debido a que no todas las experiencias o factores mediadores que intervienen en cada caso son iguales (citado en Cantón, 2010).

La mayoría de los estudios ilustran la importancia de dar atención oportuna a las víctimas de ASI ya que además de reducir la posibilidad de un nuevo abuso suele incrementar la probabilidad de corregir o evitar las consecuencias negativas en el estado psicológico del menor después de la revelación de la experiencia, de manera contraria, si no recibieran atención el malestar podría continuar impactando en diferentes niveles de su funcionalidad aún en la edad adulta.

La realización de los estudios fueron tomadas en muestras de la población en general, estudiantes universitarios, otros de la población clínica, algunos incluyen tanto las muestras clínicas como de la población en general.

1.1.1. Desarrollo del Trauma

Es frecuente que tras identificar clínicamente los síntomas que afectan psicológica y biológicamente a los menores que hace evidente su incapacidad de enfrentar de manera adaptativa las tensiones que les llevan a sentir desconsuelo, depresión, ansiedad, culpa, enojo, reacciones adversas ante experiencias traumáticas con los que frecuentemente los niños se sienten confundidos.

Para Echeburúa existen algunos sucesos negativos que pueden desbordar la capacidad de una persona para responder ante una nueva situación a la que no puede adaptarse o sobreponerse como en el caso del *trauma psíquico*. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la prevalencia anual del trauma psíquico supera el 3,6 por ciento de la población mundial, lo que según expertos este porcentaje representa sólo una pequeña parte de una realidad estadísticamente informada (Medina, 2015).

En efecto el trauma afecta la existencia del individuo porque ocurre en lo cotidiano en relación con un acontecimiento estresante, como resultado de la exposición, a condiciones que amenazan gravemente la vida o la integridad de las personas y se manifiesta por secuelas dolorosas y persistentes que producen significativas limitaciones en distintas áreas de su existencia (Medina, 2015).

El Trastorno por estrés postraumático (TEPT) es una respuesta sintomatológica a experiencias estresantes como la violencia sexual, los de ataques físicos, los asaltos, los secuestros, el abuso sexual infantil, el ser testigo de la muerte o de lesiones graves a otra persona por un asalto o riña, y el saber de la muerte o del asalto violento a un familiar o amigo cercano según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de las

Enfermedades Mentales (*DSM-V*⁶) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), publicado en el 2013.

Generalmente, las consecuencias en el TEPT dependen en mucho de las características propias del niño, del evento estresor y de la edad en que se ve afectado por los hechos. Es decir que el impacto del trauma está en función del estadio de desarrollo porque lo lleva a ser más o menos vulnerable. Por otra parte, es interesante encontrar información que comprueba que el trauma es mayor y de más duración si es producto de la acción humana que o si es por causas naturales (Domènech-Llaberia, et al., 1998).

Es usual que ante la presencia del evento traumático el niño reexperimente mucha ansiedad y su conducta sea de evitación a lugares, conversaciones o situaciones que representen estímulos asociados al recuerdo doloroso. Emocionalmente puede haber embotamiento perdiendo todo interés en las actividades que antes disfrutaba, además de las conductas depresivas, los sentimientos que manifiesten pueden ser de desconfiabilidad e irritabilidad y agresividad, los niños mayores pueden reaccionar con ideación y pensamientos suicidas.

Luego entonces encontramos que aumentan la *activación de síntomas* con posible presencia de ataques de pánico, ansiedad de separación, resistencia a ir a la escuela, disminución en la capacidad de concentración y de memoria generando problemas en el aprendizaje, igualmente, las alteraciones de sueño como pesadillas o miedo a dormir solo. *No* se describen amnesias ni *flashbacks* en niños pequeños, pero sí aspectos concretos del trauma, observables en situaciones de juego (Domènech-Llaberia, et al., 1998).

Aunque existen situaciones de riesgo que dan indicadores probabilísticos sobre la vulnerabilidad de las situaciones que favorecen que el menor sea víctima de abuso sexual.

⁶ Los cambios que recoge el DSM-V en contraste con el DSM-IV señala que el TEPT así como el trastorno de estrés agudo se desplaza de la clase de trastornos de ansiedad a una nueva clasificación Trauma y trastornos relacionados con el estrés. Las condiciones para el diagnóstico requieren la exposición a un suceso traumático o estresante. La consideración para fundamentar la creación de esta categoría se basa en el reconocimiento clínico de expresiones variables de angustia como resultado de la experiencia traumática, que representa el enlace entre todas las condiciones incluidas en esta clase. El TEPT incluye ahora cuatro grupos de síntomas para su diagnóstico: re-experimentación, hiperactivación, evitación y "alteraciones negativas persistentes en las cogniciones y el estado de ánimo". Los umbrales de edad también se han modificado, así como los criterios que se aplican para su diagnóstico en menores de 6 años. y la inclusión de la especificación "con síntomas disociativos" para los individuos que experimentan también síntomas de despersonalización y desrealización (Lanius et al., 2012; Steuwe, Lanius y Frewen, 2012; Wolf et al., 2012).

El hecho de ser niña (ser mujer) es considerada de alto riesgo, ya que la incidencia especialmente del abuso sexual intrafamiliar ocurre en dos de tres niñas por cada niño. Situación que puede deberse al hecho de que la mayoría de los agresores son varones predominantemente heterosexuales (Gil, 1997; Vázquez Mezquita y Calle, 1997).

Las edades de mayor riesgo de ser víctima de ASI son las comprendidas entre los 6 y 7 años y entre los 10 y 12 años (Finkelhor, 1993), porque aunque a esta edad aparecen indicios de la adolescencia, siguen siendo niños y son fácilmente manipulables.

Otra característica de estas edades es la reducida capacidad para resistirse o revelarlo por cuestiones de desarrollo o discapacidad, además de que predomina el abandono afectivo y el rechazo parental, que lleva al niño a engancharse con su agresor por afecto, atención y recompensas a cambio de sexo y secreto.

Los conflictos y la ruptura familiar; el tener una historia de abuso sexual por parte de la madre, ser soltera, tener diversas parejas sexuales, sufrir depresión, y vivir en hacinamiento, son factores de riesgo como también lo son, la ausencia de los padres biológicos, incapacidad o enfermedad, el trabajo de la madre fuera de casa y los problemas de pareja (peleas, malos tratos, separaciones o divorcios), ya que cuando se interrumpe entre la pareja la relación sexual, aumentan las posibilidades de victimización en el menor (López, 1995). Las familias de alto riesgo son las constituidas por padres dominantes y violentos, así como las formadas por madres maltratadas (Arrabarrena, De Paúl Torres, 1996; Mas, 1995; Vázquez y Mezquita, 1995; Cortés y Cantón, 1997).

Tabla 3.

Características del abusador y de la familia en que se produce el abuso sexual

CARACTERÍSTICAS DEL ABUSADOR	CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA
Extremadamente protector o celoso del niño	Familias monoparentales o reconstituidas
Víctima del abuso sexual en la infancia	Familias caóticas y desestructuradas
Con dificultades en la relación de pareja	Madre frecuentemente enferma o ausente

Aislado socialmente	Madre emocionalmente poco accesible
Consumidor excesivo de drogas o alcohol	Madre con un historial de abuso sexual infantil
Frecuentemente ausente del hogar	Problemas de hacinamiento
Con baja autoestima o con problemas psicopatológicos	Hijas mayores que asumen la responsabilidad de la familia

Nota: Fuente: Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores: un enfoque clínico. Barcelona, Editorial Ariel, S. A.

El ASI está plagado de falsas creencias e ideas erróneas que ponen de manifiesto los prejuicios presentes en la población general y a veces en los mismos profesionales que interfieren dificultando la implementación de intervenciones efectivas. Una de las clasificaciones se representan en el cuadro siguiente.

Tabla 4.
Falsas creencias sobre el abuso sexual infantil

➤ Los abusos sexuales sólo lo sufren las niñas
➤ Hoy en día se dan más casos de abuso sexual que en el pasado
➤ Quienes cometen abusos sexuales son enfermos psiquiátricos
➤ Los abusos sexuales no se dan en todo tipo de situaciones sociales
➤ Los niños y niñas en este caso no dicen la verdad
➤ Los niños y niñas son responsables de abuso sexual
➤ Los niños y niñas a veces pueden evitar el abuso sexual
➤ Si el abuso tuviese lugar sobre un menor de mi entorno cercano, yo lo detectaré
➤ Cuando se da un abuso sexual sobre un niño o niña, su familia lo denuncia
➤ Los agresores sexuales son casi siempre desconocidos

Nota: Fuente: Fundación Save the Children (2001). Se referencia una clasificación elaborada por López y Del campo acerca de las falsas creencias existentes en el abuso sexual infantil: Manual de Formación para Profesionales.

En la publicación del 14 de noviembre de 2012 en la página de la Fundación UNAM titulada *Infancia Rota*, se hace mención a las características y consecuencias del fenómeno del ASI de acuerdo con lo expresado por la Dra. Ruth González Serratos del Programa de

Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual (PAIVSAS) en México la violencia sexual en la infancia es frecuente, de acuerdo a estudios realizados por los académicos de la institución, y se considera como un fenómeno creciente.

Uno de los hallazgos del seguimiento de víctimas mexicanas es la existencia de menores de edad que son abusadores, situación documentada también en otros países, encontrándose que los niños violentados sexualmente repiten el abuso en otros pequeños como proceso del trauma y se trata de menores de 13 años de edad. Sin embargo, en los adultos sólo entre el 3 y 33% de los atacantes tienen antecedentes de agresión sexual en la infancia, lo que sugiere que el evento no es determinante para ser abusador en edad adulta, si fuera así, la mayoría de los victimarios serían mujeres.

Anteriormente, durante el Simposio Repercusiones Clínicas y Psicológicas del Abuso Sexual (8 de septiembre del 2011) publicada en la página electrónica *de A.S. I. ¡Nunca más!* La Dra. González aportó datos sobre el Síndrome de estrés postraumático en sobrevivientes de abuso sexual en la infancia – que no recibieron ningún tipo de tratamiento – se encontró que en el 85.3% hay una sensación de fealdad, sensación de no ser uno mismo 74%; usar ropa que esconda el cuerpo un 70 %. Respecto a su sexualidad, añadió, el 73% experimenta dificultad para integrar la sexualidad con las emociones y se sienten sucias sexualmente. Hay auto devaluación en un 90 %, sensación de ser diferentes 88%, enojo constante en un 91.3%, necesidad de controlar a otros 86.7%, incapacidad de decir "no" 86.7 %, sentimiento de culpa en un 90 %.

Además de las repercusiones negativas como la muerte prematura por suicidio, homicidio o infecciones de transmisión sexual o problemas de salud física como lesiones, discapacidad, baja autoestima, comportamientos sexuales de riesgo para su salud, embarazos no deseados, abortos en situaciones de riesgo que incrementan la mortalidad infantil y adolescente se encuentran las manifestaciones a corto y largo plazo causadas por TEPT que en víctimas que no reciben tratamiento pueden tener dificultades para establecer relaciones interpersonales, baja autoestima y pensamientos negativos hacia su cuerpo y la sexualidad.

Por otra parte, en México el marco legal lo rige la Secretaría de Seguridad Pública (SSP)

que en el apartado B. *Signos asociados con delitos específicos*,⁷ pone énfasis en las evidencias físicas aunque, en el abuso sexual el delito no deja evidencias físicas, los indicadores suelen ser mayormente de comportamiento. La importancia de la tipificación del delito es importante, por la confusión que suele haber de los delitos de abuso sexual y violación. Lo grave de la imprecisión al tipificar estos delitos es que las penas que se imponen a cada uno son muy diferentes.

- Abuso sexual. Se considera cuando el agresor ejecuta en la víctima un acto sexual o la obliga a ejecutarlo, sin su consentimiento, pero sin la intención de llegar a introducir su pene o algún otro objeto en la vagina, boca o ano de la víctima (Artículo 260 y 262 del Código Penal Federal). Los tocamientos o caricias lascivas, por ejemplo, se entienden como abuso sexual. Pueden aparecer algunos indicadores físicos pero la mayoría de las veces no existen señales evidentes. La introducción de un objeto en la vagina, ano o boca no siempre deja marcas o lastimaduras.
- Violación. Se considera violación (artículos 265 y 266 del Código Penal Federal) cuando el agresor introdujo su pene o cualquier otro objeto en la vagina, boca o ano del niño por medio de la violencia física o moral. Si la víctima es menor de 12 años, no importa si el agresor usó la violencia o no; de cualquier forma se considera violación. Un adulto puede engañar y manipular a un niño y por lo tanto no necesitar violencia, e incluso llegar a obtener su “consentimiento” (sea porque el niño no comprendió el significado de lo que estaba sucediendo, o simplemente porque no pudo resistirse). La responsabilidad del hecho es por entero del adulto y las penas oscilan entre 8 y 14 años que pueden aumentarse al doble si existió violencia física o moral.

El fenómeno del Abuso Sexual Infantil (ASI) en la antigüedad no se consideraba un problema, los primeros antecedentes del abuso sexual infantil se registran en 1857 cuando Ambroise Tardieu⁸ presentó el *Estudio médico legal sobre atentados contra la moral*, que engloba exhibiciones indecentes intentos de violación y violaciones (como se citó en Intebi,

⁷ Tomo IV. Acciones para Evitar la Re-victimización del Niño Víctima del Delito. “Manual para acompañar a Niños a través de un proceso Judicial”. (pp. 45 y 46).

⁸ Intebi, V. Irene (1998) Abuso sexual infantil: en las mejores familias. Ediciones Granica. México.

1998). Kempe y colaboradores en los inicios de los 60's en el encuentro anual de la *American Academy Pediatrics*, organizaron un simposio sobre el abuso sexual infantil, que dio lugar a la presentación del artículo en el que se acuñó por vez primera el término síndrome del niño maltratado (Kempe et al., 1962). La importancia de este trabajo es que trascendió hasta lograr la promulgación de una ley que obligó a los médicos a denunciar los casos de abuso infantil.

Esta problemática logró cierto relieve a partir de los años 1970's cuando causó movimientos de peso político en Estados Unidos al darle el estatus de asunto público, abanderado por los dos grupos, el del *lobby* de protección infantil y el del grupo feminista, sin que ninguno haya promovido la concientización del problema de la misma forma, ya que la alusión sobre "*abuso físico y abuso infantil*", el *lobby* de protección infantil los aglutina en una sola frase *Maltrato* y el movimiento feminista los estimó como un subapartado del problema general de la violación.

La presentación del niño ante las instancias legales para denunciar y la consiguiente actuación judicial en muchos casos puede llevar a una re-victimización consecuencia de los interrogatorios, exploraciones físicas, y la demora del proceso que pueden motivar el temor a no ser creído. La intervención judicial está regulada en los textos legales, no por ello deben aplicarse de forma mecánica, sin la consideración específica e individual de la víctima, máxime cuando se trata de un menor (Gimeno, 2000).

Los testimonios entre víctima y agresor pueden ser contradictorios, llegando incluso a desestimarse como prueba única sobre todo cuando no hay lesiones físicas o personas que puedan dar fe testificando lo ocurrido. Un efecto parecido que puede restringir la capacidad de memoria o percepción de la realidad es la etapa del ciclo evolutivo del menor propiciando la inducción de un testimonio viciado por parte de un adulto (Cantón, 2003; Cantón y Cortés, 2003). En la mayoría de los casos los niños no suelen mentir al denunciar el abuso sexual, pero no debe descartarse la probabilidad de que esto ocurra.

Tradicionalmente éste fenómeno se ha mantenido oculto y aunque en la actualidad es causa de investigación e interés social la mayor parte de los casos permanecen invisibles

dificultando la calidad de los datos oficiales y estadísticos que nos acerquen a su verdadera dimensión, siendo un problema que se manifiesta incluso en nuestro entorno social más cercano. Es desafortunado el hecho de que no existan indicadores respecto a la incidencia y prevalencia del abuso sexual infantil como tal, ya que al dar las cifras éstos se diluyen al globalizarlos en un todo rubricado como maltrato (o violencia infantil).

Para el 2003, se estimaba una población infantil de 39.2 millones de niños y niñas, que representa el 1.8% de la población infantil mundial calculada para ese año, colocando a México como el noveno lugar en población infantil en el mundo. La OMS calcula que anualmente alrededor de 73 millones de niños y 150 millones de niñas menores de 18 años sufren algún tipo de violencia sexual en forma de tocamientos y relaciones sexuales forzadas. Los datos del Fondo Internacional de Emergencia del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) señala que 228 niños por hora son víctimas de abuso, pero estima que esta cifra es inexacta, porque la mayoría de las víctimas no denuncian por miedo o vergüenza.

En México cuando es posible se usan datos públicos y se realiza el análisis de estadísticas disponibles en la materia, generalmente fragmentadas entre las diversas instancias como el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la Secretaría de Salud (SA), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Instituto Nacional de las Mujeres, el Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE), entre otras.

Los datos son imprecisos por la falta de homogeneidad y en su mayoría fueron aportados por el Sistema Nacional para Desarrollo Integral de la Familia (DIF Nacional) a través de las Procuradurías de Defensa del Menor y la Familia en cada estado como la instancia principal que atiende este problema. Sin embargo, presenta dos limitaciones: la primera es que se trata de cifras por estado, lo que limita conocer los fenómenos a nivel municipal (también entre lo rural y urbano) el segundo problema es la periodicidad de los datos.

En el documento *La violencia contra niños, niñas y adolescentes en México. Miradas regionales* (Ensayo temático: La Infancia Cuenta en México 2010) se hace hincapié en la

falta de un sistema de información sobre la niñez en México, que refleje claramente la situación de los derechos de los niños y niñas y reconviene a las diferentes instancias para que cumplan con lo signado por México en la Convención sobre los Derechos del Niño.

Que a su calce en el artículo 19 dice: ***“los países miembros tomarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas adecuadas para proteger al niño de toda forma de violencia física o mental, de traumatismos o de maltratos, de descuidos o trato negligente, de maltrato o de explotación, en especial del abuso sexual, mientras se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que esté a cargo del niño.”***

México es uno de los países con más violencia en contra de niños y niñas, desde violencia física, abuso sexual y homicidio de adolescentes. Lo que destaca los altos niveles de impunidad por la fragilidad del sistema. Por ejemplo el DIF anualmente registra más de 20,000 casos de maltrato infantil en sus instancias estatales. En el año 2008 llegaron a 34,023 con sólo 13.7% de casos presentados ante el Ministerio Público, en el 2009 los casos comprobados disminuyeron a 22,129 con 26.5 % de casos ante el MP, esto no fue un logro, al contrario lo que sucedió es que los estados no entregaron los registros.

Somos un país de gran diversidad cultural, social y económica con una población superior a los 112.3 millones de habitantes de los cuales 57.4 millones son mujeres (51%) y 54.8 millones son hombres (49%), de estas personas 32.5 millones son menores de 14 años (28.1%); 29.3 millones tienen entre 15 y 29 años (27%). Datos censales de 2010 según la Comisión Nacional de Población (CONAPO) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). En el 2008, estudios realizados en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) demuestran que México registra altos índices de ASI (16 mil menores son víctimas de este abuso), en donde 77% de las víctimas son niñas y el promedio de edad de los afectados/as es de 5.7 años; en todos los casos la víctima conocía al agresor: el hermano en 19%; el padrastro en 18%; el tío en un 16%, y el padre en un 15%.

En el Distrito Federal, en el periodo 2008-2011, la Secretaría de Educación Pública (SEP) dio a conocer que el número de casos de abuso sexual y violaciones en las escuelas públicas

creció 31%. Aunque no existen datos oficiales que permitan saber realmente el número de casos denunciados y atendidos, en un primer reporte esta Secretaría informó que se promedió una denuncia de abuso sexual y maltrato cada dos días de clase, en el primer trimestre de 2008. En muchos casos las denuncias se solventaron en el entorno escolar y no ante las instancias penales.

En el 2010 la SSP presentó el documento denominado *Maltrato y Abuso Infantil en México: Factor de riesgo en la Comisión de Delitos*, se mencionan los datos recabados por la UNICEF según la OCDE⁹ (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) México tiene la tasa más alta de pobreza y desnutrición infantil y los primeros lugares en violencia física, abuso sexual y homicidios de menores de 14 años infligidos principalmente por los padres. Datos corroborados por la Cámara de Diputados (sesión del 18 de noviembre del 2014).

En la misma Cámara de Diputados Marina Mandujano, Directora del Centro de Estudios para el Adelanto de las mujeres y la Equidad de Género, subrayó en su turno que cuatro menores sufren abusos sexuales en América Latina cada minuto y al menos tres de las víctimas son niñas, de acuerdo con la ONU (Organización de las Naciones Unidas). La diputada precisó que una de cada cinco niñas y hasta 10% de los niños son víctimas de abuso sexual, lo que equivale a 4.5 millones de víctimas en México, de las cuales únicamente dos por ciento se conoce en el momento que se presenta el abuso. La acción tomada por la Cámara fue la institución *del Día Nacional Contra el Abuso Sexual Infantil - 19 de noviembre* - con el objetivo preciso de crear políticas públicas que prevengan, atiendan y erradiquen de manera urgente ese delito.

Por otro lado, cabe mencionar el *Curso: La prevención del Abuso Sexual Infantil como prioridad en la Salud Mental*, impartido en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro – en su participación del 17 de mayo 2016 – la Dra. Anita Suárez Valencia, Directora del Comité de Violencia Sexual de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV) – organismo descentralizado de la Administración Pública Federal – compartió

⁹ Fundada en 1961, la OCDE agrupa a 34 países miembros y su misión es promover políticas que mejoren el bienestar económico y social de las personas alrededor del mundo.

que la falta de una base de datos sobre víctimas de algún delito sexual motivó la elaboración del diagnóstico sobre la atención de violencia sexual en México entre 2010 y 2015 con la colaboración de la mitad de las entidades del país, el documento arrojó que fueron 2 millones 996,180 las víctimas en ese periodo, aproximadamente, 600 mil casos al año.

Con respecto a los delitos de abuso sexual y violación (que incluyen violación, violación agravada, impropia, equiparada, tentativa, tumultuaria, a menor de 14 años y por dos o más personas) son los que concentran el mayor número de las averiguaciones previas, con un total de 56 mil 227, lo que significa el 67.4% del total de averiguaciones por delitos sexuales.

A pesar que durante el quinquenio se cometieron más de dos millones 900 mil ataques sexuales en el país, apenas 6% fueron denunciados, lo que resulta en 83 mil expedientes judiciales y de éstos, alrededor de 23 mil fueron consignados, las cifras son sólo una aproximación debido a que no todas las entidades proporcionaron los datos y otros se desestimaron por estar incompletos pero la “cifra negra” no contempla los que no fueron denunciados, no obstante, el documento es de un gran valor por ser el primero en su tipo.

1.1.2 Tipificación del delito

En México la violación y abuso sexual están adecuadamente tipificados contemplando como agravantes, la edad del niño y la relación de custodia o filiación del victimario con el mismo y, únicamente 9 de sus 31 entidades además del Distrito Federal consideran dentro de sus códigos penales el delito de abuso sexual grave sin derecho a fianza, entre ellos: Yucatán, Tlaxcala, Tabasco, Sinaloa, Quintana Roo, Querétaro, Morelos, Jalisco y el Distrito Federal.

En cuanto a la severidad de las penas, no lo son tanto por la falta de uniformidad en los códigos penales, en el estado de Jalisco los años de prisión que se dan en contra del agresor de un menor de 18 son entre 12 y 20 años, lo asombroso es que en entidades donde se le

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL: ESTUDIO DE CASO

considera grave el ilícito, contemplan un mínimo de seis meses y un máximo de 10 años. En los 23 estados restantes, no califican como delito grave el abuso sexual y los perpetradores pueden salir bajo fianza con montos que van desde 3 días de salario mínimo hasta los 1 200 días.

A pesar de lo alarmante de la cifras y de los estudios que generan la evidencia sobre las devastadoras consecuencias del abuso sexual, especialmente en la niñez, el marco jurídico en las entidades muestra serias debilidades, aunado a la corrupción e impunidad o la colusión entre abogados que desestiman las pruebas evitando que los responsables enfrente sus delitos.

Tabla 5.
Características de las Leyes sobre la violencia sexual de los estados en México Revisión para el 2004

	Estados en donde es delito	Estados en donde NO se explicitan en sus definiciones la cópula oral como forma de delito (*)	Estados que la consideran como violación	Estados que le atribuyen penalidad diferente y ligeramente menor	Límites de edad para el delito de violación equiparada por estado (años)	Estados que tipifican este delito	Abuso sexual	Abusos deshonestos	Atentados al pudor	Otros (**)	Vía penal	Vía civil	Vía administrativa
Aguascalientes	*		*		12				*		*	*	
Baja California	*		*		12		*						
Baja California Sur	*		*		12				*			*	
Campeche	*		*	*	14				*				*
Coahuila	*		*	*	12				*		*	*	*
Colima	*	*	*		12			*				*	*
Chiapas	*	*	*		12		*						*
Chihuahua	*				14	*	*					*	
Distrito Federal	*		*		12	*	*				*	*	
Durango	*	*	*	*	14		*					*	
Guanajuato	*		*		12	*	*						
Guerrero	*		*		12			*					
Hidalgo	*		*	*	12	*				2			
Jalisco	*		*		12				*				
México	*		*		14					2			*
Michoacán	*				12			*				*	
Morelos	*		*		12		*				*		*
Nayarit	*	*	*		12				*				
Nuevo León	*		*		13	*			*		*	*	
Oaxaca	*		*	*	12	*	*					*	
Puebla	*	*	*		12				*		*	*	
Querétaro	*	*	*		12	*		*					
Quintana Roo	*		*		12			*					*
San Luis Potosí	*		*		12	*	*				*	*	
Sinaloa	*				12				*			*	*
Sonora	*		*		12			*			*	*	*
Tabasco	*		*	*	12		*						*
Tamaulipas	*		*		12	*				1			*
Tlaxcala	*		*		12				*			*	
Veracruz	*		*		14	*	*				*		
Yucatán	*		*	*(***)	12	*	*				*		
Zacatecas	*		*		12	*				3	*		

Nota: Presentación de las diferencias entre las entidades del país en cuanto a la tipificación de los delitos

sexuales. *En el caso de Yucatán la cópula oral está contemplada como un abuso sexual agravada¹⁰ y no como violación ** Impudicia, 2- Abusos libidinosos, 3 – Atentados contra la integridad sexual de las persona ***En Yucatán se considera como abuso sexual o deshonesto agravado pero con penalidades iguales a la violación. Marco Jurídico de la Violencia en México, Ipas, México por Ortega, Adriana, Tilemi Santiago (2004).

Entre las incongruencias legislativas frente al abuso sexual infantil en México, a pesar de que contamos en nuestro país con la Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, a nivel federal las deficiencias son abismales no importando que nuestro marco jurídico esté inspirado en la Convención de los Derechos del niño, es preocupante reconocer la falta de mecanismos de justiciabilidad y exigibilidad que hagan valer las leyes y derechos a favor de la infancia mexicana. A continuación se muestra el grado de adecuación ante los principios de la Convención, la calificación máxima es 10 y la mínima 0.

Tabla 6.

Escala de medición de leyes estatales con base en la Convención de los Derechos del Niño

Estado	Calificación
Ley Federal	4.1
Baja California	0.7
Zacatecas	0.7
Morelos	0.9
Guerrero	1.6
Tamaulipas	1.8
Hidalgo	2.0
Colima	2.1
Campeche	2.2
San Luis Potosí	2.2
Ciudad de México	2.4
Jalisco	2.4
Estado de México	2.5

¹⁰ Multi Agenda Penal Federal 2005 (p. 81). **Abuso sexual agravada:** Cuando el abuso por su duración o circunstancias de su realización configure un sometimiento sexual gravemente ultrajante para la víctima. Agravantes de los abusos sexuales: Cuando resultare un grave daño en la salud física o mental de la víctima. Si el hecho fuere cometido por ascendiente, descendiente, afín en línea recta, hermano, tutor, padrastro o amasío de la madre del ofendido.

Sonora	2.5
Chiapas	2.9
Baja California Sur	3.0
Quintana Roo	3.6
Aguascalientes	3.9
Michoacán de Ocampo	4.2
Durango	4.4
Sinaloa	4.9

Nota: La calificación refleja, por ejemplo que la ley de Baja California, la más baja en la escala (0.7), no tutela los derechos de la infancia como propósito central, mientras que el estado con una calificación más alta como la de Sinaloa (4.9), si lo hace. Fuente: Red por los Derechos de la Infancia en México (2005). Infancias mexicanas, rostros de la desigualdad.

Al buscar información precisa para documentar el abuso sexual infantil y conocer las acciones emprendidas por el Estado mexicano que hayan sido eficientes para reparar el daño a las víctimas, nos damos cuenta que la infancia de nuestro país es un grupo altamente discriminado y no tomado en cuenta para proteger y respetar sus derechos. Qué pasa cuando el papel de los responsables de aplicar la ley a quienes se acude para denunciar se les pide justicia y castigue penalmente al autor (es) del delito, encubren o minimizan los actos de abuso por no existir evidencia física que demuestre maltrato obvio porque las secuelas emocionales, psicológicas, y de conducta no son suficientes poniendo en entredicho la veracidad de lo expresado en la demanda, que finalmente no procede y la víctima y su familia se sienten doblemente lastimados.

Es posible que el problema del abuso sexual sea la unificación de conceptos, dado que al intervenir diferentes profesionales los criterios sobre el abuso infantil no son compartidos por las áreas médica, legal, social y psicológica, el diagnóstico por lo tanto puede no ser concluyente debido a que el ASI estará en función de las interpretaciones de los involucrados en la valoración del problema.

Un señalamiento importante es el trabajo de quienes realizan acciones diagnóstica y terapéutica en la Secretaría de Seguridad Pública (SSP) del Gobierno Federal que cuentan con lineamientos instrumentados para atender psicológicamente el abuso sexual y otros

delitos cometidos a niños, niñas y adolescentes, es factible estén carentes de espontaneidad y sensibilidad al intentar esclarecer cómo sucedió el delito, colocando nuevamente a la víctima en desigualdad al legitimar la posición de poder como antes lo hizo el perpetrador ya que una mala intervención también puede causar la re-victimización.

El 3 de marzo del 2016, durante el Programa Diálogos en Confianza del Canal 11, Laura Martínez, Psicóloga y Fundadora de la Asociación para el Desarrollo Integral de las Personas Violadas, expresó que: “... *es el único delito que tienes que demostrar con tu cuerpo que te sucedió (sic)*”. Cuestionando así la falta de sensibilidad en las averiguaciones previas realizadas a las víctimas de delitos sexuales que suponen la precisión de la narrativa en tiempo y espacio de un acto íntimo abusivo. Di Bella, J. (Productor) (2016) Diálogos en Confianza (programa de televisión). Ciudad de México: Once TV. IPN.

La experiencia clínica confirma que los síntomas asociados al ASI tienen influencia en otras etapas del desarrollo, como son los problemas psicopatológicos en la edad adulta, de ahí el interés por identificar en el paciente las consecuencias iniciales que posibilitaran la intervención psicológica que favorezca la expresión de las emociones del niño sin que se sienta censurado, ni cuestionado que sea este “su lugar”, el espacio en el que se le procure seguridad y protección para que vuelva a confiar en el adulto con un nivel de flexibilidad que considere el tiempo personal del niño para enfrentar el evento y que ese momento sea como él quiere ser.

1.2 TEORÍAS CONCEPTUALES EN PSICOTERAPIA

1.2.1 Modelo Integrativo

“Integrar involucra construir una totalidad a partir de partes diferentes”.
Opazo¹¹ (1992).

El modelo integrativo es una representación simplificada de la estructura y contenido de un fenómeno o sistema, tal manera que se describa o explique las relaciones complejas de los conceptos dentro del sistema, este modelo es un movimiento hacia la integración en psicoterapia, que aparece como respuesta al proceso de búsqueda permanente de incremento en la eficacia y la efectividad en la psicoterapia. Este enfoque extrae la necesidad de contar con una teoría guiadora que sea capaz de orientar las preguntas, establecer rigor metodológico en las respuestas y que sea capaz de ir organizando sistemáticamente la acumulación del conocimiento válido, de acuerdo a sus aportes de predicción y cambio.

Para Fernández –Álvarez¹² (1996), significa “encontrar respuestas articuladas a conjuntos diversos y complejos. Un enfoque integrador en psicoterapia no es equivalente a un conjunto heteróclito de piezas o retazos cosidos a la ligera” siendo importante el qué y el cómo integrarlo. El desafío de este modelo es *no* caer en un movimiento unificacionista o reduccionista, pretensión científicamente ingenua y éticamente discutible por sus connotaciones totalitarias, por lo que este movimiento trata de coordinar la investigación de los mecanismos de cambio según los distintos modelos terapéuticos (a menudo con terminologías diferentes), en un marco conciliador maduro como fuerza creativa que desafía fronteras, al igual que ofrece formas y maneras prácticas y nuevas para el avance del conocimiento integrado en beneficio de los pacientes.

Opazo (2006) al respecto menciona que a lo largo del tiempo, los pacientes no se han dejado “reducir” a las teorías existentes, mostrándose complejos y poco abordables

¹¹ Dr. Roberto Opazo. Universidad Católica de Chile. Doctor en Psicología Universidad Nacional de San Luis. Fundador del Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP). Fundador del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI).

¹² Dr. Héctor Fernández – Álvarez Catedrático de la Universidad de Belgrano, Fundador de la Fundación AIGLÉ, Buenos Aires.

mediante las teorías tradicionales que solamente explican un segmento de la dinámica psicológica por lo que se ha comenzado a admitir que existe una mayor complejidad de lo que un sólo paradigma sugiere. *“La realidad no es plenamente asequible al conocimiento, ni una mera construcción de nuestra mente”* (Opazo 1991).

En la práctica clínica la resolución de los problemas de las personas, no debería pretender ajustar la realidad del paciente a una teoría. La psicoterapia integrativa es un modelo más *flexible* que *no* pierde de vista que a veces las teorías clínicas se quedan cortas. Corsi, (2003) menciona que no todos los pacientes reciben igual beneficio con los mismos métodos, lo que lleva a la búsqueda de conocimientos que aunque se generan por vías diferentes su estructura debería sentarse tomando en cuenta la integración de los diferentes paradigmas (biológico, cognitivo, afectivo, ambiental/conductual, sistémico, e inconsciente) que configuran una totalidad en el individuo mismo, ya que al mismo debemos considerarlo unificado en mente-cuerpo, un ser espiritual, psicológico, físico y social, en estrecha relación con su medio natural porque es un sistema dinámico y abierto (Rodríguez, 2006).

En el campo de la salud y las patologías sociales este modelo hace frente, a la mayor demanda de atención psicológica y a la compleja variedad de situaciones problemáticas de los pacientes, aunando el bajo costo y la creciente posibilidad de resultados eficientes en corto tiempo, por lo que se pronostica seguirá expandiéndose en un futuro (Opazo, 2004). El marco integrativo es un proceso creativo basado en principios científicos que incorpora metodologías terapéuticas de las más variadas procedencias y que hayan sido probadas en el tratamiento de cada una de las dimensiones fundamentales que la persona necesita cuando busca ayuda y atención.

Sin embargo, la terapia integrativa no debe considerarse una panacea, aunque sea un proceso de integración infinita que avanza y se transforma con la incorporación de nuevos conocimientos en psicología general, psicología social y del desarrollo. Y aunque este enfoque procure beneficiarse de la investigación y de la experiencia clínica para generar una teoría más completa que produzca mejores resultados como un intento de potenciar y desarrollar la efectividad psicoterapéutica.

Historia del modelo Integrativo

El nacimiento de la psicoterapia, como producto cultural ocurre aproximadamente hace cien años en Centroeuropa y en la costa este de Estados Unidos (Freedheim 1992), como una propuesta para enfrentar las enfermedades mentales (histeria y neurastenia), actualmente ha proliferado y se conocen más de cuatrocientos enfoques distintos (Karasu, 1986), con un sin fin de procedimientos diversos y heterogéneos, sin que ninguno haya logrado de manera consistente superar las numerosas alternativas de sus adeptos y estudiosos, cuestionando los aportes específicos de cada uno. Debido a que los enfoques también pueden verse influenciados por sesgos de los clínicos en la investigación (allegance effect), el problema alude a la tendencia de encontrar evidencia a favor del propio enfoque con el cual se está comprometido (Robinson, Berman y Neimeyer 1990).

Esto no quiere decir que un enfoque sea más efectivo que otro ya que aún hoy, no se ha podido demostrar que una técnica sea más efectiva que la otra o que un modelo teórico o método haya producido resultados mejores que otros, debido a que en la práctica clínica se ha observado que todos los modelos son eficaces, si son asignados en forma diferenciada según el tipo de trastorno. Sin embargo el modelo integrativo surge del intento por encontrar puntos de consonancia entre las diferentes corrientes terapéuticas y que en palabras de Opazo (2013) en este nuevo contexto, el todo pasa a ser superior a la suma de las partes.

La opción integrativa es una alternativa válida cuando se forma la *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* (SEPI) en Annapolis (E.E.U.U.) en 1980, organización interdisciplinar de profesionales de la psicoterapia que no estén limitados a una orientación “tradicional”. El movimiento inicialmente obedeció a dos premisas fundamentales: descubrir dentro de diferentes corrientes nexos conceptuales que permitieran la articulación de síntesis teóricas y la identificación de modos de intervención más efectivos a los tratamientos que permitieran enriquecer el trabajo clínico (Prochaska y Diclemente (1986); Million (2000); Opazo (1983, 1997, 2001).

Según Corsi (2005) este modelo necesita tener partes que lo compongan y que incorpore de

las teorías la parte explicativa y predictiva, para anticipar situaciones y las re-encuadre en un marco teórico más amplio, formando así un todo a partir de partes diferentes, por lo que el término integrar, para nada es un intento por crear un modelo totalizador cuando de él se habla, sino de integrar los enfoques que han dado buenos resultados en la explicación o abordaje de determinado fenómeno o problema.

En la práctica clínica nos da la oportunidad de que aquello que hemos integrado, pueda separarse para dar lugar a otras integraciones de niveles de complejidad diferentes, según la amplia diversidad de pacientes y situaciones de consulta.

Aunque cuando se habla de integración en términos generales, podemos confundirlo con eclecticismo y llevarlo a un reduccionismo o apego dogmático a un marco teórico, como menciona Patterson (1978), “el término integrativo es una postura teórica sistemática e integrativa, un enfoque ateorético y asistemático lo que es más un sincretismo que el verdadero eclecticismo”. Recientemente, distintas investigaciones (Mahoney, 1989 en Feixas y Miró, 1993; Norcross, 2009), muestran la tendencia en psicoterapia hacia el eclecticismo, al no existir todavía una teoría común, se legitiman cosas que pueden llevar al desorden, pues pareciera que existen tantos tipos de eclecticismo como terapeutas (Fernández- Álvarez y Opazo, 2004).

Arkowitz (1991) en su escrito inaugural del *Journal of Psychotherapy Integration*, señala la existencia de tres tendencias principales dentro del movimiento integrador:

- ❖ El eclecticismo técnico de Lazarus (1967) quien propone la Terapia Multimodal, la cual se centra en la selección de técnicas y procedimientos eficaces en la práctica, independientemente de la teoría que la fundamente, el terapeuta debe seleccionar acertadamente la técnica que funcionará con un paciente determinado, exigiendo coherencia mínima con la teoría que proponga, para evitar incongruencias y contradicciones. “Necesitamos menos teorías y más hechos”
- ❖ La tendencia de la integración teórica: trata de integrar principalmente los enfoques conductistas y psicoanalíticos, actualmente cognitivo conductuales y

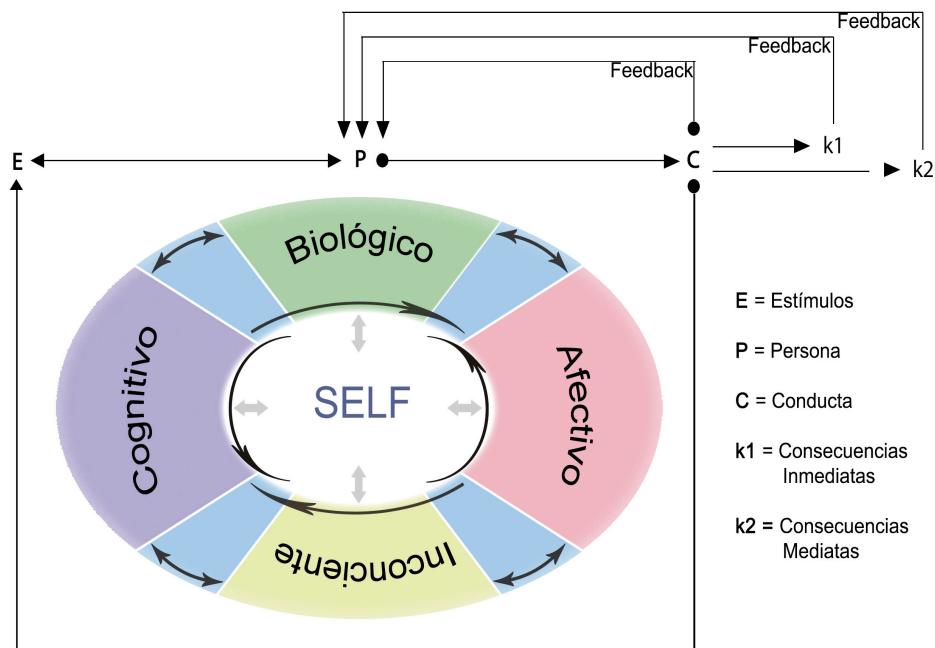
psicoanalíticos. Aunque están trabajando en integrar aportaciones de cualquier modelo, que se consideren válidos. En opinión de Martínez-Taboas (2008), esta corriente es la más valiosa dentro del movimiento de integración en psicoterapia, pues pretende acrecentar las bases teóricas, refinar los fundamentos epistemológicos y aunar esfuerzos para ir más allá de los prejuicios con el objetivo de realizar una verdadera integración tanto teórica como práctica a partir de las aportaciones mejor fundamentadas de los distintos sistemas psicológicos

- ❖ La tendencia de los factores comunes: parte del enfoque de que las distintas psicoterapias comparten una serie de elementos comunes que generan esa eficacia similar en todas ellas. Rogers (1957) atribuyó ésta eficacia terapéutica a la presencia de “condiciones suficientes y necesarias” (empatía, congruencia y aceptación incondicional) y no a las técnicas concretas que se utilicen. Más recientemente J. Frank (1961, 1985) ha sido el gran impulsor de la corriente de los factores comunes. Aunque Lambert (1992 cit. en Feixas y Botella, 2004; Mirapeix y Rivera, 2010) explicó la influencia de diferentes factores en la eficacia terapéutica: 40% se atribuyó a los factores extraterapéuticos, *el 30% a los factores comunes*, el 15% a las técnicas empleadas y el 15% al efecto placebo, replanteándose con mayor atención la actuación de los factores comunes.

Marco conceptual.

El Modelo Integrativo supraparadigmático según dice Opazo (2001), no integra enfoques ni autores, integra paradigmas inconexos, no como una sumatoria, sino que intenta crear una unidad funcionalmente relacionada, comunicada e integrada ya que al ceñirse a la perspectiva de una sola escuela psicológica limita a un valor relativo, en tanto que al integrar conceptos y técnicas distintas nos acercan a los enfoques, construyendo una visión global de la experiencia humana, lo cual tiene un gran valor humanista (Fernández-Álvarez, 1992; Cacioppo y Bernston, 1992, cit. en Martínez-Taboas, 2008; Fernández-Álvarez y Opazo, 2004).

Figura 1.
Diagrama del Modelo Supraparadigmático.



Nota: Delimitación estructural. El Modelo integra los paradigmas biológico, ambiental/conductual, cognitiva, afectivo, inconsciente y sistémico. AcPI Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa Vol. III, 2011.

El Modelo integra los paradigmas biológico, ambiental / conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico de manera coherente. Teniendo como eje integrador al Self, incorporando la causalidad lineal y la causalidad circular, donde confluyen los subsistemas o paradigmas. (Opazo y Bagladi, 2010). Ya que el Self desempeña en cada persona funciones de toma de conciencia, significación, identidad, auto-organización, búsqueda de sentido y conducción de Vida.

Tabla7.
Delimitación del Modelo integrativo Supraparadigmático

PARADIGMA BIOLÓGICO	El paradigma biológico establece que las disposiciones genéticas, los cambios endócrinos, la ingestión de sustancias, los cambios neuroanatómicos, y el ejercicio físico pueden influir en la génesis de conductas, cogniciones y afectos. (Opazo, 2001), (Opazo, 2004, 2006).
---------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PARADIGMA COGNITIVO	Se centra en la información y el procesamiento de la información. Establece que eventos cognitivos (pensamientos o imágenes transitorias) y/o estructuras cognitivas (valores o pensamientos estables) pueden influir generando conductas, cogniciones y afectos. (Opazo, 2001).
PARADIGMA AFECTIVO	El paradigma Afectivo implica que las necesidades y tendencias, umbrales afectivos, motivación al cambio, eventos y estructuras afectivas, balance entre satisfacción y frustración, pueden influir en la génesis de pensamientos y conductas e incluso generar cambios a nivel anatómico/fisiológico. (Opazo, 2001, 2004, 2006)
PARADIGMA INCONSCIENTE	El paradigma Inconsciente establece que, desde fuera de la conciencia, las cogniciones y/o afectos pueden influir generando conductas, cogniciones y afectos conscientes como inconscientes. (Opazo, 2004). La dinámica psíquica está movilizada por diferentes factores tales como contenidos reprimidos, estructuras no conscientes, eventos no conscientes y estimulación subliminal, (Opazo, 2006) los cuales son regulados por el mecanismo de la represión. (Opazo, 2004).
PARADIGMA AMBIENTAL / CONDUCTUAL	Las personas recurren a su ambiente para la satisfacción de sus necesidades y el despliegue de sus potencialidades, por lo que requiere de su entorno, de la estimulación y apoyo necesarios para cumplir con tal fin. Es así que los cambios en los estímulos ambientales, estímulos condicionados, repertorio conductual y las consecuencias de la conducta tanto a corto como a largo plazo, pueden influir generando cogniciones, afectos y conductas. (Opazo, 2001, 2004, 2006)
PARAGMA SISTÉMICO	Un sistema se comporta de acuerdo a patrones de causalidad circular y está sujeto a las influencias homeostáticas, y los principios de morfogénesis y morfostasia. Motivo por el que el modelo resalta la necesidad de abordar el sistema familiar como un todo, en aquellos casos en que la familia tenga un rol importante en la generación o mantención de desajustes psicológicos. (Opazo, 2000, 2006).

SISTEMA SELF

Es el punto central de la experiencia y constituye el eje de integración de los subsistemas que lo componen, los cuales operan en un sistema total. Desde esta perspectiva, el sistema Self es el núcleo de la personalidad y expresa el balance homeostático y la coherencia sistemática de la dinámica psicológica total. (Opazo, R., 2001; 1997).

Nota: Descripción breve de cada uno de los componentes de los diferentes paradigmas y el sistema self. Opazo, 2001, 2004, 2006. Santiago de Chile: Ediciones ICPSI (Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa).

Un paradigma según Kuhn (1971) es “aquello que comparten los miembros de una comunidad científica en particular”, aquello que da forma a la metodología de la investigación reconocida durante cierto tiempo para su práctica posterior, pero también es la transición de un paradigma en crisis a otro nuevo. Esto lleva a la afirmación de que no existe ningún paradigma que logre establecerse como único para dar solución a todos los problemas de la ciencia, enlazando con Opazo se reconoce que el desafío para la psicoterapia, es elaborar un modelo sólido en su epistemología¹³. Porque cuando se intenta dar explicación y solución con las teorías existentes a una problemática que explique todos los confluente, estas difieren entre sí, siendo incompatibles en sus supuestos epistemológicos, metodológicos y prácticos.

Entonces diremos que en el enfoque integrativo, los paradigmas aportan el conocimiento para indagar las variables de las dinámicas psicológicas que están contenidas en los paradigmas del Supraparadigma, avalados por las investigaciones que demuestran sus respectivos aportes tanto etiológicos como terapéuticos (Araya, 2006). Es decir que el Supraparadigma privilegia las partes del todo enriqueciendo sustancialmente las opciones predictivas.

En lo epistemológico Opazo (2001), plantea un constructivismo moderado que refiere que el conocimiento está siempre contaminado por la modalidad perceptiva, lo cual no nos permite conocer la realidad “objetiva”. Los constructivistas sostienen que los individuos no descubren la “realidad”, más bien la inventan. “La realidad es evidente a través de

¹³ Latner (1973, p. 5). La epistemología se ocupa del conocimiento y de las diferentes clases de reglas que se formulan para decidir cuando es que sabemos algo.

significados construidos los cuales configuran y organizan la experiencia. Puesto en términos más simples, el significado es la realidad” (Duncan 1990).

De manera general se puede decir que este modelo integra dos o más psicoterapias con la finalidad de que aquello que resulte de esta unión sea mejor que aquéllas que las originan, integrando sus conceptos teóricos y técnicos. El objetivo es la búsqueda de la “verdad” contenida en cada enfoque y en cada paradigma e integrar esos conocimientos en una realidad coherente (Opazo y Castro 2001), una verdad que sin pretender sea absoluta, reconoce que el conocimiento es abierto y está en constante evolución, además de que es generado por diferentes vías.

Es por ello que, ante la dificultad que demanda la elección de un modelo terapéutico que atienda las manifestaciones de afectación sobre la condición presentada por el niño después de ser víctima del abuso sexual y que usualmente desencadena un proceso de victimización, que puede afectar diferentes áreas de su personalidad, se eligió un modelo integrativo para intervenir estratégicamente las consecuencias del evento. Aunque socialmente un niño tiene representación y es merecedor de derechos, es evidente en términos generales, que esta representación queda circunscrita al mundo de los adultos, quienes paradójicamente olvidan en muchos de los casos incluirlo en el desarrollo de la realidad socio-cultural, por ejemplo en la clínica, las terapias dirigidas a los adultos son adaptadas a los requerimientos del proceso terapéutico de los niños.

En este caso para la inclusión de la metodología en la intervención terapéutica, se eligió la integración de la Terapia Gestalt y la Terapia Cognitivo Conductual porque, se tomó en cuenta su eficacia. Con la terapia Gestalt la intención fue ir más allá de las palabras, estableciendo empatía y comprensión en una relación completa, ya que como menciona Violeta Oaklander (1988), es un privilegio encontrar formas eficaces para ayudar a los niños a suavizar algunos pasajes difíciles de su vida. Filosofía compartida por L. Cornejo (1996) quien plantea que la técnica debe ir siempre un poquito más allá en nuestro compromiso con el paciente para ser más efectiva.

En este contexto la psicoterapia humanista (Gestalt) presenta evidencia y apoyo empírico, tomando en cuenta la especificidad a favor de los factores comunes esenciales a todas las

terapias. Otra particularidad es que la psicoterapia humanista es crítica con el modelo médico que tiene su base el movimiento de los tratamientos empíricamente apoyados y que de hecho ha propuesto la alternativa de las relaciones de terapia basadas en la evidencia (Norcross, 2011) o relaciones psicoterapéuticas que funcionan (Norcross, 2002).

1.2.2 Modelo Gestáltico

El modelo Gestáltico es una corriente de la psicología de la posmodernidad, que nació como parte de un movimiento cultural más general, surgido en EEUU en la década de los sesenta, que involucra planteamientos en ámbitos como la política, las artes y el movimiento social denominado «contracultura». Es una escuela que pone de relieve la experiencia no verbal y los estados alterados de conciencia como medio de realizar el pleno potencial humano. En el ámbito de la práctica clínica es una terapia humanística que de forma positiva considera las capacidades del niño y su creatividad. El objetivo de este modelo es ser más suaves al contactar con las emociones desagradables, el tiempo y la intensidad deben ser mínimas para cerrar los eventos y lograr un aprendizaje, cuando esto sucede, el niño logra recobrar la energía que estaba detenida en el dolor, la vergüenza o miedos del pasado que bloqueaban su bienestar del aquí y ahora (Morales P., 2005).

En sus inicios la Psicoterapia Gestalt no estaba dirigida a los niños, por eso comparte los mismos principios teóricos y prácticos que la de adultos. Fue creada por Frederick S. Perls y su esposa Laura en 1940. Perls era psicoanalista, pero ciertas discrepancias con los métodos y teorías freudianos lo llevaron a crear su propia línea terapéutica. Fritz Perls, es considerado el padre de la terapia Gestalt, primeramente desarrolló el enfoque de la teoría Gestalt. Después de terminar sus estudios médicos, estudió psicoanálisis en los Institutos para Psicoanálisis en Berlín y Viena. En un principio Perls trabajo en Europa, donde estuvo expuesto a los efectos devastadores de la Primera Guerra mundial y en 1933 en Sudáfrica estableció el Instituto Sudafricano de Psicoanálisis.

El concepto de Gestalt es un término Alemán del que no existe equivalente en Inglés; aunque Clarkson 1989; Yontef y Jacobs (2000), consideran el concepto como la forma,

dibujo, la forma entera, la configuración, que connota la entidad estructural que es a la vez diferente *de* y mucho más que la suma de sus partes y Papalia (1985) define el concepto de gestalt como una disposición significativa de las partes de un todo de manera que no sean en partes individuales, mientras que Gouws (1987) la describe como un todo que tiene un cierto grado de estructura, que es más que el total de las partes y que en un sentido se traspone y es reconocible, aun si las partes que la componen son sustituidas, mientras se mantiene la relación entre las partes. Estos aspectos están relacionados al *holismo* uno de los conceptos teóricos de la teoría de la Gestalt.

Desde el punto de vista de la teoría Gestalt, los niños también pueden considerarse una entidad holística, lo que significa que la suma total de sus aspectos físicos, emocionales y espirituales, el lenguaje, los pensamientos y su conducta son más que sus componentes, y pueden ser distinguidos. Por lo tanto, si el niño experimenta una emoción específica como la tristeza, ésta siempre será asociada con un componente psicológico y fisiológico, que no pueden ser separados, porque sería una persona fragmentada. Uno de los objetivos principales de la terapia Gestalt es que el niño deberá ser guiado a ser consciente de su experiencia, reconducirlo a la armonía holística, refiriéndose con ello a la integración.

La teoría Gestalt menciona que toda conducta es regulada por un proceso llamado *homeostasis o auto-regulación organísmica*, lo que implica que el niño al experimentar continuamente necesidades de diferente naturaleza (física, emocional, social, espiritual) que le causen malestar, tiene que actuar buscando satisfacerlas (dentro del individuo y del medio ambiente), y así restablecer su homeostasis. Este proceso es la auto – regulación, ya que la necesidad que no es satisfecha en el niño a menudo lleva a la fragmentación y a una gestalt incompleta.

Para Perls (1976), la experiencia del individuo cómo entiende y cómo organiza dicha experiencia está unida a la percepción. De esta manera, el proceso central de la percepción sería la formación de una gestalt, que también se entiende como el principio de figura-fondo, concepto que está relacionado con la auto-regulación organísmica, ya que la figura se considera a aquello que es más significativo en un momento dado para el niño (como ejemplo, que él o ella tenga hambre). El fondo son los antecedentes sobre la experiencia en

un momento específico (como ejemplo, que haya música mientras come). Una vez que la necesidad es satisfecha y la Gestalt completada, la figura desaparece; llega a ser parte del fondo y una nueva figura (necesidad) aparece en el primer plano.

El proceso de interacción figura-fondo es continuo (Aronstam 1989; Clarkson 1989; Clarkson y Mackewn 1994; Thompson y Rudolph 1996; Yontef y Simkin 1989) y la satisfacción contribuye a la homeostasis, aunque en los niños más pequeños sus necesidades conscientes se manifiestan en una forma limitada, de acuerdo al nivel de desarrollo, haciéndoles difícil encontrar recursos dentro de sí mismos y del medio ambiente para satisfacerlos, por lo que el proceso de formación y destrucción de Gestalt o de auto – regulación orgánica es un ciclo de etapas.

La forma en cómo los cuidadores reaccionan a las necesidades de niño, juega un rol importante en el aprendizaje de estrategias para satisfacer sus propias necesidades cuando sean mayores. Si sus necesidades son reconocidas, probablemente desarrollará modos saludables de contactar con su ambiente a fin de satisfacerlas. Sin embargo, si reciben el mensaje de que: su necesidad así como la expresión de su emoción está mal, probablemente aprenda formas inadecuadas de satisfacerlas, persistiendo la necesidad de homeostasis. Es por ello que se deberá poner atención durante la terapia a formas adecuadas para satisfacer las necesidades del niño, para ayudarlo a cerrar las gestalts incompletas en su vida.

El contacto se refiere a estar en contacto con lo que está emergiendo *aquí y ahora*, momento a momento, lo que puede ser considerado como la capacidad de contactar con su medio ambiente, haciendo uso de los sentidos, ser consciente de su cuerpo, de expresar emociones de manera sana y de usar su intelecto de varias maneras, tales como la habilidad de expresar ideas, pensamientos y necesidades (Oaklander, 1999). Un contacto sano puede ser cuando el otro está ahí para él, tomando en cuenta que al niño no se le puede engañar con el lenguaje, ya que él reconoce las actitudes corporales. Los episodios de contacto son vitales para el niño, porque en muchos casos el niño que acude a terapia está carente de ellos. El niño necesita ser reconocido por otro para poder llegar a ser realmente el mismo.

Las primeras referencias de la terapia Gestalt infantil las tenemos de Violeta Oaklander

(1992) quien trabaja utilizando frecuentemente la fantasía¹⁴ y el juego, que son en esencia el lenguaje de los niños. Esta psicoterapia concibe al niño como una unidad, Self o Gestalt en la que confluye la inteligencia tal como lo expresa Oklander, en su modelo de terapia dirigido al desarrollo saludable del niño, para ella el niño tiene que aprender a utilizar todos sus sentidos, primero para sobrevivir y después para aprender acerca de su mundo. Aprendizaje que puede ser utilizado por los menores para enfrentar las consecuencias del abuso sexual, evitando cerrar¹⁵ según la teoría de la Gestalt.

Durante la terapia un aspecto importante es contactar en el *“aquí y el ahora”* del niño porque su memoria está centrada en lo actual, en el *momento que percibe* lo que siente y lo que piensa, es en ese instante que necesita expresar y compartir para poder entregar toda su atención. Las expresiones temporales, el antes, ahora y después son de una dimensión puramente instrumental porque el niño reconstruye a partir de las experiencias concretas que cobran significado y que están ligadas a sus intereses.

El niño es un ser que madura y se construye según lo que percibe e interpreta del mundo en un proceso evolutivo hasta el punto de desarrollar habilidades socio cognitivas para poder hacer representaciones mentales *“de la realidad”* como mediadora de los procesos cognitivos sobre la información que recibe de su contexto social impulsada por la enseñanza y el aprendizaje de nuevos conocimientos que le procuran la comprensión de las reglas sociales y de expresión de sentimientos y deseos de sí y de los demás.

En la terapia se buscan satisfacer las necesidades del menor en *el aquí y el ahora*, de acuerdo a las necesidades del niño, transformando la percepción de la experiencia vivida deteniendo la repetición de una Gestalt no resuelta. En el caso de abuso sexual se buscará *descentrar la figura del agresor*, del *fondo* que desencadenó sentimientos de malestar emocional estableciendo nuevos esquemas, esquemas que sean más adaptativos y organizados adoptando conductas que le permitan la autorregulación.

¹⁴ Creación arte y psiquis (Sánchez, M. A., p. 93). Fantasía es la facultad de suscitar y combinar las representaciones (imagen del objeto) de acuerdo con determinadas situaciones o estados del desarrollo. Es a nivel del proceso primario, donde se inicia la formación de representaciones. Es bien conocido que en las fantasías inconscientes intervienen diferentes clases de representaciones, las cuales pueden ser de orden acústico, visual, cenestésico, táctil, térmico, calórico, etc.

¹⁵ Cerrar Gestalts (o Gestalten, como se dice en alemán) es un proceso permanente, que se produce a lo largo de toda nuestra existencia. Tiene que ver con la percepción de las necesidades cuando éstas desaparecen, se cierra o concluye una Gestalt.

1.2.3 Modelo cognitivo - conductual

El segundo enfoque de este modelo integrativo incluye técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual, que pueden atender las manifestaciones problemáticas y las situaciones ambientales que las provocan y, que es de gran ayuda para crear en los niños pensamientos más realistas y apropiados acerca de sí mismo y de sus comportamientos, aunque existe un consenso de las consecuencias que entraña el abuso sexual en el bienestar social y emocional de los niños, así como en su desarrollo, según Friedrich (1986) no todos desarrollan dificultades importantes de la salud mental.

Las manifestaciones sintomáticas pueden incluir temor, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, problemas conductuales, conductas sexuales inapropiadas, entre otras cosas asociadas con un mayor riesgo de sufrir problemas psicológicos en la edad adulta, que son los llamados efectos a largo plazo del abuso sexual (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000). Actualmente las propuestas de intervención terapéuticas que han abordado los efectos resultantes del abuso sexual a menores, provienen de diferentes corrientes teóricas, aunque las más reportadas en la literatura son las terapias cognitivo conductuales (Cohen y Mannarino 1996; King et al., 2000; Ramchandani y Jones, 2003; Putman, 2003; Cohen 2004; Leserman, 2005), han reportando una eficacia estadísticamente relevante al combinarse con alguna otra terapia de apoyo (psicodinámica, o de juego) (Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I. y López-Soler, C., 2011).

Desde el abordaje cognitivo conductual de niños y adolescentes se pretende el ajuste y bienestar del menor para ayudarlo a sobreponerse al impacto del evento y a desarrollar conductas y patrones afectivos adaptativos. El tratamiento implica la utilización de técnicas terapéuticas varias, incluyendo modelado, entrenamiento en afrontamiento, el procesamiento cognitivo y afectivo, y la educación sobre el abuso sexual, sexualidad sana y habilidades para su autocuidado.

Las TCC tiene antecedentes en el estoicismo griego (350 a. C al 180 d. C) en especial de las conceptualizaciones de Zenón de Citio, Crisipo, Cicerón, Séneca, Epicteto y Marco Aurelio

(Robertson, 2010). En el Siglo I, el Enchiridion¹⁶ de Epicteto pone de manifiesto uno de los preceptos básicos de la cognitiva que manifiesta que los hombres se perturban más por su visión u opinión que tienen de los acontecimientos que por estos mismos (Ruiz y Cano 2002). Se destaca entonces como precepto de la TCC que lo importante no es lo que pasó, sino la significación que se otorga. Se destaca una parte subjetiva de la realidad y la construcción particular de la misma, con características diferentes para cada individuo. La TCC retoma estos elementos para modificar los pensamientos que causan problemas y las conductas que resultan de los mismos.

El cognitivismo es una reacción a modelos de desarrollos conductuales, que proponía que la persona respondía sólo a partir de condicionamientos o aprendizajes ambientales, no así para la Cognitiva, en la que no sólo importará el estímulo, sino la configuración que la persona haga de éstos, llamado Paradigma del Procesamiento de la información (Camacho, 2003). El conductismo¹⁷ fue el paradigma imperante desde principios del siglo XX hasta la década de los 40, sobre todo en el campo de la psicología académica experimental, ya que en la clínica la influencia la tenía acaparada el psicoanálisis, Gardner (1996) al respecto señala, que era difícil entrar científicamente al campo de los procesos del pensamiento humano, aun así, esto sirvió para que la psicología cognitiva redefiniera sus preceptos de la concepción del ser humano y sus procesos mentales.

Una vez apartados de la escuela psicoanalítica Ellis y Beck (1967) proponen la TCC como un método colaborativo, cuyo supuesto es que la gente o el paciente cambia su manera de pensar más rápidamente si la razón del cambio proviene de su propia introspección. Ellis (1962) con la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), en la cual el terapeuta adopta un papel activo al cuestionar los pensamientos distorsionados y enseña a los pacientes a identificarlos cómo ocurren, cuándo se presentan y el impacto que tiene en sus sentimientos).

¹⁶ Epicteto (AD 55-135). Epicteto fue un filósofo estoico griego quien probablemente nació esclavo en Hierápolis, Frigia (hoy llamada Pamukkale, Turquía), pero también vivió en Roma hasta su exilio a Nicópolis, en el noreste de Grecia. Sus enseñanzas fueron compiladas y publicadas por su Discípulo Arriano en sus discursos. Más que enseñar una disciplina teórica, es una forma de vida.

¹⁷ Su representante es John Watson (1878-1958). Psicólogo estadounidense. Elaboró los conceptos centrales del conductismo y es considerado el fundador de la escuela conductista en psicología. Su influencia fue muy importante en el estudio de la conducta.

Otras incorporaciones que se sumaron a las TCC son las concepciones de Bandura con la Teoría del Aprendizaje Social (1969) Meichenbaum, quien desarrolla el Entrenamiento en autoinstrucciones (Meichenbaum, 1969, 1975, 1977; Meichenbaum y Goodman, 1971) pretendiendo enseñar al sujeto a modificar o sustituir su diálogo interno (autoverbalizaciones) de tal manera que conduzcan a un cambio en las respuestas de la persona y, Lazarus (1971) concibió el eclecticismo técnico flexibilizando el trabajo clínico, al utilizar herramientas y técnicas de cualquier otra escuela al seleccionar la mejor herramienta técnica independientemente de su origen teórico y utilizarla dentro de una concepción teórica específica.

La TCC tiene como objetivo delimitar y poner a prueba las creencias falsas y supuestos desadaptativos, utilizando un método que consiste en tomar experiencias de aprendizaje específico dirigido a enseñar a los pacientes a: controlar los pensamientos automáticos; identificación y la relación entre cognición, afecto y conducta; verificando la evidencia a favor y en contra de los pensamientos distorsionados; dirigido a sustituir las cogniciones distorsionados por otras más realistas; aprendiendo a identificar las creencias falsas. Tomando como principio fundamental la resolución de problemas actuales para atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones y así intenta modificar comportamientos. (Yapko, 2006).

Esta propuesta de atención desde la perspectiva del Modelo Integrativo es por la sensibilidad que despierta el ASI como fenómeno social actual que sugiere un plan de tratamiento que considere el efecto provocado en las diferentes áreas de la vida del individuo y los perdurables efectos psicobiológicos relacionados con la experiencia. Un enfoque integrativo con una intervención terapéutica breve basada principalmente en los modelos gestáltico y cognitivo conductual que permita eliminar cualquier sentimiento de culpa al pensarse responsable del abuso al favorecer en el paciente una imagen positiva y no estigmatizada que dé cuenta de su capacidad para establecer situaciones de riesgo o de abuso posteriores y evitarlas. Obviamente la intención es lograr un contacto más directo y cálido que nos acerque a su realidad apoyándonos en un modelo terapéutico no rígido, abierto al cambio, que procure tener la suficiente agudeza y flexibilidad para rectificar y cambiar, características que posee el modelo integrativo (Esquivel, 2010).

1.3 CICLO VITAL HUMANO

1.3.1 Reconocimiento de la infancia

La infancia es un constructo moderno como lo afirma Phillippe Ariès¹⁸ (1960) quien reconoce de Rousseau (1762) las primeras expresiones favorables: “*el niño es un ser sustancialmente distinto al adulto y sujeto a sus propias leyes y evolución; el niño no es un animal ni un hombre, es un niño*”,¹⁹ idea adscrita al imperativo moral de cuidado y protección del adulto como autoridad que ampara y como tal tiene derecho a ser obedecido. Esto marca la pauta que restituye la niñez a la sociedad y que se interesa en el estudio de los diferentes factores involucrados en el desarrollo biopsicosexual en la infancia.

Al parecer los niños como parte activa de la sociedad han pasado de ser objeto de protección a sujetos de derecho según lo referido en la Convención de los Derechos del Niño (CDN) cuyos lineamientos de promoción y protección integral de la infancia, ha logrado que los “niños hayan ganado en visibilidad, en presencia pública, y conseguido un lugar en la agenda de las preocupaciones políticas y sociales” Gaitán (2006). Causar daño físico, psicológico, emocional a los niños (as) por parte de los adultos históricamente no se reconocía como abuso o maltrato debido a que los niños apenas si se les consideraba personas y por supuesto no tenían derechos.

Lo interesante es el paso al reconocimiento de la infancia como grupo social cuyos factores psicosociales reflejan necesidades y problemas que han incidido en la legitimación y construcción de su Representación Social²⁰ quedando supeditada a la interpretación de los adultos, según la realidad social, cultural y momento histórico del que provenga, de esto dependerán las posibles acciones o programas de intervención. La perspectiva de estas asociaciones de ideas configuran un conjunto de conocimientos lógicos compartidos por la mayoría de miembros de una comunidad (Moscovici, 1976, 1982).

¹⁸ Phillippe Ariès (1914-1984) historiador e investigador Francés. Autor de *El niño y la vida familiar bajo el Antiguo Régimen* (L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien régime, 1960).

¹⁹ Emilio o Educación (1762). J. J. Rousseau (1712-1778)

²⁰ Moscovici (1976, 1982).

Esta identidad otorgada a la infancia responde a diferentes realidades que habrán de medirse con indicadores distintos, no obstante su referente es común “*los niños y las niñas*”. Así que podemos referirnos a ella como concepto demográfico, o un período de vida medible por intervalo de edad (la Convención Internacional sobre los Derechos de los Niños y Niñas de las Naciones Unidas refiere el intervalo de 0-18 años), o también como un conjunto de características psicobiológicas de los sujetos en estado de desarrollo que sucede por etapas como queda comprendido en el ciclo vital.

El ciclo vital es el estudio científico interdisciplinario que reconoce el desarrollo como un proceso que dura toda la vida (Papalia, 1984) lleno de acontecimientos que son base para la vida adulta (Santrock, 2006), con determinantes diferentes para cada edad que destacan la regularidad de los cambios. Este proceso de transformaciones tiene inicio en el vientre materno desde el momento mismo de la concepción en un continuo de etapas ordenadas en las que el medio ambiente tiene influencia.

Los acontecimientos parecen influir de manera positiva o negativa y producir un cambio en las pautas de vida que pueden ser constituidas por una experiencia aguda e intensa a modo de estímulo, o ser externa de tal manera que el sujeto no tiene oportunidad de responder limitándose a recibirlo con consecuencias problemáticas o de situaciones de crisis.

De esta incorporación y de la visión de su mundo, de la sociedad y de sí mismo, es como va configurando su personalidad que puede verse afectada por las influencias o experiencias traumáticas que ponen en riesgo su estabilidad conductual y los aspectos de su identidad. Remitiéndonos al eje de este trabajo cabe destacar por qué es necesario observar las etapas cronológicas del ciclo vital para conocer el ritmo natural de los comportamientos esperados y el desequilibrio causado a un menor víctima de un delito de abuso sexual. (Casado J.; Díaz J. y Martínez C., 1997).

1.3.2 Infancia

Primera infancia.

Tabla 8.
Reflejos básicos en los bebés

REFLEJO	ESTIMULACIÓN	RESPUESTA DEL BEBÉ	PATRÓN DE DESARROLLO
Parpadeo	Un destello de luz, un soplo de aire	Cerrar los dos ojos.	Permanente.
Babinski	Acariciar la planta del pie	Desplegar el pie, torcer el pie.	Desaparece entre los 9 meses y 1 año.
Agarre	Tocar la palma de la mano	Agarrar fuertemente.	Se debilita a partir del tercer mes, desaparecer después de 1 año.
De Moro (sobresalto)	Estimulación repentina, como oír un sonido fuerte o hacer que se caiga levemente	Sobresaltarse, arquear, la espalda, echar la cabeza hacia atrás, estirar los brazos y las piernas y cerrarlos rápidamente hacia el centro del cuerpo.	Desaparece después de 3 o 4 meses.
Giro de cabeza	Acariciar la mejilla o un lado de la boca.	Girar la cabeza, abrir la boca y comenzar a chupar.	Desaparece después de 3 o 4 meses.
Marcha	Se sujeta al bebe sobre el suelo y se bajan los pies hasta que lo toca.	Mover los pies como para caminar.	Desaparece después de 3 o 4 meses.
Succión	Un objeto tocando su boca.	Chupar de forma automática.	Desaparece después de 3 o 4 meses.
De nado	Se pone al bebé boca abajo en el agua.	Realizar movimientos de natación rítmicos y coordinados.	Desaparece después de 6 o 7 meses.
Tónico del cuello	Se pone al bebe boca arriba.	Cerrar las manos y normalmente girar la cabeza hacia la derecha (a veces llamada "posición de esgrima" porque parece que el bebé adopta la posición de un esgrimista.	Desaparece después de 3 meses.

Nota: Reflejos básicos con los que nacen los bebés. Fuente: Lefrancois, (2001). El ciclo de la vida. México: Thomson.

La primera infancia abarca los dos primeros años de vida (0-2 años). Es el vientre materno el lugar que proporciona protección en la etapa prenatal ahí se da la estructuración del sistema nervioso y del cerebro. Después del nacimiento en su etapa más temprana se distingue del resto de la infancia porque el recién nacido es capaz de establecer contacto a través de todos sus sentidos y tiene la capacidad para manifestar sus necesidades, siendo el momento de ajuste de las funciones vitales como respiración, circulación, digestión y regulación de la temperatura corporal. Craig (2009).

Durante la etapa posnatal se observan respuestas automáticas involuntarias clasificadas como instintos primitivos y reflejos básicos que dan cuenta de la inmadurez motriz pero que son indispensables para que el bebé se adapte al nuevo entorno (respiración, reflejo de búsqueda, succión, reflejo pupilar, parpadeo), estos se van perdiendo para dar paso a la motricidad voluntaria (reflejo del moro, reflejo palmar, reflejo plantar, reflejo Babinski, reflejo de marcha, de natación y tónico de cuello) (Craig, 2009) (ver Cuadro 10). Estas actividades se valoran durante los primeros meses de vida, ya que la *no* presencia indica una inmadurez neurológica o cuando *no* desaparecen puede deberse también a problemas neurológicos.

Por otra parte, el desarrollo motor va desde el *céfalo al caudal*, esto quiere decir que sus estructuras y funciones comienzan por la cabeza, después se dirigen al tronco, para finalmente llegar a las piernas. Otras características del desarrollo son las que proceden del centro del cuerpo hacia los lados; por lo que las partes más cercanas al eje se controlan antes que las más alejadas, conocido como desarrollo *próximo distal*. Estas dos pautas explican el por qué del dominio de la motricidad fina es posterior al de la motricidad gruesa.

Con la progresión de estas pautas del desarrollo el niño manifiesta control muscular que dependen de la maduración de estructuras neuronales, los huesos, los músculos y los cambios de las proporciones corporales, en las que existe una determinación genética, pero las diferencias individuales dependen de la influencia de las motivaciones ambientales como en estos primeros momentos del desarrollo donde la interacción del niño con la madre quien le anima a hacer las cosas, después el niño requiere menos estímulos y se

vuelve más independiente.

Es en la primera infancia donde se asientan las bases de las funciones cerebrales superiores como la memoria, un incipiente razonamiento lógico, el lenguaje, la percepción espacial y visual, la discriminación auditiva.

1.3.3 Niñez Temprana

Este período de la vida está comprendido de los 2 a los 6 años, continúa el crecimiento físico acelerado con respecto al peso y estatura, también suceden cambios en el cerebro y el sistema nervioso que preparan a los niños para las tareas cognitivas y el lenguaje. Santrok (2006). La evolución en los movimientos básicos es notoria hasta lograr habilidades motoras cada vez más aceptables aunque aun con limitadas destrezas. En esta etapa los niños descubren lo que pueden controlar y lo que no, y aprenden a generalizar esta experiencia en los movimientos espontáneos.

Las proporciones corporales se van haciendo más semejantes a las de los adultos porque se equilibran de manera más estética, el cuerpo se alarga y ensancha pero la cabeza sigue siendo más grande. Se notan diferencias en los niños quienes son proporcionalmente más altos y pesados, en tanto que, las niñas tienen más tejido graso. Comienza a mudar los dientes primarios y nacen los primeros dientes permanentes. La maduración de los sistemas muscular, nervioso y óseo continúa. El desarrollo del cerebro se mantiene constante detectándose cambios en la adquisición de las habilidades motoras gruesas y finas, se da el proceso de laterización que refleja el dominio de un hemisferio del cerebro y uso preferente de la mano y pueden empezar a conocer un esquema corporal.

Se convierte en un explorador de su entorno mostrando mayor seguridad en las actividades de su desarrollo motor que hace patente al iniciar las competencias escolares; toma un mayor dominio de las habilidades motoras gruesas, correr, saltar, lanzar objetos y hacer cabriolas. Sin embargo, las habilidades motoras finas como escribir y utilizar cubiertos,

uso de tijeras se desarrollan más lentamente. Cuando adquiere una mayor coordinación mano y ojo, aproximadamente de los seis a los siete años, se favorece entonces su capacidad para la escritura.

Se dan circunstancias para que el lenguaje adquirido sea el suficiente para expresar necesidades, pensamientos y sentimientos en frases más largas y complejas, en este momento, se da el uso de formas gramaticales que utiliza coloquialmente pero sólo al ingresar a la escuela adquiere las reglas de la sintaxis y vocabulario, los esquemas de género y valores que culturalmente considera apropiados convirtiéndose el lenguaje en un puente entre la infancia y la niñez. Craig (2009).

Otro aspecto importante es la forma en que el niño aprende otras relaciones con hermanos, compañeros de juegos y personas ajenas al círculo familiar, el mundo social se expande más aun cuando el niño comienza a asistir a la escuela, y establece un número diverso y cada vez más grande de relaciones sociales en las que se incluyen maestros, amigos, compañeros de equipo y vecinos (Amar y cols. 2004).

1.3.4 Infancia Intermedia y tardía

La infancia intermedia y tardía ocurre entre los seis y los doce años. En este período los niños adquieren conocimiento de sí mismos al mejorar su socialización y diferenciarse de sus pares no sólo en aspectos externos y visibles. Pues en ellos el crecimiento físico se vuelve mucho más lento aunque armonioso en proporción entre el cráneo y cuerpo, el tono muscular ha mejorado facilitando las tareas que requieren la utilización de la fuerza. Es por eso que mantienen preferencia por el juego que involucra el movimiento, la coordinación, la capacidad de atención y concentración aun continúa el proceso de maduración.

El desarrollo del sistema nervioso se está acercando al punto crítico de madurez, lo que admite un ajuste cada vez mayor de los movimientos finos, esta mejoría tiene su origen en el aumento de mielinización. Entre las destrezas adquiridas el niño utiliza las manos como herramientas, con un pulso más firme no sólo reproduce sino que es capaz de escribir entrelazando las letras y con un tamaño regular (Santrock 2006). Muestra un desarrollo

considerable y sus movimientos corporales mejoran en especial en lo que tiene que ver con las habilidades motoras gruesas y el equilibrio.

Ante el dominio de su cuerpo y de las habilidades adquiridas el niño empieza a tener sentimientos de competencia y autoestima que son esenciales para su salud mental²¹. Cuando se enfrenta a nuevos retos y se prueba en actividades físicas y mentales desarrolla más capacidad y seguridad al lograr lo que se propone, de lo contrario desarrolla sentimientos de inferioridad y un sentido del yo más débil (Craig, 2009). Una influencia importante para reafirmar o revalorar la autoestima es la relación con los padres y posteriormente con el grupo familiar cuando encuentra respuestas positivas de cariño y respeto contribuyen en el desarrollo de su personalidad y estado de ánimo.

²¹ La OMS define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

1.4 DESARROLLO

1.4.1 Desarrollo Cognitivo

El término cognición proviene del latín *cognitio* que puede entenderse como: el conocimiento alcanzado mediante el ejercicio de las facultades mentales, que implican un tipo de habilidad denominada facultad o capacidad mental, explicada como función dinámica y como estructura. De acuerdo con lo anterior, el término *mente* es definido como sistema físico y dinámico, como facultad intelectual y su base estructurada, actuando dentro de los marcos del pensamiento, la memoria, la imaginación y la voluntad (Rodríguez 2008: s/p).

Es así que para teoría piagetiana, la cognición, se basa en las relaciones entre el individuo y el mundo que busca conocer, considera que la inteligencia y el pensamiento no son atributos naturalmente dados sino que son procesos cognitivos complejos con una base orgánico – biológica determinados por la acción evolutiva de cada sujeto y las leyes que lo regulan que pasarán por diferentes etapas hasta llegar a la edad adulta.

El sistema cognitivo realiza una serie de reorganizaciones logrando una “mejora” o equilibración determinada por reglas y principios nuevos o por la aplicación de los anteriores a un nuevo plano o dominio cognitivo Piaget (1974). Cada nueva estructura²² emerge de una anterior y va a regular la actividad cognitiva del individuo, se afirma que a toda nueva estructura se le conoce como adaptación de la inteligencia,²³ a través del *equilibrio* entre *asimilación* y *acomodación* presentes en el progreso del conocimiento.

Esta adaptación se refiere al ajuste o reorganización de las estructuras cognitivas, es decir, son cambios que actualizan e interiorizan nuevos conocimientos a partir de la experiencia preexistente conocida como *asimilación*, mientras que la *acomodación* implica modificar la organización actual para responder a las demandas del medio, estos dos procesos reestructuran cognitivamente el aprendizaje, a lo largo del desarrollo para lograr la *equilibración*.

²² La estructura es una totalidad organizada de esquemas, para permitir así, a través de la asimilación y acomodación, la constante transformación del objeto y del sujeto. Piaget (1968).

²³ Field, p. 59. Según Piaget la inteligencia es la capacidad de adaptarse al ambiente, de actuar sobre la información del entorno, empleando destrezas desarrolladas. Cuando estas no resultan eficaces para dominar la información, el niño las modifica para poder procesarla.

Piaget propuso que el desarrollo del potencial cognoscitivo ocurre en etapas sucesivas, abajo descritas:

El *estadio sensorio – motor* (0 -2 años) es un aprendizaje práctico que ocurre desde el nacimiento hasta aproximadamente los dos años de edad - **primera infancia** -. Los niños se acercan a la comprensión del mundo conforme desarrollan la coordinación de las experiencias sensoriales con acciones físicas y motoras. Al comienzo los recién nacidos muestran patrones reflejos innatos que se van afinando y al final de los años sus patrones son mas complejos (Santrok, 2006) lo que conlleva a nuevos esquemas²⁴.

Ahora el interés del niño no está centrado en su cuerpo sino que lo ha ampliado a sujetos y objetos. Su capacidad aunque limitada le facilita imitar acciones de los adultos y es capaz de reconocer objetos parcialmente escondidos y tratar de conseguirlo esto es indicio de la noción de la permanencia²⁵ de objeto y de persona (como cuando la madre sale de la habitación sabe que no desaparece para siempre) (Berk, 1999, Palacios, 1999).

Preoperacional (2 a 7 años). Estadio que precede a la inteligencia sensoriomotora para dar paso al juego simbólico y al lenguaje –**niñez temprana** -. Piaget y Werner sugieren que estos cambios reflejan las dimensiones del comportamiento, por ejemplo, en el juego el niño utiliza gestos, sonidos y objetos para “simbolizar” sucesos y objetos. Esta función es muy cercana a la producción de un lenguaje muy restringido y repetitivo.

En este período la comprensión del niño es egocéntrica que le lleva al niño a creer que todos tienen los mismos pensamientos y sentimientos que él, lo que significan conflictos con otros niños y con los adultos. Con todos estos avances ya tiene capacidad suficiente para ingresar a la escuela.

Operacional Concreto (7 a 11 años). En esta etapa el pensamiento del niño ha dejado de ser rígido adoptando cualidades de flexibilidad y reversibilidad,- **Niñez Intermedia y Tardía** - Puede valorar los procesos mentales de causa y efecto especialmente cuando

²⁴ Los esquemas representan lo que puede repetirse y generalizarse en una acción; es decir, el esquema es aquello que poseen en común las acciones. Piaget (1968)

²⁵ Permanencia del objeto: según Piaget, es el conocimiento de que los objetos existen en el tiempo y el espacio, estén o no estén presentes y se vean o no. Craig (1999).

observa el objeto y se da cuenta de los cambios al asociar sus supuestos de cómo funcionan las cosas pero sólo con objetos concretos (Martí, 1998).

Asimismo, logra un sistema simbólico coherente y organizado al relacionar las situaciones que se le presenten en un agrupamiento (seriación, clasificación, correspondencia). Ahora el niño empieza a realizar juegos reglados, ya no juega por su cuenta sino que muestra cooperación, y comprensión de reglas comunes, es un elemento socializador, que influye en el desarrollo de la personalidad del niño en edad escolar. Piaget (1932, cit. en Ferreyra y Pedrazzi (2007).

Todas las acciones son la base del conocimiento para el desarrollo del pensamiento de las **Operaciones Formales** (12 años en adelante) este estadio está caracterizado por su orientación hacia lo posible y lo hipotético sobre conceptos abstractos (basado en sistema de símbolos (como: matemáticas algebra, lenguaje químico).

Cada uno de los anteriores estadios se construyen de forma progresiva van de una inferior a una superior para conformar las nuevas características cognoscitivas modificadas en función de una mejor organización.

1.4.2 Crecimiento moral en el niño

Quando un niño o niña adquiere la conciencia de la norma interiorizada que controla su conducta, actúa de acuerdo con ella. Así, si su conducta no es acorde a la norma, se sentirá culpable, avergonzado o ambas cosas (Ausubel, 1960, pág. 301).

Piaget en su libro El juicio moral en el niño (1932) cita que “*toda moral consiste en un sistema de reglas y la esencia de la moralidad radica en el respeto que el individuo adquiere de esas reglas*”. Explicó el juicio moral como parte de un proceso cognitivo en el que están implicados pensamiento y sentimientos. Es evidente que en este avance cognitivo los adultos con sus enseñanzas influyen al niño quien internaliza las reglas y las cumple.

En la práctica Piaget observó la forma en que evoluciona la aplicación de las reglas del juego infantil, y constató la evolución psicológica de niño que inicia con el *no uso* de reglas, y cómo a medida que las va entendiendo es capaz de acuerdos cooperativos hasta concluir con la codificación negociada de las mismas. Este proceso lo clasifica en dos tipos de moral: la de coerción y la del consenso, que corresponden, la primera a la etapa denominada heteronomía y la segunda a la autonomía.

- Heteronomía: Piaget ubica la etapa de la moral heterónoma entre los 2 y 7 años relacionándola directamente con el egocentrismo infantil que es la “indiferenciación entre el yo y el medio social”. Su significación se impone a la conciencia desde afuera porque viene impuesta por la autoridad del adulto a quien obedecen los niños sin cuestionar esas reglas debido al respeto que conceden a las figuras de autoridad que en esta etapa es unilateral (Villegas, 1998).

Así, la moralidad heterónoma es reforzada por los adultos que emplean sanciones que pueden ser positivas o negativas (recompensa y el castigo) ya que el individuo al moverse entre las preferencias de lo que se puede y se debe hacer responde a las demandas del medio respetando las normas sin concebir puedan ser discutidas o más aún que pueda transgredirlas, sin embargo, este es el paso para alcanzar la autonomía especialmente de conciencia.

- Autonomía: Es el pensamiento crítico que surge y se desarrolla al interior de sí mismo tomando en cuenta las opiniones de sus iguales. La búsqueda de consenso orienta a los niños hacia la reciprocidad e igualdad, ya en este momento, son capaces de juzgar las normas y valorarlas e independizarse de quien las dicta (Delval, 1996) aflorando el sentimiento de justicia. Piaget pone a la moral autónoma en relación con la reversibilidad²⁶, conforme a esquemas mentales, que después denominaría como el período de las operaciones concretas que inicia justo hacia los 8 hasta 11 años (Perinat y cols. 2007).

²⁶ Manual de psicología aplicada a la empresa, Volumen II (p. 112). Reversibilidad es una condición de todas las formas del pensamiento lógico, ya sea en la formación de conceptos, soluciones de problemas, inducción o deducción.

Después del estudio de la práctica de juegos de reglas que tienen un carácter social, Piaget se adentró en el estudio de los problemas propiamente morales, como las intenciones en las acciones, la mentira, la responsabilidad así como la noción de justicia, se sirvió de contar diversas historias que los niños evaluaban de acuerdo con su grado de *bondad o maldad* criterios con que juzgan las conductas morales y cómo razonan acerca de ellas.

Pudo aclarar que las diferencias fundamentales en el modo de razonamiento de una persona está relacionado con la edad y a medida en que maduran en su capacidad cognitiva se hacen más inteligentes y pueden ver las relaciones entre objetos y ver el mundo como es. Un continuador de método clínico de Piaget fue Kohlberg quien mediante la *Entrevista sobre el Juicio Moral*, compuesta de tres dilemas hipotéticos, con distintos temas éticos que implican a un personaje en una situación difícil y deberá elegir entre dos valores conflictivos preguntando directamente *cuál* sería la mejor solución para el dilema y *por qué*.

En la metodología de Kohlberg²⁷ el desarrollo moral no se ciñe a dos procesos como lo postuló Piaget, sino que se caracteriza por *estadios* que sirven para determinar la coherencia con respecto a los asuntos morales. Concluye que aun cuando las normas o valores sean diferentes según las culturas los esquemas o pautas de razonamiento son universales y ocurren de los más infantiles y egocéntricos a los más maduros y altruistas como un proceso de aprendizaje irreversible.

Kohlberg (1971) elaboró una teoría más completa que la piagetiana al ampliar de dos a seis los estadios agrupados en tres niveles superiores: pre-convencional, convencional y post-convencional. De los cuales en este trabajo se han considerado únicamente las etapas y estadios de la infancia que comprenden los niveles pre-convencional e inicios del convencional.

²⁷ Lawrence Kohlberg (1927-1987) Psicólogo nacido en Estados Unidos. Obtuvo en Chicago el título de "Bachelor of Arts" y el doctorado en filosofía. En 1958 presentó su tesis doctoral acerca del desarrollo del juicio moral.

- Nivel I *Pre – convencional* (Estadio 1 Moralidad heterónoma): Las respuestas del niño son egocéntricas basadas exclusivamente en sus propias necesidades y percepciones (entre los 4 y 10 años de edad). En este estadio la moralidad para los niños depende de las consecuencias concretas de sus acciones que pueden ser *buenas o malas*. Los motivos para obedecer las reglas son evitar el castigo de los adultos quienes en su posición de autoridad califican e imponen castigos y recompensas. Este nivel también abarca al Estadio 2, ahora la moral del niño es individualista, es decir, asume la importancia de las reglas si favorecen sus propios intereses y necesidades respetando que los demás persigan los suyos, de tal forma que, lo incorrecto o lo correcto es relativo.
- *Nivel II Convencional* (Estadio 3 de la normativa interpersonal). Se han introyectado las normas morales (entre los 10 y 13 años de edad) así que la persona actúa según lo esperado por la sociedad (amigos, hijos, hermanos, etc.). “Ser bueno” significa tener buenas intenciones hacia los demás que están inscritas como estereotipos de buena conducta. En este estadio el bienestar común predomina sobre el interés individual y se aplica la regla de oro de *hacer o no hacer lo que quiero o no quiero que me hagan*. Este nivel incluye al Estadio 4 que trata sobre la moralidad y la conciencia social como diada para hacer cumplir las leyes y el respeto a la autoridad implica contribuir con el orden social, grupo o institución. El cumplimiento de las leyes es para todos se comparten y son imparciales (Robles, 2006).

Vivir en sociedad implica el aprendizaje del cumplimiento de las reglas y leyes impuestas por el grupo social. En este proceso de interiorización de los valores, la obediencia a la autoridad está ligada a sentimientos de respeto y/o miedo porque supondría que no acatar las normas morales es *no* estar haciendo lo correcto. Puede entonces, que al confrontar la realidad el niño descubra que algunas veces se deja pasar inadvertidamente en los adultos la observancia de las estas normas sin consecuencia alguna. Este mensaje podría causar confusión e inseguridad por no haber congruencia entre la conducta y los valores

aprendidos, quizás piense que quien no actuó de forma correcta fue él, llegando entonces a tener una versión pesimista y resentida de sí mismo.

1.4.3 Desarrollo Psicosexual

Freud determinó que el desarrollo sexual en la teoría psicoanalítica es un encadenamiento de períodos de vida que se subdividen en cinco fases psicosexuales, y creía que la personalidad se formaba a la edad de cinco años aproximadamente cuando el individuo ya había desarrollado estrategias básicas para expresar los impulsos que constituyen el núcleo de la personalidad (Cloninger, 2003) motivada por las pulsiones y las exigencias de la vida.

Ahora bien para el psicoanálisis el desarrollo sexual se focaliza en las pulsiones sexuales que son la fuente de excitación del propio cuerpo este proceso consiste en que la pulsión fluye en un continuo hasta lograr su satisfacción y de la que no se puede huir porque su meta es cancelar ese estímulo del interior de un órgano, más específicamente de las zonas erógenas del cuerpo. Es un concepto fronterizo que actúa entre lo orgánico y lo psíquico y que se relaciona con diversas fuentes somáticas o zonas erógenas con fines distintos (Freud 1905).

La teoría psicosexual es una teoría genética²⁸ de la personalidad que considera las influencias de las experiencias como determinantes de una estructura adulta (patológica o no) que reflejará en todos sus comportamientos con los que le rodean para establecer relaciones objetales o de objeto, por lo que se subraya la importancia de la promoción de las relaciones familiares saludables a lo largo de las fases del desarrollo para evitar la descompensación patológica del sujeto.

Primera Infancia

²⁸ Teoría genética. el punto de vista genético concierne al origen y desarrollo de los fenómenos psíquicos. No sólo trata de cómo el pasado está contenido en el presente sino también de por qué en ciertos conflictos se adoptó una solución determinada. Estudia los factores biológico – constitucionales tanto como los experienciales.

La connotación del término *sexual* en psicoanálisis no designa sólo a las manifestaciones adultas dirigidas al acto genital de la procreación, sino que comprende todo lo concerniente a la actividad hedónica, es decir, todo lo que se refiere a la búsqueda de placer (Dolto, 1974). En el niño esta búsqueda de placer sucede extraordinariamente temprano y en el desarrollo individual ocurre en cinco etapas sucesivas que Freud nombró con la parte del cuerpo sobre la que se centra electivamente el hedonismo del momento: *oral, anal, fálica, latencia y genital* (Freud 1905).

Las dos primeras etapas corresponden a la primera infancia. La primera es la *etapa oral* que abarca desde el nacimiento al destete (0 -1 año) está vinculada con la región *oral*, la boca como zona erógena del placer, con la que independientemente de satisfacer la necesidad de alimentación mediante la succión también le proporciona un placer autoerótico el plus está en el chupeteo sin hacer el esfuerzo de aspiración y deglución. El niño recibe pasivamente tragando lo que es bueno o de manera menos pasiva escupiendo lo que es desagradable.

En un segundo momento de esta fase oral se presenta la fase oral activa (en la que aparece la dentición) se destaca el hedonismo por morder o mordisquear todo aquello que tenga en la boca e incluso el pecho materno, dando paso con esta primera pulsión agresiva al destete como un castigo impuesto bajo la modalidad de “frustración” lo que lleva a una ruptura con el cuerpo de la madre. Cuando el destete se produce después de los siete u ocho meses al niño se le puede dificultar gozar de su facultad agresiva, y sin provocar con ello una necesidad de autocastigo (Dolto, 1974).

La segunda etapa psicosexual es la *etapa anal* (1 – 3 años) la fuente principal de placer sexual es el ano comienza el aprendizaje de la limpieza y el control de esfínteres. Esto tiene que ver con una maduración en el desarrollo neuromuscular que al igual que en la etapa oral es la que provoca el chupeteo lúdico y ahora provocara la retención lúdica de las heces o de la orina. Esta manipulación es un gran placer erótico masoquista para el niño y forma parte del desarrollo sexual normal (Dolto, 1974).

El control de las heces se divide en dos etapas, la primera denominada fase anal retentiva y luego en la experiencia de la defecación a voluntad, la fase anal expulsiva. Por un lado el deseo del niño por controlar los movimientos intestinales y también el conflicto con la demanda social del entrenamiento para ir al baño (Clonninger, 2002). El descubrimiento de control de esfínteres y de su cuerpo reditúa en el niño la noción de poder de cosas que son deseadas por los demás y que ejercen un poder efectivo sobre su madre.

Niñez Temprana

La tercera *fase* es la *genital* ocurre con el desplazamiento de la zona placentera del ano a los genitales (3 – 5 años). En esta zona están involucrados el pene en el niño y el clítoris en la niña. Es durante esta fase que el deseo del niño por expresar placer sexual es mediante la masturbación primaria del bebé con los frotamientos en los muslos, además el niño obtiene excitación natural de la micción y por los tocamientos en el momento del aseo. Al no ser la masturbación primaria tan marcada cesa por sí misma para reaparecer en el curso del tercer año (masturbación secundaria).

Con el autoerotismo el niño expresa el placer sexual que está acompañada de fantasías importantes. A partir de este momento el desarrollo de hombres y mujeres toma diferentes caminos, en el caso de la niña la masturbación en especial todavía es clitorídea. Esta práctica en un niño normal, de buena salud, la masturbación no será pública ni frecuente por lo que el adulto no debe preocuparse, por otra parte cuando la masturbación es manifiesta y persiste de manera abierta a pesar de las prohibiciones se considera una reacción neurótica del niño y ante la que los padres no deben intimidar porque pueden limitar su desarrollo y en el caso de no obedecer habla de la ausencia de un vínculo afectivo real con el adulto.

En el desarrollo infantil ocurren dos procesos constitutivos, el primero tiene que ver con el descubrimiento de la diferencia sexual. El niño al darse cuenta de la ausencia del pene en la niña se plantea como respuesta al enigma que se trata de una anomalía o que ha sido mutilada, llegando a creer que puede sucederle lo mismo, lo cual le provoca una intensa

angustia de castración (Clonninger, 2003). Aunque el niño se aferra a la convicción que todos poseen un genital como el suyo esta idea sólo la abandona tras serias luchas interiores que denomina complejo de castración (Freud, 1905).

El complejo de castración pone en peligro la sexualidad del varón porque cree que puede perder su posesión pero al mismo tiempo se siente en superioridad de condiciones. Aún en este momento la sexualidad del niño sigue siendo sádica, captativo –agresiva²⁹, manifestándolo en los juegos bruscos y en las fantasías de poder. La finalidad de la demostración agresiva es conseguir la atención y afecto de la madre quien sigue siendo el objeto de amor y para afirmar su sexualidad y que el padre le considere digno de ser un varón.

Digamos entonces que el complejo de castración es el tránsito hacia el *complejo de Edipo*. En el varón el complejo de castración y de Edipo se dan al mismo tiempo, y representa la renuncia a los deseos incestuosos hacia la madre y la internalización de la figura paterna, de sus normas y exigencias, en tanto que para la niña la *envidia del pene* es la entrada al complejo de Edipo, para ella la castración es un hecho cumplido se siente resentida con la madre por haberla privado *y es el deseo que nunca podrá quedar satisfecho y con ello elige al padre como objeto de amor*.

De esta manera las fantasías lúdicas femeninas están dirigidas a captar la ternura de los adultos como lo hizo en la etapa anal dirigiéndose a los hombres, a quienes estima superiores y atractivos para la madre, compensando con el gusto inconsciente por el adorno (prendedores, listones...) el pene conscientemente abandonado. El niño se enfrenta con fantasías agresivas inconscientes con respecto al padre, si este padre es viril con un actuar equilibrado el niño se desarrollará normalmente sin necesidad de autocastigo por sentimientos de culpa (Dolto, 1996).

Niñez Intermedia

²⁹ Algunos autores distinguen en el grupo de los instintos sexuales, a las tendencias a poseer, o captativas, de la agresiva y de la del deseo de poder (Elordieta, 1978).

Con la salida del Edipo se llega a una etapa de transición el *periodo de latencia*, considerado por Freud, como un periodo de calma en el que el niño establece nuevas identificaciones con amigos, profesores o aquellas personas a las que admira y con las que socializa este desplazamiento lleva también a la internalización de normas, restricciones, órdenes y castigos impuestas por los padres conductas valoradas y/o juzgadas desde el interior por el superyó como parte del trabajo que realiza la represión, mecanismo que sirve para defender al sujeto, manteniendo fuera de la conciencia las representaciones inaceptables y reelaborando esa energía en actividades diversas (formaciones de reacción).

Cuando la represión es exitosa los deseos eróticos del niño afloran sobretodo en las capacidades sublimatorias del yo, *no* sólo en lo social sino también, en los avances educacionales en las actividades creativas e intereses cognitivos lo que alienta el desarrollo en la autoestima que antes dependía de los apoyos parentales. Después de este momento no conflictivo despierta de nueva cuenta el interés sexual como al final del complejo de Edipo, tal y como se quedó, con sus complicaciones y tensiones y su mejor o peor resolución para dar paso a la etapa genital (Millán y Serrano, 2002).

1.4.4 Desarrollo Psicosocial

El proceso del desarrollo de la identidad del “yo” es una negociación en el que interactúan dinámicamente los individuos, a lo largo de la vida, con el entorno social y cultural para cubrir sus necesidades de reconocimiento y de aceptación de aquellos con quienes se relacionan. Este reconocimiento ocurre en un doble sentido, tanto ser reconocido como ser congruente con lo que él se piensa de si mismo, concebido como “un sentimiento de mismidad y continuidad” (Erikson, 1971).

Pero aunque Erikson (1959/1970) aceptaba la teoría freudiana de las fases psicosexuales, en un afán no reduccionista, la reinterpreta basado en un principio epigenético,³⁰ señalando los aspectos psicosociales involucrados, con lo que define los conceptos teóricos sobre la

³⁰ Erikson (1959) basó su entendimiento del desarrollo en el principio epigenético: “que todo lo que crece tiene un plan fundamental y que de éste emergen las partes; cada parte tiene su tiempo de ascensión especial, hasta que todas las partes hayan emergido para formar un todo funcional”.

identidad y sus crisis. El desarrollo sucede entonces más allá de la pubertad porque el “yo” evoluciona en un continuo de manera secuencial de las que adquiere características y fortalezas de cada situación a la que se enfrenta a través de la vida.

De ahí que el fenómeno subjetivo de la identidad se reconozca como un proceso de construcción *no* estático organizado en ocho fases psicosociales, del Ciclo Vital Completo, cuatro se refieren al desarrollo del niño y cuatro más que abarcan la adolescencia y adultez, cada etapa enfrenta una crisis, organizadas en torno a un conflicto nuclear y a las que debe encontrar una solución perdurable para superarlas con la finalidad de que las etapas continúen con regularidad de otra manera su no resolución emerge una patología.

Las crisis se consideran aspectos evolutivos en determinados momentos de vulnerabilidad en el que se puede *mejorar o empeorar*. Mejorar quiere decir que “convergen las energías constructivas del individuo y la sociedad”, por el contrario, Empeorar es “una prolongada confusión de identidad, tanto del individuo joven como en la sociedad, que desperdicia la aplicación de las energías que el joven podría dedicarle” (Erikson, 1958). El concepto fundamental de esta teoría es la noción de “*crisis de identidad*” especialmente la identidad de la adolescencia etapa en la que se produce.

De esto se desprende que los logros posteriores están supeditados a cómo se resolvieron los conflictos en los primeros años, en otras palabras, los conflictos de las crisis conllevan a alternativas de solución positivas o nocivas esta dialéctica no se produce por sustituciones sino por acumulación de las experiencias que tienen efecto en la autoimagen y en la perspectiva de la sociedad.

Durante las ocho etapas del desarrollo de la identidad se enfrentan los mismos problemas universales de los que se distinguen tres fases: la fase inmadura, la fase crítica y la fase de resolución de estos problemas. Como podemos observar el desarrollo de la persona presupone la confluencia de diferentes procesos: psicológico, social y biológico que influyen en la formación de la personalidad e introyección de los principios del orden social

y ritualizaciones³¹. Las ocho etapas psicosociales propuestas por Erikson son:

- Confianza Básica contra Desconfianza
- Autonomía contra Vergüenza y Duda
- Iniciativa contra Culpa
- Laboriosidad contra Inferioridad
- Búsqueda de identidad contra Difusión de Identidad
- Intimidad frente Aislamiento
- Generatividad contra Estancamiento
- Integridad contra Desesperación

Infancia

La primera etapa se denomina Confianza contra desconfianza (0 a 1 año).

El niño enfrenta el primer desafío que es *confiar* en los cuidados de su madre o de los cuidadores al lograrlo sin demasiada frustración adquiere un sentido de confianza básica en el yo propio, es decir, le causa seguridad en sí mismo. Erikson cree que si la relación entre madre-hijo es mutuamente satisfactoria el niño recibe aparentemente un sentido de “bienestar interno”, ser amado le da una perspectiva positiva de la vida sin que requiera reafirmarse continuamente como “útil y bueno”, cuando *no* obtiene este sentido de confianza muestra signos de inseguridad y angustia con comportamientos de timidez e introversión.

El sentimiento de confianza es la base del desarrollo individual y lo crean las madres al proveer las experiencias más tempranas de aceptación, seguridad, y satisfacción emocional. Uno de los indicadores de que el niño va bien en este primer estadio es cuando enfrenta la demora de satisfacción de una necesidad confiando en que pronto será atendido por sus padres y se arreglarán las cosas difíciles. Esta habilidad la utilizará ante situaciones de desilusión como en el amor, la profesión además de otros dominios de la vida.

³¹ Ritualización. Según Erikson son patrones repetitivos de conducta característicos de una sociedad en particular; las normas y prácticas de una cultura son comunicadas al individuo por medio de éstas.

Ritualismo es una ritualización inapropiada o falsa. Son la causa de la patología social y psicológica; estos conducen a los excesos y a la artificialidad.

La segunda etapa se denomina Autonomía contra vergüenza y duda (1 a 3 años).

Esta etapa se desarrolla el mismo tiempo que la etapa anal de la teoría freudiana y está relacionada con la adquisición del autocontrol que el niño logra sobre su cuerpo debido a la maduración muscular y perceptual alcanzando cierta autonomía para interactuar en su medio ambiente. En un principio el niño aprende a afirmarse al resistirse de manera primitiva, aferrándose o desprendiéndose de las cosas (Cueli, 1999). Es entonces que desarrolla un sentido de duda ante los rechazos o fracasos con las personas que en su mundo ejercen autoridad sobre él sintiéndose vulnerable a los sentimientos de vergüenza, lo que trastoca su sentido de confianza y posiblemente desarrolle un verdadero odio hacia sus padres y generalizarlo a toda autoridad y restricción de cualquier clase: reglas, patrones y leyes.

Cuando el niño *no* alcanza la autonomía puede mantenerse la vergüenza el resto de su vida, se desarrolla cuando el yo es expuesto en forma indefensa a un examen desfavorable de una evaluación externa en las que en forma indefensa el control exterior debe ser sumamente tranquilizador.

La tercera etapa se denomina Iniciativa contra Culpa (3 a 5 años).

Se reconoce que en esta etapa el niño puede hacer real lo irreal al crear sus propias fantasías y manifestarlas este es el momento para alentarle a que asuma la responsabilidad de planificar y realizar alguna actividad determinada o buscar metas y que se sienta útil, por el contrario, la crítica le puede intimidar causándole sentimientos de culpa, el temor o el castigo. La actividad básica de aprendizaje es el juego, con él puede expresar su emotividad e inquietudes, además de incrementar sus relaciones sociales con sus pares. Un niño que no se atreve a realizar sus fantasías podría ser por inhibición debido a que responde a los ideales, prototipos, normas morales y religiosas del contexto en el que se desarrolla.

Desde su perspectiva de Erikson incluye la experiencia edípica freudiana. En este estadio la crisis edípica comprende la renuencia del niño a separarse del sexo opuesto, el

responsable socialmente en el proceso de ayudarlo a “crecer” es el padre, si el proceso no es adecuado, el niño aprende a sentirse culpable por sus sentimientos, dificultando la capacidad de separación afectiva, así como, de dar y recibir afecto a una tercera persona.

Por otra parte, Erikson propone que la *iniciativa* es una respuesta positiva a los retos del mundo que conllevan a asumir responsabilidades, sin embargo, demasiada iniciativa y muy poca culpa es una tendencia mal adaptativa que llama crueldad. Una persona cruel toma la iniciativa para realizar sus planes sin importarle a quien afecte para lograr su objetivo. Cuando se logra el equilibrio entre el desarrollo de la iniciativa y la culpa se alcanza la virtud psicosocial de propósito.

La cuarta etapa se denomina Laboriosidad contra Inferioridad (6 a 12 años).

La edad escolar es paralela en el tiempo a la fase de *latencia* descrita por Freud. La tarea principal es desarrollar una capacidad de laboriosidad evitando el sentimiento excesivo de inferioridad. El niño cambia sus juegos y conductas, se hace más responsable. En esta etapa las relaciones sociales son muy importantes porque cubren una necesidad de aprobación de parte de los padres, maestros o compañeros al contribuir en su formación personal ya sea dándole cuidado, aceptación, o alentándole, cuando no es así, llegan a tener sentimientos de inferioridad e inadaptación.

El niño debe desarrollar destrezas y el pensamiento prelógico de la etapa anterior deberá transformarse paulatinamente a un pensamiento lógico, dejando atrás los juegos y sus fantasías para dedicarse a la educación y al aprendizaje de nuevas habilidades que le servirán para cumplir las exigencias sociales. Una de estas exigencias es lograr el éxito, no sólo al concebir un plan sino al concretarlo, si el niño no logra mucho éxito a causa de la rigidez de los maestros o complicaciones con sus compañeros puede sentirse incompetente con sentimiento de inferioridad.

La tensión que ocurre producto de ciertas polaridades en cada etapa del desarrollo que son necesarias porque la salud precisa exista un desequilibrio que se oriente a favor de la cualidad positiva. Es así que en cada etapa surgirán crisis del desarrollo que al ser resueltas el yo resultará mas fortalecido para enfrentar las tareas de la etapa siguiente. Según

Erikson, la mayoría de las personas no consiguen una polaridad positiva absoluta, pero obtienen más resultados positivos que negativos, por lo que cada crisis debe resolverse antes de pasar a una siguiente.

Como podemos observar no importa el marco teórico que abordemos cualquiera de estos muestran que el ciclo vital antes y después del nacimiento es un viaje por diferentes etapas hasta llegar a la vejez. Cualquiera conlleva a una serie de conceptualizaciones biológicas, sexuales, psicológicas, de comportamiento social, cognitivos, de relaciones interpersonales, cada uno aportando elementos diferentes en la conformación del desarrollo de la personalidad.

Consecuentemente con lo anterior se han relacionado con la experiencia del ASI la posibilidad de la aparición de consecuencias a corto plazo según la etapa del ciclo vital en la infancia; emocionalmente el niño puede sentirse avergonzado o culpable por el abuso, o manifestar problemas atención y concentración en la escuela, baja autoestima, entre otras manifestaciones que alteran la personalidad, sobretodo, cuando la solvencia afectiva y de cuidado que prodigan los padres no son suficientes para enfrentar los efectos provocados por las dificultades de la vida diaria o las consecuencias de un evento traumático y en las que se hace necesaria la intervención psicológica.

CAPITULO 2. METODOLOGÍA

2.1 OBJETIVOS

Desarrollar una propuesta de intervención clínica para la atención de un menor víctima de Abuso Sexual con un Modelo Integrativo desde dos diferentes perspectivas teóricas como son la Gestáltica y Cognitivo Conductual que posibilitaran *eliminar en el paciente los sentimientos de culpabilidad y devolver la responsabilidad del abuso al agresor para el logro terapéutico de la resignificación de la experiencia abusiva.*

Objetivos específicos:

- Establecer una relación terapéutica empática con el paciente para facilitar su recuperación emocional.
- Disminuir la sintomatología ansioso-depresiva para el restablecimiento de las actividades cotidianas.
- Fortalecer su autoestima al reconocer su valía personal para enfrentar dificultades.
- Promover los conocimientos de la sexualidad en positivo para establecer con otros límites respetuosos y de autocuidado.
- Resignificar la experiencia del ASI para integrarla de manera adaptativa a la propia identidad.

2.2 Tipo de estudio

La metodología corresponde a un Estudio de Caso de un niño víctima de abuso sexual bucogenital. Los estudios de caso son descriptivos no estructurados se refieren a una única unidad muestral, bien sea una persona, un grupo, una organización, entre otros (Mertens, 2010).

Es el análisis de una situación real que implica algún problema específico del que se evita hacer juicios de valor en su presentación, e interpretaciones previas sujetándose en todo momento a la redacción del mismo (Pérez, 1993). Es posible observar que en esta intervención el estudio de caso único en cuestión se realizó utilizando la entrevista (estructurada y abierta) como técnica de recogida que dio evidencia del problema en una

temporalidad longitudinal.

2.3 Método cualitativo

El abordaje es cualitativo. Para Durán (2000) la investigación cualitativa tiene una forma holística porque considera los contextos y a las personas como un todo integral. Refiriéndola como una investigación humanística en el sentido de que se accede a lo personal, a los modos como las personas, se sienten, piensan y actúan, desde sus propios marcos de referencia y no desde un marco teórico preconcebido.

Para comprender el método cualitativo Ray Rist (1977) señala las diferentes técnicas que lo constituyen:

1. Los investigadores siguen un diseño de investigación flexible, haciendo sus estudios con interrogantes vagamente formulados.
2. Se considera holística, porque personas escenarios o grupos no son reducidos a variables, sino como un todo. Se estudia a personas en el contexto de su pasado y presente.
3. Los métodos cualitativos estudian la vida social en su propio marco natural. De manera que investigador e informantes interactúan aun en las entrevistas de profundidad con una conversación normal. Esto lleva a que el investigador mantenga un distanciamiento como observador “objetivo” para reducir los efectos de la interacción.
4. Los investigadores cualitativos se identifican con las personas que estudian para comprender cómo ven las cosas dentro del marco de referencia de ellas mismas.
5. El investigador se aparta de sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones, para ver las cosas como si sucedieran por primera vez, todo es tema de investigación.
6. El investigador cualitativo, toma todas las perspectivas como valiosas, no busca “la verdad” o la “moralidad, sino que todas las perspectivas tienen la misma importancia.
7. Los métodos cualitativos son humanistas. Al estudiar a las personas

cualitativamente las conoce en lo personal y a experimentar lo que ellas sienten cotidianamente en la sociedad y en su vida interior porque cuando se reducen a las personas a ecuaciones estadísticas se pierde el aspecto humano de la vida social.

8. Los investigadores cualitativos dan énfasis a la validez en su investigación. Los métodos cualitativos permiten permanecer próximos al mundo empírico (Blumer, 1969). Están orientados a asegurar un estrecho ajuste entre los datos y lo que la gente realmente dice y hace, y los documentos que producen sin filtrar conceptos, definiciones operacionales ni escalas clasificatorias.
9. Para el investigador cualitativo, todos los escenarios y personas son dignos de estudio. Cualquier aspecto de la vida, escenarios y personas son similares y únicos.
10. La investigación cualitativa es un arte. Al no estar tan refinados y estandarizados como otros enfoques investigativos, el científico es alentado a crear su propio método (Mills, 1959), se siguen lineamientos orientadores pero no reglas, nunca es el investigador el esclavo de un procedimiento o técnica.

En resumen la metodología cualitativa recoge datos descriptivos (palabras y conductas) de las personas sometidas a la investigación y responde a las preguntas ¿qué? y ¿cómo? de los fenómenos que lleven a la comprensión de la experiencia humana en sus significados y aspectos subjetivos que van más allá de lo meramente biológico del ser humano.

Justamente, este método busca el sentido que tienen los fenómenos investigados sin pretender medir cuantitativamente los datos subjetivos, contextuales e íntimos de las personas motivo del estudio de caso, porque metodológicamente no existe la obligación de reforzarla con hipótesis debido a que se no hacen suposiciones por adelantado.

Basado en las consideraciones anteriores, al ser nuestro interés conocer las dimensiones interpretativas y subjetivas del paciente se recurrió a explorarlas a través de un diseño que aportara información de forma intensa como es un estudio de caso.

2.4 Participante

El nombre del paciente (y de familiares) han sido cambiados para guardar en el anonimato

su (s) identidad (es). Esta dirección apunta a la importancia de no asociar al paciente con un dato que lo hiciera identificable para proteger la intimidad de los antecedentes de carácter personal.

El paciente de la intervención fue un niño de nueve años de edad quien cursaba el cuarto año de primaria en la Ciudad de México.

2.5 Escenario

Se destinó para el trabajo terapéutico el Cubículo 4 (Infantil), ventilado, iluminado con mobiliario y material acordes para el desarrollo de cada sesión del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSPGD) de la Facultad de Psicología.

2.6 Diseño

Estudio de caso único.

2.7 Forma del motivo de consulta

La madre acudió a solicitar atención para su hijo a petición de la Directora de la escuela primaria.

2.8 Encuadre

Con respecto al encuadre, consistió en un Modelo integrativo que combinó las teorías Gestalt y Cognitivo Conductual. Consistió de una sesión por semana con duración de una hora. En cuanto al costo, se le informó a la madre del paciente, que deberían cubrirse todas las citas, aun cuando por algún motivo no asistieran, y entregar el ticket de pago en la recepción del CSPGD, condición que aceptó.

2.9 Número de sesiones

La intervención consistió de 25 sesiones.

2.10 Establecimiento del tratamiento y análisis de las sesiones

Frente a las consecuencias del trauma las sesiones de intervención se centraron en desculpabilizar al niño del abuso y resignificar la sexualidad además de atender los

síntomas que afectaban negativamente la interacción personal del niño con la familia y su desempeño en la escuela dañando su autoestima.

Con el modelo integrativo se pretende crear un vínculo con el paciente en función de las circunstancias concretas que se vayan presentando durante el tratamiento tomando en cuenta que el niño durante la investigación y el procedimiento judicial mostró síntomas de re-victimización, por eso, con esta terapia se buscó asegurar que el niño pueda identificar a los adultos en los que puede confiar y advertir las situaciones de riesgo.

El objetivo fue retomar los supuestos de la Gestalt que se ocupan en dirigir la terapia de niños y adolescentes al desarrollo sano y armónico de los sentidos, cuerpo, emociones e intelecto (Fernández, 2005 en Álvarez 2014), porque la desarmonía modifica el patrón conductual – emocional impidiendo en el presente el funcionamiento como seres completos.

Para Esquivel (2010) el camino utilizado por la Terapia Gestalt son los ejercicios sensoriales para fomentar la toma de consciencia a través de la fantasía, también utiliza el trabajo corporal mediante relajación y visualización. Justamente, la Gestalt al ser un enfoque no directivo, nos permitió asumir la libertad que brinda la técnica para que el niño iniciara con el aprendizaje de las sensaciones en el *aquí y ahora*, al reconocimiento de las emociones, guiando el proceso a **darse cuenta** de las creencias negativas que tenía de sí mismo como consecuencia de abuso.

En cuanto a las estrategias terapéuticas de la TCC fue necesario adaptarlas para atender los síntomas del estrés postraumático y los problemas conductuales, tomando en cuenta la afectación en la interpretación de la sexualidad y en las conductas precoces (masturbación, repetición del abuso en la hermana), (Echeburúa, 2004), los recursos para la psicoeducación fueron más verbales para el aprendizaje de los límites del espacio corporal, de las zonas privadas, manejo de la ira, groserías y maltrato, desarrollados de acuerdo a la edad y el nivel cognitivo del paciente.

CAPITULO 3. PRESENTACIÓN DEL CASO

3.1 JUSTIFICACIÓN

El abuso sexual en la infancia ha existido en todas las épocas y sociedades, en él están presentes factores individuales, familiares y sociales. Este tipo de abuso tiene graves consecuencias en los menores, porque además de interferir en su desarrollo evolutivo, deja daños que no siempre se remiten con el paso del tiempo. México es un país de gran diversidad cultural, social y económica con una población superior a los 112.3 millones de habitantes de los cuales el 51% son mujeres y el 49% hombres; de éstos 32.5 millones de personas son menores de 14 años (28.1%) (Comisión Nacional de Población (CONAPO) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010).

El Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia (2009-2011) reporta 18,136 denuncias de maltrato infantil, de las cuales el 5% corresponde a denuncias de abuso sexual infantil, lo que significa cerca de 900 denuncias al año. Estos datos estadísticos reflejan que cerca de 4.5 millones de niños y niñas en México han sido objeto de abuso sexual. A pesar de estos datos, no se conoce con exactitud la prevalencia del abuso sexual en menores debido entre otras cosas a que: no existe tipificación exacta y falta evidencia física; la información estadística no es fidedigna por falta de una denuncia eficaz ya que los padres, familiares y cuidadores no denuncian por vergüenza, culpa o por temor a sufrir humillaciones por autoridades o represalias del agresor.

Esta propuesta de intervención surge en la observación clínica ya que cada paciente tiene características y necesidades diferentes, necesidades que están determinadas por las diversas formas dentro de las cuales se vive el proceso de recuperación tras la experiencia traumática, además de los elementos personales, familiares y el contexto socio-cultural dentro del cual se desarrolla. Como parte del abordaje teórico se plantea un modelo integrativo con técnicas del enfoque Gestáltico y del modelo Cognitivo Conductual que son sensibles a las necesidades y particularidades del caso; ya que como lo señala Fiorini (2000) la práctica clínica es diversa, con múltiples direcciones y dimensiones. Limitarla sería desconocer que la práctica clínica tiene que ver con las diferentes teorías que nos

aproximen a la salud mental o como refiere Opazo, (2006) al parecer existe una necesidad de ir integrando los paradigmas en una totalidad organizada e intercomunicada.

El menor en cuestión fue referido para su atención al Programa de Apoyo Psicosocial para Niños y sus Familias “El juego del optimismo” (JO) y al “Programa de Sexualidad Humana” (PROSEXHUM) en el CSPGD, motivo del diseño de un plan de tratamiento conformado por un Modelo Integrativo sustentado en concepciones teóricas válidas y coherentes, orientado a dotarle de seguridad y estrategias de afrontamiento para superar los efectos psicológicos negativos.

Además como parte de las acciones que permitieran el mantenimiento de los resultados terapéuticos del paciente, se estimó la conveniencia de hacer inclusiva la atención de la madre y media hermana del menor para afrontar la situación y las circunstancias derivadas del abuso sexual y garantizar así su protección y seguridad.

3.1.1 Ficha de Identificación

Nombre: Víctor.
Sexo: Hombre
Edad: 9 años 8 meses .
Año escolar: 4to año.

3.1.2 Remite:

La solicitud para atención psicológica fue emitida por la Directora de la Escuela Primaria fechada el 9 de marzo del 2012.

3.1.3 Motivo de la consulta

Transcripción del motivo de consulta tal como fue declarado por la madre del menor el día 9 de abril del 2012 en el formato de la Ficha de Admisión del “Centro de Servicios Psicológicos Guillermo Dávila” (CSPGD) de la facultad de psicología de la UNAM.

M. C. “*Problemas de conducta y dice que sufrió agresiones sexuales. Desde hace 3 meses bajó el rendimiento no trabaja ni en clases, molesta a sus compañeros en cada momento está a la defensiva y a su hermana también la agredió sexualmente*”. Sic.

3.1.4 Historia Clínica

Los datos recabados en la entrevista psicológica para elaboración de la Historia Clínica está fechada el primero de junio del mismo año.

Gladys es madre soltera de dos hijos: Víctor de 9 años y su media hermana de 7. Al momento de la Historia Clínica menciona tener 31 años de edad, con estudios máximos de secundaria, de ocupación empleada de promoventas (acomoda huevo en las estanterías de los centros comerciales). El padre se llama Leonardo con 56 años de edad, casado, cursó estudios hasta la preparatoria y se desempeña como empleado (la madre del menor no aporta mayores datos).

Gladys tenía 20 años cuando quedó embarazada – en una relación extramarital por parte del padre – refiere que *Víctor no fue un hijo planeado ni rechazado*, posteriormente, al saber la noticia deciden separarse (nunca vivieron juntos), comenta que la situación económica de ella era estable y vivía independiente de sus padres.

Durante el embarazo la madre se vio aquejada por las molestias de una hernia hiatal que le provocaba como síntoma vómito excesivo, que según la madre, causó el nacimiento prematuro del bebé a los ocho meses de gestación, el parto fue natural y para ese momento se le administró la anestesia raquídea. Después del nacimiento se les dio de alta a ambos, sin embargo, la madre regresó al hospital donde se le retuvo durante una semana el diagnóstico fue depresión posparto.

Con respecto a los datos del desarrollo, la talla del niño al nacer fue de 47 centímetros con un peso de 2 kilos 800 gramos, y con un valor Apgar de 8 a 9; después del alumbramiento a consecuencia del líquido amniótico el niño presentó una infección en los ojos. El bebé fue amamantado hasta los dos años y medio mostrando síntomas de reflujo gastroesofágico

desde los cuatro meses hasta el primer año, además de un acortamiento en la pierna izquierda que se corrigió con el uso de plantillas. En el proceso del desarrollo motor “no quiso gatear”, más tarde a los nueve meses empezó a caminar; en lo correspondiente al desarrollo del lenguaje el balbuceo se dio a los siete meses y sus primeras palabras a los once meses. Un evento importante, en ese primer año, fue la caída desde un segundo piso sin que el accidente fuera reportado como de gravedad por el pediatra. Por último, como parte del cuidado de la salud le fueron aplicadas todas las vacunas.

El ingreso al preescolar fue a los cuatro años, la responsabilidad la tomó la abuela materna. Después a los seis años entró a la primaria, de acuerdo con la mamá, Víctor “tuvo una maestra muy exigente que lo regañaba por terminar pronto los ejercicios, incluso lo amarraba, por eso el niño ya no quería ir a la escuela”. Antes de estar en la escuela actual, estuvo en tres diferentes, en la antepenúltima lo acosaban los compañeros porque no se integraba, era cohibido, después según la mamá *“de víctima pasó a ser victimario”* era grosero y molestaba.

Al abordar la parte social, la madre refiere que a su hijo le cuesta socializar en la escuela, tiene pocos amigos y la mayoría son niñas. Cuando sale de clases no tiene actividades extras, en la casa se limita a jugar videojuegos con el celular y en la computadora, también le gusta el fútbol. En tanto que de las actividades de independencia personal del niño, detalló: *“generalmente hacía las cosas forzosamente, le molesta le digan lo que tienen que hacer. Usualmente acomodaba sus útiles, tendía la cama, se bañaba y acomodaba la ropa, es un poco flojo para hacer la tarea solo”* –lo ayuda la mamá – a partir de los cambios de conducta, *Víctor evita bañarse, descuida su arreglo personal, no se peina, prácticamente lo obligó a que no desatienda su aspecto personal. Sic.*

Actualmente han perdido el control con la conducta del niño, cuando se le manda hacer algún quehacer hace berrinches (grita, llora) le dice a la madre y a los abuelos que “está harto de que le pongan hacer cosas”. Para la mamá los problemas de conducta los asocia a las diferencias que ella tiene con el abuelo del niño porque quiere tomar la autoridad sobre sus hijos y con la abuela porque se entromete en las cosas que le pide a Víctor.

Estos problemas de conducta también han afectado el ámbito escolar, el niño se desespera cada vez que le da órdenes la maestra para que trabaje en clase, no hace tareas y agrede a sus compañeros cuando lo molestan.

Cuando se le pregunta cómo hace para manejar los problemas de conducta de su hijo, responde, “anteriormente le pegaba (nalgadas), ahora habló con él para tranquilizarlo”. También ha buscado ayuda psicológica: “*con un psicólogo duró 1 mes; con otro 3 meses; con el último, sí mejoró la conducta, pero por falta de sustento económico dejó de asistir*”. Sic.

En los aspectos emocionales la madre describe a su hijo como un niño que le gusta que lo “apapachen”, sin embargo, últimamente se enoja mucho, llora, grita, tiene mucha ira *incluso ha llegado a tomar un cuchillo para simular que se quiere matar* o simplemente discute con ella.

La dinámica entre Víctor y su hermana se manifiesta con peleas (discusiones), incluso se golpean, según la madre, quien premia y castiga es ella y en su ausencia quedan los abuelos. Cuando se refiere a la familia extensa, la madre piensa que es una familia unida, únicamente *con quien no tiene* una buena relación es con su hermana mayor.

Al preguntarle sobre las inquietudes sexuales del niño, dijo que esta información, la recibió en la escuela y también de ella desde antes del “acontecimiento”. Define a su hijo como celoso, posesivo a quien le molesta que ella tenga parejas y le reclama porque no quiere que salga con nadie, la chantajea diciéndole “si no sales subiré las calificaciones”. Otras veces ya ha intentado besarla, y se ha dado la masturbación, después del “suceso” (abuso sexual), el niño ha preguntado “que pasaría si le gustaran los hombres”.

Al margen de lo expuesto en un primer momento, la madre hizo algunas puntualizaciones respecto al año anterior (posiblemente en el mes agosto del 2011), observó cambios en el comportamiento de su hijo (episodios de enuresis, encopresis, pesadillas, negarse a bañar,

agresión a compañeros y hermana, desobediencia, cansancio, masturbación compulsiva) sin que se percatara de problema alguno.

Cabe mencionar que fueron los maestros quienes tomaron acciones para notificar a la madre de los cambios en la conducta y el bajo rendimiento escolar de Víctor además de confrontar a los hermanitos por el supuesto comportamiento sexual, hecho que confirmó el niño, además de enterarlos de haber sido abusado por el dependiente de la tienda, esto perturbó a la madre porque ella misma fue abusada durante ocho años por un tío político (su padrino).

Al retomar la entrevista con el menor fue manifiesta su resistencia a hablar sobre el abuso sexual al decir que desconocía el motivo por el que se le llevó a consulta.

3.2 ESTUDIO DEL CASO

Víctor es un chico de 9 años y ocho meses quien al momento de la solicitud de entrevista clínica cursaba el cuarto año en una Primaria Oficial, de la Delegación Magdalena Contreras, en el D. F., en donde los abuelos maternos tienen su vivienda. Al ser una familia nuclear de madre soltera es ella la que provee con su trabajo como empleada las necesidades económicas de Víctor y de su media hermana menor de siete años, por lo que socioeconómicamente su nivel se considera medio bajo³².

La relación de Víctor con su padre está interrumpida por disputas personales y económicas con la madre. De este modo, al revisar los aspectos de la vida de pareja se destacan las relaciones conflictivas - no sólo con los padres de los niños - al relacionarse con diferentes parejas casuales.

³² Clasificación de los niveles socioeconómicos en México según la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación y Opinión Pública, A.C. AMAI. Dentro de las seis clasificaciones económicas es la clasificación **D: Clase Media Baja**. Este segmento incluye aquellos hogares que sus ingresos y/o estilos de vida son ligeramente menores a los de la clase media. Esto quiere decir, que son los que llevan un mejor estilo dentro de la clase baja. El perfil de los jefes de familia de estos hogares, está formado por individuos con un nivel de estudios de secundaria o primaria terminada. Los hogares pertenecientes a este segmento son, en su mayoría, de su propiedad; aunque algunas personas rentan el inmueble y algunas viviendas son de interés social.

3.2.1 Historia del problema

“Yo ya hice el amor con mi hermano”

La siguiente información fue corroborada por la madre acorde con lo declarado en la Fiscalía Central de Investigación para Delitos Sexuales de la Procuraduría General de Justicia (PGJ) fechada 6 de septiembre del 2012. En la declaración se hace notar la falta de datos en la narración del menor.

En agosto del año 2011 (no se conoce la fecha precisa) Víctor fue abusado sexualmente (por contacto bucogenital) cuando salió a la tienda a comprar unos “Ruffles” para su tía (María). Es ahí en la tienda que el dependiente lo convenció de ir al carro a buscar la mercancía, y momento que aprovecha para meterlo al asiento trasero para abusarlo, inclusive, quiere obligarlo a que le haga la misma práctica a él, pero ante la negativa, lo amenaza para que no hable acerca de lo sucedido o *volvería hacerle lo mismo*, intimidándolo también, con *hacerle daño a su mamá*.

Tiempo después, en febrero del 2012, la hermana de Víctor comentó a dos compañeritas *que había hecho el amor con su hermano* incidente que motivó una cita con la madre y autoridades de la escuela para enterarla de la supuesta conducta sexual entre los hermanos, y momento en que el niño decide platicar abiertamente del abuso del que fue víctima. Con estos antecedentes fue la Directora de la escuela quien consideró hacer carta referencia solicitando ayuda psicológica para la familia.

Para cumplir con el protocolo de aplicación de la batería de pruebas diagnósticas a 34 pacientes se les citó el día 23 de mayo (2012), la coordinación del centro decidió que 18 de estos expedientes fueron asignados a un nuevo programa que incumplió con la entrega de resultados, por lo que fueron reintegrados al Programa de Formación en la Práctica de Diagnóstico Infantil para proseguir el trámite. Debido a estas inconsistencias durante el proceso estos pacientes iniciaron tratamiento hasta el mes de noviembre (2012). En el intermedio la madre buscó terapia en el Centro de Terapia de Apoyo Atención a Víctimas

de Delitos Sexuales (CTA) de la PGJ.

Es necesario aclarar que el 30 de agosto 2012 se citó a la madre de Víctor para notificarle que la hija menor iniciaría terapia el 13 de septiembre. Pidió de manera separada consejo sobre el asunto de la denuncia, dudaba en hacerlo, después que el abuelo de los niños en un arrebato la amenazó diciéndole que *“si lo hacía nadie de la familia la acompañaría ... las personas iban a pensar que el niño ya no era hombre”* según lo dicho por la madre.

Si nos detenemos en este punto, se comprende que nuestro trabajo no debería quedar en una intervención terapéutica, los programas de formación pudieran implementar la orientación legal a pacientes y familiares con sugerencias que faciliten el acercamiento a las instancias legales para la formulación de la denuncia de hechos. Es curioso pensar en la percepción de esta madre, en donde ella y sus hijos no sintieron la compañía y apoyo de parte de la familia extensa, situación que tal vez se repitió en este Centro.

A estos elementos debemos agregar la interacción familiar que se vive al interior de la familia nuclear de Víctor y su relación con la familia extensa (abuelo, abuela, tíos, tías, primos, primas) con los que viven y conviven en el mismo predio. Dentro de este contexto los abuelos han asignado a la familia de Víctor un “cuarto”, destinado como habitación -cocina, que los condiciona a una situación de hacinamiento y promiscuidad³³ al compartir la misma cama para dormir anulando la posibilidad de intimidad en lo privado e individualidad.

Cuando se expone el término de familia como estructura y sistema, Minuchin al respecto menciona: *...la búsqueda de la conexión entre síntoma y sistemas nos lleva a observar la estructura familiar, que es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia* (citado en Eguiluz, 2004, pág. 55).

Lo interesante es ver como los miembros de la familia extensa se recolocan por la interferencia de los abuelos que restan autoridad –en este caso específico- a la madre del niño en las funciones de disciplina y guía, inhabilitándola para negociar los conflictos entre

³³ En el Diccionario de la real academia Española: promiscuidad: De *promiscuo* e *-idad*.1. f. Relación sexual poco estable con distintas personas.2. f. Cualidad de promiscuo.3. f. Mezcla, confusión. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=ULZtt68>

los hijos y con los otros familiares.

La estructura de la familia está compuesta por los dos abuelos maternos (Ramón y Carmen); los hijos de María, su esposo Jaime y sus dos hijas Julia y Jimena; José Luis, su esposa Natalia y sus dos hijos Valeria y Ricardo; Ernesto (soltero); y Gladys (soltera y madre de Víctor y Nadia). Cabe señalar que a excepción de José Luis y su familia el resto de los integrantes viven bajo el mismo techo en casa de los abuelos.

Esto significa que en la familia se reconoce la jerarquía del abuelo como la autoridad para señalar las reglas de convivencia y de peso moral, en tanto que, la abuela es quien disciplina a hijos y nietos. Estas circunstancias afectan el funcionamiento de los demás subsistemas (conyugales, parentales, y fraternos de cada uno de los sistemas interactuantes) debido a los *limites difusos*, es decir, que entre ellos sostienen una sobreimplicación emocional según el evento que afecte a alguno de los miembros.

Por supuesto que este es el *tipo de familia aglutinada* que manifiesta dificultad para adaptarse a los sucesos externos o nuevos (cambios de casa, de escuela, amigos) o de aceptar las interferencias de otros fuera del entorno familiar. Pues aunque existe una dependencia aparentemente simbiótica -en este caso por razones de hacinamiento- encontramos también que entre ellos existen coaliciones y alianzas que distinguen las disfunciones en los patrones de interacción.

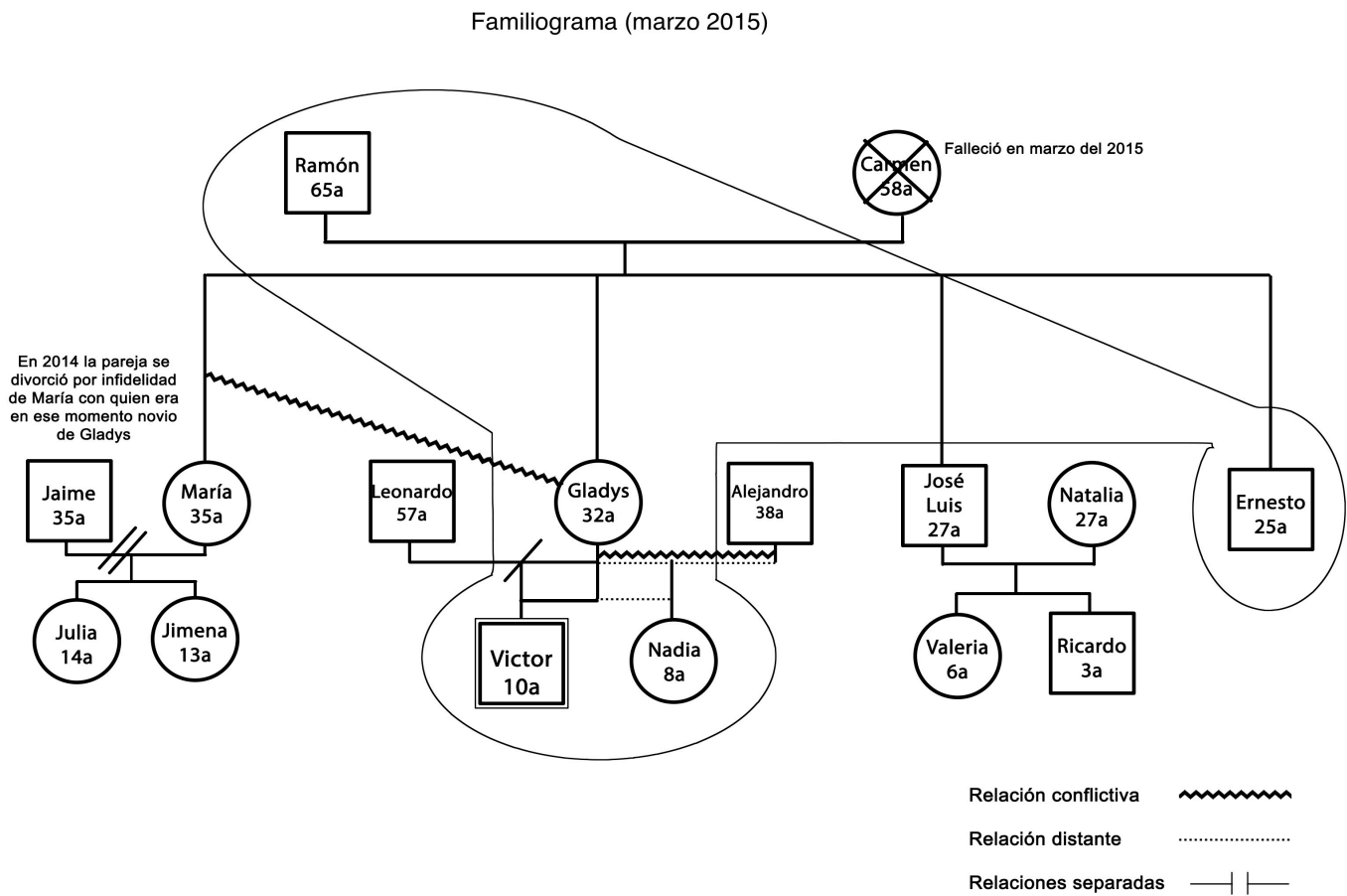
- Hijo parental: Ernesto (hijo menor) funge como intermediario del abuelo para hacer obedecer muchas de las órdenes.
- Alianza: Abuela y madre de Víctor para realizar el quehacer del hogar.
- Alianza: Abuelo e hijo menor (Ernesto) para ayudarse con la parte económica.
- Alianza: Madre de Víctor y él mismo para ayudar en el cuidado de la hija menor.
- Coalición: Abuelo e hijo menor para imponer límites a los nietos y sobrinos (regañones, golpes).
- Coalición: Abuelos e hijos (María y Ernesto) para dar órdenes a Víctor y su hermana sin considerar a la madre de los niños.
- Coalición: Abuelos y Madre de Víctor para intervenir en la imposición de límites a

hijos de María provocando discusiones y peleas entre ambas hermanas y distanciamiento entre los nietos.

Conocer el contexto y la forma de interactuar de los miembros de la familia ayuda a entender cómo responden y toman acciones en las situaciones que les afectan además de evaluar si el sistema tiene la flexibilidad para aceptar la intervención psicológica para el niño o si se resiste manteniendo las pautas usuales que dificulten los cambios para contrarrestar los efectos causados por el abuso en el niño.

A continuación se presentan los familiogramas que explican la conformación familiar de acuerdo a los datos aportados por la madre del menor. (Figuras 2 y 3).

Figura 3.



3.2.2 Análisis y descripción del comportamiento

Desde este punto se pretende hacer en lo posible una revisión de las consecuencias del abuso sexual en el paciente, siendo el Modelo Integrativo la vía más integral, para el análisis de los diferentes paradigmas que lo conforman y que a continuación se detallan:

➤ **Paradigma biológico**

En este paradigma desde lo señalado por autores como Cantón y Justicia (2008) y Guerricaechevarría y Echeburúa (2005) las víctimas tienden a presentar diversos síntomas psicossomáticos producto de las emociones no exteriorizadas por el abuso y que representaron dificultades en las funciones físicas del niño (llanto, cansancio, problemas de sueño: pesadillas, y conductas hipererotizantes, miedo a separarse de la madre) que pueden llegar a influir en la aparición de estructuras de pensamientos, y conductas manifiestas que no están en equilibrio (Opazo, 2001, pág 109).

Presenta:

- sintomatología ansiosa
- sintomatología depresiva

➤ **Paradigma afectivo**

Esta distorsión está relacionada al recuerdo de la experiencia del abuso sexual situación de la que el niño se culpó por no haber sido capaz de defenderse a sí mismo. Desafortunadamente emociones desadaptativas como la estigmatización en algunas ocasiones son mantenidas y fomentadas por el propio entorno social y/o familiar del menor, (Bagladi, 2010) repercuten en la formación de la personalidad a nivel de su carácter y su capacidad de respuesta al medio en el que vive.

Presenta:

- inseguridad

- vergüenza
- tristeza
- enojo
- miedo

➤ **Paradigma ambiental /conductual**

Nos referimos a la manifestación de los desajustes de pensamientos, emociones y conductas causados por las características del ambiente que atemorizó o angustió a la víctima y ante la imposibilidad de revelar el abuso por miedo a la amenaza de daño a él o a su mamá acontecimientos que además desestructuraron a toda la familia.

Presenta:

- bajo control de impulsos manifestado en conductas agresivas
- cambios conductuales: desobediencia en casa y escuela dificultando sus habilidades sociales
- dificultad para identificar y expresar emociones
- masturbación compulsiva
- repetición del abuso con su hermana
- conductas autolesivas (rascarse hasta sangrar)

➤ **Paradigma Cognitivo**

Uno de los principales problemas que se presentan en las víctimas de ASI son los sesgos cognitivos que en el caso del paciente lo llevaron a sentirse culpable y avergonzado por haber aceptado ir al carro del abusador, y aquí añadiría, que tiene que ver con la forma en que el niño aprendió a estructurar negativamente sus esquemas que lo llevan a atribuirse que es malo o señalado por las personas, es decir, cualquier estímulo es percibido e interpretarlo de manera distorsionada.

Presenta:

- atribución de la responsabilidad del abuso
- ideas suicidas

Otros conflictos se presentaron en el contexto escolar:

- bajo rendimiento escolar: disminución en la atención y concentración

➤ **Paradigma Inconsciente**

Puede ser que en esta dimensión la actitud del inconsciente sea para minimizar el sufrimiento causado por el entorno, produciendo una especie de alejamiento emocional, aunque no necesariamente tiene que ver con un conflicto de disociación patológica, más bien, estos son mecanismos de defensa³⁴ para poder rechazar la información emocional conflictiva provocada por la experiencia del abuso.

No es de extrañar entonces que pudiera apreciarse que el paciente presentaba una escasa capacidad para reconocer las emociones y expresarlas, ante esta dificultad, era más proclive a reprimirlas y a no poder *canalizarlas* siendo sensible a desarrollar enfermedades psicosomáticas además de ser uno de los factores que estaría en la base de personalidades donde la evasión puede llevarles al consumo de sustancias durante la adolescencia.

➤ **Paradigma sistémico**

Una característica de la familia aglutinada es el bajo umbral para la solución de los problemas por eso los evitan o niegan (Minuchin, 1978). Particularidad presente en la

³⁴ Gabard, Glen (cf. 2000: p. 32) Todos los mecanismos de defensa tienen en común la protección del Yo frente a las demandas pulsionales del ello (Freud, 1926, 1959). Algunos de las principales mecanismos de defensa neuróticos son: la represión, el desplazamiento, la formación reactiva, el aislamiento, la anulación, la somatización y la conversión. 1) Represión para Freud era el principal mecanismo de defensa, porque mantiene los afectos, recuerdos e impulsos no deseados fuera de la conciencia. 2) Desplazamiento: Proceso inconsciente por el cual los sentimientos adheridos a una fuente son redirigidos hacia otra. 3) Formación reactiva: Se caracteriza por el alejamiento de un deseo o impulso inaceptable adoptando un rasgo de carácter que es diametralmente opuesto a este. 4) Aislamiento: Mecanismo que separa el afecto de la idea. Un recuerdo traumático, por ejemplo, puede ser recuperado pero despojado de cualquier sentimiento intenso. 5) Anulación: Se refiere a hacer y deshacer, involucra el pensamiento mágico, con una acción simbólica para revertir o anular un pensamiento o acción inaceptables ya consumados. 6) Somatización: transferencia de sentimientos dolorosos a partes del cuerpo. 7) Conversión: Este mecanismo se caracteriza por la representación simbólica de un conflicto intrapsíquico en términos físicos.

historia familiar de Víctor donde el impacto del ASI está asociado con estos mecanismos, un claro testimonio fue el de la madre del paciente quien después de ocho años de abusos se atrevió a contarle a sus padres que era víctima de su tío político y únicamente obtuvo rechazo de parte de ellos ... “*tú tuviste la culpa por aceptar los regalos que te daba tu padrino*”. Sic.

Esto explica los mitos³⁵ familiares ligados básicamente al temor de enfrentar las consecuencias futuras de denunciar legalmente, como un mecanismo, para asegurar la protección de Víctor y aparentemente librarlo de ser vulnerado nuevamente “*la gente va a pensar que ya no es un hombre*” razón por la que los abuelos negaron todo apoyo a la madre.

Básicamente podemos evidenciar que la *disfunción familiar* se debe a que no están delimitados los roles de los sistemas y subsistemas impidiendo el desarrollo maduro de los miembros de la familia. Resulta justo mencionar cómo la poca claridad y los dobles mensajes afectan la comunicación porque muestran interés, pero evitan comprometerse o involucrarse directamente en los problemas.

Bajo esta postura la familia es esencial para dar continuidad al sentido de identidad y de separación al promover la pertenencia y la diferenciación del individuo dentro del grupo por lo que otros límites que pudieron haberse alterado son los del vínculo madre – hijo a consecuencia del colecho³⁶ (10 años) el niño empezó a ocupar el lugar de pareja de la madre³⁷ que le resultaba difícil de abandonar y que puede afectar sus relaciones futuras para constituir su propia familia. Otros efectos serían los problemas escolares académicos y de conducta, así como conductas regresivas en relación a la edad cronológica (Korbman y De la Vega, 2006).³⁸

³⁵ Toda la familia desarrolla mitos, creencias bien sintetizadas, compartidas por todos los integrantes de la familia, respecto de los papeles mutuos y de la naturaleza de la relación (A. Ferreira, 1989).

³⁶ Como colecho se entiende dormir con tus hijos. Se puede hacer desde dormir en la misma cama, como tener una cuna especialmente diseñada para ir adosada a la cama familiar, o bien usar una cuna convencional sin uno de los lados y adosarla a la cama donde duermen los padres. Muchas veces, en lugar de una cuna se pone otra cama individual adosada a la cama mayor. <http://www.crianzanatural.com/art/art1.html>

³⁷ Porque (NO) dormir con los hijos
<http://padresok.cl/2011/07/por-que-no-dormir-con-los-hijos/>

³⁸ La curiosidad sexual infantil y el dormir con los padres.

➤ Sistema Self

El sistema Self³⁹ del paciente expresaba la búsqueda de sentido a la experiencia vivida que dañó su identidad, también, una incapacidad de auto-organizarse para lograr un equilibrio para adaptarse de manera más fácil al medio familiar y social, su respuesta estaba totalmente distorsionada al asumir que era culpable de lo que sucedió y no comprender que el hecho por muy traumatizante que hubiese sido no tendría porque determinar su presente o aun su futuro.

Presenta:

- baja autoimagen y autoestima
- baja percepción de autoeficacia

3.3 TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

La valoración del paciente empezó con la entrevista individual (para la madre y el niño) para la recolección de datos mediante Preconsulta e Historia Clínica integrada por la información general -de la historia personal y social- y la descripción del motivo de consulta para la formulación de caso y posterior trazado del Mapa Clínico de Patogénesis (MCP) (Nezu et al.,1997) como ruta de análisis de las variables hipotéticas de los síntomas y conductas causados por el ASI. (Ver en Anexos: figura 4).

Una vez establecidas las relaciones de las variables del MCP se desarrolló el Mapa de Alcance de Metas (MAM) “mapa del tratamiento” o plan visual como lo define Nezu. (Ver en Anexos: figura 5).

³⁹ Las funciones del sistema Self (Opazo, 1983, 1992, 1997, 2001, 2004s, 2006, 2007). La función de toma de conciencia se refiere a una conciencia cognitiva y vivencial de la experiencia, es decir en el darse cuenta. 1) *Función de identidad*: Este paradigma involucra autoimagen, autoestima y expectativas de autoeficacia lo que hace posible un sentido de mismidad o continuidad de sí mismo a pesar de los cambios ambientales y crecimiento individual. 2) *Significación integral*. Se refiere a la traducción de la experiencia que puede estar interferida por expectativas irrealistas, o esquemas rígidos o sesgos. 3) *Función de Auto-organización*: Involucra un re-construirse; estar abierto al cambio tras de cada experiencia sin perder la identidad de no desorganizarse en situaciones difíciles, logrando crecer y fortalecerse. 4) *Función búsqueda de sentido*: esta íntimamente ligada al proceso de construcción de la escala de valores personales. 5) *Función de conducción de vida*: permite controlar, regular y guiar la conducta, favoreciendo la adaptación y desarrollo de la persona, involucra <http://icpsi.cl/publicaciones/acpi/> ACPI vol. 5. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, pp. 68, 69.

La elaboración del gráfico es una guía para la toma de decisiones en cuanto a las intervenciones en clínica enfocadas en las necesidades del paciente tomando en cuenta las circunstancias reales inmediatas – apoyadas con la experiencia y dirección de la Lic. Zoraida Meléndez Zermeño, profesora del Programa de Formación Profesional Supervisada de PROSEXHUM- .

Otra propuesta para ordenar los datos recolectados que facilitaran el análisis e interconexión de las causales del ASI es la *Representación Gráfica del Supraparadigma Integrativo* que puede servir de fundamento a una aproximación psicoterapéutica consistente. (Ver en Anexos: Figura 6).

En cuanto al proceso de evaluación comúnmente seguido en el CSPGD se enfoca a la interpretación del contenido de los instrumentos empleados en el Programa de Formación en la Práctica de Diagnóstico Infantil – dirigido por la Profa. María del Rocío Maldonado Gómez, abajo descritos:

3.3.1 **Test Gestáltico Visomotor** (Bender). (Bender, 1938; Koppitz, 1961).

Consiste en 9 tarjetas con dibujos abstractos para valorar la percepción visomotriz, de niños entre 5 a 10 años 11 meses. Los ítems a evaluar son 25 puntuando cada dibujo en distorsión, rotación, integración y perseveración. Pueden revelar posibles disfunciones de desarrollo de maduración y estado patológico orgánico o funcional.

3.3.2 **Dibujo de la Figura Humana** (DFH) (Koppitz, 1967,1989).

Es una técnica proyectiva para niños de entre 5 y 12 años en el que se puede evaluar el esquema y la imagen corporal para dar cuenta del nivel general de madurez mental y sus posibles indicadores emocionales. Los 30 ítems evolutivos se califican de acuerdo a las tablas por sexo y edad: esperados y excepcionales.

3.3.3 **Test de la Familia** (Corman, 1961)

Test gráfico proyectivo que mide la adaptación del niño al medio familiar con valor diagnóstico para conocer los conflictos, tensiones, rivalidades, y desarrollo intelectual y

emocional del niño de entre 5 a 16 años. La interpretación se realiza en el plano Gráfico, estructuras formales y plano de contenido.

Para avanzar en la comprensión del caso la integración e interpretación de los resultados obtenidos en esta batería aparecen más adelante con el nombre de **Integración de Pruebas Diagnósticas**.

Aquí hay que detenerse para aclarar que la valoración del menor en el CSPGD ocurrió antes de que la madre hiciera la denuncia legal y de haber iniciado el tratamiento psicológico en la SSP, y que debido al tiempo transcurrido se diluyeron las evidencias físicas (lesiones corporales, o evidencias en la ropa interior, o al interior de la boca), que aportaran datos acerca de la agresión por lo que legalmente determinaron la no procedencia de la denuncia al notificarles la Reserva⁴¹ del caso (fecha 2 de abril del 2013).

Por último se complementaron con una segunda vía de valoración con instrumentos para medir la sintomatología de la Depresión y Ansiedad como cumplimiento del protocolo del Programa JO.

La *ansiedad* es una reacción o un estado de displacer que se diferencia de otros estados al combinar experiencias y cambios fisiológicos, comprendiendo además sentimientos de intranquilidad, tensión y aprensión (Spielberger y Rickman, 1990). Dicha reacción es propia de la adaptación ante peligros concretos o potenciales que alertan a la persona a responder ante tal riesgo (Echeburúa, 1998).

3.3.4 CMAS-R (*Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada*, Reynolds y Richmond, 1997).

Valora la ansiedad manifiesta en niños/as y adolescentes entre 6 y 19 años. La escala consta de 37 ítems, (con respuestas SI/NO). Las puntuaciones totales dan un indicador de 40 a 50 como *ansiedad leve*; 50 a 60 supone un nivel *moderado* de ansiedad; el puntaje mayor de 60 una *ansiedad Total*. Este instrumento también proporciona cuatro subescalas

⁴¹ La reserva es una especie de archivo provisional que consiste en mantener la averiguación en su mesa o en su agencia, por un tiempo no menor de 6 meses. Se acuerda cuando a juicio del agente del M.P existe la imposibilidad de allegarse mayores elementos de prueba para estar en condiciones de determinar sobre el ejercicio o no ejercicio de la acción penal.
http://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/huejutla/derecho/derecho%20procesal%20penal%201/procedimiento_penal_ordinario.pdf

complementarias: I) ansiedad fisiológica; II) inquietud/hipersensibilidad; III) preocupaciones sociales/concentración; IV) mentira. Cualquier puntaje mayor a 60 en Ansiedad Total o mayor a 13 en mentira debe tomarse con precaución posiblemente invalidaría la prueba.

Para la puntuación de ansiedad total hay una puntuación estándar de 50 y una desviación estándar de 10 (puntuación T). En lo que respecta a las subescalas tienen una media de 10 y una desviación estándar de 3.

La *depresión* en las etapas de desarrollo infantil y adolescencia, es un trastorno complicado con diferentes factores de riesgo que pueden llegar a relacionarse entre sí y tener un resultado acumulativo (Barradas, 2014). En los niños se caracteriza por la soledad, por la incapacidad de divertirse, concentrarse y expresar reacciones emocionales, normales, por mostrarse muy activos o inactivos, sentirse culpables, tristes, quejarse que nadie les quiere y por hablar de la muerte o incluso, del suicidio (Malmquist, 1983).

3.3.5 CDI (Inventario de Depresión en Niños, Kovacs, 1992).

Valora la severidad de los síntomas depresivos en niños y adolescentes entre 7 a 15 años que evalúa los síntomas cognoscitivos, emocionales y psicósomáticos que influyen en los problemas escolares y sociales, y otras conductas. Con un total de 27 ítems con triple alternativa de respuesta (0-1-2). Los ítems del CDI se puede agrupar en cinco subescalas: a) estado de ánimo negativo; b) autoestima negativa; c) ineficiencia; d) anhedonia; e) problemas interpersonales.

Los puntajes pueden interpretarse tras la suma total de los puntos obtenidos en las 27 preguntas - puntuación directa- con una máxima posible de 54 puntos y una mínima de 0. También puede interpretarse en percentiles en ambos casos se utiliza la tabla de baremación según sexo y edad.

Los resultados de la batería (**pre- post- y seguimiento**) se presentarán más adelante con el nombre de **Análisis de puntajes de la Batería JO**.

CAPÍTULO 4. INTEPRETACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

GENERALES	DATOS DE IDENTIFICACIÓN
Nombre del Paciente	Víctor
Fecha de nacimiento	24 Septiembre del 2002
Fecha de evaluación	23 de mayo del 2012
Edad cronológica	9 años 08 meses 29 días

OBSERVACIONES

Las técnicas que se utilizaron fueron el Test Gestáltico Visomotor (Bender), el Dibujo de la Figura Humana (DFH) y el Dibujo de la Familia (DF) como herramientas útiles para interpretar la percepción de Víctor sobre sí mismo, los aspectos emocionales y de su entorno cercano (familia, escuela).

Para la aplicación de la batería (23 de mayo 2012) se citaron a 34 niños, separados en dos grupos según edades, el primer grupo fueron los niños de 2 a 5 años y de 6 y 8 años, el segundo grupo los niños de 9 a 11 años; todos ellos asignados a la cámara 7 del CSPGD, a Víctor se le aplicó en este último grupo. Para dar las instrucciones y cuidar el desempeño de la evaluación la coordinadora del Centro asignó a 11 de los terapeutas inscritos en los Programas de Diagnóstico Infantil y del programa JO.

Los pocos datos de ese momento se obtuvieron de la alumna asignada para cuidar el desempeño del menor, desafortunadamente a partir de la aplicación hasta su interpretación pasaron siete meses.

TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR (Bender)

Los puntajes de acuerdo con la escala para obtener el grado de maduración de Koppitz (Ver tabla 9), se observa que la calificación corresponde a una edad que fluctúa entre los 6 años

seis meses a los 6 años once meses, por lo que de acuerdo con este nivel se puede decir que el desarrollo perceptomotor del niño se encuentra muy por debajo de su edad cronológica.

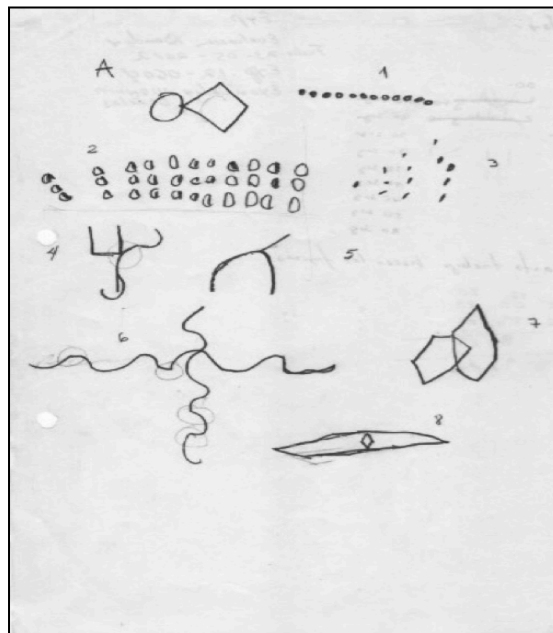
Tabla 9.
Puntajes Bender

Errores	
Desproporción	Figura A
Círculos por puntos	Figura 1
Líneas por puntos	Figura 3 y 5
Ángulos por puntos	Figura 6
Ángulos incorrectos	Figura 7 y 8

Con respecto al análisis de los errores sugieren estar asociados al desempeño escolar, específicamente con el proceso de lecto escritura, es decir que al leer podría estar cometiendo muchas equivocaciones y tener dificultad para comprender lo leído. Por otra parte, de los siete reactivos de probables alteraciones sólo uno se consideró altamente significativo de daño neurológico y seis son simplemente significativos.

En el análisis clínico es conveniente mencionar que el trazado y repaso de las líneas son signo de impulsividad y agresividad, conductas del probable estado emocional que prevalece en el niño (Ver figura 7).

Figura 7.
Bender



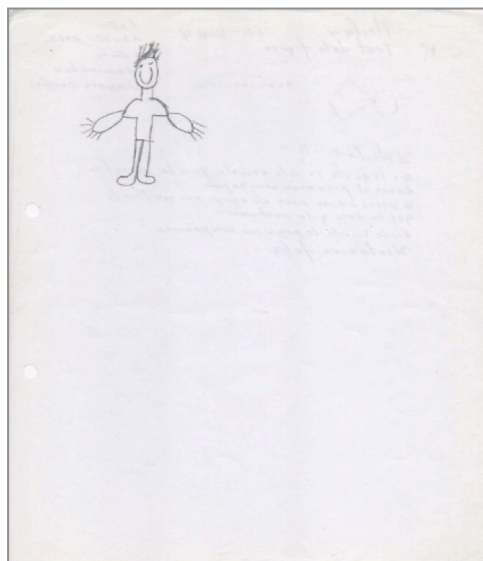
TEST DE LA FIGURA HUMANA

Para la interpretación del DFH se utilizaron los indicadores de acuerdo a los criterios establecidos por Koppitz sobre el desarrollo en los niños (citado en Esquivel, Heredia y Ancona, 2007).

En el análisis del gráfico, el menor obtuvo una puntuación de 4 que sugiere un *rendimiento y madurez Normal Bajo* correspondiente al desarrollo de su capacidad intelectual. Cualitativamente es un dibujo regresivo del que se distinguen los siguientes indicadores emocionales: integración pobre de las partes, sombreado (en piernas), manos grandes (rayas como dedos), omisión de la nariz y piernas juntas.

Interpretación: Víctor posiblemente sea un niño temperamentalmente inmaduro prefiere no establecer relaciones de amistad como respuesta a la inseguridad para enfrentar los problemas –que bien puede ser una conducta aprendida en la dinámica familiar– reacciona de forma agresiva ya sea de forma física o verbal para poner distancia a aquellas personas o situaciones que le frustran o al interpretar hostilidad en el ambiente, sentirse expuesto le provoca tensión y sentimientos de inferioridad contrariamente tiene una gran necesidad de sentirse protegido. Por otra parte, no le es fácil mantener control sobre sus impulsos esta tensión la traslada al cuerpo desfogando su ansiedad con la compulsión a masturbarse.

Figura 8.
Test Figura Humana



TEST DE LA FAMILIA

La expresión del dibujo de Víctor mantiene trazos cortos y fuertes evidenciando una dualidad en su conducta posiblemente sea un niño inhibido que suele reaccionar impulsivamente a las situaciones que le provocan temor o impotencia. Es un dibujo estereotipado carente de espontaneidad probablemente tiene ideas o comportamientos obsesivos.

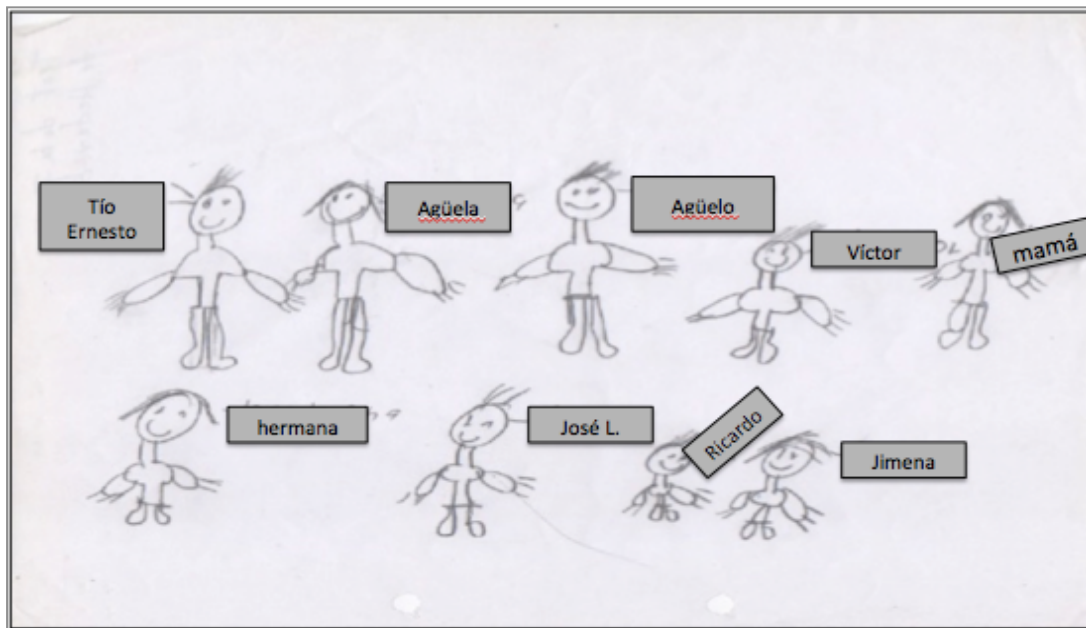
En el plano de la estructura formal el modelo es del tipo racional que podría explicar la rigidez en la estructura familiar lo que permite inferir que funcionan con reglas impuestas – tal vez para disciplinar – consistente además con el pobre contacto afectivo entre los miembros. El **contenido** del dibujo no revela jerarquías entre los sujetos, está desorganizado, posiblemente sea la forma en la que él también se siente al lidiar con la angustia.

El niño toma una parte activa al valorar al “tío” (Ernesto, según el familiograma) como primero en importancia, es probable sea la persona con quien se identifica, le siguen los abuelos “Carmen y Ramón” (en ese orden) continúa Víctor y su mamá. Víctor se situó en medio de los abuelos y la madre es factible que los sienta próximos o pretende obtener la atención de ellos. En este gráfico el niño representó, en la parte inferior a su hermana, a José Luis (su tío) y a los primos (Ricardo y Jimena) aunque se encuentran en un segundo plano no son a quienes considera menos valiosos, el lugar lo ocupan las personas omitidas en la representación, entre ellas están la tía Natalia (esposa del tío José Luis) y su prima Valeria (hija de la pareja); la tía María, su esposo Jaime y su prima Julia (hija de ambos), estos últimos mantienen una relación muy difícil y agresiva con la madre de Víctor. (Ver figura 9).

La separación entre Víctor y su hermana puede deberse a la rivalidad existente entre ellos, por otra parte, esta acción ha sido el recurso de los abuelos y la madre para mantener a los niños separados después del evento sexual entre ellos. El dibujo representa a una familia que no sólo al interior se mantiene con un distanciamiento emocional con relaciones

conflictivas e inmaduras, hacia afuera se cierran, prefieren no tener contacto el desinterés quizás alude al hecho de que los problemas se quedan dentro de casa razón por la que el abuelo negó todo apoyo a la madre para denunciar el abuso.

Figura 9.
Test de la Familia



4.1 Análisis de puntajes de la batería JO.

4.1.1 Pretest del CMAS-R (Escala de Ansiedad Manifiesta)

El motivo para la evaluación al inicio del tratamiento surge con el fin de poder recabar datos sobre los valores arrojados por las pruebas (CMAS-R y CDI) que más adelante se describen. De esta manera, no sólo se pudo comprender el efecto que tiene el ASI en el paciente, sino que permitiría conocer si las técnicas y estrategias de la intervención para abordar la problemática en el contexto psicoterapéutico.

Tabla 10.

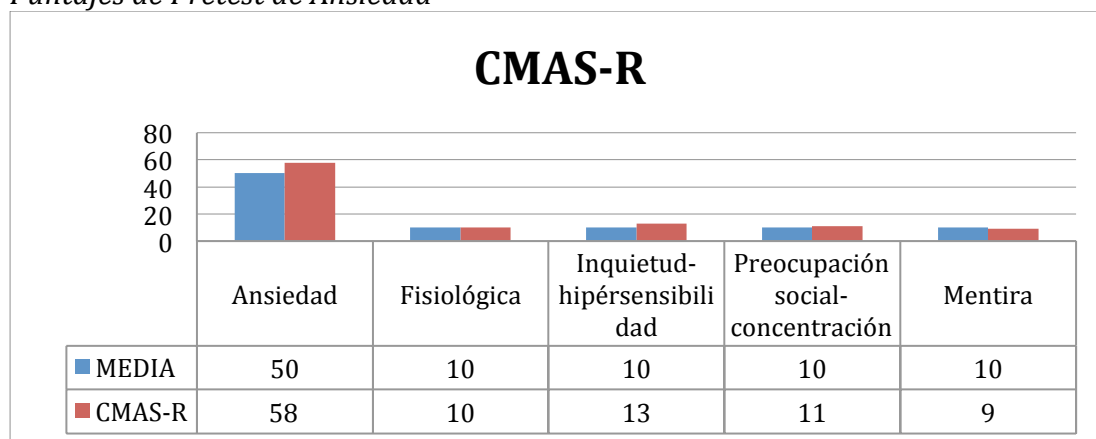
Valoración diagnóstica de Síntomas de Ansiedad a través del CMAS-R para niños y adolescentes

<i>Clasificación</i>	<i>Puntaje</i>
Ansiedad baja:	< 40
Ansiedad leve:	40 a 50
Ansiedad moderada:	50 a 60
Ansiedad alta	> 60

Nota: Fuente: Reynolds, Richmond (1997). CMAS-R ISBN 968426738X. Manual Moderno. TEA Ediciones.

Figura 10.

Puntajes de Pretest de Ansiedad



Nota: Registro del CMAS-R. Realización propia.

Pretest: Víctor obtuvo un puntaje de **58 Ansiedad Total** correspondiente a síntomas moderados de ansiedad. Síntomas que se corresponden con *Manifestaciones Fisiológicas* como problemas para dormir, indecisión, sudoración en manos, cansancio aunque no de manera importante. Sin embargo en los ítems de la escala *Inquietud /Hipersensibilidad* obtuvo un puntaje alto que sugieren que posiblemente sea un niño con miedo a ser lastimado emocionalmente, nervioso e hipersensible a las presiones ambientales. En la subescala de las *Preocupaciones Sociales*, con una ansiedad moderada posiblemente tiene la sensación de no ser tan bueno como los demás, otro aspecto que se ve afectado es la dificultad para concentrarse en tareas escolares.

4.1.2 Pretest del CDI (Inventario de Depresión Infantil)

Para la interpretación de los resultados del CDI, se ha prestado atención a la suma de las puntuaciones que conforman las cinco dimensiones del cuestionario por ser la puntuación global.

Tabla 11.

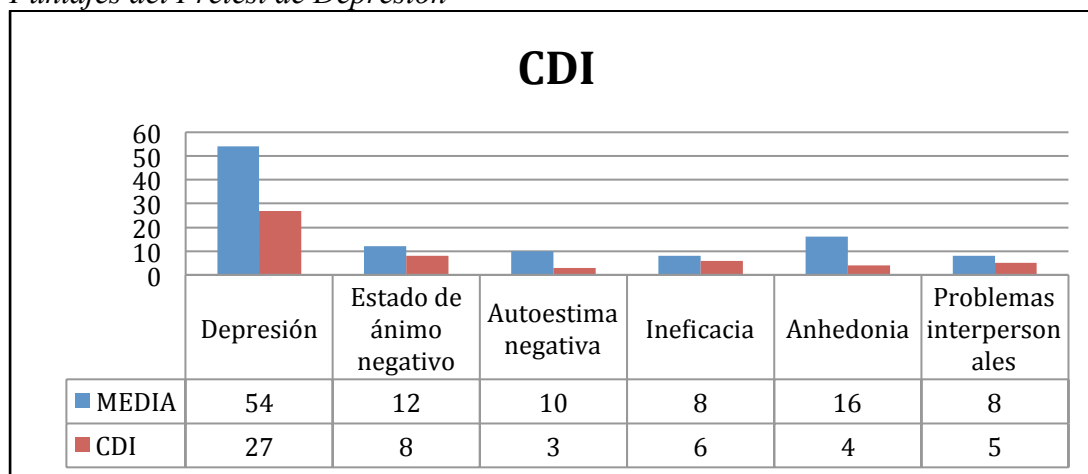
Valoración diagnóstica de Síntomas de depresión a través del CDI para niños y adolescentes

Clasificación	Puntuación directa por edad y sexo varones 9-10	Puntuación directa por edad y sexo varones 11-15
Sin sintomatología	0-17	0-19
Depresión Leve	18 -24	20-26
Depresión Severa	>26	>27

Nota: Fuente: Kovacs (1992). CDI ISBN 2P5600. Manual Moderno. TEA Ediciones

Figura 11.

Puntajes del Pretest de Depresión



Nota: Registro del CDI. Realización propia.

Pretest: Como se aprecia en la figura 10, la puntuación de Víctor, en la Dimensión Total depresivo fue elevada con un puntaje de 27 clasificada como “*Depresión Severa*”. Por lo tanto, los resultados indican que presentó un nivel elevado de sintomatología depresiva,

como son la presencia de sentimientos de tristeza, llanto fácil, enojo, deseos de muerte, sentimientos de inestabilidad, culpabilidad, y juicios de ineficacia.

De igual forma, con estas mismas pruebas se analizaron descriptivamente qué sucedió al final del proceso, si los resultados obtenidos a través del paciente con la aplicación del *postest* y al año de distancia el de *seguimiento* revelarían consecuencias favorables clínicamente significativas en la manifestaciones sintomáticas.

4.2 Impresión Diagnóstica

Luego de la interpretación la impresión diagnóstica fue probable *Trastorno de estrés postraumático de acuerdo con los criterios del DSM-V* (APA, 2013).

4.3 Sugerencias para la madre

Se sugiere que Víctor sea atendido en el Programa de Sexualidad Humana (PROSEXHUM) para orientarlo con relación a las conductas manifiestas e investigar lo sucedido con la hermana para encausar un apoyo sensible al menor, ya que si bien ha contado por parte del Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delito Sexual de la PGJ es probable que no haya sido el más adecuado ya que el menor se niega a regresar para dar continuidad a su tratamiento en esa institución mostrando síntomas de ansiedad.

Además de la incorporación de la madre e hijos al Programa de apoyo psicosocial para niños y sus familias “El juego del optimismo” (JO) para atender las demandas emocionales y conductuales causados por el ASI.

CAPÍTULO 5. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Tabla 11.

5.1 Plan de Tratamiento

SESIÓN	OBJETIVO TERAPEÚTICO	TÉCNICA/ESTRATEGIA PSICOLÓGICA PROPUESTA	LOGROS DEL PACIENTE
1- 2	Organizar la información reciente del Motivo de consulta	Entrevista Conductual	La madre proporcionó datos significativos que nos acercaron a la situación actual del niño con respecto al ASI.
3	Establecer contrato terapéutico	Contrato terapéutico Encuadre sobre la conducción del tratamiento para concretar los logros terapéuticos centrados en el Motivo de Consulta.	Se estableció el contrato terapéutico con la madre y el paciente para obtener resultados favorables del tratamiento psicológico. Nota: la atención psicológica incluyó la atención de la madre y la hermana del paciente.
4	Promover cercanía empática Favorecer atención y concentración Promover adherencia	Dinámica de presentación <i>Dibujar “Lo que más me gusta”.</i> Técnica de La zanahoria Manual de Educación en Derechos Humanos. (Limpens, 1996). <i>Material:</i> <ul style="list-style-type: none"> • hojas blancas • lápices de colores Técnica Cognitivo Conductual (TCC) Juegos de mesa <i>-Rompecabezas</i> (Knell, en Terapia de Juego Cognitivo Conductual, Schaefer, 2012) Autorregistro: <i>-Hoja de Adherencia terapéutica.</i>	Se integró a la actividad apropiándose del espacio estimulando el conocimiento mutuo de los gustos del paciente y terapeutas. Con el juego mostró que puede mantener la atención y concentración además de tener un sentido de logro y dominio. Se comprometió con el autorregistro de las conductas de higiene y alimentación.
*Comentario: Para reforzar el autorregistro semanal se acordó la entrega de una estampa de la elección del niño.			

5	Disminuir síntomas depresivos y ansiosos	<p>Técnica Gestalt (TG) <i>Movilizar la energía para contactar con su cuerpo. *</i> Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zapatos tenis <p>Juego de mesa A elegir por el paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lotería • Rompecabezas • ¿Dónde está Wally? 	El paciente logró integrar el ejercicio físico liberar la energía retroflectada y fortaleció sus funciones de contacto utilizando todos sus sentidos.
*Comentario: El ejercicio físico se realizó al inicio de las sesiones 5-9. En casa lo continuó con su mamá.			
6	Liberar bloqueos emocionales	<p>TG <i>“Pierde tu mente y vuelve a tus sentidos”</i> Perls (citado por Oaklander, 1992).</p> <p><i>Material:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mascada para cubrir los ojos • Tacto: lija, tela, cartón, estambre • Olfato: limón, perfume, bombón • Vista: Cajita con pequeños objetos 	Contactó en el aquí y ahora con su mundo interno a través de una experiencia sensorial (mirar, escuchar, tocar, saborear, oler).
7	Identificar introyecciones Identificar groserías como maltrato	<p>TG <i>Darse cuenta de las introyecciones</i> (Schaefer 2012).</p> <p>Psicoeducación <i>Qué son las groserías y el maltrato.</i></p> <p><i>Materiales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas • Lápices de colores • Computadora <p>Adaptado de: El maltrato verbal: Violencia hacia los</p>	<p>Habló de las situaciones que según su lógica interpreta como rechazo de parte de sus compañeros para darse cuenta de que a veces toma a personal las cosas y eso afecta también su estado de ánimo.</p> <p>Aprendió que las groserías tienen una intención a veces las imitamos porque así aprendimos a defendernos pero es una forma de maltrato porque provoca sentirse menospreciado.</p>

		niños. México, 2006.	
8	Identificar el objeto transicional Identificar emociones	<p>Técnica basada TG <i>Dibujo ¿cuál animal te gustaría ser? **</i></p> <p><i>Material:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Papel albanene • Crayolas de colores <p>Dibujo y Fantasía (Oaklander, 1992, Amescua. 1995).</p> <p>TCC Caritas de las emociones</p> <p><i>Material:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja impresa 	<p>Elaboró dibujo del animal con el que se identificaba centrado en el aquí y el ahora destacando las cualidades que le atraen (para utilizarse como objeto transicional en los momentos de angustia).</p> <p>Trabajó en el reconocimiento, la expresión de las emociones y de las sensaciones corporales.</p>
**Comentario: Se le pidió a la madre un muñeco de peluche fuera entregado discretamente para que tuviera un efecto reforzador.			
9	Crear vínculo con el objeto transicional Incrementar conductas sociales	<p>TG Entrega del objeto transicional.</p> <p><i>Material:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • León de peluche <p>TCC Juego con reglas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jenga 	<p>Adoptó al juguete y le dio un nombre creando un vinculo inmediato con el objeto para depositar cierto apego, experiencia que organizó en el aquí y el ahora.</p> <p>Ensayó el cumplimiento de las normas y reglas del juego para tener un comportamiento apropiado y controlar la frustración.</p>
10	Adquirir conductas de adherencia	TCC Modulo 1	Participó en la Cámara de Gesell e interactuó activamente en los juegos para aprender hábitos de limpieza, de higiene y de alimentación.
11	Desarrollar independencia	<p>TG Confluencia <i>“Para que sirve una mamá”</i> <i>“Qué es el apego”</i></p> <p>Tema adaptado de revista <i>Bebé y Más: La teoría del apego de John (2008) [versión electrónica].</i></p>	Identificó que es el apego y lo relacionó a la dificultad para separarse de su mamá es porque al igual que los bebés teme al abandono. Lo ayudamos a darse cuenta para contactar con la necesidad de independencia.

	Identificar emociones	<p>http://www.bebesymas.com/ser-padres/la-teoria-del-apego-de-john-bowlbyteoria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Material:</i> • Hojas • Lápices <p>Ejercicio TCC Dado “Tito el Emocionómetro”</p>	Mantuvo el interés en dar respuesta a las preguntas sobre las diferentes emociones según el su intensidad.
12	Incrementar confianza y seguridad	<p>TG Narración, Poesía y títeres (Oaklander, 1992).</p> <p>“El rey de la selva”</p> <p>Tema adaptado del libro electrónico Leonpedia: ¿Cuánto crees que sabes sobre los leones?</p> <p><i>Materiales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Lectura • Dibujo para iluminar • Colores. 	Logró identificar en el cuento el vínculo y las enseñanzas de la madre al cachorro para sobrevivir. Se favoreció el darse cuenta de sus recursos para estimularlo.
13	Elaborar la pesadilla Experimentar sensaciones	<p>TG* Tríptico (dibujar en secuencia la pesadilla)</p> <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas • Colores <p>TG Fantasía Guiada “caminando por el bosque” Ventanas a nuestros niños. (Oaklander, 1992).</p> <p>TCC Termómetro de las emociones** (Attwood, 1996).</p>	<p>Trabajó en la expresión e integración de lo disociado en las pesadillas trayéndolas en el aquí y el ahora con un dibujo de la situación conflictiva, aunque no logró elaborar, reconoció a su agresor como una figura amenazante.</p> <p>Se mostró incómodo durante la fantasía sin que pudiera contactar internamente con sus emociones ésta resistencia es una forma de proteger su self.</p>

* Comentario: la elaboración de las pesadillas continuó en las sesiones 14-15.

**Comentario: Se le explicó el ejercicio con la finalidad de evaluar la intensidad de las emociones, para revisión semanal.

14	Promover relaciones afectivo sexuales	<p>TG Técnica basada en el Juego de Roles. (Amescua,1995)</p> <p>“El lugar de los corazones”</p> <p><i>Material:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Marcadores de color • Pizarrón <p>Basado en “Sexualidad con Otros”. Tratamiento Psicológico de Niños Víctimas de Abuso Sexual. (Echeburúa, Guerricaechavarría, 2011).</p> <p>TG Tríptico (dibujar en secuencia la pesadilla)</p>	<p>Tomó el lugar del terapeuta para responder las preguntas respecto a la convivencia, amistad y la sexualidad fuera del ámbito familiar para darse cuenta sobre las conductas sexualizadas con la hermana y los celos excesivos hacia su madre.</p> <p>Realizó el segundo tríptico en la que nuevamente se dibuja muerto, aun evita hacer contacto para elaborar.</p>
15	Incrementar autoestima	<p>Juego libre Juego con pelota de tenis Visita a la Torre de Rectoría</p> <p>TG Tríptico (dibujar en secuencia la pesadilla)*</p>	<p>Se realizó el juego con la intención de que reconozca en las terapeutas un vínculo de confianza para una relación de trabajo de colaboración.</p> <p>Realizó tres dibujos en los dos primeros las resistencias se hicieron presentes. En el tríptico final <u>elaboró la pesadilla y castigó al agresor</u> .</p>
<p>*Comentario: Con la elaboración de la pesadilla, se debió dar contención al niño para desculpabilizarlo del abuso y hacerle sentir confianza por denunciar. Nos apoyamos en: pautas psicoeducativas recomendadas por Gaerricaecheverría (2000), Goicoechea (2001) y Wurtele y Miller-Perrin (1992) en: Abuso Sexual Infantil: Manual de Información para Profesionales (pp. 285-286). Se le pidió hacer en casa un dibujo de lo que considera es “el espacio personal”.</p>			
16	Incrementar autoobservación	<p>TG <i>Collage</i></p> <p>Ejercicio basado en Haciendo Cosas. Ventanas a nuestros niños (Oaklander, 1992).</p> <p><i>Material:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tijeras • Revistas • Pegamento 	<p>Realizó un <i>collage</i> con las imágenes de las cosas que le gustan (animales salvajes, carros, torres) aunque no se produjo ninguna historia sobre su creación.</p>

	Incrementar autoconocimiento corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Cartulina y papel de colores <p>Psicoeducación Técnica “Dibujo del corporal” *</p> <p><i>Material:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Papel pellón</i> • <i>Diurex</i> • <i>Plumones</i> <p>Juego con reglas</p>	<p>Trabajó en el ejercicio permitiendo delinear el contorno de su cuerpo al que fue dibujando las diferentes partes de su cuerpo haciéndole énfasis que el cuerpo es digno de respeto y cuidado.</p> <p>Dirigió el juego que él eligió y demostró mayor tolerancia a la frustración.</p>
*Comentario: El ejercicio se continuó en la Sesión 18.			
17	Delimitar límites corporales	<p>TCC Espacio personal Basado en: Respetar el espacio personal de los demás (Fernández, 2012)</p> <p>Actividad: Dibujo “el espacio personal”</p> <p>Actividad: Delimitar el espacio personal*.</p> <p>Juego “Círculos del espacio personal” Adaptada de: Actividades para niños sobre el espacio personal.</p> <p><i>Material:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Listones</i> 	<p>Aprendió que existen distancias que se deben mantener entre las personas para interactuar sin ser intrusivos y a delimitar con sus brazos el espacio propio y el ajeno para protegerse porque no está obligado a que familiares o extraños lo abracen o toquen.</p>
*Comentario: el tema se basó en las pautas educativas y asertivas recomendadas en Tratamiento Psicológico de Niños Víctimas de Abuso Sexual (Portillo, 2001; pp. 11 y 14).			

18	Identificar espacios y conductas privadas Identificar qué es sexualidad	<p>TCC Lienzo la casita de las emociones</p> <p><i>Material:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Material didáctico • Lienzo • Personajes <p>Psicoeducación</p>	<p>Identificó en el lienzo los espacios comunes, en los privados como el baño y recámara colocó puertas. Aprendió que en los lugares privados ocurren las conductas privadas una es la masturbación que no es un comportamiento que esté mal pero no debe hacerse delante de nadie.</p> <p>Aprendió a diferenciar los conceptos de sexo, género, sexualidad y erotismo.</p>
19	Desarrollar habilidades cognitivas	<p>TCC Módulo 2 del Programa “JO” Cambiar el estilo de pensamiento.</p> <p><i>Material:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Módulos impresos • Lápices • Títeres de mano 	<p>Identificó los pensamientos Optimistas y Pesimistas y la manera en que influyen en el estado de ánimo y trabajo en los ejercicios escritos.</p>
Comentario: Se entregaron impresos para realizar en casa ejercicios.			
20	Desarrollar habilidades cognitivas	<p>Módulo3 del Programa “JO” Quitar el desastre</p> <p><i>Material:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Módulos impresos • Lápices • Títeres de mano <p>Cuento “Tai el devorador de enojos”</p> <p><i>Material:</i> Taí el monstruo y cuento: (material didáctico)</p>	<p>Aprendió que hay que buscar evidencias antes para evitar los pensamientos catastróficos.</p> <p>Aprendió cómo reconocer el enojo y las situaciones y consecuencias que resultan</p>
Comentario: Se le notificó a la madre y al paciente de la terminación en cinco semanas.			
21	Fortalecer la dinámica familiar	<p>TCC Juego estructurado</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Adivina quién? • Jenga 	<p>Mejoró la interacción entre la familia manteniendo conductas adecuadas y respeto a las reglas y normas.</p>

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL: ESTUDIO DE CASO

22-23	Desarrollar habilidades cognitivas	<p>Módulo 4 Solucionar Problemas</p> <p>Módulo 5 Habilidades para relacionarnos mejor</p> <p><i>Materiales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Módulos impresos • Lápices • Computadora (presentación en Power Point) • Títeres de mano 	<p>Identificó los cinco componentes para la solución de problemas y escribió la solución de diferentes problemas.</p> <p>Aprendió las diferentes formas que se tienen para responder a las situaciones y las consecuencias de sus comportamientos.</p>
24	Cierre de intervención	<p>Cierre</p> <p>Inició postest de CDI</p>	<p>Hablamos del término de la intervención y realizó en una hoja una lista de las cosas que le gustaron de su terapia.</p> <p>Respondió la batería para conocer los nuevos valores de Depresión</p>
25	Aplicar postest	<p>Entrevista con la madre</p> <p>Actividad del niño</p> <p>Batería del Programa “JO”</p> <ul style="list-style-type: none"> • CMAS-R 	<p>Conocimos los sentimientos y preocupaciones de la madre por la terminación de la terapia. De parte de las terapeutas le informamos que el espacio terapéutico quedaba abierto si en otro momento lo requiriera.</p> <p>Escribió con plumines de colores las actividades y aprendizajes que se lleva de su intervención.</p> <p>Respondió la batería para conocer los nuevos valores de Ansiedad.</p>

5.2 Descripción de las Sesiones

Sesión 1

El objetivo fue organizar la información reciente del motivo de consulta para argumentar mejor el caso.

Antes de iniciar el tratamiento se concertaron cuatro citas para averiguar los datos expresados en el motivo de consulta e Historia Clínica (para integrar con la interpretación de las pruebas aplicadas) que de igual manera facilitaron el acercamiento personal con esta familia. La primera fue directamente con la madre para tomar nota sobre los conflictos conductuales y emocionales considerados significativos, que se hubiesen suscitado, durante el tiempo en que no se concretó la admisión y atención psicológica en el CSPGD.

Al perderse el componente relacional y técnico que el entrevistador inicial había logrado, de ahí que con una nueva mirada, se trató de establecer un “*rapport*” en un ambiente cálido y cordial que favoreciera la escucha y el respeto al niño para provocar una buena *alianza* que posibilitará el trabajo en las próximas citas y la predisposición a hablar en el momento que para él fuese apropiado.

Al finalizar la entrevista con la madre se le invitó al niño a armar rompecabezas, únicamente intervendrían las terapeutas si él así lo permitía, al principio trabajó de manera lenta en tanto que fue ganando confianza se ánimo a decir lo rápido que podría armarlos. Este compromiso lo mantuvo concentrado hasta que terminó, realmente se mostró contento al confirmar su propósito.

Sesión 2

Durante esta cita la madre aportó algunos datos pendientes para integrar el familiograma, la entrevista con el niño fue por separado para que desde su propia vivencia dijera ¿si sabía por qué le habían traído a consulta? Parecía ignorar la pregunta al contestar que no sabía, llorando, pidió se le dijera a la madre ya no le llevarán a las terapias –al Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delito Sexual de la PGJ—. Al aceptar su decisión de no hablar se

pretendió que percibiera que se respeta su intimidad y está bien si en ese momento no quería hacerlo así que nadie se molestaría con él.

En la media hora restante para que la angustia fuera más controlable se le pidió acompañarnos al cubículo (12) por el material para dibujar. Al entrar lo presentamos con la maestra Rocío, quien al verle los brazos le pidió prometerle que ya no se lastimaría más, un acto que significó ser mirado con ternura, facilitando la cooperación del niño, al principio argumentaba que “no sabía dibujar” sólo accedió al asegurarle que no había dibujo bueno o malo porque no se calificaría.

La reacción del paciente al sentirse validado confirmó el logro para motivarlo a trabajar, al final de la sesión se le agradeció la ayuda por recoger el material para guardarlo.

Sesión 3

Sesión de bienvenida y establecimiento del contrato terapéutico.

Llegaron media hora tarde. Se les informó la terminación del proceso de ingreso notificándoles de la asignación a la terapia, Carolina Cortés y yo (Lourdes Pérez) les dimos la bienvenida a los Programas “JO” y “PROSEXHUM”. En el encuadre se estableció que las citas serían los días jueves a las 8 de la mañana en el cubículo 4, sesión semanal con una hora de duración; a él se le explicó que ese sería su tiempo y su espacio en donde podría jugar, trabajar y expresarse con libertad. De igual forma, se les notificó del periodo vacacional decembrino aclarando que reanudaríamos en el mes de enero 2013, antes de terminar la cita se formalizó con la firma del Consentimiento Informado.

Una cuestión importante fue iniciar trámite a la solicitud de ajuste de cuota propuesta por la madre, un pago que no afectara en lo económico, y asegurara la posibilidad de acudir a sus citas programadas. Después se condujo a la madre al cubículo 17 en donde le esperaba la psicóloga responsable para iniciar su propio proceso. La madre aprovechó para comentar que el niño no quería ir a la escuela y estando allí peleaba con los compañeros y desobedecía al maestro, conducta que también ocurría en casa.

Sesión 4

El objetivo de esta técnica fue promover la cercanía empática con la actividad “Lo que más me gusta”. Técnica tomada de: La Zanahoria: Manual de Educación en Derechos Humanos (Limpens, 1996).

Esta actividad fue la vía de presentación y conocimiento mutuo generado en un ambiente de confianza, para conocer información general acerca del paciente sobre sus gustos e intereses sin que se sintiera cuestionado o invadido porque de sentirse incómodo pudiera haberse cerrado súbitamente.

El niño recibió una hoja dividida en varias columnas para que después de la consigna (por ejemplo) “la película que más me gusta es...” tendríamos información sobre la edad, escuela, nombre de la mascota, comida preferida, juego, etcétera. Cada quien tomó una hoja y colores e inició su dibujo para compartirlo, esa fue la oportunidad de escuchar lo que decía mostrando interés, e indagar su situación en la escuela ¿qué es lo que más te gusta de tu escuela? La respuesta fue que no ya quería ir, se volvió defensivo hablando con enojo, sostuvo que le hacen burla y no querían jugar con él, creía se burlan porque no sabía jugar bien, al preguntarle “qué haces tú” contestó que pegaba para defenderse.

Le agradecemos la confianza de contarnos, al decirle, que se veía enojado pero que tal vez no estaba enojado con los compañeros, se quedó pensando.

Para continuar se le propuso elegir entre armar rompecabezas o hacer un ejercicio impreso “encuentra las diferencias”, eligió el segundo. El objetivo fue conocer si estaban afectadas las funciones de atención y concentración, consecuencias cognitivas atribuidas al ASI, que perjudiquen su desempeño escolar, mostró buena capacidad de observación al encontrar y marcar rápidamente las diferencias del ejercicio. (Schaefer, 2012).

Antes de terminar se le explicó e hizo entrega de la hoja de adherencia terapéutica del Programa “JO” para el auto-registro semanal de las conductas de higiene y alimentación, para reforzar el cumplimiento se acordó entregar una estampa elegida por el niño. Para el

cierre se le invito a ayudar a recoger y guardar los materiales de juego; se le recordó que reanudaríamos el 23 de enero del 2013.

Sesión 5

El objetivo de la sesión fue disminuir los síntomas depresivos y ansiosos incorporando el ejercicio físico antes de iniciar la sesión terapéutica durante las primeras cuatro semanas. Para dar continuidad se le pidió a la madre realizar la rutina de ejercicio en casa con el niño.

Según Oaklander (2009), los niños con problemas emocionales tienden a perder la energía agresiva, esta energía es más que una sensación de poder interna, es la fuerza para actuar o para expresar emociones, a menudo los niños se confunden y experimentan sus temores con un pobre sentido de sí y una falta de energía agresiva, la retroflectan, la vuelcan dentro de sí que resulta en síntomas psicósomáticos.

Cuando el niño no cuenta con una capacidad de autoapoyo el terapeuta habrá de ayudarlo a fortalecer las funciones de contacto a través de los sentidos para darse cuenta del cuerpo, en esta situación el juego y la diversión con esenciales porque sin esto no tiene la fuerza para enfrentar temas difíciles.

Hemos observado que desde el inicio de las sesiones al recibirlo en la recepción del Centro, Víctor no saluda, no hace contacto visual, se mantiene agachado con una postura corporal de tristeza. En esta ocasión y antes de iniciar el ejercicio nos reunimos en el espacio terapéutico para comentar las reglas de la competencia: acordar distancia a recorrer, número de vueltas (tres de ida-vuelta). Como recompensa el ganador podría elegir la actividad a realizar en el cubículo entre los que estaban dibujar, armado de rompecabezas y hojas impresas de ¿Dónde está Wally? y encontrar las diferencias.

Subimos a la explanada con la intención de realizar los ejercicios de calentamiento (flexiones, estiramientos), para continuar con una caminata de reconocimiento de la pista antes de la competencia. En ese momento, la respuesta inicial de Víctor fue decir que le

daba pena que lo vieran haciendo ejercicio, se reía, agachaba la cabeza, por eso no se intentó convencerlo, se le dio la libertad de hacerlos a su modo, que sintiera aceptación tal y como era en ese momento, diría que la intención no fue la permisividad sino que tuviera experiencias diferentes pero con límites, que percibiera que durante su terapia sucede algo aunque no entienda qué es.

Es en ese sentido que el niño logró tomar en serio la competencia, con el ejercicio se relajó disfrutando el contacto consigo mismo. Corría diciendo que me ganaría, que él corría muy fuerte; centrarse en la actividad le dio un sentimiento de logro y darse cuenta de las sensaciones corporales a través de sus sentidos y de la interacción con el entorno.

Las actividades elegidas, como recompensa son técnicas cognitivas que se eligieron con la intención de activar la concentración dirigiendo su atención al seleccionar de manera organizada las imágenes.

Figura 12:

Actividad: ¿Dónde está Wally?



Sesión 6

En esta sesión la madre pidió hablar de manera urgente para tratar sobre los comportamientos de masturbación y autoagresión de Víctor. Para la madre era angustiante

ver que el niño se masturbaba abiertamente frente a ellas, lo regañaba diciéndole que respetara que estaban ahí, como no hace caso madre e hija se salían del cuarto, el regaño no funcionó, el enojo lo impulsaba a rascarse los brazos hasta sangrarse. Cuando se realizó la revisión de la HC se le sugirió a la madre que el niño tuviera su espacio para dormir solo, ante la imposibilidad de esto, cambiaron la cama matrimonial por una litera provocando los reclamos del niño. Según la madre, desde el cambio a la litera el niño ha tenido pesadillas se despertaba llorando, en el mes de diciembre, el niño tomó un cuchillo y decía que iba a matar al hombre que lo abusó.

Esta conversación constituyó el espacio para conocer cuáles son las preocupaciones de la madre, además, se trató de que conociéramos los esfuerzos o la posición que asume, orientando nuestras consideraciones para propósito del tratamiento.

En esta Sesión el objetivo terapéutico fue propiciar la autoconciencia para liberar los bloqueos sensoriales con una técnica Gestáltica titulada “Pierde tu mente y vuelve a tus sentidos”, Perls (citado por Oaklander, 1992, pág. 109), el niño se implica de manera activa en el presente en el aquí y el ahora para contactar con sus sentidos y emociones internas y con el medio ambiente externo.

La experiencia sensorial fue para que el niño al recibir los estímulos a través del tacto, olfato, gusto, oído, vista, los concienciara y expresara sus sensaciones al decir si le gustaba; le disgustaba; era amargo o dulce; qué era. Hemos trabajado el contacto sensorial (mirar, escuchar, tocar, saborear, oler) para desbloquear las emociones y pensamientos de manera sana. Schaefer (2012) menciona los niños traumatizados tienden a culparse o responsabilizarse de lo que sucede y retraen la energía (retroflexión) no expresan el malestar hacia fuera sino que se dañan así mismos, jalándose el cabello, o lesionándose.

Este ejercicio demandó al paciente contactar consigo mismo y confiar en las terapeutas, aun con los ojos vendados el niño logró mantenerse entusiasmado, cuando se le preguntó que fue lo que más disfrutó de la experiencia sensorial y contestó “la de los sabores”.

Sesión 7

Durante la supervisión en PROSEXHUM la maestra recomendó atender la agresión verbal que el menor exhibe en la escuela que en más de las ocasiones termina a los golpes. Se le preguntó si esto sucede porque no se siente reconocido, procurando que verbalice lo que piensa al respecto. Por otra parte observamos la tensión entre los hermanos, en la recepción del Centro la niña pateaba a su hermano para alejarlo, teniendo que intervenir la madre para detener la agresión. Esto implicó considerar hablar con la familia sobre el tutelaje que deforma el crecimiento sano entre los hermanos.

Para la actividad nos centramos en las conductas agresivas, que están contempladas entre las consecuencias emocionales del ASI, aunque, no hay que soslayar que de la misma manera que incorporamos el lenguaje y valores, también se introyectan los patrones y modos de actuar y pensar heredados por los cuidadores principales (Schaefer, 2012) para Martín (2006) este aprendizaje es como el alimento una vez que lo digerimos y asimilamos pasa a formar parte de nosotros.

En otras palabras el niño tuvo que haber vivido experiencias previas de maltrato para interpretarlas como agresiones al sentirse humillado o no aceptado. Utilizamos una TG el objetivo fue el identificar sus introyectos guiando al paciente **a darse cuenta** de sus creencias. Aprovechamos que estaba iluminando un mándala para platicar de forma casual– si alguna vez había sentido solo en la escuela –contestó que sí porque que sus compañeros no quieren jugar con él – seguía iluminando desordenadamente – ¿cómo te hace sentir eso? – sin voltear contestó – que se enojaba y que por eso les pateaba la pelota.

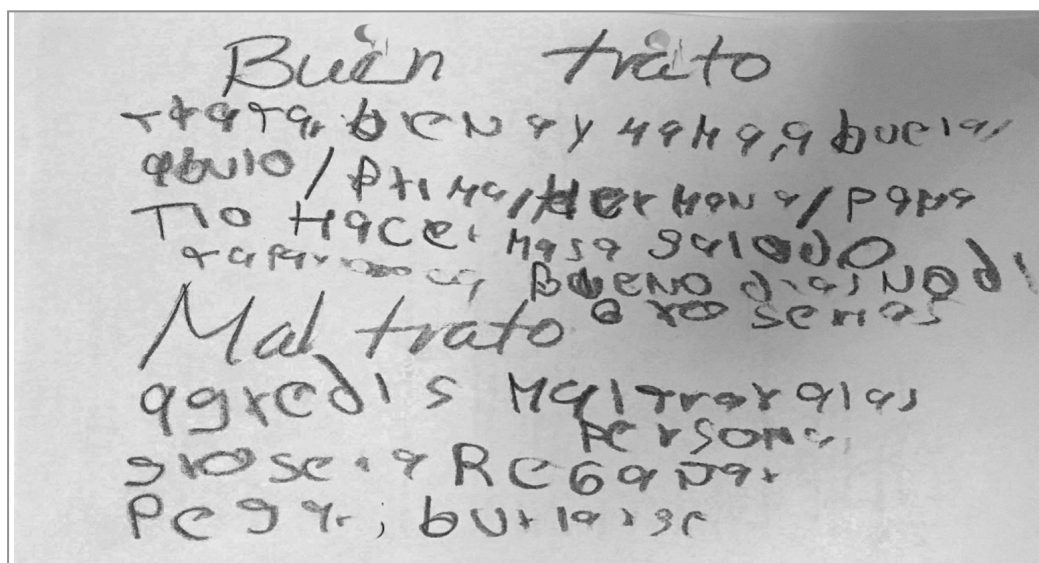
Entonces hablamos de que muchas ocasiones no nos sentimos reconocidos o nos sentimos señalados (estigmatizados) y nos portamos mal para obtener atención, él ¿agrede o se defiende para ser aceptado? Esto abrió la posibilidad a que comentara que otras veces sí ha jugado con ellos. Escucharse decir lo que cree y lo que en realidad le dicen ayudó a darse cuenta de que a veces toma a personal las cosas y eso afecta también como se siente anímicamente.

Otro tema fue la psicoeducación que son las groserías y el maltrato. Esta cuestión la tomó con humor, se sonrojaba al contestar qué son las malas palabras, que su mamá las dice, sus compañeros y también el abuelo. Le pedimos nos dijera cuáles conoce para buscarlas en la computadora del Centro, estaba muy divertido porque el ejercicio no tuvo la intención de reprimir o de enjuiciarlo.

Aprendió que las groserías son palabras que tienen una intención y a veces son para ofender es la forma que aprendimos para defendernos, eso es un maltrato, maltrato no es sólo pegar o regañar también es insultar y causan heridas profundas dentro de uno dañando la autoestima. El maltrato nos hace sentirnos lastimados, ofendidos, enojados o tristes y poco valiosos. Tema adaptado del artículo de: Medina V. (2000/2013) El maltrato verbal: violencia hacia los niños. México: Polegar Medios S.L. Recuperado de <http://www.guiainfantil.com/blog/449/el-maltrato-verbal-violencia-hacia-los-niños.html>

Se le pidió escribir que entendía por buen trato: Tratar bien a mamá, abuela, abuelo, prima, hermana, papá, tío, hacer más saludos, tratar de decir buenos días, no decir groserías. Maltrato: es agredir, maltratar a las personas, decir groserías, regañar, pegar, burlarse.

Figura 13.
Buen Trato.



Sesión 8

Se nos orientó para trabajar en esta sesión el dibujo como Técnica Gestalt (TG) el objetivo Identificar con un dibujo un animal que haga la función de objeto transicional.

La propuesta fue indagar del reino animal “cuál es el animal que le gusta o que le gustaría ser“ (Ver figura 14) para identificar el objeto transicional como proveedor de un sentimiento de seguridad del self que estaba detenido en su desarrollo. Amezcua (1995) dice que el contacto “significa estar completamente implicado, ensimismado en la experiencia presente que transcurre en el aquí y el ahora” que involucra las áreas sensorial y emocional, cuando este contacto se detiene la persona depende del apoyo externo porque interiormente experimenta un sentimiento de vacuidad.

Figura 14.
¿Cuál sería el animal que te gustaría ser?



Se trató entonces de que el niño realizara un dibujo *¿cuál animal te gustaría ser?* (figura 13) tomó hoja blanca y crayolas de colores, es usual que Víctor diga que no sabe dibujar que dibuja feo, ésta no fue la excepción, después de superar la resistencia inicial se centró

en su dibujo involucrándose con esta experiencia hasta formar la figura de “dos tigres” (madre y cachorro) comentó que le gusta el tigre porque “corre rápido, come carne y es muy feroz”.

Con este dibujo se identificó el objeto transicional para trabajar posteriormente las dificultades de la separación y transfiera al objeto las experiencias positivas de seguridad y compañía. Técnica basada en Dibujo y Fantasía (Oaklander, 1992; Amescua, 1995).

Finalmente con el objetivo de incrementar en el paciente el reconocimiento de las emociones para que su repertorio no quedara limitado a decir que se siente *bien o mal, o que está enojado o triste* realizamos una actividad basada en una TCC. Para el ejercicio utilizamos un espejo y un impreso con caritas para completar las emociones básicas “alegría, miedo, tristeza, sorpresa, enojo”, logró identificarlas y diferenciarlas pero no pudo identificar qué piensa o siente cuando sucede cada emoción.

Para Mendoza (2010) las emociones son como organizadores motivacionales y adaptativos de experiencia y conducta. Se considera que la emoción es adaptativa en la medida en que las consecuencias sean positivas como: establecer límites, defenderse y/o escapar ante un ataque. (Novaco, 1976, 1978).

Al término de la sesión se le pidió a la madre un muñeco de peluche, con la aclaración de que el niño no podría saber de él ni verlo, como el motivo de una próxima intervención. Otra propuesta fue que la madre diera a conocer nuestra invitación a la familia extensa (abuelos, tíos) para compartir la información sobre el tratamiento, ofrecer algunas pautas de interacción o aclarar las dudas al respecto. Al incluirlos se pretendía que alguno tomara la responsabilidad de los menores cuando la madre sale a trabajar y evitar la injerencia de todos para dar órdenes o reprender a los niños.

Sesión 9

Esta sesión quedó pendiente debido a que el niño quedó hospitalizado por una dolencia en la ingle. Referente al ejercicio físico esta semana concluía la actividad, como quiera que sea, no se consideró su reposición debido a la condición médica del niño.

El tema de la semana anterior se retomó para cumplir el objetivo de la entrega del juguete transicional, dinámica basada en la TG, que ayude a disminuir la angustia en el proceso de separación de la cama de la madre, el objeto de transición fue un “león de peluche” en quien depositaría cierto apego, dándole seguridad al tenerlo cerca, y que esta experiencia la organice en el momento presente.

Para Schaefer (2012) los niños bloquean sus emociones cuando experimentan algún trauma y desarrollan formas inapropiadas para expresarlas o para adaptarse al medio ambiente. Un mecanismo que impide la separación física y emocional del niño es la confluencia, la identidad del niño se pierde porque no hay límite que separe el Yo del No Yo, afectando las relaciones afectivas en etapas posteriores porque vivirá la ausencia del otro como la ausencia de sí mismo (Blom, 2006).

Con la entrega del juguete se confrontó al niño con la necesidad de tener su propio espacio, prepararlo para independizarse de la madre. Este momento fue muy emotivo para el niño, al recibir el juguete lo abrazó, le acomodaba la melena a su muñeco; se le sugirió ponerle un nombre, primero lo llamó “Pedro” después pensó que era mejor “Víctor”, se trató de que el niño estableciera una relación especial y de compañía cuando esté lejos de su mamá. Antes de continuar con la siguiente actividad nos dijo que ya sabía como llamaría a su muñeco, lo llamó “VH” (sus iniciales).

Para continuar realizamos el juego con reglas “Jenga” un juego basado en la técnica cognitivo Conductual (TCC) con el que se indujo al niño a pensar antes de actuar respetando las reglas. Mientras al niño se le enseñó cuál es el comportamiento apropiado al jugar con otros, también aprendió que puede demostrar las emociones de manera más adecuada para controlar la frustración cuando no puede ganar .

El procedimiento fue colocar el “Jenga” en la mesita inmediatamente el niño quiso tomarlo, su espontaneidad demostró la impulsividad con la que actuaba cotidianamente, por lo que comenzamos por establecer las reglas del juego: decidimos turnos, esperar hasta que cada jugador coloque la pieza; el ganador iniciaba la nueva ronda; el ganador se le brindan aplausos; para cualquier intervención o pregunta se levantaba la mano; al terminar el juego

todos guardamos las piezas en la caja. Con esta técnica el niño descubrió sus propias estrategias para ganar, además de enfrentar sus emociones al perder o al ser frustrado porque no podía ser intrusivo en el juego de los demás.

Un aspecto interesante, fue que por primera vez el niño saludó con un abrazo y beso, indicando mejoría en su estado anímico cesando además las conductas autolesivas. Independientemente de los avances se trató con la mamá la conveniencia de analizar alternativas para dirigirse a sus hijos y evitar las acusaciones mutuas al exhibirlos delante de las personas.

Sesión 10

Por indicación de la Coordinación del Centro al paciente se le integró en la presentación del Módulo de Introducción al “Juego del Optimismo” en la Cámara de Gesell. El objetivo del Módulo fue la promoción de conductas de higiene y alimentación. El uso de los cinco módulos del Programa fueron adaptados para los usuarios del Centro porque originalmente fue creado para la atención de niños enfermos de cáncer y sus padres.

La sesión fue observada por los compañeros y la Coordinadora, quien hizo un resumen breve del caso. El Módulo incentiva al cuidado del cuerpo y la importancia de los hábitos de limpieza y de la alimentación (plato del buen comer). Víctor participó de manera activa colocándose encima de la ropa los órganos del cuerpo realizados con Foamy y cinta adhesiva (cerebro, corazón, pulmones, etc.), terminaron con el armado de un rompecabezas del plato del buen comer en el que colocó los alimentos según el grupo al que correspondía. Le agradecieron su participación y le llevaron a la recepción donde le esperaba su mamá.

Sesión 11

En la Sesión 8 se hizo la propuesta para la familia extensa de integrarse al proceso terapéutico, posiblemente la vivencia del ASI da cuenta del impacto para abordarlo de forma directa al evitar la invitación, pese a esto, la abuela acudió y tomó el compromiso del cuidado de los niños en ausencia de la madre, lo que muestra que en la dinámica familiar la abuela ha sido una figura protectora.

Después de la entrevista se dio inicio a la sesión. El objetivo fue una dinámica basada en un la TG para desarrollar independencia (no sólo en relación con la madre sino en otros lugares y situaciones).

Para Martín (2006) la confluencia impide que el niño distinga los límites yoicos y de los demás fusionándose psicoafectivamente con su objeto anhelado (la madre) “apego”. Ciertamente esta resistencia suele deberse por miedo al abandono (Blom, 2006). Los siguientes ejercicios fueron dirigidos a darse cuenta para contactar con su necesidad y evitar una conducta de fijación es decir de “dependencia”.

Iniciamos con un juego con la pregunta ¿para qué sirve una mamá? (figura 14) cuando se le entregó la hoja y crayolas realizó una lista en la que escribió: *“para que nos mantenga, para que nos cuide, para que nos quiera, para guisar, para hacer la tarea, para ver juntos la tele, para hacer (lavar) los trastes juntos”*. Sic.

Luego de hacer esta diferenciación qué – “es una mamá” y quién es él – logró de forma reflexiva entender qué sucede en una relación de apego. Se le explicó el apego cuando somos bebés nos da la sensación de ser aceptados y protegidos incondicionalmente. Los niños de apego seguro: lloraban poco y se mostraban contentos cuando exploraban en presencia de la madre; niños de apego inseguro, que lloraban frecuentemente, incluso cuando estaban en brazos de sus madres; y niños que parecían no mostrar apego ni conductas diferenciales hacia sus madres apego inseguro evitativo. (Ainworth, 1973). Tema adaptado de Bebés y Más: La teoría del apego de John Bowlby (2008) [versión electrónica]. <http://www.bebesymas.com/ser-padres/la-teoria-del-apego-de-john-bowlbyteoría>

En estas circunstancias el niño respondió a ¿Cuál apego tienes tú? ... *inseguro*, abriendo la expresión de las emociones nos contó que su mamá no quiere que se duerma con ella y lo mandó a la litera de arriba; su enojo mayormente es con su hermana porque interpreta que su mamá la prefiere a ella. La participación del niño refleja que está registrando los

mensajes que le enviamos en cada sesión lo que significa que podrá desbloquear las emociones.

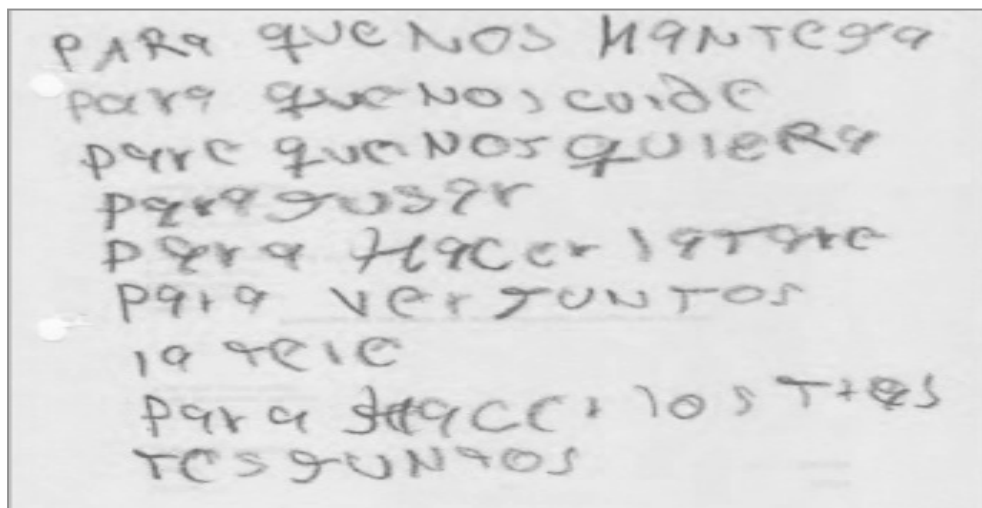
Por otra parte, es relevante tomar en cuenta la identificación del enojo y las consecuencias de su comportamiento (cuando responde con enojo y agresión). Recordamos que cuando se enoja el *cuerpo tiene cambios*, preguntamos, qué harías si te digo que le des tus regalos a tu hermana, contestó –no, por qué – le explicamos cómo subió el tono de voz, tal vez sintió calor en su cara, y que respiraba más rápido; enojarse también tiene *consecuencias*, porque la gente se alejan, o lo pueden regañar, o castigar.

Para un mejor reconocimiento de las emociones se utilizó TCC el juego “Tito el Emocionómetro” (material didáctico). El juego es un dado de tela que se extiende y tiene las frases “Mi vida cambio cuando; Me siento; Yo Necesito; Yo Puedo; Pienso que”. El niño tomó de un juego de cartas con frases impresas una de ellas para leerla y dar inicio a las respuestas, por ejemplo: si alguien me pega... ; si me tocan y me incomoda ... De esta manera se motivó la identificación de las emociones y la forma en que resuelve los problemas, al finalizar las respuestas colocaba una estrella en la camisa de Tito de acuerdo al nivel de la emoción que le provocaba (1, 2, 3).

La actividad fue exitosa porque la disfrutó y mantuvo el interés al dar respuesta y comentar las emociones que le provocaban las diferentes situaciones, sin embargo, la mayor de las veces la emoción predominante fue el enojo, la impresión es que no distingue la tristeza del enojo y la conducta utilizada para resolver los conflictos fue pegar, gritar.

En la medida que el proceso ha estado avanzando la madre nos ha participado que han cesado las autolesiones, la masturbación ha disminuido; en lo académico Víctor mejoró en su desempeño subió su promedio (7, 8, 9) y ya no se niega a asistir a la escuela. En la búsqueda de construir una separación, en la que se diferencien la madre y los hijos, y seguir avanzando en la independencia del niño se le recordó a la madre lo favorable que sería que el niño tuviera su propio espacio.

Figura 15.
¿Para qué sirve una mamá?



Sesión 12

Sin posibilidad de resolver los permisos en el trabajo, la madre y los niños faltaron. Se le ofreció dirigir un oficio para que le brinden las facilidades en su trabajo, desafortunadamente, la madre estuvo involucrada sentimentalmente con su jefe quedando en malos términos, de ahí que no considera viable el apoyo. Esta sesión se recorrió para la posterior a la que llegaron media hora tarde.

La actividad de esta sesión fue incrementar confianza y seguridad identificando con una narración basada en una TG las enseñanzas de la madre al cachorro para sobrevivir. Basado en Narración, Poesía y títeres (pp. 85-109) Oaklander (199)

Se retomó el tema del apego *con la historia del “rey la selva”* para dar continuidad al tema del vínculo que tienen las madres leonas con sus cachorros durante los primeros meses de vida, tiempo para enseñarles lo esencial para vivir en la selva porque llegado el momento los cachorros se separan de sus madres para cuidarse así mismos como seres independientes. Tema adaptado del libro electrónico Leonpedia: ¿Cuánto crees que sabes sobre los leones? (S/F) [versión electrónica]. <http://www.leonpedia.com/habitat-leon/>

Al escuchar la historia no estuvo de acuerdo en que los separen cuando son chiquitos, siguió atento la historia y contestó nuestras preguntas ¿qué les enseñan las leonas a sus cachorros?; ¿hasta qué edad los cuidan?; ¿porque se separan?; ¿Qué te ha enseñado a ti tu mamá? ¿Qué cosas haces tú solo?. En este momento no se veía convencido del porqué se deben separar los hijos de sus mamás, su comportamiento fue de confusión pero al vivenciar la historia intentamos crear la necesidad de confiar en el medio sobreponiéndose a la exigencia de dormir solo.

Para completar el ejercicio se entregó el dibujo impreso de una leona con su cachorro para ser iluminado (figura 15) una vez que terminó ayudó a recoger los materiales, nos despedimos en la recepción en donde la mamá pidió unos minutos para comentar que en las dos semanas anteriores el niño ha tenido pesadillas.

Figura 15.
Leona y cachorro



Sesión 13

Para atender la experiencia de las pesadillas de manera creativa el ejercicio Gestáltico fue desarrollado en un tríptico un dibujó con una secuencia narrativa (inicio, nudo, final) reincorporando aspectos escindidos del sueño para darle un nuevo sentido. Técnica basada en Dibujo y Fantasía (Oaklander, 1992; Amescua, 1995).

Los sueños, pesadillas, duelos no resueltos y vacíos existenciales que se repiten son el intento que se hace una y otra vez de resolver un problema (Perls, 1973). Por lo que en este ejercicio el niño tomó parte activa, nosotros no participamos ni interpretamos el dibujo, únicamente lo acompañamos en el proceso que continuó durante las dos siguientes sesiones.

La pesadilla representaba un elemento amenazador pero también la alternativa para resolver aquello que no podía expresar con palabras, eligió una crayola negra para realizar su dibujo iniciando el encuentro con la sensación avanzando hasta llegar a darse cuenta de lo que es la figura en el aquí y el ahora. En la secuencia el niño se reconoció acostado en su cama, se despierta y ve a un hombre con una pistola en una mano y en la otra un cuchillo está delante de su cama amenazándolo, entonces Víctor grita “no me mates”, es cuando se despierta (Ver figura 16).

Recogimos algunos datos planteándole las siguientes preguntas:

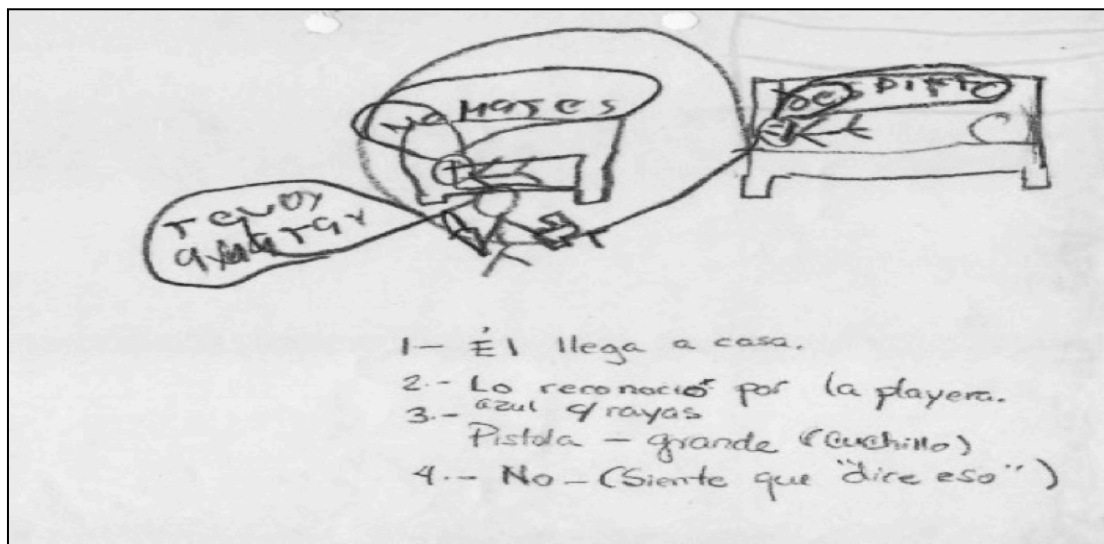
- ¿dónde sucedió esto? Responde, que el hombre llegó a su casa.
- ¿lo reconoces, sabes quién es? “es mi violador” (en ninguna ocasión había ocupado la palabra violador).
- ¿Sabes su nombre? Sí, es Juan.
- ¿cómo es que lo reconoces? Por la playera azul con rayas.
- Le pedimos nos explicará ¿qué trae en las manos el hombre? Una pistola grande y un cuchillo.
- Algo te dice ¿qué fue? Nada, siento que dice eso, yo sé que me va a matar.

Una segunda actividad fue la narración de una fantasía guiada (Oklander, 1992) que llamamos “caminando por el bosque” esta técnica Gestáltica se realizó para que *contactar* con sus emociones y su mundo interno. Se le pidió recostarse en el tapete con los ojos cerrado para “meterse” en un viaje imaginario y vivenciar la tranquilidad de un lindo lugar y las sensaciones que le causan.

El ejercicio de contacto con las experiencias sensoriales suponen concienciar los sentidos y el uso apropiado del cuerpo, ejercicio que se le dificultó porque se sentía incómodo, para Schaefer (2012) este tipo de resistencia debe respetarse porque es la única forma que el niño conoce de proteger su self muestra que no cuenta con un Yo fuerte en ese momento.

Figura 16.

Pesadilla: Víctor se siente amenazado



Al margen de lo anterior, las relaciones familiares se han visto afectadas tres semanas antes se produjeron conductas sexualizadas entre los hermanitos. La abuela al verlos desnudos uno encima del otro, los golpeó y regañó, les preguntó por qué lo hacían. Víctor enojado tomó las tijeras “y se tusó” aventándole el cabello a la abuela, para decirle “es mi vida, déjame”. Todo esto según lo dicho por la madre.

Se investigó con la madre porqué no había hablado de esto antes, dijo haber advertido a Víctor que él tenía que comentarlo con la terapeuta porque era su responsabilidad. Sin embargo, estas conductas coincidentemente sucedieron una vez recibida la notificación de PROPUESTA DE RESERVA emitida por la Coordinación de Agentes del Ministerio Público Auxiliares del Procurador de la PGJ el 2 de abril del 2013 en la que se determinó el

no ejercicio de la acción penal contra el ofensor dándoles un plazo de quince días para interponer alguna inconformidad contra la resolución.

Antes de concluir la sesión se le explicó el ejercicio TCC el “Termómetro de las Emociones” (Attwood, 1996) con la finalidad de evaluar la intensidad de los sentimientos depresivos o el estado de ánimo, con la indicación de completarlo como se le indicó para revisarlo semanalmente.

Sesión 14

El objetivo principal de esta sesión fue basada en la TG “Juego de Roles” para facilitar la educación afectivo – sexual. (Amescua, 1995). Con este juego que llamamos “El lugar de los corazones” al paciente se le invitó a jugar tomando la posición del terapeuta para abordar la “Sexualidad con Otros” el tema se basó en las pautas educativas y asertivas recomendadas por Arruabarrena, (1996) y López (1995) en: Tratamiento Psicológico de Niños Víctimas de Abuso Sexual (pág. 13).

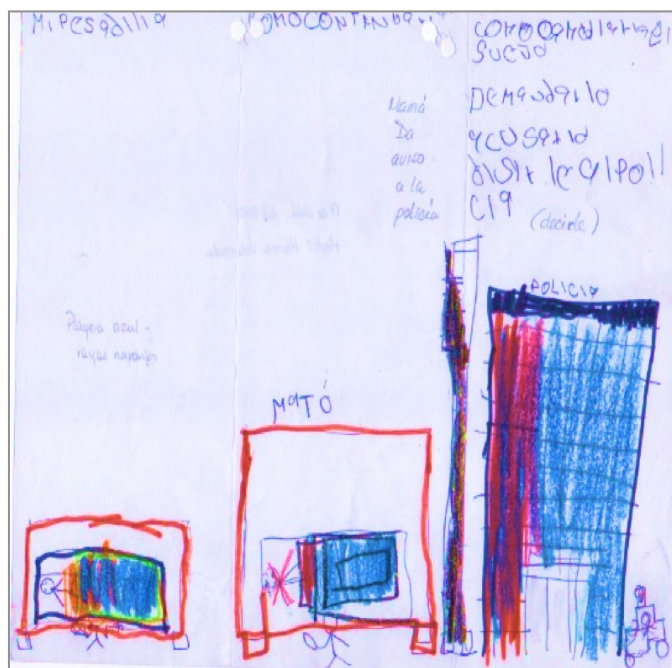
Con la inversión de roles el niño tuvo oportunidad de **darse cuenta** manteniendo contacto con el **aquí y ahora** para descubrir por sí mismo las condiciones que deben mantener las relaciones afectivo sexuales. En paciente en su papel de terapeuta ayudarlo a encontrar respuestas relacionadas con la convivencia, amistad y la sexualidad fuera del ámbito familiar.

Nuestra labor fue guiar al niño para que de manera sencilla comprendiera que las relaciones sexuales pueden darse entre personas adultas, siempre y cuando estén de acuerdo, no se dan entre los miembros de la familia, ni entre niños. Tocar este tema significó que pudiera formarse un pensamiento más reflexivo sobre las conductas sexuales con la hermanita y los celos excesivos hacia la madre y evitarlas.

Una segunda actividad gestáltica fue reanudar la expresión de las pesadillas mediante tríptico secuenciado con el que tendría la oportunidad de cambiar el final reconstruyendo la

historia en la que él fuera el héroe de la misma. Se le dio la instrucción de dividir la hoja en tres partes para iniciar el dibujo eligió tres crayones de diferente color para iniciarlo.

Figura 17.
Pesadilla: Víctor muere



En la primera parte Víctor está acostado enfrente de él el hombre armado; en la secuencia siguiente Víctor está muerto, lo mató el hombre. Víctor colocó una cruz roja encima de la figura que lo representaba (con la palabra mató); en el última parte del tríptico dibujó la Torre Latinoamericana simbolizando el lugar de la policía. Comentamos ¿cómo es que sucedió esa muerte?, ¿por qué aparece la Torre? El niño explicó "él me mató" entonces su madre fue a la policía a denunciarlo, a acusarlo a decirles que lo mató, y ahora sí le harían caso a su mamá.

En la lógica del niño, si él muriera entonces castigarían al agresor, estaba enojado porque no le creyeron y por eso no hicieron nada, el niño decía quererse matar, al interrogarlo ¿tienes alguna idea de cómo lo harías? Simuló con un dedo encima de la muñeca – con un chuchillo "así" – le mencioné que siempre hay alguien quien puede escucharnos y protegernos por eso es mejor contar lo que nos está pasando, eso lo tranquilizó.

Antes de terminar la sesión se le propuso que escogiera el juego para la semana próxima pidió jugar pelota enfrente de la Torre de Rectoría.

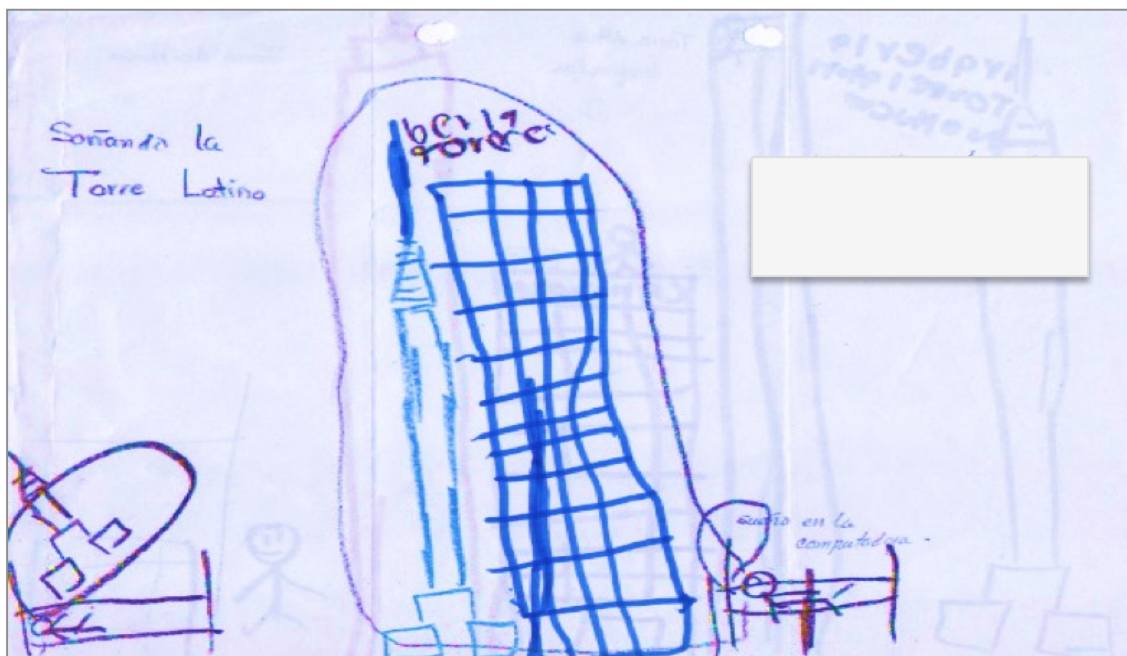
Sesión 15

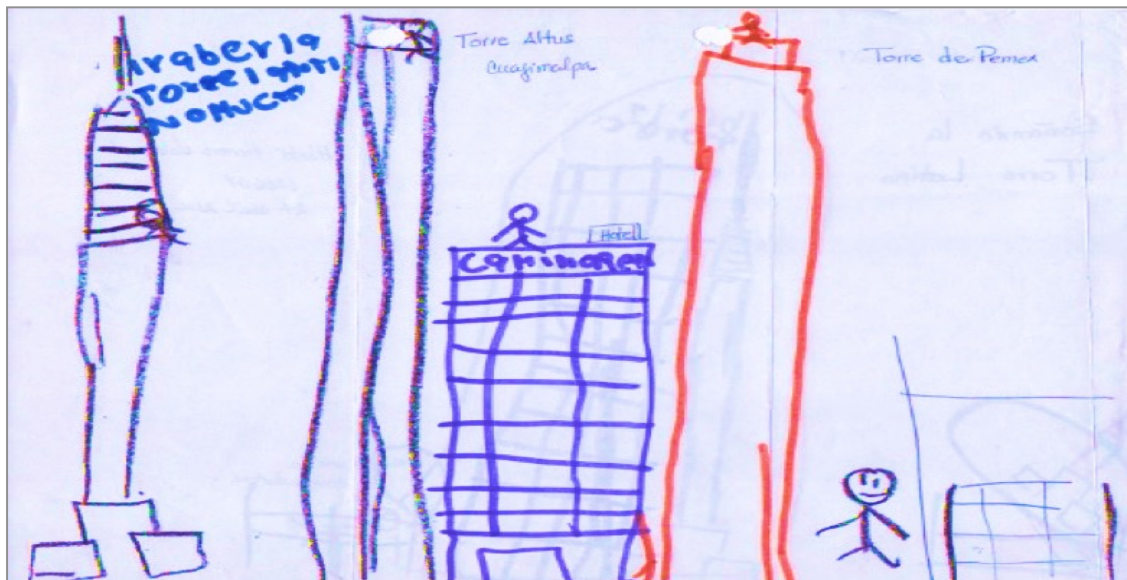
El objetivo de este juego fue aumentar la autoestima del niño al reconocer que en el terapeuta un aliado. Se delimitaron las reglas del juego al que fuimos invitadas a participar, la competencia fue lanzar la pelota (de tenis) y cazarla, el saltaba, corría, hacía todo lo necesario para que se le reconociera lo bien que jugaba. Después de ganar, pidió permiso para visitar la Torre de Rectoría, al llegar a la entrada saludó al vigilante y le preguntó ¿cuántos pisos tiene la torre?

Enseguida regresamos al Centro para iniciar la sesión, eligió hoja y colores para dibujar. En este tercer dibujo el niño sueña con torres, está jugando en la computadora, (continuó por el revés de la hoja) después aparecen cuatro torres (Latinoamericana, Altus, Cuajimalpa, Pemex) él se ve brincando por encima de cada una de ellas hasta que cae al piso (Ver figura 18).

Figura 18.

Pesadilla: Víctor cae de las Torres

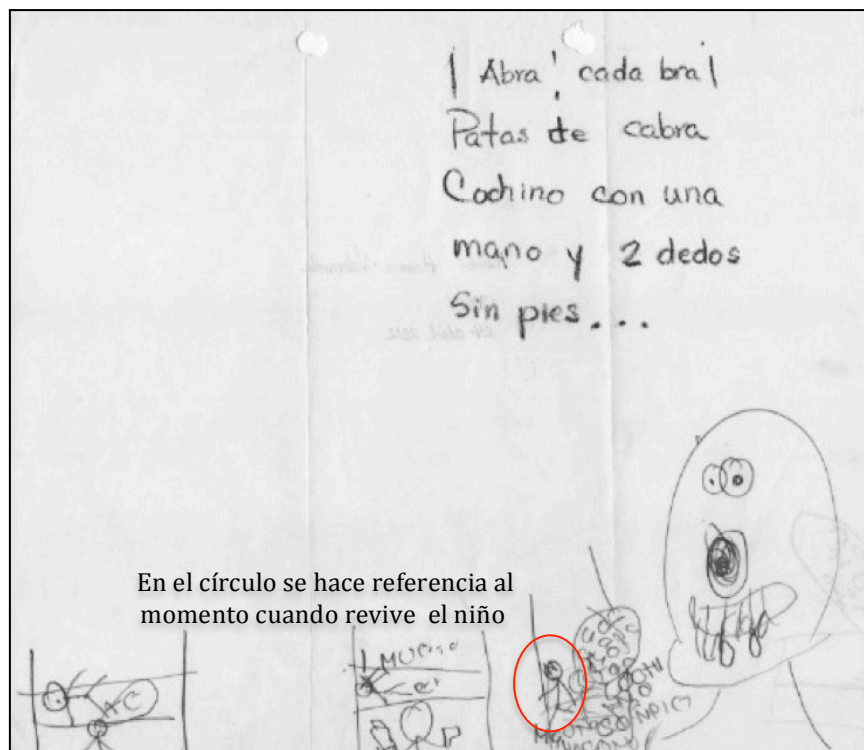




La idea era llenar los vacíos con la fantasía o concluir el sueño tarea con la que podía reconvertirse en un soñador para dibujar o poner en palabras las emociones no expresadas en el aquí y el ahora para enfrentar sus temores y cerrar el asunto pendiente. Al parecer el niño estaba preparado para esta última confrontación en que tuvo la necesidad de expresar lo que sentía, terapéuticamente este fue un avance en el proceso del niño porque logró la asimilación del conflicto al establecer contacto con sus emociones.

De acuerdo con el niño la explicación del tríptico en el primer cuadro se despierta y “Juan” está frente de él amenazándolo, en el siguiente cuadro, Víctor está muerto – “Juan, lo mató” – le pregunté que pasó después, contestó que estaba muerto y se levantó porque revivió convertido en un mago y dijo unas palabras mágicas: “¡Abracadabra! ¡Patas de cabra... Cochino con una mano y dos dedos y sin pies ... ¡ Con esta técnica el niño proyectó la agresión contenida, que de otra manera no podría expresar, enfrentó de manera activa al conflicto para convertir al abusador en un monstruo y entró en contacto con las emociones dolorosas con lo que dio cierre a esta Gestalt (o necesidad).

Figura 19.
Final de la pesadilla



Las distorsiones que tiene de sí mismo se evidenciaron al pasar de la risa al llanto se culpaba del abuso, “*porque dije que sí iba al carro, porque me subí al carro*” Sic. Comenzó a jalarse los cabellos tapándose la cara para que no lo viéramos llorar.

Se le contuvo para tranquilizarlo, le tomé la mano para decirle que nada malo había hecho él porque no tenía la posibilidad de saber qué iba a pasar, asegurándole que la culpa era sólo del adulto quien lo engañó poniéndolo en una situación de desventaja, un niño no tiene la fuerza, ni el tamaño para poder defenderse, esto no lo hacía un niño malo sino muy valiente por querer proteger también a su mamá de la amenaza de esa persona. El niño insistía que nadie le creyó, le dije, que habíamos personas que le creíamos, la primera su mamá, los maestros en la escuela, nosotros, enojado dijo, entonces porque la policía no hizo nada.

Explicarle que eso no dependía de él, que había hecho lo correcto al denunciar porque sin saberlo protegió a otros niños de ser abusados, tampoco lo dañaría nuevamente a él porque ya existían antecedentes en el Ministerio Público y podría ir a la cárcel. Le comentamos que los abusadores necesitan ayuda porque tienen problemas personales y emocionales. Le expresamos que estábamos orgullosos por ser tan valiente, se abrazó a mí, le dije que todo esto pasaría y que nosotras estábamos ahí para acompañarlo y ayudarlo.

Por la importancia de la sesión la duración de la misma se prolongó durante 45 minutos más, que fueron significativos para eliminar en el niño cualquier sentimiento de culpabilidad fue un momento emotivo en el que brindamos acompañamiento y afecto al niño apoyados en las pautas psicoeducativas recomendadas por Gaerricaecheverría (2000), Goicoechea (2001) y Wurtele y Miller-Perrin (1992) en: *Abuso Sexual Infantil: Manual de Información para Profesionales* (pp. 285-286).

Como actividad para casa se le pidió un dibujo de lo que consideraba era “el espacio personal”. Con este ejercicio se pretende que el niño pueda identificar los límites corporales que emocional y físicamente fueron invadidos.

Sesión 16

Para nosotros fue importante retomar el tema de las sensaciones como una invitación a reconocerse e ir aceptándose en sus emociones, pensamientos y actitudes. El objetivo de esta sesión fue realizar un collage enfocándose en sí mismo a darse cuenta “este soy yo” esto me gusta. (Figura 20). Ejercicio basado Haciendo Cosas (Técnica Collage) Ventanas a nuestros niños (pp. 80-82), Oaklander, (1992).

Se le entregó el material indicándole que hiciera un diseño interesante de mirar y tocar acomodando los cuadros que le atraigan sobre el cartón. Eligió las imágenes a cortar en el que se destacan los animales salvajes (pumas, tigres, lobos, gorila), los carros de lujo, y ciudades en las que sobresalen torres. Se emocionaba con casi todas las imágenes que recortó particularmente con los carros y las torres, al pedirle contara una historia sobre cada recorte no fue muy abundante en su descripción al decir que le gustan los carros porque corren rápido, los animales porque son feroces y fuertes, las torres porque algún día

quisiera subirse a alguna de ellas. Oaklander (1992) refería que muchas veces no se produce una historia más larga o no surge nada con qué trabajar pero aun así ésta es la oportunidad de hacer una declaración sobre sí mismos porque los ayuda a liberar la imaginación.

Figura 20.
Collage de Color



Continuamos con un nuevo objetivo para incrementar el autoconocimiento para promover el autoconocimiento corporal con una visión en positiva mediante la psicoeducación. Técnica “Dibujo del esquema corporal” (Meléndez, Z., 2003) Propuesta de un modelo de intervención psicoterapéutica en abuso sexual a niñas y niños. Tesis de licenciatura en Psicología, UNAM).

Lo importante fue conocer si el niño tiene conciencia de su propio cuerpo y de las partes que lo integran para el ejercicio pegamos un papel pellón en la pared para que el paciente se recargara en él y pudiéramos delinear el contorno de su cuerpo con un plumón. Antes de iniciar le planteamos el ejercicio para que no se sintiera rebasado debido al trauma. Una vez que delineado el contorno se le pidió dibujar las partes del cuerpo (manos, cabello, uñas, además que incluyera los genitales).

De manera breve se retomó la elaboración del sueño tomando en cuenta que el cuerpo es un asunto inconcluso después del ASI, es un cuerpo fragmentado, que puede ser amado o menospreciado por lo que se trabajó en la aceptación para integrar ambos aspectos de acuerdo a una situación específica.

La reacción del niño de risa nerviosa cuando fue dibujando las partes del cuerpo evadiendo dibujar los genitales, lo animamos a que recordara las partes del cuerpo, hicimos énfasis en que llamar a los genitales por su nombre científico no debe avergonzarnos porque el cuerpo es digno de respeto y de cuidado. Cada parte tiene una forma particular de sentir y tocarnos puede ser muy agradable, siempre que se haga de manera privada, sin lastimarnos sin que otros nos obliguen a ver a tocar o a que nos toquen y sin que obliguemos nosotros a nadie.

Quisimos hacer una actividad más porque consideramos que era más enriquecedor avanzar en un ambiente más tranquilo en el que pueda sin bloqueos enfrentar las emociones que le representa su cuerpo.

En este caso el juego de mesa que eligió fue la Lotería, pidió ser el quien “cantara” las cartas. La mejoría en su interacción es notoria al cumplir con las reglas, también es más tolerante a la frustración al aceptar que la finalidad del juego es divertirse.

La actividad para realizar en casa fue completar en el dibujo impreso las partes del cuerpo.

Con motivo de su cumpleaños lo celebró recibiendo una rebanada de pastel, un rompecabezas y una agenda. Este último como recurso terapéutico para crear una red de apoyo con familiares y amigos de su confianza en caso de necesitar ayuda; recibir afecto de otras personas generó sentimientos positivos de aceptación, por otra parte se negó a celebrar con su mamá y hermana, para reforzar esta relación se le propuso invitarlas a jugar con él en una próxima sesión.

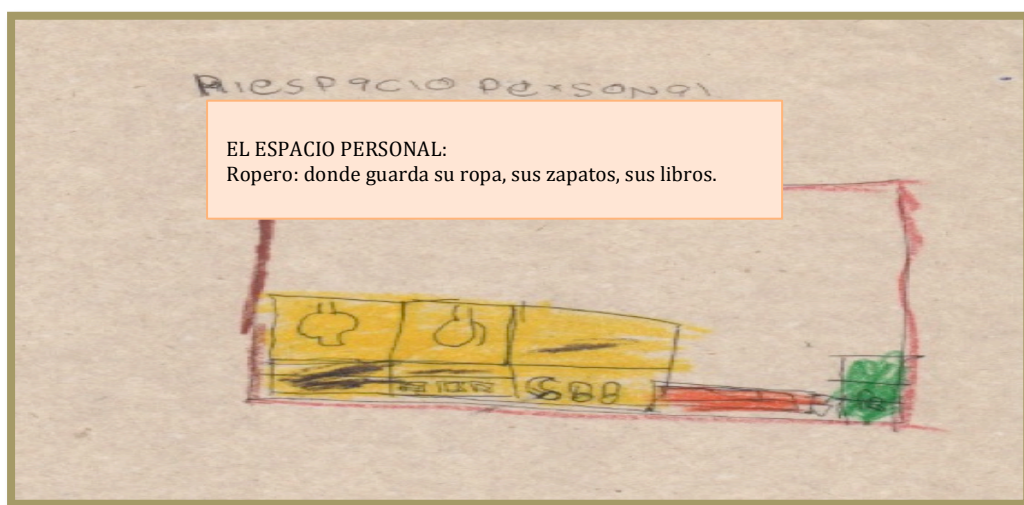
Sesión 17

Una dificultad a la que nos enfrentamos durante el tratamiento fue la compleja relación familiar y las reacciones emocionales que se desencadenan cuando se suprime la individualidad de sus miembros. Antes de iniciar la sesión la madre comentó que el niño se

negaba a cambiarse al cuarto que le asignó el abuelo – ahí vivía la tía (María) con su familia –. El abuelo de Víctor decidió que su hija María y su familia tenían que salirse del terreno familiar, cuando descubrió la relación extramarital que mantenía su hija mayor con el novio de la mamá de Víctor, el incidente afectó emocionalmente a todos especialmente en la madre del paciente y también repercutió en el ánimo del menor.

Con la revisión del dibujo “espacio personal” el niño dio pie para internalizar nuevos conceptos, al describir su gráfico explicó, que en el cuarto donde duermen él tiene “su espacio personal” para guardar su uniforme, un espacio donde cuelga su ropa, un lugar de los zapatos y su espacio en la cama para dormir, se le preguntó qué eran los cuadros con rayas dijo que era el espacio de su hermana (figura 21).

Figura 21.
El espacio personal



Para esta Sesión 17 con una TCC el objetivo fue con una estrategia asertiva establecer y restablecer los límites de sus territorios espaciales, corporales y emocionales que fueron violados (Nyman, 1998).

Con esta primera dinámica aprendió la representación del espacio personal (y las distancias o zonas íntimas, social, pública) el respeto el espacio propio y el ajeno permite interactuar evitando la intrusión de personas desconocidas, también distinguió, que acercarse

demasiado a la gente puede hacer que se enojen o se incomoden sobre todo cuando podemos tocar o ser tocados. Tema adaptado de: Fernández, M. (2012) Respetar el espacio personal de los demás. Recuperado de <http://pruebateimagen.blogspot.mx/2012/10/no-te-ha-ocurrido-alguna-vez-que-te-has.html>

Para delimitar el espacio personal el ejercicio fue girar 2 veces con los brazos estirados para formar una burbuja en la que nadie puede entrar si él no quiere. Se le motivo a **¡decir no te acerques!** para protegerse porque ningún niño está obligado a dejarse besar, ni tocar, ni abrazar a nadie, sean extraños o familiares, cuando alguien lo intente debe contarlos⁴²; el tema se basó en las pautas educativas y asertivas recomendadas por Portillo (2001) en: Tratamiento Psicológico de Niños Víctimas de Abuso Sexual (pp. 11 y 14).

Como cierre del ejercicio jugamos sentados en el suelo “Círculos de espacio personal” del utilizando listones, formamos un círculo alrededor que representó el espacio personal, en el que pueden entrar familiares y amigos cercanos sólo si se siente cómodo con ellos, con otro listón se agrandó el círculo para los compañeros y gente que no conoce porque necesita más espacio, por último realizó un círculo aun más grande porque los extraños deben quedar más alejados de su espacio personal. Actividad basada en el artículo de: Seehorn (s/f) Actividades para niños sobre el espacio personal. eHow en español, lifestyle. Recuperado de http://www.ehowenespanol.com/actividades-ninos-espacio-personal-info_182894/

Sesión 18

En entrevista con la madre nos dijo que fue requerida en la escuela por la pelea de Víctor con dos compañeros, argumentó que él niño no quiso decir el motivo, así que la dirección castigó a los agredidos suspendiéndolos, a Víctor le bajaron el promedio de 8.2 a 7.2. Dentro de la sesión hablamos sobre el conflicto, respondió que su tío le enseñó a defenderse y él se defendió, – estaba reviviendo el enojo – preguntamos qué otras alternativas tenía para solucionar, refirió que ya había avisado a su mamá y a la maestra que los compañeros *“le llegaban por atrás porque querían bajarle los pantalones”* Sic, y no les hicieron nada,

⁴² Save The Children (pág. 66). En los programas desarrollados en los últimos años en Estados Unidos se hablaba de caricias cómodas e incómodas o caricias que hacen sentir bien o mal, pero en la evaluación de los programas se vio que podía dar lugar a confusión para los niños, puesto que la masturbación, por ejemplo, es una caricia que les hace sentir bien y puede ser constitutiva de abuso.

le dije que entendía su molestia y le reiteré que cuando tuviera algún problema podíamos hablarlo y encontrar alguna solución.

La actividad para esta sesión fue identificar los espacios comunes “material didáctico de las emociones” un lienzo que representa una vivienda donde la familia interactúa y los espacios propios para las conductas privadas. Acomodó los muebles de la casita, tomó los muñecos para formar una familia (abuelos, tío, mamá, hermana, y él mismo), también colocó las puertas al baño y a la recámara.

Sin intervenir en el juego indagamos sobre los lugares que comparte con la familia para hablar de las conductas públicas, después preguntamos porqué había colocado las puertas al baño y recámara, comentó que para entrar al baño cerraba la puerta, justificando el inicio a las conductas privadas como: bañarse, cambiarse o al acariciar sus genitales al masturbarse le aclaramos que no es un comportamiento que esté mal pero no es apropiado hacerlo delante de nadie, que debe practicarlo sin hacerse daño y con las manos limpias.

Otra actividad que trabajamos fue la psicoeducación. El objetivo fue modificar las ideas distorsionadas sobre el sexo. Tema adaptado del artículo de: Ruíz, E. (2016) Potencialidades Humanas (Holones). México: Amssac | Asociación Mexicana para la Salud Sexual A.C. Recuperado de: <http://www.amssac.org/biblioteca/potencialidades-humanas#genero>

El ejercicio lo llamamos “Aprender a estar conmigo” para iniciar el tema de la sexualidad el pizarrón lo dividimos en cuatro cuadrantes en cada uno le pedimos escribiera un título Sexo; Género; Erotismo; Sexualidad. En cada cuadro hizo anotaciones sobre los temas.

Le preguntamos qué sabía acerca de lo qué es el sexo, comentó que en la escuela les han hablado de la sexualidad, pero no se acordaba, continué diciéndole, cuando tú naciste el doctor le dijo a la mamá que eras ¿niño o niña? ¿cómo piensas que se dieron cuenta que eras un niño? Al principio dijo que por el color de la ropa, le aclaré que el *sexo* está relacionado con ser *Hombre o Mujer* por los genitales externos.

Se le hizo la diferenciación entre sexo y género ¿De qué color le compran la ropa al niño, de cuál a la niña? ¿Qué juega tu hermana? Y ¿tú cuáles juegos? ¿Qué trabajos hacen las mujeres, cuáles los hombres? Y en casa, ¿tú en qué ayudas?, entendió el *género* es lo *masculino y lo femenino* y tiene que ver con la apariencia física, en cómo vestimos, en los trabajos y quehaceres y juegos que hacemos.

Para hablar sobre el erotismo recordamos el esquema corporal, los cuidados a su cuerpo al bañarse, peinarse, ponerse crema; es tocar el cuerpo para conocerlo y sentir bonito, eso es “*autoerotismo*”, como en la masturbación cuando tocamos nuestros genitales en privado se siente agradable, después, cuando tenemos más edad podemos compartir amorosamente.

Para nosotros fue importante ver que el tema de la sexualidad lo recibió de manera clara en su concepto, su función y características. En un primer momento se reía, sobre todo al hablar de la masturbación, después el tono fue más tranquilo, el mensaje fue que podíamos hablar en verdad de sexualidad sin avergonzarnos para que tradujera la experiencia del abuso no como algo determinante en la vida sino como una mala experiencia.

Sesión 19

Se ha continuado con la revisión de la hoja de adherencia terapéutica del Programa “JO” y el ejercicio del termómetro de las emociones para aumentar la autonomía del niño en el cumplimiento de las asignaciones semanales. El seguimiento se reforzaba con la entrega de una estampa de su elección, como la respuesta del comportamiento fue desordenado y con dificultad para seguir instrucciones, la madre cubría al niño llenando ella la hoja de adherencia.

La intención de incorporar los módulos del Programa “JO” fue con miras a una reestructuración cognitiva ante todo en relación para el control del enojo. Revisión del Módulo 2: Cambiando el estilo de pensamiento. El objetivo de esta TCC fue identificar conceptos de Optimismo y Pesimismo y cómo influye en el estado de ánimo la manera en que interpretamos las situaciones.

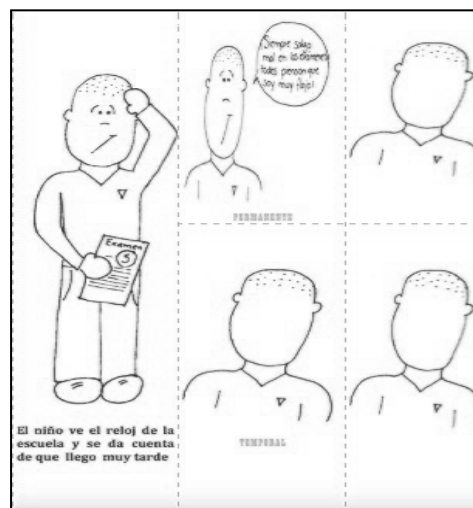
Los estilos explicativos son resultado de la teoría de indefensión aprendida asociados a estados depresivos (Abramson, Seligman y Teasdale (1978). Cuando la reacción más directa es la pasividad está ligada a una experiencia previa de que por más que se haga no es posible controlar su suerte. Según ello, los efectos de la indefensión serán más o menos severos en función del estilo explicativo optimista o pesimista.

La estrategia consistió en asignarnos los personajes de las historietas para interpretar a “Disgustín Tristón y Valente Alegre” (figura 21) utilizando títeres de guante. Cada historia describe situaciones conflictivas para reconocer su estilo para culpar (responsabilizar), además de identificar si era atribuible la causa a su comportamiento o por algo más.

Con la información sobre los estilos explicativos el niño realizó el ejercicio: Ejemplo con caricaturas para relacionar la situación con el tipo de pensamiento (permanente o temporal) y completar la cara del muñequito según la emoción, además de ejercicios prácticos donde el niño crea una situación, señalando el tipo de pensamiento, la consecuencia y cómo puede cambiar este pensamiento.

Continuamos con ejemplos para identificar los pensamientos pesimistas que a él lo llevaron a sentirse enojado para incrementar la capacidad de reconocer su tipo de atribuir. Para tarea en casa se le entregaron hojas impresas para integrar los conocimientos de cómo se ve, cómo piensa, habla y actúa un optimista y cómo lo hace un pesimista y cómo puede cambiar esta forma de pensar.

Figura 22.
Ejemplo con caricaturas



Sesión 20

Por los cambios en la coordinación del Centro se nos solicitó dar una fecha aproximada para dar cierre a la terapia, se decidió fuera al término de la presentación de los módulos del programa “JO”. Se decidió notificar a la madre y al paciente del cierre de la intervención al término de las cinco semanas posteriores.

Revisión del Módulo 3. Investigando nuestro estilo para explicar las cosas. El objetivo de esta TCC es la autodiscusión de las creencias negativas poniendo a prueba las interpretaciones catastróficas basadas en la evidencia de los hechos.

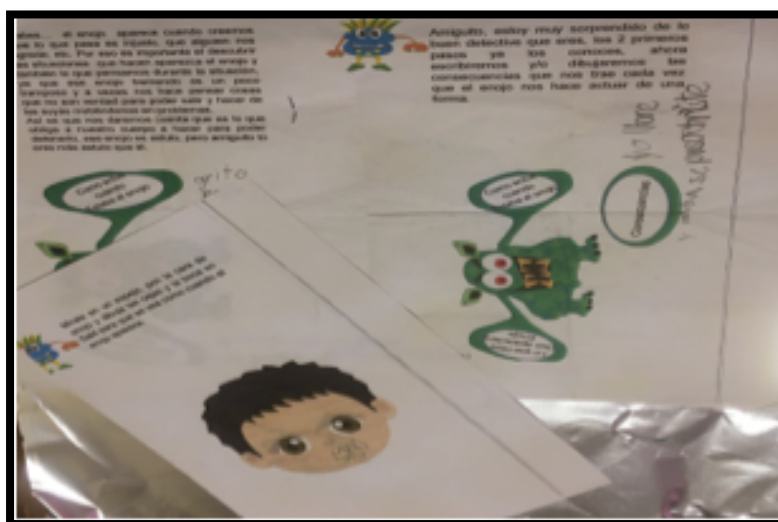
Seligman (2014) retoma del modelo ABC (adversidad; creencia; consecuencia) de Ellis (1994) el principio fundamental de que generalmente las emociones y los hechos no provocan la adversidad, sino que surgen directamente de las creencias respecto a la misma, para hacer un cambio se puede interpretar la adversidad, preguntándose a sí mismo qué causa la molestia o cuando la creencia es cierta es posible encontrar alternativas para evitar que la situación se convierta en un desastre.

Iniciamos con la lectura e interpretación de las historias de “Armando el Informado y Regado el Despistado” que cuestionan las interpretaciones que se hacen sin tener evidencias y recomiendan que se debe investigar, buscar evidencias para discutir qué sucede porque si la idea no es realista o es demasiado optimista y sin fundamento no serán útiles contra un pensamiento catastrófico o pesimista.

Por ejemplo cuando sus compañeros no quisieron que jugara con ellos (*adversidad*) él interpretó que les caía mal, -¿qué *evidencia* tenía de que eso era cierto? – es posible que otras ocasiones si hubiesen jugado con él; al dejarse llevar por lo primero que se piensa le causó sentirse enojado pero podía encontrar otras *alternativas* para ver la situación ¿cuáles? Se tardó un poco en contestar que podía hacer un equipo con otros niños, o jugar él solo con la pelota.

Nuestra última dinámica fue la Lectura del cuento de “Taí el devorador de enojos” (material didáctico) que tiene ejercicios que le enseñaron a hacer frente al enojo además de reconocer que el enojo como todas las emociones son adaptativas. Con este cuento de TCC el niño aprendió cuáles son las manifestaciones físicas del enojo y reconoció que situaciones pueden enojarlo, de qué forma responde conductualmente y cuáles son las consecuencias que recibe por parte de los demás por su enojo.

Figura 23.
Taí el devorador de enojos



La tarea para casa fue trabajar con los ejercicios impresos aplicando lo aprendido y escribir las alternativas de pensamiento que cambiaran las consecuencias emocionales y de comportamientos negativos.

Sesión 21

Considerando la importancia de mejorar la dinámica de la familia nuclear procuramos como objetivo fortalecer los lazos emocionales, afectivos y de comportamiento mediante el juego para apreciar la interacción entre ellos. Schaefer (1999) menciona que los juegos de mesa mejoran el estado de ánimo porque los jugadores perciben mayor bienestar al sentirse menos ansiosos o deprimidos.

Con estas actividades las terapeutas fomentamos un ambiente de confianza en el que el paciente y su familia se sintieron en libertad de expresarse espontáneamente, pero tal vez, lo más importante fue que con el juego como TCC pudieron mantener conductas adecuadas: respetar reglas; respetar turnos; evitar conductas impulsivas, además lograron prever estrategias de competencia sin descalificaciones ni agresiones físicas.

Los juegos de mesa utilizados fueron: Jenga y Adivina quién. En un principio la mamá quiso dirigir el juego – nosotras no intervenimos – fue Víctor quien dijo que su hermana por ser la menor de ellos iniciaba, mostrando que conocía el procedimiento de las reglas, nuestra preocupación era que al mantenerse en competencia se produjeran conflictos, afortunadamente lograron vincularse de manera integrada y divertida estimulando una conducta más adaptativa.

Sesión 22

Revisión del Módulo 4. Solución de Problemas. El objetivo de esta TCC fue la identificación de los cinco componentes de la solución de problemas para que los utilice como estrategia.

Knell menciona que esta TCC puede ser modificada para emplearse con niños, representa un acercamiento a un modelo de afrontamiento, para expresar de manera verbal las habilidades de solución de problemas (citado en Schaefer, 2012, pág. 316). Por su parte, Seligman (2005) explica que en la solución de problemas se debe modelar una estrategia flexible usando ejemplos a resolver por los niños – no los padres – sin exigirles demasiado.

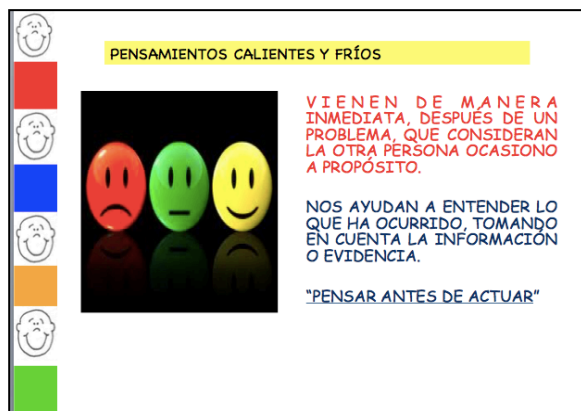
Inicialmente, leímos juntos la historia que planteaba qué pasaría si alguien lo empujaba cuando está bebiendo agua; para poner freno a actuar antes de pensar hablamos del juego de “frío y caliente” actuar sin pensar ese es un pensamiento caliente que podemos cambiar por un pensamiento frío detenerse y pensar para ver el problema de otras maneras.

Por eso primero hay que *detenerse y tomarlo con calma* para investigar como lo haría “Armando el informado”. Para este momento el niño bostezaba, con dificultad pensaba las

respuestas – *porque no se fijó; porque lo aventaron* — . Continuamos los cuatro pasos restantes para hacerlo más ágil tomé en cuenta que el paciente podía trabajar directamente sobre el dinamismo de sus conductas y su forma de responder apoyándonos con el power point (Ver Figuras 24 a y b).

Se hizo énfasis en el hecho de que al momento de compartir con otros podemos detenernos a **pensar antes** de hacer algo, luego **tomar la perspectiva** tratando de entender porqué la otra persona actuó así, entonces podrá **establecer metas** pensando en varias opciones para tomar una resolución y **elegir un camino** para ver los pros y contras, el último paso será comprobar si funcionó la estrategia preguntándonos **¿cómo nos fue, funcionó?** Si no funcionó podemos elegir otra solución y probar de nuevo.

Figuras 24 a y b
Solución de problemas



Sesión 23

Revisión de Módulo 5. Habilidades para relacionarnos mejor. Con un enfoque TCC el objetivo fue que adquiriera habilidades que mejoren sus relaciones con familia, amistades y en su ambiente escolar.

Para Caballo (1991) las habilidades sociales son el conjunto de conductas y comportamientos que adquiere una persona para tomar decisiones, formar un juicio, y resolver los problemas. Bunges (2009) por su parte menciona las habilidades de

comunicación positiva mejoran el estado de ánimo del niño y buen funcionamiento psicológico.

Nuestro primer Juego fue leer las tres historias sobre una misma situación utilizando los títeres de mano. La historia planteaba que los personajes tenían que hacer una tarea en equipo con una amiga, pero la amiga cambiaba de opinión y de equipo de último momento como en otras ocasiones. Los personajes “*Disgustín, Tranquilino y Valiente*” cada uno según su capacidad responder y de comportamiento resolvió el problema.

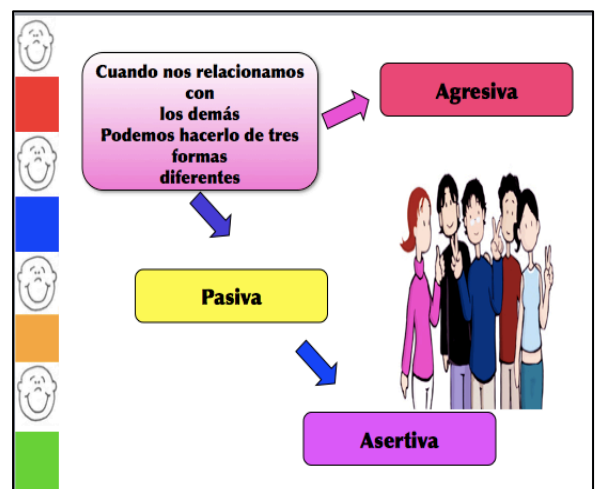
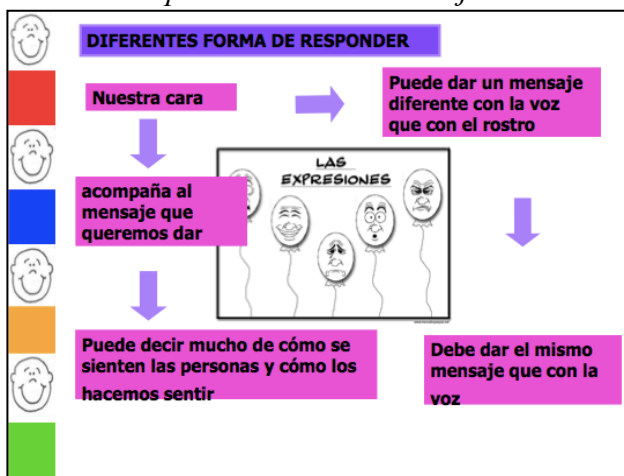
Al terminar las historias le preguntamos qué diferencias había notado en la forma de responder de los personajes y qué consecuencias tuvo cada comportamiento.

Desde el inicio se integró bien al juego leyendo su parte, entendió que Disgustín responde enojado, Tranquilino no se queja, y Valente dice qué es lo que le molesta. Le explicamos que son formas de comunicarnos: agresiva, pasiva y asertiva, y que siempre nuestra cara y voz acompañan a cada respuesta porque juntos dan un mensaje (Ver Figuras 25 a y b).

Para reforzar el Módulo utilizamos Power point y explicamos los “cuatro pasos para sentirnos bien” y se identificaron las 4 pistas sobre la asertividad: 1) describir lo sucedido; 2) Expresar sus sentimientos sin culpar a nadie; 3) Expresar que cambiaría; 4) Expresar cómo le haría sentir ese cambio.

Figuras 25 a y b.

Habilidades para relacionarnos mejor

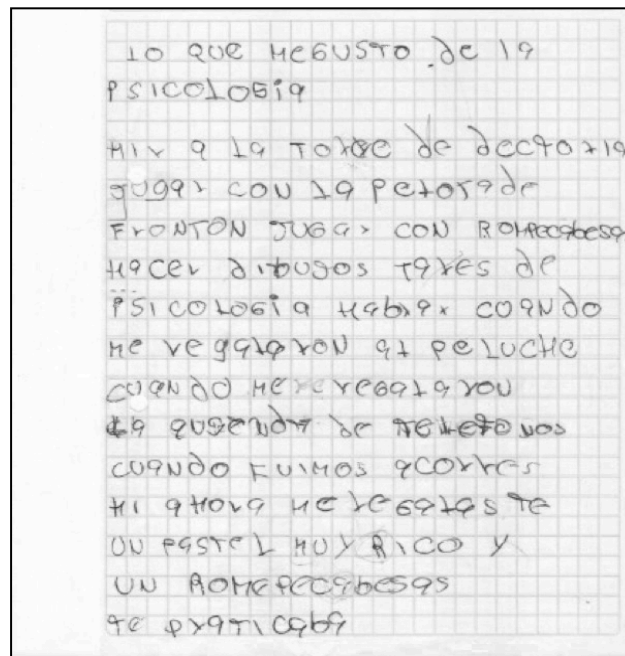


Posteriormente recogimos entre todos el material y subimos a la explanada para la actividad final nos sentamos en el pasto sólo para observar sin hablar durante cinco minutos. El objetivo fue describir lo que percibe con la mirada aun con el ejercicio le fue difícil verbalizar sus emociones después que le recordamos que pronto sería el fin de su terapia.

Sesión 24

En cuanto al objetivo de esta sesión fue hablar acerca de la despedida, para facilitarle esta tarea, se hizo recordación de los momentos que más le gustaron durante el tiempo que compartimos el espacio terapéutico y las cosas que le gustaron menos para conocer qué emociones o ideas tenía del proceso. Especialmente en esta ocasión el niño estaba inquieto, movía las piernas balanceándose en el sillón, cuando le preguntamos que haría cuando ya no tuviera que levantarse temprano para venir a su terapia, muy serio contestó que sale tarde de la escuela de tiempo completo, por eso le gustaba venir a terapia. Para nosotros fue importante inspirar la confianza de que en el Centro encontraría un espacio, se le recordó que ese era “su espacio” y que al igual que él, su mamá y hermana podían acudir cuando así requirieran.

Figura 26.
Lo que más me gustó



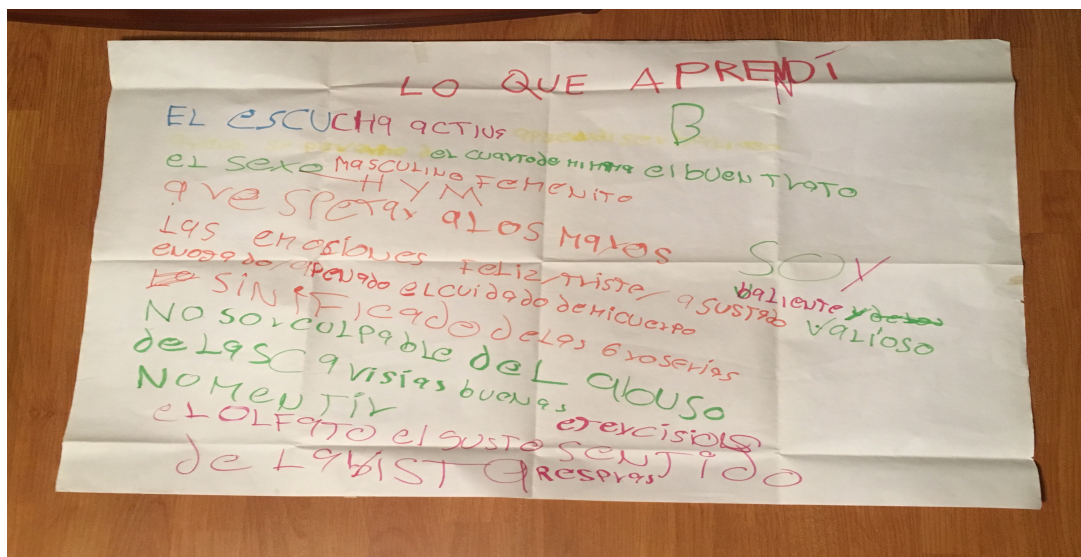
Posteriormente le entregamos los instrumentos para evaluar la manifestación de la ansiedad y depresión (CMAS-R y CDI) con la aplicación de la batería del Programa “JO” la principal aportación sería conocer si los resultados fueron satisfactorios de tal forma que permitieran mantenernos positivos respecto a nuestra propuesta de intervención terapéutica. Por lo emocional del momento, se consideró que únicamente realizará la escala de ansiedad y continuar con el cuestionario de depresión en la última sesión.

Sesión 25

En esta última sesión el objetivo fue terminar el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) que nos diera a conocer la probable disminución de la sintomatología. El niño fue muy cooperativo sólo hacía comentarios como: *jah! Esto ya lo había hecho antes.*

Una vez que terminó el cuestionario le entregamos una cartulina y plumines de colores para que escribir lo que se lleva de aprendizaje. Algunas de las frases fueron: “Soy Valiente”; “No soy culpable del Abuso”; “Respetar” y las “Caricias buenas”; “las emociones” y “El significado de las Groserías” .

Figura 27.
Lo que aprendí



Mientras el niño terminaba me entrevisté con la madre para hablar acerca de los objetivos de la intervención, el principal, eliminar los sentimientos de culpabilidad y devolver la responsabilidad del abuso al agresor para mejorar la autoestima del menor. Ese objetivo movió a todos los demás porque logró comprender que la sexualidad es un proceso del desarrollo en el que se deben establecer límites afectivos y corporales dentro y fuera del hogar de esta forma promovimos la eliminación de las conductas sexualizadas entre los hermanos, además de que atendimos la sintomatología ansiosa y depresiva que repercutía en su desempeño personal y anímico.

La madre nos expresó su tristeza porque terminaba el tratamiento y agradeció la atención que les dimos, habló de las conductas del niño, especialmente en casa dejó de culparse y no amenazaba con matarse o matar a quien lo abusó, las pesadillas se detuvieron, dejó de llorar por la separación, las peleas con la hermana disminuyeron, tampoco han reincidido en las conductas sexuales entre Víctor y su hermanita, la queja fue que no obedece para hacer sus quehaceres y se sale del salón de clases.

En ese momento entraron los hermanitos, les dimos las gracias por habernos permitido atenderlos haciéndoles saber que el espacio terapéutico quedaría abierto para ellos porque el Centro de Servicios les brindaría apoyo cuando así lo requirieran. Conviene señalar que nosotras durante este proceso de cierre los acompañamos para que la separación se diera de una manera natural y evitar que se sintieran abandonados porque entendemos que en esta relación tan cercana entre ambas partes (paciente – terapeuta) no puede dejarse sin sentir tristeza.

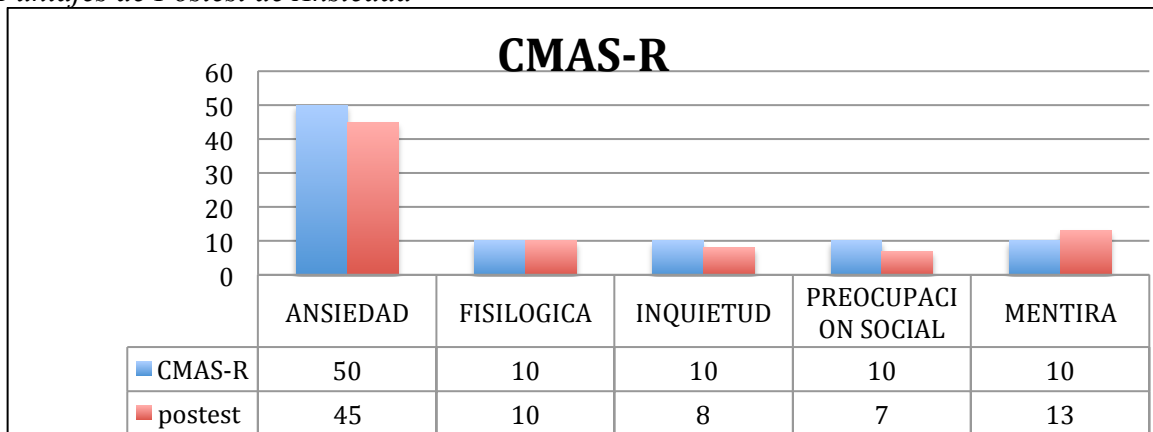
CAPITULO 6. RESULTADOS DE LA POST EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO BATERIA JO

Postest y Seguimiento del CMAS-R

Los resultados obtenidos permitieron conocer si después de la aplicación del tratamiento terapéutico hubo cambios significativos en los puntajes del autoinforme CMAS-R que demostraran que fueron favorables clínicamente, conforme a los índices de ansiedad de inicio, final y seguimiento del proceso psicológico.

Figura 28

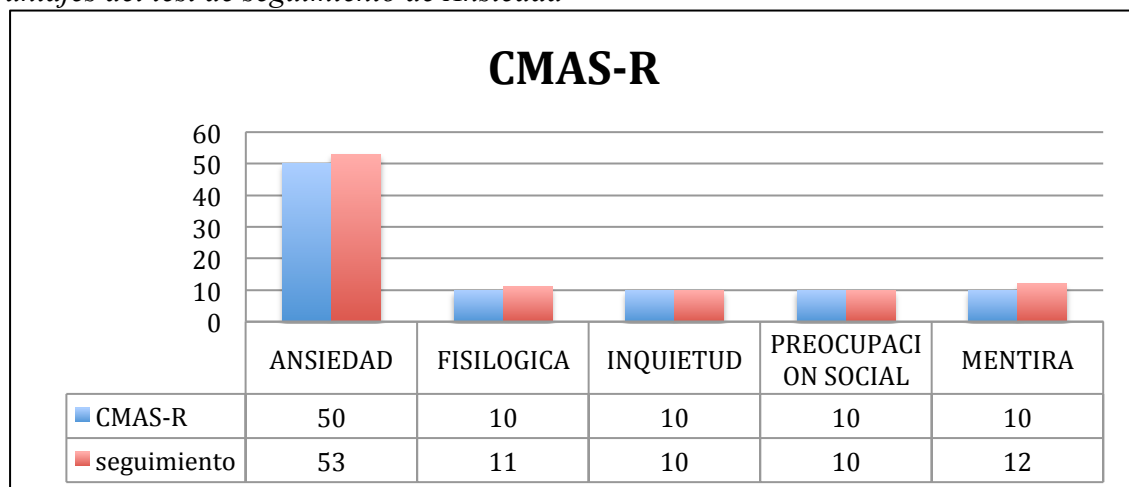
Puntajes de Postest de Ansiedad



Nota: Registro del CMAS-R. Realización propia.

Figura 29.

Puntajes del test de seguimiento de Ansiedad



Nota: Registro del CMAS-R. Realización propia.

Postest: Con un puntaje de *Ansiedad Total de 45*, se hizo evidente que hubo una disminución clínicamente significativa. De la misma forma las *subescalas de inquietud y preocupación social* confirmaron que mejoró la percepción de sí mismo y su capacidad de concentración. Es notorio que en la subescala Mentira el paciente quiso dar la mejor versión de él, es posible fuese su respuesta al sentirse en un ambiente de escucha y contención.

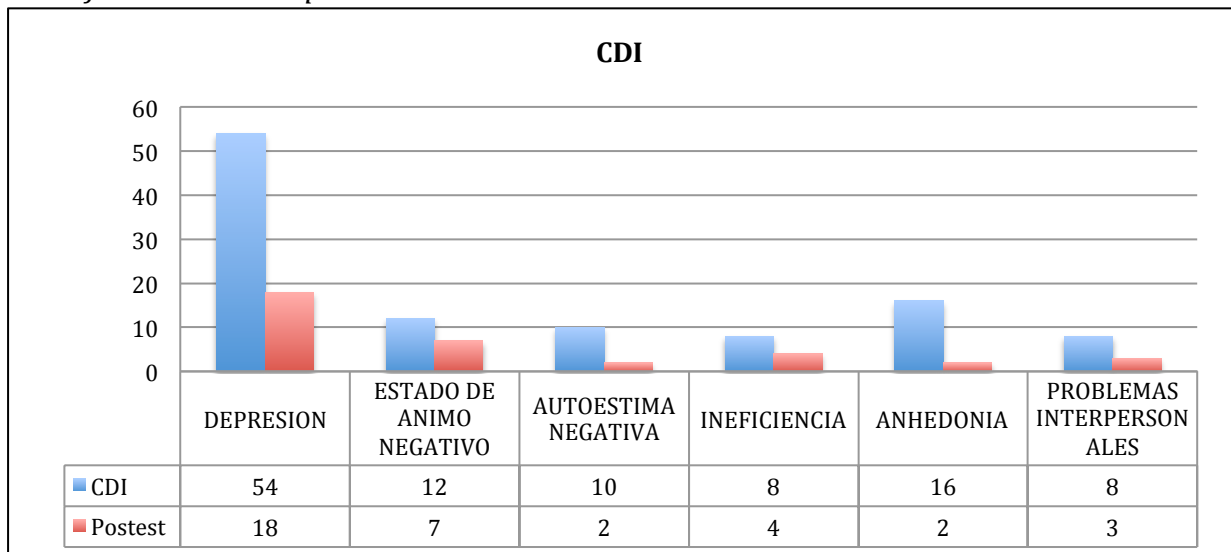
El *Seguimiento* se realizó a un año de distancia de haber dado por terminado el tratamiento del menor. Se observó que el nivel de *Ansiedad total* fue moderado con *puntaje de 53*.

Postest y Seguimiento del CDI

Por otra parte se podría argumentar que las cuatro subescalas contrastadas con los resultados del postest expresan el mantenimiento de los síntomas de ansiedad en un nivel medido. En la subescala mentira el puntaje alto puede estar relacionado con sentimientos de ser rechazado por parte de las personas con quienes interactúa socialmente (escuela, familia, etc.).

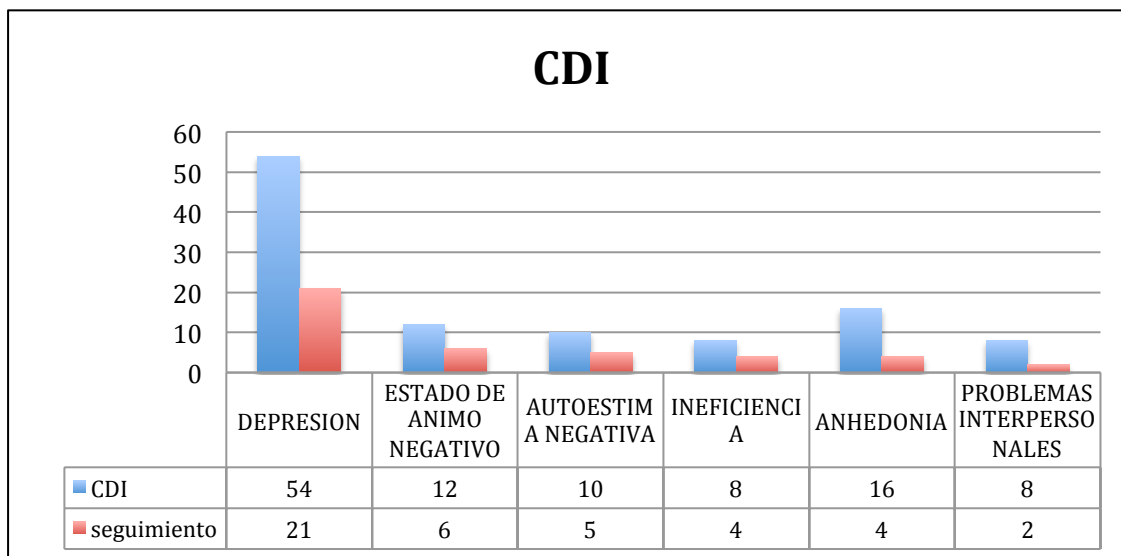
CDI: Inventario de Depresión Infantil

Figura 30.
Puntajes de Postest Depresión.



Nota: Registro del CDI. Realización propia

Figura 31.
Puntajes de test de seguimiento de Depresión



Nota: Registro del CDI. Realización propia.

Postest: La puntuación total fue de **18** valor para una **“Depresión Leve”** la interpretación de las escalas ayudaron para apreciar las manifestaciones concretas de la sintomatología, presentadas en algunas de ellas, como son cierta tendencia a enojarse a llorar, y lidiar con sentimientos de incapacidad para enfrentar situaciones escolares o personales.

Seguimiento: Los resultados sugieren **“Depresión Leve”** con un puntaje total de **21**, relacionadas con cambios en su estado anímico, tristeza, enojo fácil, sentimientos de no ser querido, preocupación y cansancio.

En resumen, la contrastación de los resultados **Pre y Postest** destacan una **disminución de nueve puntos** que lo situaron en un rango medio o moderado de sintomatología depresiva, estos resultados comparados con la aplicación del test de **Seguimiento** indicaron un aumento de **tres puntos** que lo mantienen en la clasificación de **Depresión Leve**, lo que significa que **clínicamente sí hubo cambios favorables**.

6.1 CONCLUSIONES

El presente trabajo ha pretendido mostrar el abordaje de un caso de abuso sexual desde el enfoque integrativo que precisó una mirada diferente y más abierta conjuntando los saberes de la Gestalt y lo Cognitivo Conductual para alcanzar los objetivos de esta tesis, porque cada paciente es único como lo es cada caso, por eso retomamos el fundamento de la Gestalt que nos remite al hecho de que el todo es algo más que la suma de las partes, así el niño es un todo unificado y cuando una de sus partes se altera (psicológicamente, cuerpo, entorno) los síntomas dan cuenta de que existe un problema.

A partir de las características del problema fue que las actividades que configuraron el programa de intervención tuvo como objetivo esencial *eliminar en el niño los sentimientos de culpabilidad y devolver la responsabilidad al agresor*, nos ocupamos no sólo de los síntomas sino también de la forma en que estructura su realidad trayendo al aquí y el ahora los recursos sensoriales de Víctor para la expresión de las emociones reprimidas e intensificarlas con ejercicios de fantasía que facilitaron la elaboración del conflicto y de las circunstancias en que ocurrió (Amescua, 1995).

Además enfatizamos la conciencia de sí mismo para el cambio de actitud respecto a las atribuciones de ser responsable del abuso – *dejando en claro que estos fueron actos propios del abusador* – para asimilar nuevos introyectos acerca de su valor como persona porque es merecedor de quererse y cuidarse y de ser querido y cuidado, fomentando su autoestima y mostrándole que existen formas de resignificar las experiencias.

Un tema altamente discutido son las reacciones psicológicas en los menores, factores como la duración, frecuencia, intensidad, tipo de abuso, por ejemplo, reacciones que pueden estar influenciadas por otras circunstancias de la vida diaria del niño, antecedentes como la falta de habilidades sociales, la hiperactividad que predisponen el trauma, o también de las reacciones de los padres, la reacción del abusador, de los pares y de la calidad de la intervención profesional (O'Donohue y Elliot, 1991).

Lo anterior, da luces para comprender la interacción del niño y familia de la víctima, los

autores argumentan duración e intensidad del abuso, personalmente no lo creo así, es evidente que impacta de diferente manera y según el contexto, al escuchar al paciente fue indiscutible el discurso y dolor de la madre, quien reparó en su hijo lo que no pudo resarcir para sí misma, las palabras de él, los arrebatos, la necesidad de sentirse amparada de saber que hizo lo correcto al levantar el acta, y que a pesar de todo eso, al principio no fue capaz de ver o malinterpretó las señales de la gran angustia de Víctor, señales que generaron en la familia grave perturbación, ese algo que no pueden anudar las víctimas porque es menos doloroso romper los lazos con la realidad. También constatamos, que a partir de las características de la familia extensa se favoreció la patología porque ante situaciones estresantes son poco tolerantes a afrontar, creando hacia fuera la idea de que no tienen problemas, lo que puede traer como consecuencia el mantenimiento o aumento de los síntomas en la familia nuclear.

Con la terapia Gestalt conforme el niño avanzó fue integrando de manera creativa los sentimientos que estaban detenidos trayéndolos al “aquí y ahora” para “darse cuenta” y tomar “contacto” con su experiencia y reconciliarse consigo mismo. Paralelamente se trabajaron alternativas para resignificar la experiencia vivida incorporando pensamientos y conductas más adaptativos que le significaran al paciente la adquisición de conocimientos acerca de la sexualidad encauzando a un proceso de recuperación en el que fuese capaz de manejar adecuadamente los límites personales que denotaron una sensación de control.

Desde el comienzo de la intervención nuestra supervisora en PROSEXHUM nos guió para darnos el tiempo necesario y crear una relación significativa con el paciente en ese momento en que existían sentimientos de vergüenza y culpa que cambiaron el juicio sobre sí mismo y en quién confiar sintiéndose desamparado. En el ambiente de la clínica suele hablarse sobre la importancia de generar un vínculo con el paciente (y su familia) para que logre sentirse cómodo y seguro en el espacio terapéutico y con su terapeuta, situación que es común a autores como Axline que defendió la consideración positiva incondicional, la comprensión empática y la autenticidad que se muestre al niño resultará en la confianza en sí mismo al sentirse aceptado (Axline 1947; citado en Schafer, 2012).

Como consecuencia nuestras expectativas en el tratamiento fueron positivas por la receptividad del niño, sin embargo no todo dependía de él, consideramos conveniente la asistencia y participación de la familia extensa - porque el contexto también es importante – y a veces como en este caso la familia no se adhiere al compromiso por los significados contruidos al interior, de tal suerte que, al encontrar en la abuela atención y cuidado para el paciente y su hermanita fue positivo, especialmente él halló contención y compañía. Desafortunadamente la abuela murió el 14 de febrero del 2015, para Víctor fue un suceso dramático, porque fue el único que se encontraba en casa para asistirla.

Además, debimos estar atentos a los sesgos personales de la madre quien al ser una sobreviviente de abuso sexual intrafamiliar su estado de ánimo para entender lo sucedido y de tomar decisiones complejizo el proceso de sus dos hijos. A lo largo de este trabajo hemos dado cuenta del ASI como un problema social con consecuencias en la vida de la víctima, en su entorno y en todos y cada uno de los contextos en los que el niño o la niña se desarrolla (Manual de violencia sexual contra los niños y las niñas, pág. 13). De ahí que, con el Modelo Integrativo realizamos un análisis de las consecuencias, lo más integral posible, para una intervención terapéutica que posibilitó la normalización de los conflictos y con el desarrollo de conocimientos se logró hacer más comprensible la experiencia abusiva que sacó a la luz los problemas internos de la familia nuclear y extensa.

También, tomamos en cuenta que la PGJ tenía conocimiento del problema y que el paciente era atendido en el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delito Sexual de esa institución, quienes a falta de evidencia física y para contar con mayores elementos constantemente interrogaban al menor sobre el abuso configurando una forma de re-victimización provocando un mayor perjuicio psicoemocional que en este caso fue un generador de ansiedad y depresión en el niño, situación que al inicio dificultaba nuestra intervención

Es preciso señalar que los objetivos orientados a los cambios a nivel biológico como lo fue la disminución sintomática (fisiológico y conductual) surgió como una necesidad importante desde el comienzo del tratamiento, y como se puede apreciar (apartado 4.6

Resumen de la Evaluación Batería JO) los cambios se mantuvieron en el tiempo, ya que al año posterior a la intervención los síntomas ansiosos y depresivos disminuyeron.

Los alcances que nos ofreció la terapia Gestalt estuvo dirigida a desbloquear las emociones a través de la movilización de su cuerpo aprendió a utilizar todos sus sentidos con técnicas que fueron desde el dibujo, el juego, la fantasía, los títeres, actividades en las que tomó parte activa para trabajar la experiencia sensorial, la relajación y los sentimientos, con el objetivo de encontrar respuesta a sus necesidades para elaborar el trauma, se hizo obvio que el niño tuvo la fuerza para poder enfrentar aquello que con palabras no podía expresar, de acuerdo a Winnicott ... *dentro de cada niño existe una historia que necesita contarse, historia que nadie más ha tenido tiempo de escuchar* (citado por West, 2000, pág. 69).

Como terapeutas, trabajamos con los introyectos sobre el abuso sexual del que tenía la convicción de ser el culpable, nuestro papel fue acompañarlo durante este trayecto para darse cuenta que sí puede evitar las situaciones desagradables pero estas no determinan el valor que tiene como persona. Afortunadamente el niño fue integrando a su vida diaria nuevas situaciones como el logro de su individualidad, al separarse físicamente de la cama de su mamá, enfrentó el miedo de no ser querido por su madre porque lo simbolizó como un castigo del que culpaba a su hermana menor.

De igual manera, encaró los límites físicos y psicológicos que facilitaron una mejor respuesta al hablar de la masturbación como una conducta íntima y agradable, aprendió a no sentirse avergonzado o nervioso al hablar y asumir que el cuerpo es digno y debe ser respetado y a su vez respetar el cuerpo de los demás. Junto a este enfoque se utilizó el modelo cognitivo conductual como una herramienta complementaria especialmente para favorecer la disminución de creencias irracionales y promover la disminución del enojo, para una mayor flexibilidad cognitiva, que aportó la mejora en las interpretaciones de los límites corporales propios y ajenos, sin embargo, al ser una técnica directiva que requiere asignación y revisión de tareas para la casa, que pueden ser efectivas para generalizar el cambio en contextos reales y para la valoración del estado de ánimo del niño al ponerse en práctica constantemente, encontramos que la inconstancia en el cumplimiento estaba

relacionada con la injerencia de otros familiares (abuelos, tíos) que difieren e influyen en los criterios para educar y reprender, es así que los menores no están acostumbrados a responder a horarios de comida, tareas escolares, del hogar o arreglo personal, u otras tareas, afectando negativamente la autoridad de la madre, esto nos lleva a la reflexión de que la TCC funcionaría mejor en ambientes más estructurados que sustenten una organización psicológica y conductual.

Independientemente de lo anterior, al reflexionar en nuestra posición de futuros psicoterapeutas se hace comprensible la sugerencia de la maestra Ena Calixto Niño de dar respeto y cuidado al paciente por la enseñanza que de ellos recibimos, personalmente, con Víctor aprendí (mos) de su generosidad al concedernos la oportunidad de trabajar con él y por confiar en nosotros y crecer juntos en esta relación.

Por otra parte, cualquier hecho relacionado con el abuso sexual a menores conmueve por ser un acontecimiento que de alguna manera muchos han vivido de cerca, y por sus implicaciones en la salud de las personas, se le ha reconocido como un problema de salud pública del que se desconoce la verdadera proporción por las dificultades que enfrenta la investigación causadas por la falta de homogeneidad en los criterios que lo definen (¿violencia, maltrato, abuso?); así como en las leyes de cada estado destinadas a la lucha contra el ASI.

Lo anterior contrasta con lo que suele observarse en el ambiente clínico donde las personas que acuden por problemas sexuales, el 60% fue víctima de abuso durante su infancia -siete de cada 10 casos fue perpetrado por figuras de autoridad- datos aportados al periódico Milenio por Ofelia Reyes Nicolat, Directora de Programa de Sexualidad Humana (PROSEXHUM). Publicación del 3 de mayo del 2016 en la página electrónica de Milenio http://www.milenio.com/cultura/pacientes_problemas_sexuales-abuso_sexual-victima_de_abuso_0_730726956.html

Lamentablemente el caso de Víctor es una cifra más de la violencia. La violencia como un fenómeno con implicaciones psicosociales, económicas, culturales, al que también se le

reconoce como parte dinámica de la violencia con perspectiva de género (Barudy, 1998), en palabras de Corsi (1994), la violencia siempre implica el uso de la fuerza y el poder para producir daño, ya sea, de tipo físico, psicológico, sexual, económico, político u otro (Casela, 2013)⁴³.

Bajo este supuesto se entiende que la violencia sexual es un fenómeno en donde se solapan los ideales normativos de la masculinidad (fuerza, agresión, dominio, entre otros) que nada tiene que ver con lo anatómico, es la demostración de lo masculino desde el orden patriarcal que privilegia la masculinidad y la heterosexualidad (Fernández, 2003)⁴⁴, reforzada en un contexto machista de discriminación, entonces si la masculinidad es la norma la feminidad resulta desfavorecida.

Al respecto Martínez (2008)⁴⁵ puntualiza que la arbitrariedad que subyace desde el patriarcado es considerar como innato el poder del hombre ejercido desde el seno familiar, porque ahí se naturaliza la violencia que somete al otro, lo que explicaría que en el ASI la mayoría de los agresores sean del género masculino por ser quienes ejercen la violencia sexual contra las mujeres y menores de edad sin importar el sexo (Gómez T., y Juárez 2014, pág. 149)⁴⁶ negando la subjetividad de la víctima al tratarla como un simple objeto.

En este sentido vemos cómo se entrelazan causa y efecto, desde la elección que hace el agresor respecto a la víctima, por los significados que integra la víctima tras el abuso o por la forma en que la familia y entorno dan cuenta de diferenciación respecto el género de la víctima, aunque en ambos géneros se aprecia importante menoscabo en el autoconcepto, el estereotipo en el género masculino contribuye negativamente a reafirmar los sentimientos

⁴³ Casela, A., (2013). Impacto diferencias en Abuso Sexual Infantil según Género desde el enfoque Integrativo Supraparadigmático. ACPI. Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa, Vol. V. (pp. 82-99). Recuperado de: <http://icpsi.cl/publicaciones/acpi/>

⁴⁴ Fernández, E. (2003). La violencia desde la perspectiva de género. Seminario: Violencia y agresividad, fundamentos para la intervención psicosocial. Recuperado de: <http://centropsicoanaliticomadrid.com/index.php/revista/81-numero-3/237-la-violencia-desde-la-perspectiva-de-genero>

⁴⁵ Martínez, J. (2005). El desaliento del guerrero: representaciones de la masculinidad en el arte de las décadas de los 80 y 90. Recuperado de: https://books.google.com.mx/books?id=idgGH3vb2RYC&dq=masculinidad+y+el+orden+patriarcal&hl=es&source=gbs_navlinks_s

⁴⁶ Gómez T., y Juárez (2014). Criminología sexual: IUS. Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla A.C. 2014 VIII(34). (pp. 142-165). Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-21472014000200009

de estigmatización, observándose por ejemplo, mayores dificultades en la develación del abuso por el supuesto de que *el niño víctima tendrá tendencia a la homosexualidad y que el niño víctima será agresor* (Casela, 2013), como si estos falsos supuestos predijeran el futuro sexual.

La vulneración de la sexualidad tiene implicaciones en el proceso terapéutico porque plantea entender desde la perspectiva de género masculino como femenino la ocurrencia de una agresión en el área sexual para acercarnos desde la perspectiva de género a lo vivenciado por la víctima y entender su dolor.

Esto nos compromete como profesionales a trabajar para brindar apoyo sostenido a las víctimas por las consecuencias asociadas al trauma para coadyuvar a la reestructuración de la identidad dañada, fomentando un sistema de valores contra la violencia. En PROSEXHUM los alumnos(as) recibimos la formación para dar atención a personas que acuden por algún problema de índole sexual, o por ser víctimas o sobrevivientes de abuso sexual, pero el esfuerzo se hace insuficiente por la falta de una relación con un área legal capacitada para dar orientación a las víctimas, hay que tomar en cuenta que no sólo es la parte física del abuso sino la emocional la que ha sido trastocada, finalmente, las víctimas además del acompañamiento psicológico debieran sentirse protegidas y lo que sucede es que ante las instituciones pareciera que se está protegiendo el derecho de otros, es sabido que el testimonio de la víctima es fundamental pero hay casos como el de Víctor donde no se puede acreditar legalmente el abuso con elementos subjetivos para poder sancionar al agresor, quedando invisibilizado el delito y que pone en duda al contexto institucional en cuestión de justicia y protección legal por la falta de sensibilidad y empatía de parte de los funcionarios.

Como parte del compromiso de ayuda empática al paciente, fue que la Coordinación del CSPGD, generó un espacio terapéutico para Víctor, al año posterior, cuando se presentó a la valoración de seguimiento, los motivos expresados fueron una próxima operación por testículo no descendido, y problemas de conducta en la escuela. Desafortunadamente, la operación fue urgente, iniciando la terapia un mes después (febrero, fecha en que muere la abuela) y retomando clases en dos. En ese tiempo, observamos cómo se acrecentaron las

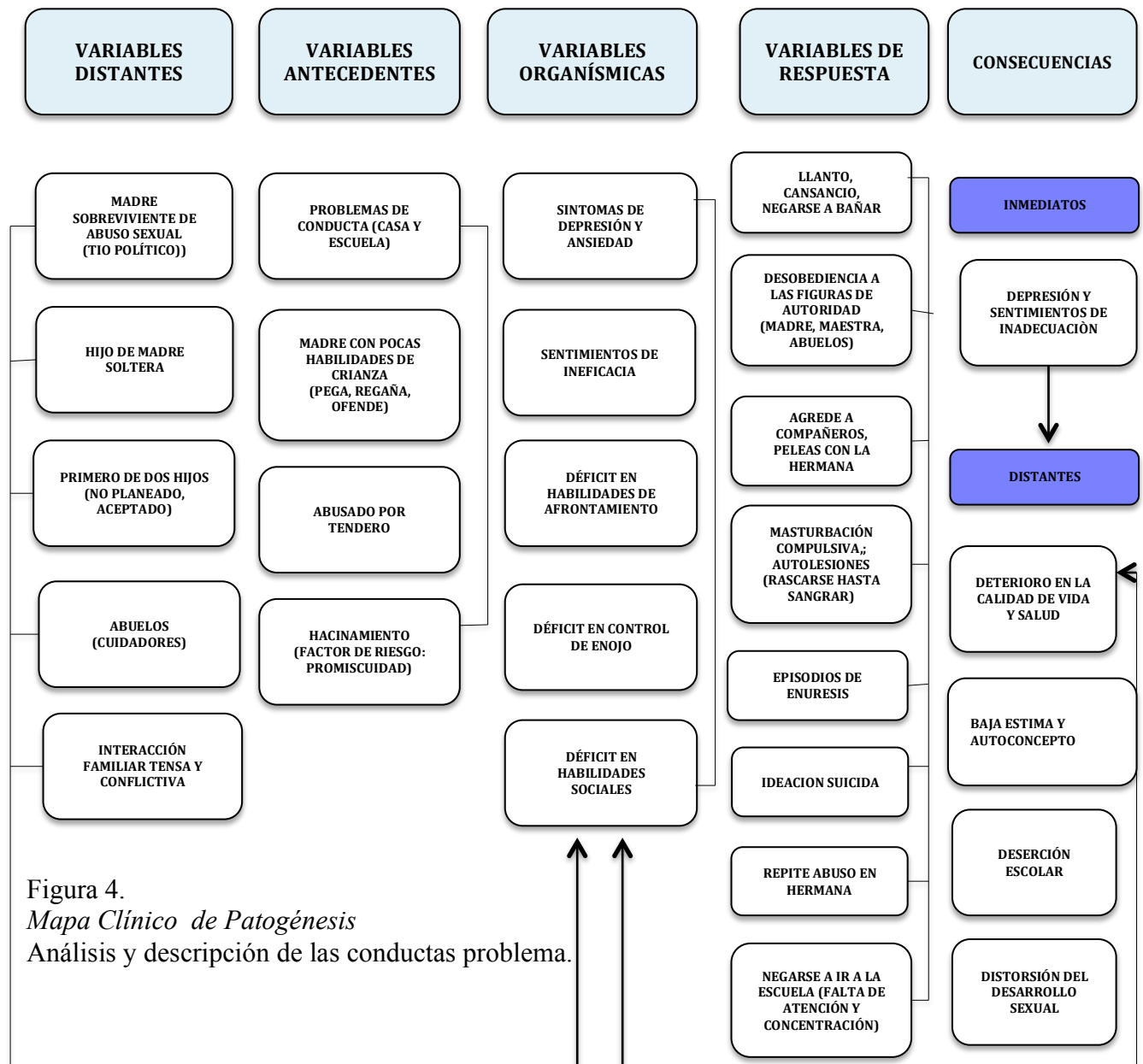
dificultades académicas, su táctica era distraer la clase con intención de que lo sacaran del salón (así lo hacía en la primaria); además, no quería ir a la escuela porque “nadie” quería hablar con él, después nos compartió que lo rechazó una niña a quien él pretendía, generalizando en “*nadie quiere hablar conmigo*”. Sic.

La salud de Víctor, la pérdida de la abuela, sentirse inadecuado en clase, ser rechazado, todo estaba ligado a una baja autoestima, se auto-describía como feo, tonto, flojo, lo había asimilado, de forma tal que para que “descubrirse” con talentos trabajamos durante cinco meses con técnicas Gestalt encaminadas a constituir una marca afectiva que provocara confiar en su sentido de valía y capacidad personal –auxiliar a la abuela agonizante, y reconocerse con cualidades (hábil al jugar fútbol, facilidad en algunas materias, servicial, divertido, cariñoso, valiente).

Además, conviene agregar que cambió la percepción de su esquema corporal y alcanzó a diferenciarlo en su forma más completa y actualizada, hecho que mejoró la aceptación de su imagen, porque dio un giro a las ideas negativas que había interiorizado acerca sus habilidades personales (Grasso y Erramouspe, 2005), y posibilitó la mejora en su autoestima y confianza como para establecer relaciones personales más adecuadas.

Finalmente, la intervención la suspendió la madre cuando quedo despedida de su trabajo como intendente, dejándonos sin oportunidad de evaluar los avances del niño, las variables (cognitivas, de autoimagen emocional) que afectaron la historia personal de Víctor que en nada se relacionaron con las secuelas del abuso sexual.

ANEXOS



PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL: ESTUDIO DE CASO

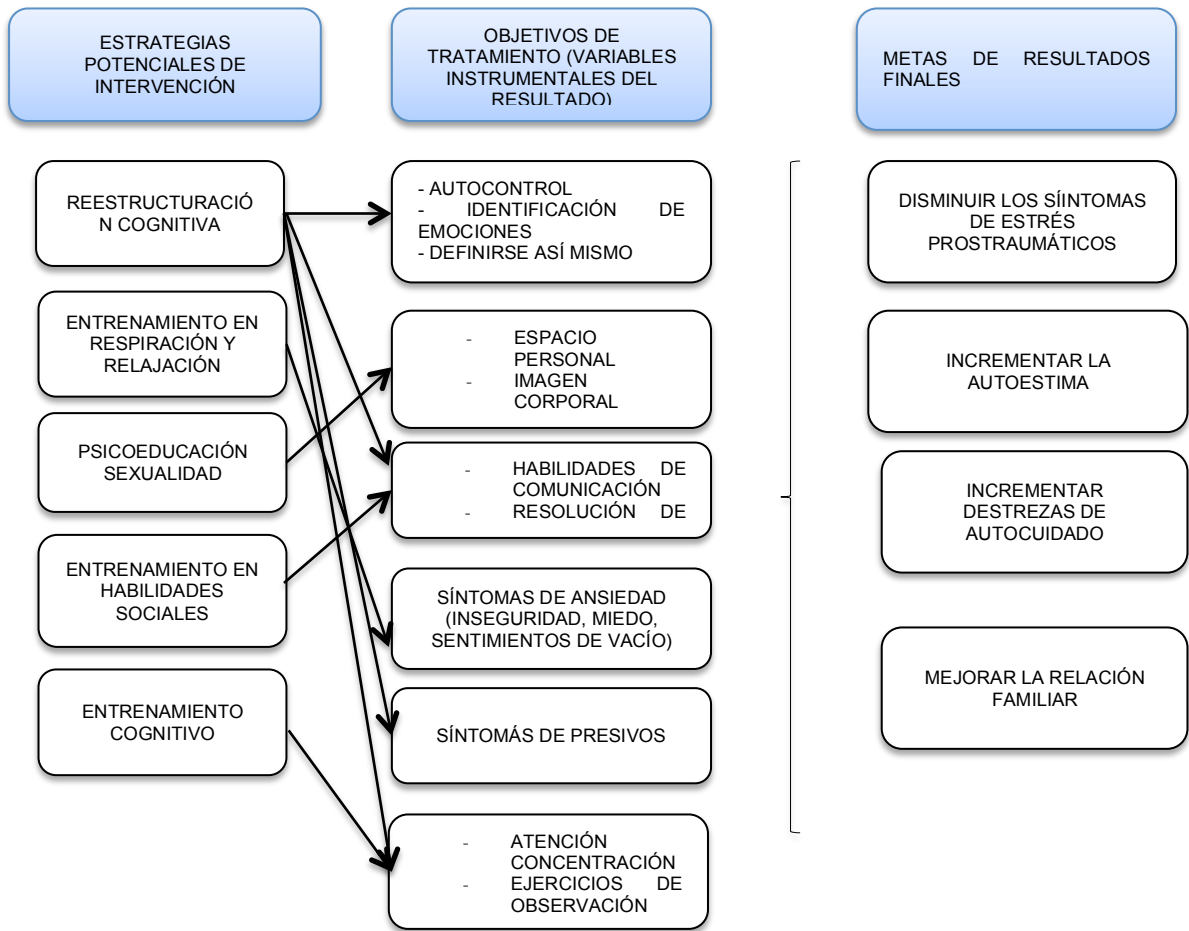
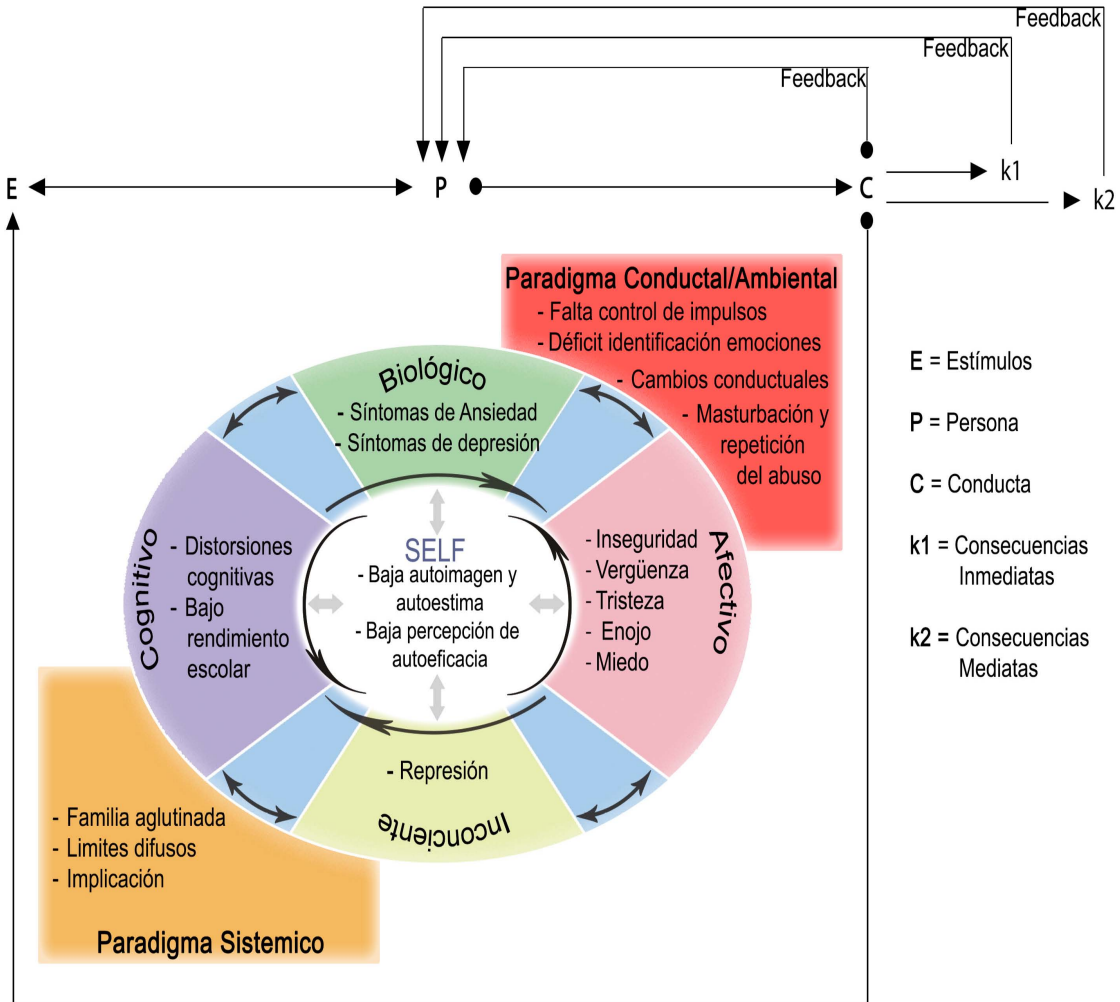


Figura 5.
Mapa de Alcance de Metas.

Figura 6.
Representación gráfica del ASI desde el Supraparadigma Integrativo



Bibliografía

- Abarca, S. (1992). *Psicología del niño en la edad escolar*. Costa Rica: Editorial universidad Estatal a Distancia.
- Acevedo, Martínez, y Estario (2007). *Manual de salud pública*. España: Editorial Brujas.
- Aguirre, A. (1994). *Psicología de la adolescencia*. España: Editorial Marcombo, S. A.
- Amar, J., Cabello y Tirado (2004). *Desarrollo infantil y construcción del mundo social*. Colombia: Ediciones Uninorte.
- Amor P.J., Echeburúa, de Corral, Zubizarreta y Sarasua, (2001). *Perfil psicopatológico diferencial en víctimas de maltrato doméstico y de agresiones sexuales*. Madrid: Universidad Complutense.
- Azcárate, M. A. (2007) *Trastorno de estrés postraumático: daño cerebral secundario a la violencia*. España; Ediciones Díaz de Santos.
- Barra, A. E. (1987). *El desarrollo moral: una introducción a la teoría de Kohlberg*. Revista latinoamericana de psicología. Recuperado de: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80519101>> issn 0120-0534
- Beltrán, J. y Bueno. (1995) *Psicología de la Educación*. España: Editor Boixareu Universitaria.
- Cantón, C.D. (2010) *Papel de las estrategias de afrontamiento y de las atribuciones de culpa en el ajuste psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil* (Tesis de Doctorando). Recuperado de: <https://hera.ugr.es/tesisugr/18656225.pdf>
- Cantón, D., y Justicia. (2008). *Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo*. *Psicothema*, 20, 509-515. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/resumen.asp?id=3515>
- Casado, Díaz y Martínez. (1997) *Niños Maltratados*. Madrid, Editorial Díaz de Santos.
- Casas, F. (1987). Universidad de Girona. *Infancia y Representaciones Sociales*. Instituto de Investigaciones sobre calidad de vida. Recuperado de: Revistas.ucm.es/index.php/poso/article/viewfile/poso0606130027a/22...
- Castejón, J.L. (2007) *Unas Bases Psicológicas de la Educación Especial*. España, Editorial Club Universitario.
- Cisneros, D. (2011). Red hispanoamericana contra el abuso sexual infantil; *la situación del abuso sexual infantil en México*. Recuperado de: <<http://redcontraelabusosexual.blogspot.mx/2012/03/la-situacion-del-abuso-sexual-infantil.html>>
- Coetzee, M. (2014) *Psycho-social career meta-capacities: Dynamics of contemporary career development*. South Africa, Coetzee Melinda, Editor.
- Coleman, y Hendry. (1985). *Psicología de la adolescencia*. Madrid, Ediciones Morata, S. L.
- Córdoba V., Sánchez y Prieto. (2011) Secretaría de Educación Pública. *Violencia Sexual: Identificación y Prevención del Abuso Sexual Infantil*. Recuperado de: http://www.geishad.org.mx/wp-content/uploads/2015/12/DGSEI_Violencia-sexual-identificación-y-prevención-del-abuso-sexual-infantil.pdf

- Cornaglia, C. (2011). *Abuso sexual de menores: Criminal Plaga*. Córdoba: Ediciones Alvernoi.
- Cornejo, L. (2003). *Manual de terapia infantil gestáltica*. España: Editor Desclée de Brouwer.
- Craig, G. (2001). *Desarrollo psicológico*. México: Editorial Pearson.
- Delval, J. (1994). *El Desarrollo Humano*. Madrid: Editores Siglo XXI, S. A.
- Di Bella, J. (Productor) (2016) *Diálogos en Confianza* (programa de televisión). Ciudad de México: Once TV. IPN.
- Doltò, F. (1971). *Psicoanálisis y pediatría: las grandes nociones del psicoanálisis*. México: Editorial Siglo XXI.
- Dubowitz, Black, Harrington, y Verschoore, A. (1993). *A follow-up study of behaviour problems associated with child sexual abuse, child abuse and neglect*. Pubmed. US National Library of Medicine National Institutes of Health. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8287287>
- Echeburúa, E. (2004) *Un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Echeburúa, y Guerricaechevarría. (2009) *Abuso Sexual en la Infancia: Un Enfoque Clínico*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Echeburúa y Corral. (2006) *Secuelas Emocionales en Víctimas de Abuso Sexual en la Infancia*. Cuaderno Médico Forense. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn/n43-44/06.pdf>
- Echeburúa, y Subijana. (2008). *Guía de buena práctica psicológica en el tratamiento judicial de los niños abusados sexualmente*. International Journal of Clinical and Health Psychology. Recuperado de: <http://www.redaly.org/articulo.oa?id=33712016008>.
- Esquivel, F. (2010) *Psicoterapia Infantil con juego: Casos Clínicos*. México: Manual Moderno.
- Fernández-Álvarez y Opazo. R. (2004) Opazo, R. (2004). *La integración en psicoterapia: manual práctico*. España: Editorial Paidós.
- Finkelhor, D. (1980) *Abuso Sexual al Menor: Causas, consecuencias y tratamiento. Intervenciones terapéuticas estratégicas*. México: Editorial Pax.
- Finkelhor, D. (1999). *Victimología infantil. Violencia contra niños*. Barcelona: Editorial Ariel
- Fiorini, H. (2000) *Estructuras y Abordajes en Psicoterapias Psicoanalíticas*. Psicología Contemporánea. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Frenk, J. (2006) *Guía para el diagnóstico presuntivo del maltrato infante juvenil*. Recuperado de: <http://www.gobernacion.gob.mx/work/models/SEGOB/Resource/689/1/images/Guia para Diagnostico Presuntivo del Maltrato Infante Juvenil .pdf>
- Fundación UNAM (2016). *Infancia Rota*. México: Layer & Soluciones Im. Recuperado: (<http://www.fundacionunam.org.mx/salud/infancia-rota/>)
- Guerrero, M. (2013). *Epictetus manual clásico de la virtud y felicidad*. España: Editor Mary Marc Translations.
- Guerrero, M. (2014). *Aspectos básicos de la intervención educativa en educación infantil*. Albacete: Mardapal Interactive Media, S. L.

- Goicoechea (2001) *abuso sexual infantil: manual de información para profesionales*. Madrid: Save the children. Recuperado de: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/manual_abuso_sexual.pdf
- Hawkins, D. (1995). *El poder frente a la fuerza*. Barcelona: Ediciones el grano de mostaza, S. L.
- Koziicki, Landaburu, Peralta, Dángelo, y González. (1999). *Psicología y niñez*. Argentina: Ediciones Novedades Educativas.
- Lammoglia, E. (1999) *Abuso Sexual en la Infancia. Cómo prevenirlo y superarlo*. México: Editora Grijalbo.
- Lather, J. (1973). *Fundamentos de la Gestalt*. Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Macdonald, Higgins y Ramchandani (2008). La biblioteca cochrane plus. *Intervenciones cognitivo-conductuales para el abuso sexual de niños* (revisión cochrane traducida). Recuperado de: <http://www.bibliotecacochrane.com>.
- Madrid, J. (2014) *Manual de Relación de Ayuda Integrativa*. España: Editado por Punto Rojo Libros, S.L.
- Maier, H. (1984). *Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears*. Buenos aires: Amorrortu Editores.
- Marchiori, H. (sf). *Serie Victimología 4*. Argentina, Editorial Brujas.
- Mardomingo, M.J. (1994) *Psiquiatría del niño y del adolescente: Método, fundamentos y síndromes*. Madrid: Ediciones Díaz de santos, S. A.
- Martínez-cortés, J.A., Et al (2013) *Calidad de vida y ansiedad manifiesta en una muestra de escolares con y sin trastornos de la atención*. Recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com/calidad-vida-ansiedad-manifiesta-escolares/>
- Martínez, I.M. (2013) *teoría de la educación para maestros. Fundamentos de la educación*. Madrid: Biblioteca online.
- Medina, J.L. (2015). *Trauma Psíquico*. Madrid: Ediciones Paraninfo, S. A.
- Meléndez, Z. Z. (2003). *Propuesta de un modelo de intervención psicoterapéutica en abuso sexual a niñas y niños* (Tesis de Licenciatura). Recuperada de: <http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F?RN=108379610>
- Molina, A. (1994). *Niños y niñas que exploran y construyen: Currículo para el desarrollo integral en los años preescolares*. Puerto Rico: Editorial de la Universidad de Puerto Rico.
- Montt y Hermosilla. (2001). *Trastorno de estrés post-traumático en niños*. Rev. Chil. Neuro-psiquiatr. Vol.39, No.2 (pp.110-120). Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071792272001000200003
- Morales P., M. (2005) *Narración de historias en psicoterapia infantil: enfoque de psicoterapia Gestalt*. Argentina: Editorial Brujas.
- Nezu, y Lombardo. (2006) *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Novelo, G.M. (2008) *La psicoterapia integrativa multidimensional en el tratamiento de los trastornos de ansiedad*. Psicología Iberoamericana. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915922007> issn 1405-0943.

- Olivares y Méndez. (2001) *Técnicas de modificación de conducta*. España: Biblioteca Nueva.
- Opazo, R. y Bagladi. (2013). *Historia del Modelo Integrativo*. Recuperado de: http://icpsi.cl/wp-content/uploads/2013/12/historia_modelo_integrativo.pdf
- Papadopoulos, A. y La Fontaine. (2000). *Elder Abuso: therapeutic perspectives in practice*. Chesterfield, Uk.: Winslow Press.
- Pereda, N. (2010). *Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil*. Revista: papeles del psicólogo vol. 31(2), pp. 191-201. Recuperado de: disponible en : <http://www.redalyc.org/pdf/778/77813509005.pdf>
- Philip R., F. (1997) *Desarrollo Humano Estudio del Ciclo Vital*. México: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Robles, V.H. (2006). *Organización y management: una reflexión a partir de la ética*. España, Plaza y Valdés, S.A.
- Sadurní, Rostán, y Serrat. (2002). *El desarrollo de los niños, paso a paso*. Barcelona, Editorial UOC.
- Sassu, G. (2009). *Introducción a la Terapia Gestalt y sus aplicaciones*. Reino unido, Editorial, Lulu.com
- Santrock, J.W. (2007). *Desarrollo infantil*. México, Editorial McGraw Hill.
- Santrock, J.W. (2006). *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. México, Editorial McGraw-Hill.
- Suárez, V.A. (mayo de 2016). Granados, R. A. (Presidente). *(La cifra negra de los delitos. Curso: La prevención del Abuso Sexual Infantil como prioridad en la Salud Mental*. Curso llevado a cabo en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" en Cd. De México.
- Seligman, M. (2003) *La Auténtica Felicidad*. Barcelona, Editorial Zeta Bolsillo.
- Silva, A. (2003) *Conducta antisocial: Un enfoque psicológico*. México, Editorial Pax.
- Soutullo E. C., (2010) *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid, Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Taffel, R. y Blau. (2001) *Cómo educar niños más listos, sanos y felices. Las 10 habilidades que marcan la diferencia*. Barcelona, Amat Editorial.
- Trianes M.V. (2003) *Estrés en la infancia: su prevención y tratamiento*. Madrid, Editorial Narcea.
- Valencia A., Flores y Sánchez. (2006). *Efectos de un programa conductual para el cuidado de pacientes oncológicos pediátricos*. Revista mexicana de análisis de la conducta. Mexican journal of behavior analysis, issn 0185-4534, Vol. 32, nº. 2. Recuperado en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2883127>
- Vargas R. y Pérez. (2010). *La violencia con niñas y adolescentes en México. Miradas regionales: Ensayo temático de la infancia cuenta en México*. Recuperado de: www.derechosinfancia.or.mx/ensayoicm2010.pdf
- Woolfolk, A. (2006). *Psicología educativa*. México, Editorial Prentice Hall.
- West, J. (2000). *Terapia del juego centrada en el niño*. México: Editorial Manual Moderno.

Dubowitz, H., Black, Harrington, y Verschoore. (1993). *A follow-up study of behaviour problems associated with child sexual abuse, child abuse and neglect*. U.S.A.: PubMed. Recuperado de :<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8287287>