



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica

“Psicoterapia breve cognitivo conductual enfocada en la autoestima y el autoconcepto como tratamiento en el trauma de una mujer que fue violada parte de la infancia y la adolescencia”. Estudio de caso.

Reporte de estudio de caso

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

Yazmín Vázquez Moreno

Director: Lic. Cristina González Méndez

Dictaminadores:

Vocal: Mtro. Daniel Mendoza Paredes

Secretario: Mtra. Christian Sandoval Espinoza



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 03 de febrero de 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Resumen.....	1
Abstract.....	1
Introducción.....	2
CAPÍTULO 1. Desarrollo Cognitivo, Emocional y Conductual	5
1.1. Primera Infancia (de los 0 a los 6 años)	6
1.1.1. <i>Los sentidos</i>	7
1.1.2. <i>Desarrollo motriz</i>	8
1.1.3. <i>Desarrollo motriz y percepción</i>	9
1.1.4. <i>Memoria infantil</i>	9
1.1.5. <i>Desarrollo del lenguaje</i>	10
1.1.6. <i>Desarrollo Cognitivo</i>	11
1.1.7. <i>Desarrollo emocional y social</i>	12
1.2. Segunda Infancia (de los 6 a los 12 años).....	13
1.2.1. <i>Desarrollo físico</i>	13
1.2.2. <i>Desarrollo motor</i>	14
1.2.3. <i>Desarrollo cognoscitivo</i>	14
1.2.4. <i>Desarrollo emocional y social</i>	15
1.3. Adolescencia.....	16
1.3.1. <i>Desarrollo físico</i>	17
1.3.2. <i>Desarrollo motor</i>	17
1.3.3. <i>Desarrollo cognitivo</i>	17
1.3.4. <i>Razonamiento Moral: la teoría de Kohlberg</i>	19
1.3.5. <i>Desarrollo emocional y social</i>	21
1.4. Juventud	21
1.4.1. <i>Desarrollo físico y motor</i>	21
1.4.2. <i>Desarrollo cognitivo</i>	22
1.4.3. <i>Desarrollo emocional y social</i>	22
1.5. Adultez	22
1.5.1. <i>Desarrollo físico y motor</i>	23
1.5.2. <i>Desarrollo cognitivo</i>	23
1.5.3. <i>Desarrollo emocional y social</i>	24
CAPÍTULO 2. Agresiones Sexuales Agravadas (la violación).	25
2.1. Concepto de violación.	25
2.2. Violación forzada.	26
2.3. Violación consentida (Estupro).	26
2.4. Contexto histórico.....	26

2.5. Contexto donde ocurren con mayor frecuencia.....	28
2.5. Consecuencias físicas y psicológicas de la violación.....	29
CAPÍTULO 3. El Trauma.....	32
3.1. Definición.....	32
3.2. Sucesos traumáticos	32
3.3. Re-experimentación persistente del suceso traumático.....	32
CAPÍTULO 4. Autoconcepto.....	34
4.1. Definición.....	34
4.2. Importancia.....	36
4.3. Características del autoconcepto.....	36
4.4. Dominios del autoconcepto.....	37
4.5. Dimensiones del autoconcepto.....	38
4.6. Desarrollo del autoconcepto	39
4.7. El autoconcepto y las investigaciones en relación con la violación.....	42
CAPÍTULO 5. Autoestima.....	43
5.1. Definición.....	43
5.2. Importancia de la autoestima	44
5.3. Dimensiones de la autoestima	45
5.4. Niveles de la autoestima	45
5.4. Componentes de la autoestima	47
5.5. Características de las personas con autoestima alta, media y baja.....	47
5.5. Factores de la autoestima.....	48
5.6. Desarrollo de la autoestima.....	49
5.7. La autoestima y las investigaciones en relación con la violación.....	50
CAPÍTULO 6. Terapia Cognitivo Conductual.....	52
6.1. Bases teóricas y metodológicas de la terapia	52
6.2. Áreas de impacto.....	54
6.3. Impacto en el autoconcepto y la autoestima	55
6.4. Impacto que ha tenido en casos de violación sexual.....	56
CAPÍTULO 7. Método	58
7.1. Justificación.....	58
7.2. Planteamiento del problema	59
7.3. Objetivos.....	63
7.3.1. Generales.....	63
7.3.1. Específicos.....	63
7.4. Hipótesis.....	63
7.5. Variables	63

7.5.1. Descripción conceptual del autoconcepto.....	64
7.5.2. Descripción conceptual de la autoestima.....	64
7.5.3. Descripción operativa del autoconcepto.....	64
7.5.4. Descripción operativa de la autoestima.....	64
7.6. Tipo de estudio.....	64
7.7. Participante.....	64
7.8. Técnicas de recolección de información.....	64
7.8.1. Entrevista Clínica.....	65
7.8.2. Test de autoconcepto y forma (AF5).....	65
7.8.3. Test de autoestima de Coopersmith.....	66
7.9. Procedimiento.....	66
ESTUDIO DE CASO.....	67
8.1. Historia clínica de la paciente.....	67
8.2. Análisis del motivo de consulta.....	68
8.3. Historia del problema.....	68
8.4. Análisis y descripción de las conductas problema.....	71
8.4.4. Análisis funcional de la conducta.....	71
8.5. Establecimiento de objetivos terapéuticos.....	73
8.7. Selección del tratamiento.....	74
8.7.1. Técnicas utilizadas en el transcurso de las sesiones.....	74
8.7.1.1. <i>Técnicas cognitivas</i>	74
8.7.1.2. <i>Técnicas conductuales</i>	75
8.7.1.3. <i>Técnicas emotivas</i>	75
8.8. Aplicación del tratamiento de intervención.....	75
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	91
9.1. Análisis de resultados.....	91
9.2. Discusión.....	94
9.3. Conclusión.....	96
REFERENCIAS.....	98
APÉNDICES.....	105
Apéndice A. Consentimiento informado.....	105
Apéndice B. Guía de la entrevista clínica.....	107
Apéndice C. Link de audio de la entrevista.....	110
Apéndice D. Formato de autoconcepto (AF5).....	110
Apéndice E. Formato de autoestima de Coopersmith, versión adultos.....	112
Apéndice F. Link de instrumentos evaluados (pre y post tratamiento).....	113

Apéndice G. Links de audios de las sesiones.	113
---	-----

Resumen

En la presente investigación de estudio de caso se analizó la relación que pudiera haber entre el autoconcepto, la autoestima y el trauma generado por la violación sufrida por Victoria, desde la infancia y parte de su vida adolescente. Se aplicó un tratamiento de intervención en psicoterapia breve cognitivo conductual donde se trabajaron siete sesiones de entre 45 y 60 minutos, bajo las técnicas de la terapia racional emotiva conductual. En el estudio participó una mujer de 25 años de edad. En esta investigación se utilizaron tanto la entrevista semiestructurada así como los instrumentos de evaluación del autoconcepto AF5 y de la autoestima Coopersmith (versión adulto). Los resultados confirmaron que el trauma sufrido por Victoria le provocó un bajo autoconcepto así como una baja autoestima. Así mismo se confirmó que la psicoterapia cognitivo conductual fue efectiva en este caso específico.

Palabras clave. Autoconcepto, autoestima, trauma, violación, dependencia emocional.

Abstract

In the present case study investigation, the relationship between self-concept, self-esteem and the trauma generated by the rape suffered by Victoria, from childhood and part of her adolescent life, was analyzed. An intervention treatment was applied in short-term cognitive behavioral psychotherapy where seven sessions of 45 and 60 minutes were worked under the techniques of rational emotional behavioral therapy. A 25 year old woman participated in the study. In the investigation both the semi-structured interview as well as the evaluation instruments AF5 self-concept and Coopersmith self-esteem (adult version) were used. The results confirmed that the trauma suffered by Victoria caused her low selfconcept as well as low self-esteem. It was confirmed that cognitive behavioral psychotherapy was effective in this specific case.

Key Words. Selfconcept, selfesteem, trauma, rape, emotional dependence.

Introducción

En el estudio participó una mujer de 25 años de edad, cuyo autoconcepto y autoestima fueron fuertemente agraviados por el trauma de haber sido víctima de violación por parte de su padre. El hecho se suscitó aproximadamente cuando la paciente tenía 8 años de edad y continuó hasta que ella cumplió los 16 años.

Los objetivos de este estudio de caso, fueron investigar las afectaciones en la autoestima y el autoconcepto de una paciente ocasionadas por el trauma de una violación en la niñez y sus consecuencias en la vida adulta; así como proponer y aplicar un tratamiento de psicoterapia breve cognitivo conductual para mejorar la autoestima y el autoconcepto de Victoria, afectados por el trauma de violación en la niñez y parte de la adolescencia.

Este trabajo está dividido en cuatro partes, y cada una de ellas se divide en capítulos.

En la *primera parte* se encuentra el marco teórico, donde se desarrolla la teoría que sustenta este trabajo. El capítulo uno está relacionado con el desarrollo cognitivo, emocional y conductual en cada una de las etapas del ser humano, desde la infancia y hasta la edad adulta, donde se resaltan las dimensiones biológicas, cognitivas y socioemocionales con el objetivo de entender la secuencia en el desarrollo de los seres humanos, su contexto, sus conductas y su manera de pensar. En este capítulo se describe el pensamiento conceptual o reflexivo, el pensamiento egocéntrico, el pensamiento lógico y el pensamiento abstracto que son esenciales para entender la forma en cómo se organiza la información y cómo se entiende al mundo.

El *capítulo dos* está dirigido hacia la conceptualización y los tipos de la violación sexual. Así puede observarse la diferencia entre una violación forzada y una consentida. En este capítulo se manejó el contexto histórico de las violaciones, resaltando que desde la antigua Roma ya existía la violación forzada así como el estupro. También se enfatiza que las violaciones ocurren con mayor frecuencia en el hogar, siendo la infancia la más vulnerable y presentándose casos de abuso sexual desde los propios familiares y conocidos. Se incluyen las consecuencias físicas y psicológicas de una violación, desde aquellas donde se manifiestan el uso y abuso de sustancias hasta las autolesiones y las ideas suicidas. En cuanto a las emociones y cogniciones negativas puede presentarse una mala autoestima, una leve depresión, trastornos graves de ansiedad, bipolaridad, las conductas destructivas y el suicidio.

En el *capítulo tres* se detalla el evento traumático que genera una violación en la mayoría de las ocasiones, siendo entendido éste como una situación en la que una persona está expuesta a eventos graves, ya sea de manera directa o indirecta. En esta sección también se incluyen los sucesos traumáticos que van desde una situación de agresión personal violenta hasta la vivencia de éste evento de manera indirecta; y que en el caso de los infantes, los eventos traumáticos de género sexual pueden incluir experiencias sexuales inapropiadas con o sin amenaza, violencia o daño. Se menciona también los casos de reexperimentación traumática, que debe incluir, para considerarse de este tipo, al menos una de las cinco formas citadas en el DSM-IV.

En el *capítulo cuatro* se encuentra la información relativa al autoconcepto, resaltando de manera especial el sentido de identidad y valor del yo, porque a partir de esta concepción los humanos desarrollamos cogniciones que nos permiten adquirir autopercepciones, integración y continuidad del yo. Todo lo anterior prioriza que el desarrollo de una auto-percepción positiva permitirá a las personas una vida más saludable y feliz al tiempo que las hace resilientes y más asertivas. Aquí se conceptualizaron los cuatro dominios del autoconcepto que fueron calificados mediante un instrumento de evaluación para sondear la percepción que la paciente manifestaba de sí misma a partir de las experiencias vividas. En este apartado se encontraron limitados trabajos empíricos que avalan la relación entre violación o abuso sexual y autoconcepto.

El *capítulo cinco* está dedicado a la teoría de la autoestima. Se explica la importancia de contar con una buena autoestima, ya que ésta ayuda a superar muchos de los enfrentamientos personales, lo que apoya una buena madurez y competencia personales, ya que una persona con una valía positiva, puede afrontar situaciones y vivir de manera más satisfactoria. En esta sección se conceptualizaron las dimensiones de la autoestima, ya que éstos son una manifestación de la autoevaluación que cada persona tiene de sí, y que en este estudio de caso fueron evaluadas a través del inventario de Coopersmith. También se hace mención de un par de investigaciones empíricas relacionadas con la autoestima, encontrándose muy pocos trabajos que abordan estos temas.

El *capítulo seis* está reservado para la descripción, la historia, la contextualización, el desarrollo y la aplicación de la terapia cognitiva conductual. Donde se explica la utilidad de la terapia cognitivo conductual como herramienta que ayuda a cambiar las cogniciones y conductas de los seres humanos a través del manejo de la reestructuración de ideas. Este tipo de terapia

apoyó en este caso, ya que a partir del tratamiento de intervención se trabajaron no solo emociones y sentimientos, sino pensamientos y comportamientos que son las bases en esta terapia. Se enfatizan las áreas emocionales donde la TCC ha sido de utilidad, citando aquellas que ayudan a canalizar los traumas, la depresión, la ansiedad, los trastornos y hasta la esquizofrenia; culminando con la efectividad de la TCC combinada con algún tratamiento farmacológico.

En la *segunda parte* está el método, con la descripción especial de las secciones que lo conforman. Se justifica el problema de violencia sexual, especialmente en infantes y mujeres, y que ha estado presente desde hace varias décadas apenas provocando un leve interés hace no muchos años. También se menciona el planteamiento del problema como un grave problema social que apenas se está reconociendo. Se incluyen los sentimientos de culpa, vergüenza y descalificación social, lo que hacen más complicado que las víctimas reciban el apoyo adecuado. Aquí se incluyen los objetivos, que ya fueron mencionados al inicio de esta introducción, las variables a trabajar, que en este estudio de caso fueron el autoconcepto y la autoestima, así como su operacionalización. También se detallan las baterías de evaluación utilizadas para la medición cuantitativa de las variables. Para ello se utilizó el formato AF5, que evaluó los dominios del autoconcepto y Coopersmith versión adulto que calificó las dimensiones de la autoestima.

La *tercera parte* se enfoca en la presentación del caso, que permite la descripción específica de la violación en el caso de Victoria. Aquí se indican el motivo de consulta, que estuvo relacionado con el trauma de la violación, su pobre autoconcepto que avala la devaluación personal de la paciente, así como la baja autoestima que radica en el bajo amor propio que la paciente se manifiesta. También se citan las problemáticas a las que la paciente ha tenido que enfrentarse debido a su falta de asertividad y tolerancia.

La *última y cuarta parte* está enfocada en los resultados, que incluye también las conclusiones y discusión. Aquí se habla de las conclusiones generales en relación al trauma generado por violación en el caso de Victoria, de la eficacia del tratamiento basado en la TREC, así como la importancia de mantener comunicación con la familia y tener una red de apoyo en casos como este. Se enfatiza el cambio cognitivo y conductual de la paciente una vez que participó en el tratamiento de intervención.

MARCO TEÓRICO

PRIMERA PARTE.

CAPÍTULO 1. Desarrollo Cognitivo, Emocional y Conductual

María Luisa Delgado Losada (2015), en su libro fundamentos de psicología, cita que el desarrollo se compone de tres dimensiones: biológicas, cognitivas y socioemocionales que mantienen una interrelación entre sí.

En cuanto a la dimensión biológica, engloba los cambios de naturaleza física de un individuo, como son los reflejos, cambios de peso y estatura, las habilidades motoras, el desarrollo de los órganos del cuerpo, los cambios hormonales, entre otros.

En relación con el desarrollo cognitivo, se encapsulan aspectos en los procesos cognitivos tales como el lenguaje, la memoria, los cambios en la personalidad y los cambios emocionales.

Con respecto a la dimensión socioemocional, se estudian los cambios en las relaciones con otras personas, los cambios emocionales y los cambios de personalidad.

La autora también comenta que estas tres dimensiones presentan cambios de tipo cuantitativo, que tienen que ver con la cantidad y el nivel de las capacidades que el individuo ha adquirido o tiene posibilidades de adquirir en determinado momento del desarrollo, así como cambios de tipo cualitativo que es la calidad de las capacidades adquiridas.

Existen varias teorías que analizan el desarrollo humano y que describen el papel de las tres dimensiones (biológico, cognoscitivo y emocional) y que establecen sistemas de periodización donde se enmarcan etapas bien determinadas y que dependen de la maduración biológica.

Por su parte, *Piaget* establece que el individuo atraviesa una secuencia continua e invariable de estadios, cada uno con características distintas para organizar la información y de interpretar el mundo. Para *Piaget*, todos los niños pasan por estas fases en el mismo orden pero no necesariamente a la misma edad (Delgado, 2015).

1. Estadio sensoriomotor. Se presenta de los 0 a los 2 años, donde el niño utiliza los sentidos y las capacidades motoras para entender el mundo. Aquí el aprendizaje es activo y no existe un pensamiento conceptual o reflexivo.

2. Estadio preoperacional. Se manifiesta de los 2 a los 7 años, donde el niño es capaz de representar el mundo con sus propios dibujos, imágenes y palabras. En esta etapa se puede distinguir entre él mismo y los objetos. Tiene pensamiento egocéntrico.
3. Estadio operacional concreto. Surge de los 7 a los 12 años. Aquí el niño tiene la capacidad de realizar operaciones mentales y de razonamiento lógico, no abstracto. Su pensamiento está limitado a lo que puede ver, oír y tocar de manera objetiva.
4. Estadio de operaciones formales. La edad donde se hace presente este estadio es desde los 12 años y se mantiene hasta la edad adulta. En este periodo los adolescentes/adultos son capaces de pensar sobre las abstracciones y conceptos hipotéticos y razonar en forma analítica y no sólo emocionalmente. Tiene pensamiento lógico abstracto.

A continuación se detallan los cambios ocurridos en las etapas de desarrollo.

1.1. Primera Infancia (de los 0 a los 6 años)

El crecimiento de los niños se presenta de manera más rápida durante los tres primeros años, particularmente en los primeros meses de vida. A medida que el bebé va creciendo y se va convirtiendo en un niño pequeño, su cuerpo cambia de forma y proporciones.

El desarrollo del encéfalo está, indudablemente, marcado por la genética, pero éste se modifica de manera constante debido a las experiencias positivas y negativas del ambiente. A esta modificación se le nombra plasticidad. La plasticidad es un mecanismo evolutivo que permite la adaptación de los cambios ocurridos en el ambiente (Pascual-Leone, Amedi, Fregni y Merabet, 2005; Toga *et al.*, 2006 en Papalia y Feldman, 2012). Esta plasticidad es la que nos permite aprender. Garlick (2003) dice que las diferencias individuales de inteligencia serían el resultado de diferencias de la capacidad del encéfalo para establecer conexiones neuronales en respuesta a la experiencia, citado por Papalia y Feldman (2012). Así, Rutter (2002), dice que la plasticidad dura toda vida, debido a que las neuronas cambian de tamaño en respuesta a las experiencias del ambiente.

Por su parte, la sociedad de neurociencias indica que las primeras experiencias pueden tener efectos duraderos sobre la capacidad del sistema nervioso central para aprender y guardar la información (Society of Neuroscience, 2008 en Papalia y Feldman, 2012).

El maltrato o las carencias sensoriales pueden dejar huella en el cerebro conforme se adapta al ambiente en que debe vivir el niño en desarrollo, lo que retrasa el desarrollo neurológico o afecta la estructura del encéfalo (AAP, Stirling y el Committee on Child Abuse and Neglect and Section on Adoption and Foster Care; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; Amaya Jackson; y National Center for Child Traumatic Stress, Amaya-Jackson, 2008).

De manera contraria, las experiencias enriquecedoras pueden estimular el desarrollo del encéfalo (Society of Neuroscience, 2008 en, Papalia y Feldman, 2012), y equilibrar alguna privación en el pasado (J.E. Black, 1998 en Papalia y Feldman, 2012).

1.1.1. Los sentidos.

En cuanto a las regiones posteriores del encéfalo que controlan la información de los sentidos, Gilmore et al., (2007) citado por Papalia y Feldman (2012), indica que éstas crecen con rapidez durante los primeros meses de vida; así, los bebés se hacen una buena idea de lo que tocan, ven, huelen, prueban y oyen.

Los bebés desarrollan el sentido del *tacto* antes que cualquier otro sentido, y durante los primeros meses es el sistema sensorial más maduro.

En cuanto al *olfato* y *al gusto*, empiezan a desarrollarse dentro del vientre materno (al igual que el tacto). Los bebés neonatos adquieren preferencia por olores agradables. Los olores de la leche materna podrían contribuir a la adquisición de un aprendizaje (Bartoshuk y Beauchamp, 1994 en Papalia y Feldman, 2012). Las preferencias del gusto que se desarrollan en la infancia duran hasta el final de la niñez temprana.

Por su parte, la *audición* es un sentido funcional antes del nacimiento, ya que el feto responde a los sonidos y parece que aprende a reconocerlos. Rakinson (2005), dice que reconocer las voces y el lenguaje desde el vientre materno, establecería las bases para la relación con la madre, que es crucial para la supervivencia inicial. La discriminación auditiva se desarrolla con rapidez después de nacer, así los niños de tres días son capaces de distinguir los sonidos nuevos de los que ya había oído (Brody, Zelazo y Chaika, 1984 en Papalia y Feldman, 2012).

Cuando nace un bebé, el sentido de la *vista* es el que tiene menos desarrollado. Su campo de visión es muy estrecho, pero va aumentando de manera gradual hasta desarrollarlo completamente hacia el tercer mes de nacido (Maurer & Lewis, 1979; Tronick, 1972; citados en Papalia y Feldman 2012). La visión binocular se desarrolla hasta el cuarto o quinto mes. Con

ésta, el bebé puede enfocar y percibir distancias y profundidades con ambos ojos (Bushnell y Boudreau, 1993; en Papalia y Feldman, 2012).

1.1.2. Desarrollo motriz.

Las progresiones en el desarrollo motor siguen dos leyes fundamentales:

- La ley cefalocaudal, que establece que el crecimiento sigue una dirección de arriba hacia abajo, es decir, que comienza en la cabeza y partes superiores y desciende hacia el resto del cuerpo. Según esta ley, se desarrollan las capacidades visuales y el control de la cabeza mucho antes que la habilidad para sentarnos o caminar.
- La ley proximodistal, establece que el desarrollo inicia en el centro del cuerpo y se extiende hacia las extremidades. De acuerdo a esta ley, se desarrolla primero el control muscular del tronco y los brazos antes que la precisión en el uso de las manos.

Ahora bien, no es necesario enseñar a los bebés habilidades motrices básicas, ya que ellos solo necesitan espacio para moverse y libertad para investigar lo que pueden hacer.

Al nacer, la mayoría de los niños pueden mover la cabeza de un lado a otro, incluso si están acostados de espaldas. En los dos o tres primeros meses, elevan cada vez más la cabeza hasta el punto de perder el equilibrio e irse de espaldas; mientras que a los 4 meses, la mayoría de los bebés puede mantener erguida la cabeza.

En cuanto al control de las manos, los bebés nacen con un reflejo de presión, por lo que éstos pueden apretar el puño cuando sienten que le tocan la palma. Alrededor de los tres meses y medio, los bebés ya pueden sostener objetos de tamaño moderado, pero no así los objetos más pequeños. Entre el periodo de los 7 y los 11 meses, sus manos se coordinan para levantar cualquier objeto pequeño, y alrededor de los 15 meses, el pequeño es capaz de construir una torre de dos cubos. Cuando cumple los tres años, éste es capaz de dibujar un círculo.

En el periodo de locomoción, después de los tres meses un bebé promedio rueda de manera deliberada, primero de frente y hacia atrás y después en dirección inversa. A los seis meses el bebé puede sentarse sin ayuda. Entre los 6 y 10 meses, empiezan a arrastrarse o a gatear. Este evento tiene efectos cognoscitivos y psicosociales (Bertenthal y Campos, 1987; Bertenthal, Campos y Barrett, 1984; Bertenthal, Campos y Kermoian, 1994; J. Campos, Bertenthal y Benson, 1980 citados en Papalia y Feldman, 2012). Casi al año el bebé logra el

primer gran progreso motriz de la infancia: caminar. Hacia el segundo año, el infante es capaz de subir escalón por escalón, y alrededor de los tres años y medio, se equilibran en un pie y comienzan a saltar.

Delgado (2015), indica que a partir del segundo año, y a medida que el niño crece, se va perfeccionando su motricidad gruesa. Se presenta una mayor capacidad para caminar solo, subir y bajar escaleras, trepar, correr, saltar, etc., todo ello son mayor velocidad y precisión. En cuanto a la motricidad fina, ésta es más complicada de ejecutar, ya que está relacionada con pequeños movimientos, pero poco a poco el niño va adquiriendo la capacidad de construir torres, comer con cuchara, cortar con tijeras, dibujar o escribir. Es así, como la integración de la maduración cerebral progresiva, la motivación y la práctica hacen posible el logro de cada una de estas habilidades.

1.1.3. Desarrollo motriz y percepción.

La percepción sensorial permite que los niños adquieran conocimientos sobre ellos y sobre el medio ambiente, lo que desencadena en ellos un mejor juicio sobre cómo circular. La conjunción de la experiencia motriz y la conciencia del cambio de su cuerpo, agudizan y modifican el entendimiento perceptivo sobre lo que podría suceder si se mueven de cierta manera. Dicen Adolph y Eppler (2002) en Papalia y Feldman (2012), “que la conexión bidireccional entre la percepción y la acción, mediada por el desarrollo del encéfalo, da a los niños mucha información útil sobre ellos mismos y su mundo”, lo que indica que los infantes necesitan de esa conexión para movilizarse y reaccionar frente a lo cotidiano de la vida.

Para que un niño pueda interactuar, necesita la percepción de la profundidad que es la capacidad de percibir objetos y superficies tridimensionales. Es así como se manifiesta la coordinación binocular junto con el control motriz (Bushnell y Boudreau, 1993 en Papalia y Feldman, 2012). Estos mismos autores señalan que en algún momento, entre los cinco y siete meses, los bebés adquieren la percepción háptica, que es la capacidad de adquirir información a través de manipular objetos, lo que les permite diferenciar el tamaño, la textura y las formas.

1.1.4. Memoria infantil

Papalia y Feldman (2012), indican que investigaciones realizadas por Piaget (1969) señalan que los niños no pueden recordar nada antes de los dos años, debido a que los sucesos no son

retenidos en la memoria porque el cerebro no se ha desarrollado de manera suficiente para guardarlos.

Por su parte, Nelson (1992) citado también por Papalia y Feldman (2012), sostiene que los niños no retienen hechos en la memoria porque no pueden verbalizarlos.

Estas mismas autoras dicen que desde el punto de vista del desarrollo evolutivo, las habilidades se desarrollan en medida en que contribuyen a las funciones útiles de adaptación al medio ambiente. También establecen que la infancia es un periodo de grandes cambios, y que debido a eso, es poco probable que la retención de experiencias concretas se útil durante mucho tiempo.

Bauer, (2002); Bauer et al., (2000, 2003) citan que cuando inicia la infancia, las estructuras responsables de la memoria aún no están bien formadas, los recuerdos sufren de fugacidad. La maduración del hipocampo en conjunción con el desarrollo de las estructuras corticales coordinadas por la formación hipocampal, hacen posible tener recuerdos más duraderos (en Papalia y Feldman, 2012).

Es conveniente señalar que existen diversos tipos de memoria. La memoria implícita (también llamada procedimental), es la que permite recordar sin un esfuerzo consciente y se desarrolla al inicio de la infancia. Aquí se manifiestan los hábitos y las destrezas (Nelson, 2005). En cuanto a la memoria explícita (o declarativa), se suscitan recuerdos conscientes o deliberados, regularmente de nombres, acontecimientos, relatos y otra información que pueda declararse. La imitación diferida de conductas complejas indica que la memoria explícita está en desarrollo a finales de la infancia.

En cuanto a la memoria de trabajo, que funciona como almacén de depósito de información procesada por el cerebro a corto plazo, se manifiesta en la segunda mitad del primer año de vida. Aquí se preparan o se recuperan las representaciones mentales.

En esta sección se concluye que la memoria acompaña al niño desde el momento en que nace, y se irá desarrollando a lo largo de su vida hasta convertirse en un instrumento de suma importancia frente a las necesidades de cada individuo.

1.1.5. Desarrollo del lenguaje

Papalia y Feldman (2012) indican que el lenguaje es “un sistema de comunicación basado en palabras y gramática”. Las presentes dicen que cuando los niños conocen palabras las usan para representar objetos y acciones, y así pueden reflexionar acerca de personas, lugares y cosas, al tiempo que comunican sus necesidades, sentimientos e ideas.

Antes que los niños digan su primera palabra (acto que sucede alrededor de los 12 meses), se comunican por medio del habla prelingüística, donde emiten sonidos que no incluyen palabras, sino llantos, arrullos, balbuceos e imitación accidental y deliberada de sonidos sin que haya comprensión de significados.

De la misma forma, utilizan gestos o señas para establecer una comunicación. Cuando los infantes señalan para comunicar información, muestran que entienden algo del estado mental de la otra persona, lo que indica una cognición social temprana (Liszkowski, Carpenter, Striano y Tomasello, 2006; Liszkowski *et al.*, 2008; Tomasello, Carpenter y Liszkowski, 2007; en Papalia y Feldman, 2012).

Entre los 10 y 14 meses el infante dice su primera palabra, iniciando así el habla lingüística; y entre los 18 y 24 meses junta dos palabras para expresar una idea. Entre los 20 y 30 meses los niños se muestran competentes para manejar la sintaxis, siendo más conscientes del fin comunicativo del habla y en lo que significan sus palabras (Shwe y Markman, 1997; citados por Papalia y Feldman, 2012). Cuando el niño cumple los tres años, habla con más fluidez, de forma extensa y compleja, aunque omiten partes del habla, expresan con mayor claridad los significados.

1.1.6. Desarrollo Cognitivo

María Luisa Delgado (2015) indica que en el periodo de la infancia comienza la conexión entre partes específicas del encéfalo tales como la corteza prefrontal, el sistema límbico y el cuerpo calloso. El proceso de mielinización y la proliferación de las conexiones nerviosas continúan durante muchos años y sus efectos son observables, precisamente en la infancia, básicamente por el aumento de la velocidad del pensamiento y la acción.

Los niños van adquiriendo la habilidad para centrar la atención y ésta a su vez, conforme el infante va creciendo, se va modificando. Los niños más pequeños son impulsivos y presentan mayor reto para controlar la atención, cambian constantemente de actividades, pero a medida que van creciendo su corteza prefrontal va madurando, lo que les permite una mayor capacidad

para regular su atención y controlar sus impulsos. Ahora piensan antes de actuar y concluyen una actividad antes de pasar a la siguiente.

En torno a los 4 años y medio resultan logros debido al desarrollo de las funciones ejecutivas. Estos logros facilitan el aprendizaje y generan el acceso a la educación escolarizada.

En este periodo la memoria se vuelve más precisa a medida que el niño va creciendo, de manera que pueden recordar más información con el apoyo de ejemplos y ayuda. Los recuerdos conscientes relacionados con la memoria explícita son más precisos, y su capacidad de memoria aumenta con la edad.

Durante esta etapa, el lenguaje progresa en todos los niveles, desde la semántica, sintáctica, fonología, pragmática y morfología, de una manera muy rápida. A partir de los tres años, los niños adquieren fundamentos de la sintaxis y comienzan a usar algunos artículos plurales, adverbios de lugar y terminaciones de verbos en pasado. Aunque a veces los niños se saltan palabras, la frase conserva su significado.

1.1.7. Desarrollo emocional y social

Existe un patrón característico de reacciones emocionales de una persona. Este patrón es básico de la personalidad y se desarrolla a partir de la infancia.

Las primeras señales de los sentimientos de los bebés son indicadores relevantes del desarrollo; es así que los bebés lloran cuando quieren o necesitan algo, y cuando desean socializar, sonrían o ríen.

Cuando sus mensajes obtienen respuestas, su sentido de conexión con la otra persona se tonifica; al tiempo que mejora su capacidad para participar activamente en la regulación de sus estados de activación y vida emocional (Ibidem, 2012).

Papalia y Feldman (2012) explican que el desarrollo emocional es un proceso ordenado que despliega una serie de emociones complejas a partir de otras más simples. Algunos autores sostienen que después de nacer los bebés muestran signos de satisfacción, interés y aflicción, aunque esas respuestas son básicamente fisiológicas a la estimulación sensorial a los procesos internos. Con el paso del tiempo, hacia los seis meses, el bebé presenta emociones como alegría, sorpresa, tristeza, repugnancia, temor y enojo, todas ellas relacionadas con la maduración neurológica.

Las mismas autoras, declaran que entre los 15 y los 24 meses, los infantes adquieren la *conciencia de sí mismos*, que es la comprensión cognoscitiva de que son poseedores de una identidad reconocible, separada y diferente de los demás. A partir esta conciencia de sí mismos, surgen las *emociones autoconscientes* como la empatía, la envidia y el bochorno.

Alrededor de los tres años, aunado a la conciencia de sí mismos y la cantidad de conocimiento con relación a los estándares, reglas y metas aceptadas por su sociedad, los niños contraen la habilidad de evaluar sus pensamientos, sus planes, sus deseos y sus conductas en relación con lo que se considera socialmente apropiado. Hasta esa época es que pueden demostrar sus emociones autoevaluativas de orgullo, culpa y vergüenza (Lewis, 1995, 1997, 1998; citado por Papalia y Feldman, 2012).

Según Delgado (2015), el niño va adquiriendo mayor capacidad para conocer y expresar verbalmente sus propias emociones como el miedo, la tristeza, la rabia, la culpa y la vergüenza, así como sus causas y consecuencias y aprende a controlarlas. La adquisición de este aprendizaje está condicionado por la mielinización, la maduración y el entorno en el que se desenvuelve el infante.

La misma autora señala que los lazos afectivos que establece son los padres, hermanos y amigos son una de las bases más sólidas de su desarrollo social. Este desarrollo también implica la adquisición de conductas consideradas socialmente deseables. Esta investigadora también manifiesta que el juego es un aspecto de suma relevancia en el desarrollo socioafectivo. En la etapa infantil el juego suele ser asociativo, para posteriormente pasar a ser un juego de roles. El niño se inicia en las reglas y normas sociales, en su papel en un grupo social y en la construcción de su identidad personal y de género.

1.2. Segunda Infancia (de los 6 a los 12 años)

La segunda infancia, también llamada niñez intermedia se considera como de relativa tranquilidad en comparación con los cambios ocurridos en los primeros seis años de vida y los que están por llegar durante la adolescencia (Delgado, 2015). En esta etapa el crecimiento del cuerpo es lento pero estable, influido por factores genéticos y ambientales. Se presentan progresos importantes, adquieren gran habilidad para controlar sus propios cuerpos y van dominando nuevas habilidades a medida que van creciendo.

1.2.1. Desarrollo físico

McDowell, Fryar, Odgen y Flegal, 2008; citados en Papalia y Feldman (2012), afirman que entre los seis y los once años, los niños crecen entre 5 y 7 centímetros y casi duplican su peso. En esta etapa las niñas, en comparación con los niños, tienen un poco más de tejido adiposo, característica que se conserva hasta la etapa adulta. El crecimiento de niños y niñas afroamericanos suele más rápido, y presentan más masa ósea y muscular en comparación con los niños y niñas mexicanos (Ellis, Abrams y Wong, 1997 en Papalia y Feldman, 2012).

Por su parte Delgado (2015) expresa que en esta etapa el crecimiento es más lento, los niños se desarrollan sin prisa pero sin pausa. El grado de velocidad de crecimiento se manifiesta de acuerdo a los genes, la nutrición y el género. Es así que los cambios físicos más destacados tienen que ver con las proporciones corporales, el perímetro craneal y el de la cintura, y la longitud de las piernas se reduce con relación a la altura total del cuerpo.

1.2.2. Desarrollo motor

Las habilidades motoras, la coordinación de ambos lados del cuerpo y la ejecución de actividades complejas mejoran por efecto de diversos factores, tales como la maduración neurológica de las estructuras cerebrales, el proceso de mielinización que permite conexiones más rápidas, la práctica y la motivación. Son estos factores los que ayudan a que, a partir de los 6 años, los niños sean capaces de aprender a saltar, nadar, andar en bicicleta, patinar, jugar fútbol, gimnasia, etc.

Los infantes controlan con mayor precisión las manos y pueden llevar a cabo de mejor manera las destrezas relacionadas con la motricidad fina como manejar objetos, abrocharse los botones, dibujar, pintar y escribir.

1.2.3. Desarrollo cognoscitivo

En la segunda infancia el cerebro funciona más rápido y de manera más automática. De acuerdo con Piaget, alrededor de los 7 años los infantes entran en una etapa de las operaciones concretas, lo que le permite manejar la información de un modo cada vez más elevado. Estos menores realizan operaciones mentales para resolver problemas reales concretos porque pueden razonar la situación. Sin embargo, su pensamiento aún está limitado por las situaciones reales del aquí y ahora.

En este periodo se produce un incremento de la actividad de las regiones prefrontales: el desarrollo de la corteza prefrontal produce una mejoría gradual en la capacidad de resolver

problemas y mejora las capacidades atencionales, es decir, el niño es capaz de centrar la atención en la tarea que realiza y mantenerla durante un tiempo a pesar de posibles distracciones, de hacer pausa para pensar antes de actuar y de esperar su turno.

En la etapa de las operaciones concretas, los niños presentan una mejor comprensión que los niños pre-operacionales de los conceptos espaciales, la causalidad, la categorización, los razonamientos deductivo e inductivo, la conservación y el número (Papalia y Feldman, 2012). También están capacitados para dirigir su mente hacia todo aquello que lo motive a aprender y a lo que los adultos estén motivados a enseñarle.

Cuando el niño asiste a la escuela, éste aumenta el control sobre los procesos de la memoria (codificación, almacenamiento y recuperación) y aumenta el número máximo de ítems que puede recordar sin cometer errores; también es capaz de manejar tareas con seis dígitos. Su capacidad de memoria a largo plazo es casi ilimitada hacia el final de la segunda infancia. A los 7 años, los niños empiezan a usar espontáneamente estrategias de memoria. De igual manera la memoria de trabajo presenta una mejora progresiva, lo que permite realizar cálculos mentales como sumar y restar sin necesidad de anotarlas en un papel. El periodo de la segunda infancia se caracteriza por el dominio de la mecánica del lenguaje, ya que su vocabulario sigue creciendo, y alrededor de los 10 años son capaces de manejar unas 40.000 palabras. Por su parte, la gramática utilizada en este periodo continúa mejorando y se desarrollan las habilidades para la conversación; adquieren las competencias para el uso de la pragmática (reglas que imperan el uso del lenguaje), y aprenden a hablar de un modo con los amigos, de otro con los profesores y de otro con sus padres, lo que se denomina cambio de código (Delgado, 2015).

1.2.4. Desarrollo emocional y social

En la niñez intermedia surge una mejor comprensión de las emociones, de su control y de los hechos que las desencadenan. Nace la consciencia de que las personas pueden experimentar más de una emoción al mismo tiempo.

La capacidad para entender y regular, los sentimientos es uno de los avances principales de este periodo. Los niños pueden entender sus emociones, pueden controlar mejor la manera en que las muestran y ser sensibles a lo que los otros sienten (Garner y Pwer, 1996; en Papalia y Feldman, 2012). La comprensión emocional aumenta su nivel de complejidad con la edad.

La autorregulación emocional ayuda a los niños a guiar su conducta (Laible y Thompson, 1998) y contribuye a su habilidad para llevarse bien con otros (Denham et al., 2003) ambos autores en Papalia y Feldman (2012).

Delgado (2015) indica que en esta etapa se desarrolla la autoestima y el autoconcepto, y que con frecuencia el niño se compara con otros en cuanto a aspectos físicos o de capacidades.

En este periodo surge una importante evolución del desarrollo de las relaciones en grupo de pares, es decir, niños y niñas hacen amistades del mismo género. El estilo educativo recibido tanto en la casa como en la escuela manifiesta un papel importante, ya que tienen que aprender a respetar las normas, expresar sus pensamientos en grupo sin herir o enfrentarse a los demás, trabajar junto a otros y aceptar las directrices del líder.

1.3. Adolescencia

Kimmel y Weiner (1998) definen la adolescencia como un periodo de transiciones que abarca desde el final de la infancia, marcada por los cambios físicos, hasta el inicio de la edad adulta, identificada por la capacidad para hacer frente a nuevos roles sociales (citado por Delgado, 2015).

Hay que distinguir la pubertad de la adolescencia; la primera hace referencia al fenómeno biológico, físico, que se presenta en algún momento de la segunda década de la vida, en el que se produce la secreción de diversas hormonas que influyen prácticamente en todos los cambios y transformaciones que vivirá el adolescente. La pubertad termina antes de que acabe la adolescencia (Santrock, 2004; en Delgado 2015).

El periodo de la adolescencia suele subdividirse en tres etapas:

- Preadolescencia. Este periodo se presenta desde los 12 y hasta los 14 años aproximadamente, y dentro de sus características se encuentran la adaptación de los preadolescentes a los cambios corporales y a la imagen corporal; al inicio de la separación de la familia, a los primeros conflictos, a la rebeldía y la obstinación; a la interacción con pares del mismo sexo y atracción por el sexo opuesto; a la impulsividad y los cambios de humor.
- Adolescencia o intermedia. Surge desde los 14 y se extiende hasta los 18 años. Aquí se manifiestan los últimos cambios corporales y aparece una mayor preocupación por la

aparición física; el distanciamiento y los conflictos con los padres son mayores; se vuelven hipercríticos con los adultos y su autonomía se acrecienta; existe mayor interacción en grupos de amigos mixtos, su amistad es más íntima y se agrega a grupos de pertenencia (positivos o negativos); se presentan fluctuaciones emocionales extremas y las conductas de riesgo.

- **Adolescencia tardía.** Se presenta entre los 18 y los 20 años. En esta etapa se hacen presentes la maduración biológica completa y la aceptación de la imagen corporal; las relaciones familiares se hacen más cercanas y hay menos conflictos con los padres; existe una mayor capacidad de entablar relaciones maduras y de intimar en las relaciones interpersonales; los amigos ejercen menos influencia y las relaciones de pareja son más estables; se consolida la identidad, se define la vocación y se consiguen metas.

1.3.1. Desarrollo físico

Felman (2007) en Delgado (2015) señala que la pubertad empieza alrededor de los 11 o 12 años en las chicas y de los 13 o 14 años en los chicos, aunque pueden existir variables sobre la edad, de acuerdo al contexto, la nutrición y los autores.

Al año de haber iniciado el aumento hormonal, se visualizan los cambios físicos marcados por el crecimiento de los órganos sexuales, y alrededor de un año después se inicia el llamado estirón de crecimiento (aumento de estatura, peso y masa muscular). En las niñas se presenta la menarquía y en los niños la espermarquia que son características sexuales primarias, y le siguen la aparición de vello facial y corporal, cambios de voz en los hombres y crecimiento de mamas en las niñas, llamadas características sexuales secundarias.

1.3.2. Desarrollo motor

La fuerza corporal, la resistencia cardiovascular, la flexibilidad, y coordinación, entre otras, se ven favorecidas con el crecimiento en la adolescencia. Esas capacidades adquieren niveles similares a los del adulto. La actividad física junto con la nutrición, están consideradas como factores relevantes para el crecimiento (Delgado, 2015).

1.3.3. Desarrollo cognitivo

En esta etapa, los adolescentes no solo cambian en aspecto físico, sino también en su forma de pensar y hablar. La velocidad con que procesan la información sigue aumentando. Aunque en muchos sentidos su pensamiento aún es inmaduro, muchos son capaces de centrarse en el razonamiento abstracto y elaborar juicios morales complejos.

El desarrollo del cerebro prepara el camino para un significativo crecimiento cognitivo. En este periodo, las capacidades atencionales, mnésicas y de lenguaje, ya están desarrolladas y sólo falta de un mayor control y perfeccionamiento, aunque aún se producen importantes cambios en el encéfalo.

Las áreas que mayores cambios sufren son los lóbulos frontales, encargados de la autorregulación de la conducta y las emociones, el desarrollo de planes de acción, la capacidad de razonamiento y la flexibilidad de pensamiento (Papalia y Feldman, 2012).

En la adolescencia se produce una mejora significativa en el funcionamiento de la memoria de trabajo y se perfecciona el uso de las estrategias de codificación, almacenamiento y recuperación de la información, lo que permite la adquisición de conocimientos.

Este periodo se caracteriza por la aparición de profundos cambios cualitativos en la estructura del pensamiento. El adolescente piensa en lo posible y en lo real; ahora pensar hipotéticamente, razonar de forma deductiva y combinar emociones y lógica.

Según Piaget, la adolescencia se caracteriza por el logro del pensamiento formal, el nivel más alto del desarrollo cognoscitivo, lo que denominó –las operaciones formales- porque se perfecciona la capacidad de pensamiento abstracto. Pueden imaginar posibilidades y probar hipótesis.

En cuanto al cambio estructural en la adolescencia, incluyen los cambios en la capacidad de la memoria de trabajo y la cantidad creciente de conocimiento almacenado en la memoria de largo plazo.

Papalia y Feldman (2012), indican que la capacidad de memoria de trabajo, que aumenta con rapidez en la niñez media, sigue ampliándose durante la adolescencia. Esa ampliación permite a los adolescentes lidiar con problemas complejos o decisiones que involucran múltiples piezas de información.

En cuanto a los procesos para obtener, manejar y retener información son aspectos funcionales de la cognición. Entre ellos se encuentran el aprendizaje, el recuerdo y el razonamiento, todos los cuales mejoran durante la adolescencia (Ibidem, 2012).

En relación al lenguaje, a partir de los 11 años se perfeccionan la gramática, la semántica y la pragmática, el vocabulario aumenta con el aprendizaje de palabras técnicas y se produce un cambio en el estilo de escritura, dejando atrás el tipo más infantil y pasando a un tipo de letra más especial.

1.3.4. Razonamiento Moral: la teoría de Kohlberg

A medida que los niños alcanzan niveles cognitivos más altos adquieren la capacidad de hacer razonamientos más complejos sobre temas morales. Los adolescentes son más capaces que los niños jóvenes de considerar la perspectiva de otra persona para resolver problemas sociales, tratar con relaciones interpersonales y verse como seres sociales. Esas tendencias fomentan el desarrollo moral (Papalia y Feldman, 2012).

La teoría de Kohlberg describe tres niveles de razonamiento moral, cada uno dividido en dos etapas:

- Nivel 1: Moralidad preconventional (4 a 10 años). Las personas actúan bajo controles externos. Obedecen las reglas para evitar el castigo o recibir recompensas, o actúan por su propio interés.
 - ✓ Etapa 1: Orientación hacia el castigo y la obediencia. “¿Qué me va a pasar?”. Los niños obedecen reglas para evitar el castigo. Ignoran los motivos de un acto y se concentran en su forma física (como el tamaño de una mentira), o en sus consecuencias (como en la cantidad de daño físico).
 - ✓ Etapa 2: Propósito instrumental e intercambio. “Hoy por ti mañana por mí”. Los niños se conforman a las reglas en aras de su interés y en consideración a lo que los demás pueden hacer por ellos. Examinan una acción en términos de las necesidades humana que satisface y distinguen este valor de la forma física y las consecuencias del acto.
- Nivel 2: Moralidad convencional (10 a 13 años o más). Las personas han internalizado los estándares de las figuras de autoridad. Les preocupa ser “buenas”, agradar a los otros y mantener el orden social. Muchas personas nunca superan este nivel, incluso en la adultez.

- ✓ Etapa 3: Mantenimiento de las relaciones mutuas, aprobación de otros, la regla de oro. “¿Soy una niña buena?”.
Los niños quieren agradar y ayudar a otros, pueden juzgar las intenciones de otros y desarrollan sus propias ideas de lo que es una buena persona. Evalúan una acción de acuerdo con el motivo que está detrás de la persona que la realiza y pueden tomar en cuenta las circunstancias.
- ✓ Etapa 4. Interés social y conciencia. “¿Qué pasaría si todos lo hicieran?”
A las personas les interesa cumplir sus obligaciones, mostrar respeto a la autoridad y mantener el orden social. Consideran que una acción siempre está mal, independientemente de los motivos o circunstancias, si viola una regla o daña a otros.
- Nivel 3: Moralidad posconvencional (adolescencia temprana o hasta la adultez o nunca).
Las personas reconocen conflictos entre los estándares morales y hacen sus propios juicios con base en los principios del bien, la igualdad y la justicia.
 - ✓ Etapa 5. Moralidad de contrato de los derechos individuales y de la ley democráticamente aceptada.
Las personas piensan en términos racionales y valoran la voluntad de la mayoría y el bienestar de la sociedad. Por lo general consideran que dichos valores se sostienen mejor por medio de la adhesión a la ley. Aunque reconocen que hay ocasiones que en la necesidad humana y la ley se contradicen, creen que a la larga es mejor para la sociedad obedecer la ley.
 - ✓ Etapa 6. Moralidad de los principios éticos universales.
Las personas hacen lo que a nivel individual consideran correcto, sin importar las restricciones legales o las opiniones de los otros. Actúan de acuerdo con estándares internalizados a sabiendas de qué si no lo hacen, se condenarán a sí mismas.

Papalia y Feldman (2012), declaran que una razón por la cual son tan variables las edades asignadas a los niveles de Kohlberg es que las personas que han alcanzado un elevado nivel de desarrollo cognoscitivo alcanzan un nivel comparablemente alto de desarrollo moral. Cierta nivel de desarrollo cognoscitivo es necesario pero no suficiente para mostrar un nivel comparable de desarrollo moral. Por ende, deben estar operando otros procesos además de la cognición.

Eisenberg y Morris, 2004; Gibbs, 1991, 1995; Gibb y Schnell, 1985; citados por Papalia y Feldman (2012), describen que algunos investigadores sugieren que la actividad moral es motivada no sólo por las consideraciones abstractas de justicia, sino también por emociones como la empatía, la culpa y la angustia, así como por la internacionalización de normas prosociales.

1.3.5. *Desarrollo emocional y social.*

En la época de la adolescencia, los cambios psicológicos están relacionados con el autoconcepto, la autoestima y la consolidación de la identidad personal. En este periodo se presentan cambios bruscos en el estado de ánimo, relacionados con los cambios hormonales. Los principales cambios en el desarrollo social afectan a las relaciones familiares y con los iguales. La búsqueda de autonomía propicia un reajuste entre los adolescentes y sus padres.

Los adolescentes pasan más tiempo con los compañeros y menos con la familia; sin embargo, los valores fundamentales de la mayoría de ellos permanecen más cercanos a los de sus padres (Papalia y Feldman, 2012).

1.4. Juventud

El tránsito de la adolescencia a la edad adulta es un periodo de gran trascendencia, es una etapa de maduración sexual, afectiva, social, intelectual y físico-motriz. Convencionalmente se ha utilizado la franja etaria entre los 20 y 40 años de edad para designar la juventud. Los psicólogos coinciden en que la juventud empieza alrededor de los 20 años de edad.

1.4.1. *Desarrollo físico y motor.*

En términos generales, el desarrollo físico y la maduración en la juventud han concluido. Este es el periodo de mayor vitalidad y salud. Se ha alcanzado la máxima estatura, el organismo es fuerte, los reflejos y la coordinación son mejores (Salthouse, 1993; en Delgado 2015). La salud física es excelente pero las malas elecciones tomadas en lo referente a hábitos y riesgo pueden ser perjudiciales en el desarrollo.

A partir de los 30 años, el cuerpo se vuelve un poco menos eficiente y más susceptible a las enfermedades; los órganos sensoriales comienzan una pérdida gradual de sensibilidad, aunque las disminuciones físicas son menores y suelen pasar inadvertidas.

Los jóvenes suelen tener más parejas sexuales que los que componen los grupos de mayor edad, pero tienen sexo con menos frecuencia (Papalia y Feldman, 2012).

1.4.2. Desarrollo cognitivo

En la etapa de juventud se ha alcanzado el nivel más complejo de las capacidades cognitivas, incluidas las relacionadas con el correcto funcionamiento de los lóbulos frontales. Aquí, los jóvenes son capaces de desarrollar todas sus capacidades intelectuales teniendo en cuenta la base de sus conocimientos previos. En esta etapa se adquiere la capacidad de elaborar razonamientos más rigurosos, comprender que la solución a un problema puede exigir mucha reflexión, que puede variar de una situación a otra y que distintas personas pueden tener diferentes puntos de vista del mismo fenómeno. Una característica del pensamiento adulto es la capacidad de integrar las emociones con el análisis racional y comprender cómo éstas pueden influir en la forma de razonar y en las decisiones que se toman (Delgado, 2015).

1.4.3. Desarrollo emocional y social

En esta etapa, generalmente se culminan los estudios académicos, surge la vida laboral, viene el abandono del hogar familiar y se elige pareja. El trabajo es uno de los ámbitos sociales que determinan el estilo de vida de la persona, es fuente para el desarrollo social y permite mostrar las capacidades intelectuales y sociales, y establecer vínculos emocionales con los compañeros.

La vida de pareja es la principal fuente de amistad, estabilidad, compañía y afecto.

En la juventud la persona alcanza la cumbre de su salud, de su desarrollo cognitivo y de la realización de un proyecto de vida personal o familiar.

1.5. Adultez

En Delgado (2015), se expresa que a pesar de los logros alcanzados en la madurez y de su duración (en torno a 20 años), es la etapa menos estudiada. No es fácil determinar en qué consiste la madurez, ni cómo se accede a ella, pero sin duda una de sus características esenciales es la conducta autónoma e independiente.

La autora también indica que la vida adulta viene determinada no tanto por sus logros relacionados con su maduración orgánica, sino por los cambios de su experiencia vital y su trayectoria.

1.5.1. Desarrollo físico y motor

El principal cambio físico que ocurre en esta etapa es el relacionado con la capacidad reproductora de la mujer, ya que esta capacidad disminuye. Entre los 40 y 50 años las mujeres comienzan a experimentar los cambios asociados a la menopausia. También surgen las primeras manifestaciones del deterioro físico, los órganos sensoriales (vista y audición) pierden eficacia, y se presenta un aumento de peso y una pérdida de altura. Aparecen las primeras arrugas y canas y se pierde masa muscular (Delgado, 2015).

Los adultos comienzan a perder sensibilidad al tacto después de los 45 años y al dolor después de los 50. Sin embargo, se conserva la función protectora del dolor y, en consecuencia los adultos mayores conservan la sensibilidad a los niveles más elevados de dolor y es probable que indiquen un alivio inadecuado de éste. Alrededor de los 45 años se advierte alguna pérdida de fuerza muscular. En cuanto a la destreza manual, se deteriora después de los 35 años.

Un hecho relevante en este periodo de madurez o adultez, es la menopausia en las mujeres. Esta ocurre cuando una mujer deja de ovular y menstruar de manera permanente y ya no puede concebir un hijo; generalmente se presenta un año después del último periodo menstrual. Este proceso se manifiesta entre los 50 y los 52 años, aunque la mayoría de las mujeres la experimentan entre los 45 y los 55 años (Avis y Crawford, 2006; en Papalia y Feldman, 2012).

Como puede observarse, en esta etapa empieza un decremento de capacidades y habilidades, efecto del implacable paso del tiempo.

1.5.2. Desarrollo cognitivo

Al igual que otros órganos del cuerpo, el cerebro también manifiesta los efectos del paso del tiempo. La actividad cerebral se vuelve lenta, la velocidad de procesamiento de la información disminuye y aumentan los tiempos de reacción. Las tareas que requieren el uso de atención dividida o la ejecución simultánea de diversas acciones son cada vez más complicadas.

La realización que implican el uso de la memoria de trabajo se complica; aunque diversas investigaciones exponen que el punto máximo de creatividad del ser humano se produce entre los 40 y los 60 años. Las habilidades que conforman la *inteligencia cristalizada*, como el vocabulario y el conocimiento general, mejoran durante la madurez; en cambio algunos aspectos como la *inteligencia fluida*, en particular la velocidad, disminuyen (Delgado, 2015).

1.5.3. Desarrollo emocional y social

A nivel emocional, esta etapa se caracteriza por la mejora en las habilidades de afrontamiento de las situaciones problemáticas con las que se ha de enfrentar el individuo en su vida cotidiana.

Los adultos van cambiando a medida que sus hijos crecen. Al abandono de hogar por parte de los hijos puede provocar sentimientos de soledad en los padres (nido vacío).

En esta etapa los adultos experimentan un nuevo rol al ser padres y cuidadores de sus hijos, y hay que añadirle, cuidadores de sus propios padres que van envejeciendo.

En la madurez, las personas dependen de sus amigos, familiares y compañeros de trabajo para satisfacer sus necesidades de respeto y afecto. Los amigos pueden desempeñar en la vida adulta un papel importante en el alivio de algunas situaciones de estrés, porque se vuelven fundamentales para ayudar a enfrentar los problemas, analizar la situación desde otra perspectiva, dar nuevas alternativas y reducir los niveles de estrés (Krause, 2006; en Delgado, 2015).

Es así, como cada etapa del desarrollo de los seres humanos, presenta características que las diferencian de las demás.

CAPÍTULO 2. Agresiones Sexuales Agravadas (la violación).

La violación sexual implica un criterio central: la penetración; es por ello que ésta se ubica en los códigos penales. Siguiendo a Diez (2001 en Ramos, 2017), los elementos que permiten la existencia de un delito contra la libertad sexual implican: 1) la presencia de algún tipo de penetración; 2) la presencia de fuerzas o amenazas para la perpetración del acto; 3) el consentimiento de la víctima: si este consentimiento fue inválido o no se dio.

Los agravantes penales, en una violación sexual se presentan cuando: 1) se realizan con fuerza o grave amenaza; 2) cuando se haya puesto en estado de inconciencia a la víctima, previo suministro de estupefacientes o psicotrópicos; 3) cuando la víctima sufre anomalías; 4) cuando la víctima es menor de edad; 5) cuando la víctima está detenida, recluida o interna; y 6) cuando fuera cometido por un ascendiente contra su descendiente (Código Penal Federal, 2020).

2.1. Concepto de violación.

El diccionario panhispánico del español jurídico, de la RAE, define una violación como “la agresión sexual en el acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías” (Diccionario panhispánico del español jurídico, 2020).

En el caso del Código Penal Federal (2020), en el artículo 265 señala la violación como el acto mediante el cual un sujeto lleva a cabo cópula con persona de cualquier sexo, ya sea con violencia física o moral. Se entiende por copula, la introducción del miembro viril en el cuerpo de la víctima, por vía vaginal, anal u oral. También destaca que se considera violación a la introducción por vía vaginal o anal cualquier elemento o instrumento distinto al miembro viril, por medio de la violencia física o moral. La violación puede ser realizada sin agravantes y por un solo agresor, lo que se conoce como violación simple; con la participación de dos o más sujetos, llamada violación tumultuaria; entre parientes consanguíneos, conocida como incesto; y en el caso de realizarse con menores o personas incapaces de comprender el significado del hecho, se le nombra equiparada.

Por su parte, la Enciclopedia Jurídica (2020), menciona que la violación es el delito más gravoso dentro de los delitos contra la libertad sexual, y cita:

“...comete violación el que tiene acceso carnal con otra persona, sea por vía vaginal, anal u bucal, en cualquiera de los casos siguientes: 1) cuando se usare la fuerza o intimidación, 2) cuando la persona se hallase privada de sentido o cuando se abusare de su enajenación, y 3) cuando fuere menor de doce años cumplidos, aunque no concurriera ninguna de las circunstancias expresadas en los dos números anteriores.

2.2. Violación forzada.

La Organización Panamericana de la Salud (2005; citada por Ramos, 2017), expresa que la violación sexual forzada incluye la penetración forzada físicamente, por vía vaginal, anal u oral, ya sea del miembro viril, otras partes del cuerpo o un objeto.

2.3. Violación consentida (Estupro).

La Enciclopedia Jurídica (2020), en su sección de derecho penal indica que el estupro es un hecho punible que conforma una modalidad del abuso sexual por el que una persona de sexo indistinto, que es mayor de doce años y menor de dieciséis, es víctima de un delito doloso que se consuma cuando tiene lugar la relación sexual.

2.4. Contexto histórico

La literatura ofrece una de las noticias más antiguas en relación a la violación, ocurrida en la antigua Roma, y que tiene que ver con la supuesta violación de Rea Silva, cuya consecuencia fue el embarazo de Rómulo y Remo, que fue perpetrado por su tío Amulio, quien, en traje de guerrero, la violentó y desfloró, dejándola preñada. Al menos son los comentarios que Plutarco y Numitor realizaron en relación al hecho suscitado (Rodríguez, 1997, pp. 42).

En ese mismo contexto, se encuentra el relato de la violación de Lucrecia, que fue la causa de la expulsión de los Tarquinos de la ciudad de Roma. Los textos literarios cuentan que, estando ausente Colatino, esposo de Lucrecia, Sexto Tarquino visita a esta venerable matrona romana, con una sola idea en mente, violarla. Lucrecia sin sospechar nada, trató a Tarquino con honorabilidad y camaradería y, después de cenar, lo llevó a la habitación de los huéspedes. Esa noche, el sujeto se introdujo a la habitación de Lucrecia, y amenazándola con la espada desenvainada, y tras amenazarla, la viola (Rodríguez, 1997, p. 43).

Bajo la misma línea de la historia greco-romana, los hombres libres se presumían con el derecho para mantener relaciones sexuales contra la voluntad de los esclavos ajenos, considerados objetos y no personas; y por tal motivo, no había ningún delito. En ese periodo, la violación también se producía para causar la deshonra de la víctima y sus familiares (Ibídem, p. 46).

El delito de violación en la época de la República, señala que éstos no eran regulados por ninguna ley, lo que indica que las mujeres seguían siendo víctimas de esos actos sin que se produjese ningún tipo de justicia. Las causas de violación suscitadas en este periodo se encuentran en la legitimación que algunos sujetos creían tener, por pertenecer a estratos sociales más elevados que las víctimas.

La violencia romana de esa época hizo que muchos soldados violaran a mujeres pertenecientes a los pueblos conquistados; tal es el caso de Valerio Torcuato, quien violó a Clusia, hija de rey etrusco, y Valerio Máximo a la esposa de Orgiagonte (Ibídem, p. 59). La autora Victoria Rodríguez Ortiz (1997), documenta que, a finales de la República, la violación supondría una acción realizada por un hombre para obligar a su víctima a llevar a cabo un acto sexual en contra de su voluntad, ya sea por fuerza física, moral, o por medio de la intimidación.

En América, hacia el siglo XVI, se presenta un panorama de barbarie disfrazada de descubrimiento, que más bien fue una etapa de conquista y colonización sin piedad. Aquellos conquistadores usaron la violencia y las violaciones como método de intimidación. El historiador Esteban Mira Caballos sostiene que los depredadores españoles, especialmente aquel llamado Lázaro Fonte fue acusado, además de robo y perpetrar masacres, de violar a niñas, a quienes ataba entre gritos y llantos y nadie las defendía. También se documentó el caso de la violación de una mujer nativa, por parte de Miguel de Cuneo, amigo de Colón. Tal atrocidad es descrita con detalle por el mismo perpetrador (Marrón, 2018).

Como puede observarse, la violación no es un acontecimiento nuevo. Esta historia de violencia sexual en contra de la mujer está condicionada por el desarrollo cultural de la sociedad donde se lleva a cabo. Las mujeres son vistas como objetos de placer, que no tienen derecho al uso de la libertad. Las violaciones perpetradas contra las mujeres han sido utilizadas como estrategia de sometimiento y control sobre las propias mujeres o contra el grupo al que pertenecen (Gómez y Juárez, 2014).

2.5. Contexto donde ocurren con mayor frecuencia

En un estudio acerca de la violencia sexual y los problemas asociados, realizado por Ramos-Lira, Saltijeral-Méndez, Romero-Mendoza, Caballero-Gutiérrez y Martínez-Velez (2001), señalan que en países como Argentina, Brasil y Costa Rica, a través de una encuesta mostró que entre el 7 y el 15% de las mujeres entrevistadas había sido víctimas de violación por un desconocido, y que un alto porcentaje de los delitos sexuales fueron cometidos por conocidos o miembros de la familia, siendo las víctimas niñas y mujeres.

En el caso específico de México, esos autores citan que la mitad de los casos conocidos de violación, en mujeres y niñas, fueron realizados por miembros de la familia o amigos, especialmente por figuras paternas, y que la mitad de esos hechos se llevan a cabo en la propia casa de la víctima, haciendo de este suceso un encubrimiento y por ende la impunidad (Ramos-Lira et al., 2001).

En una conferencia realizada por Liliana Mora, directora de la fundación para la Prevención del Abuso Sexual Infantil (PAS), dijo que generalmente no se habla del tema del abuso sexual infantil ya que este sucede dentro de la familia, lo que lleva a explicar que los agresores son personas de la misma familia o sujetos cercanos a ella; y cita que “el 75% de los casos de abuso sexual son cometidos por un familiar o alguien muy cercano a las niñas o niños” (Preza, 2020).

Por su parte, la UNICEF (2010), puntúa que la violencia, la explotación y el abuso sexuales generalmente provienen de personas que el niño conoce, incluyendo: padres, madres, otros familiares, cuidadores, maestros, empleadores, autoridades policiales, agentes estatales y no estatales, y otros niños; por lo tanto esos hechos se producen en los hogares, las familias, las escuelas, los sistemas de atención y de justicia, los lugares de trabajo y comunidades en todos los contextos, incluyendo los que se derivan de los conflictos y los desastres naturales.

Acuña (2014), en su estudio acerca del abuso sexual en menores de edad dice que las agresiones suelen ocurrir dentro de la casa de las víctimas o del abusador, ya que esos sitios son supuestamente seguros para los niños y que son espacios que el abusador conoce muy bien. Lo anterior tiene que ver con que la mayoría de los abusos sexuales son cometidos por personas cercanas al niño. Esta autora, menciona que en el estudio realizado por Núñez y colegas, se llegó a la conclusión de que los abusos sexuales realizados contra menores de edad se llevaron a cabo dentro del hogar de la víctima en el 41.18 % de las ocasiones; en

segundo lugar, con un 15.9% se realizaron en casas de familiares o conocidos, y en otros sitios como guarderías y escuelas en 15.9% de los casos analizados.

En relación al tema, en México, la Secretaría de Salud (2006), en su Informe Nacional sobre Violencia y Salud cita que la mayoría de los casos de violencia sexual es contra las mujeres, las jóvenes, las niñas y los niños, y que éstos suceden en el ámbito de la propia casa y son perpetrados por: 1) padres, padrastros, hermanos, tíos, primos, y 2) hombres conocidos como vecinos, compadres o amigos de la familia. Otros ámbitos donde ocurre la violencia sexual se da en las escuelas, donde los profesores abusan de sus alumnas; en el ámbito laboral, donde los jefes o compañeros abusan de las mujeres que laboran en ese lugar; o en situaciones de vulnerabilidad donde las circunstancias obligan a las mujeres a ceder a una violación.

2.5. Consecuencias físicas y psicológicas de la violación

Pereda (2010; cita a Hussey, Chang y Kotch, 2006)¹, en su trabajo de investigación titulado “Actualización de las consecuencias físicas del abuso sexual en menores” quienes mencionan que las consecuencias en la salud que conllevan un abuso sexual infantil son diversas, desde las que se quedan en la infancia hasta aquellas que se mantienen en la adolescencia y hasta la vida adulta.

Esta autora también manifiesta que otras de las consecuencias físicas ocasionadas por el abuso sexual en la infancia son las conductas autolesivas como cortes y quemaduras en antebrazos y muñecas; además estas lesiones pueden ir acompañadas de ideas o intentos suicidas. Siguiendo estas consecuencias físicas, también se presentan los trastornos de la conducta alimentaria y problemas del sueño; como ejemplo de la primera se encuentran la obesidad, la bulimia y la anorexia nerviosa.

Con relación a las conductas de riesgo para la salud, estas víctimas son más propensas al abuso y dependencia de sustancias nocivas como al alcohol, tabaco y marihuana.

En cuanto a las consecuencias psicológicas, en el trabajo titulado “Consecuencias psicológicas a largo plazo del Abuso Sexual infantil”, de Noemí Perera Beltrán (2010)², se clasificaron los diversos síntomas psicológicos en cinco categorías: problemas emocionales, problemas de relación, problemas funcionales, problemas de adaptación y problemas sexuales, obteniendo resultados que confirman que la gravedad de los problemas que pueden manifestar las víctimas y su propagación a los largo del desarrollo humano, desde la etapa de la infancia

hasta llegar a la adultez (Echeburúa y Guerricaecheverría, 2000 citados por Pereda, 2010)². Por su parte, Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta, Akman y Cassavia, (1992; citados en Pereda, 2010)², dicen que también es muy posible que la víctima no presente problemas aparentes durante la infancia, pero que éstos surjan como nuevas problemáticas durante la etapa adulta.

Dentro de los problemas emocionales, Pereda destaca los problemas depresivos y bipolares, los síntomas y trastornos de ansiedad, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno límite de la personalidad, las conductas autodestructivas, las conductas autolesivas, las ideas de suicidio, el intento de suicidio y la baja autoestima.

Con respecto a los problemas de relación, Noemí indica que éstos se manifiestan en las relaciones interpersonales, sobresaliendo el aislamiento y la ansiedad social, poca amigos e interacciones sociales, así como poca participación en actividades de grupo y comunitarias. También se afectan las relaciones de pareja, ya que suelen ser inestables y con evaluación negativa. Cuando se llega a la maternidad (o paternidad según sea el caso), los estilos de crianza son extremos, presentándose la permisividad o el castigo físico como extremos.

En relación a los problemas de conducta y adaptación social, se presentan mayores niveles de hostilidad en las víctimas, así como el desarrollo de conductas antisociales y trastornos de conducta; y según Kaufman y Widom (1999; en Perera 2010)², demostraron que las víctimas de ASI (Abuso Sexual Infantil) huían del hogar en comparación con un grupo control; lo que provocaba el riesgo de delinquir y ser arrestadas por diferentes delitos.

Como consecuencia del ASI, se presentan problemas funcionales, como dolores de cabeza, fibromialgias y trastornos gastrointestinales. En el estudio indicado anteriormente, Pereda Beltrán expresa que los problemas físicos que más se manifiestan de acuerdo a la victimización por abuso sexual (y los que más se estudian), son los dolores físicos sin razón médica justificante, fatiga crónica idiopática, trastorno de somatización, trastorno de conversión, que incluye la afectación de alguna de las funciones motoras o sensoriales de la víctima y crisis epilépticas. La misma autora observó que los abusos producidos durante la infancia incrementa el riesgo de un trastorno cardiovascular en la mujer; y que en los trastornos ginecológicos se presentan los dolores pélvicos crónicos con alteraciones del ciclo menstrual, así como la aparición temprana de la menopausia y la frecuente presencia de síntomas y trastornos

disociativos donde existe una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno (APA, 2002 en Perera, 2010)²

En el área sexual se pueden ver con frecuencia las conductas sexuales relacionadas a la promiscuidad con un inicio muy temprano de las prácticas sexuales y un mayor número de parejas, así como las disfunciones sexuales. Así mismo existe una tendencia a tener relaciones sexuales sin protección (lo que aumenta la propensión a una ETS), o a un embarazo no deseado (lo que incluye frecuentemente abortos o sentimientos negativos de rechazo hacia el embarazo) y depresión postparto (Pereda, 2010)^{1,2}.

Se concluye que el impacto físico y psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil como acontecimiento traumático genera secuelas que se proyectan a lo largo de la vida de la persona.

CAPÍTULO 3. El Trauma.

3.1. Definición

El DSM-5 define al trauma como “*cualquier situación en la que una persona se vea expuesta a escenas de muerte real o inminente, lesiones físicas graves o agresión sexual, ya sea en calidad de víctima directa, cercano a la víctima o testigo*”. Por su parte, el CIE-11, lo define como “*cualquier exposición a una situación estresante de naturaleza excepcionalmente amenazante u horrorizante que probablemente producirá un malestar profundo en la mayoría de las personas*” (Figueroa, Cortés, Accatio y Sorensen, 2016).

3.2. Sucesos traumáticos

Una vez que se conoce el origen del trauma, se pueden referenciar distintos acontecimientos que se engloban entre los sucesos traumáticos. De acuerdo con Bados (2005), entre los sucesos traumáticos que se experimentan directamente están: el combate militar, los ataques personales violentos, los secuestros, los que son tomados como rehenes, los ataques terroristas, la tortura, el encarcelamiento como prisionero de guerra o en un campo de concentración, los desastres naturales o aquellos que son provocados por el hombre, los accidentes graves o recibir un diagnóstico de enfermedad potencialmente mortal. En el caso de los infantes, los eventos traumáticos de género sexual pueden incluir experiencias sexuales inapropiadas y sin amenaza, violencia o daño.

Los sucesos traumáticos observados son aquellos donde se “observan” daños graves o muerte no natural de otra persona ocasionada por un asalto violento, un accidente, la guerra, desastres naturales o provocados, así como la visión de cadáveres humanos o partes de los mismos.

Para el caso de los sucesos traumáticos transmitidos se enlistan la agresión personal violenta, accidente o daño grave vividos por un familiar o amigo íntimo; muerte inesperada de un familiar o amigo íntimo o saber que un hijo sufre una potencial enfermedad mortal.

3.3. Re-experimentación persistente del suceso traumático.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (1994), existen cinco formas en que se puede re-experimentar el suceso traumático, citando que el DSM-IV exige que se cumpla con al menos uno de los siguientes síntomas:

- 1) Recuerdos del suceso recurrentes e intrusos que causan malestar, aquí pertenecen las imágenes, pensamientos o percepciones.
- 2) Sueños recurrentes sobre el suceso que causan malestar. Pueden presentarse pesadillas o sueños terroríficos en los que pueda reconocerse el contenido.
- 3) Actuar o sentir como si el suceso traumático estuviera repitiéndose. En este punto se presenta la sensación de volver a vivir la experiencia, las ilusiones, las alucinaciones y memorias vívidas, repentinas y breves (flashback). Calhoun y Resick (1993), mencionan que los flashback pueden acompañarse de sudoración, temblor, palpitaciones y disnea y que la persona que lo presenta puede sentirse inmovilizada y estar inconsciente del entorno.
- 4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos, ya que éstos pueden simbolizar un aspecto del evento que causó el trauma.
- 5) Reactividad fisiológica, como pueden ser taquicardias, actividad electrodermal, boca seca, etc., al exponerse a estímulos internos o externos o se parecen a un aspecto del suceso traumático.

CAPÍTULO 4. Autoconcepto

“Un hombre no puede estar cómodo sin su propia aprobación”

-Mark Twain.

El autoconcepto es un término de relevancia y central en el desarrollo de la personalidad. Un autoconcepto positivo está en la base del buen funcionamiento personal, social y profesional dependiendo de la satisfacción personal (Esnaola, Goñi y Madagari, 2008).

4.1. Definición

Shavelson et al. (1976), propone definir el autoconcepto como:

“La percepción que una persona tiene de sí misma, que se forma a partir de las experiencias y relaciones con el medio, en donde juegan un importante papel tanto los refuerzos ambientales como los otros significativos” (Shavelson et al., 1976, p. 411, citado en Goñi, 2009).

En este tema, Amar (1998) citado por Campo (2014), dice que el autoconcepto es:

“la estructuración de esquemas mentales, que le permite a los sujetos tener un conocimiento muy articulado de sí mismos, de sus destrezas y debilidades, sus logros y fracasos, sus preferencias, sus formas de actuar, y, por tanto, como una forma muy particular de representar su realidad en interacción con otras verdades ya legitimadas”. (p.68).

López, González, San Pedro y San Pedro (2016), consideran que el autoconcepto puede definirse como un conjunto de imágenes, pensamientos y características que el individuo tiene de sí mismo y que, además, está constituido por las ideas, creencias, la imagen corporal, la identidad social y los valores y habilidades que la persona cree que posee.

Para Purkey (1970; citado por López et al., 2016), el autoconcepto es un sistema complejo y dinámico de diversas creencias que el individuo considera verdaderas y que cada creencia tiene un valor diferente.

Valles (1998; citado por López et al., 2016), define el autoconcepto como la idea que tenemos de nosotros mismos. Dice que es una representación mental de todos y cada uno de los

elementos de nuestra persona; y que se trata de un elemento cognitivo que incluye todas las ideas sobre la nuestra personalidad, nuestras capacidades, nuestra apariencia física, entre otras, pero que a éstas no se les aplica ningún valor positivo o negativo.

Por su parte, Shavelson y Bolus (1982; en López et al., 2016), definen este constructo como las percepciones que un sujeto se va formando a partir de la propia experiencia y por el ambiente, interviniendo también los refuerzos y los mecanismos de feedback de las personas significativas y de los mecanismos cognitivos.

Santana, Feliciano y Jiménez (2009; en Campo, 2014), definen al autoconcepto como una valoración global que incluye todas las formas de autoconocimiento y sentimientos de evaluación de sí mismo, y que supone la elección de cierto modo de comportamiento ante circunstancias específicas.

Harter (1996), dice que el autoconcepto es la imagen que tenemos de nosotros mismos, el cuadro total de nuestros rasgos y capacidades. Describe lo que conocemos y sentimos acerca de nosotros y dirige nuestras acciones (citado en Papalia y Feldman, 2012, p. 196).

En la misma línea, Papalia y Wendkos (1995, p. 459; citado por Naranjo, 2006), expresan que el autoconcepto es el término para expresar el sentido personal de sí mismo. La base de este constructo es el conocimiento que se ha adquirido de las experiencias de ser y hacer, y se función es animarnos a decir lo que seremos y haremos en el futuro. Además, estas investigadoras explican otros conceptos relacionados al autoconcepto:

- Autoconciencia: Comprensión acerca de la independencia personal con relación a otras personas, lo cual nos permite analizar nuestras actitudes de acuerdo a los estándares sociales.
- Autorreconocimiento: Habilidad para reconocer nuestra propia imagen.
- Autodefinición: Engloba las características físicas y psicológicas que se consideran importantes para autodefinirse.
- Yo real: El individuo se conceptualiza sobre cómo es.
- Yo ideal: Autoconceptualización sobre lo que se desea ser.

Con estas definiciones claro está que el autoconcepto es el sentido y valor personal que damos a lo que somos, a la identidad que nos representa, a la idea que hemos concebido desde la perspectiva del “yo” adquirido a través de las experiencias.

4.2. Importancia

Dice Goñi (2009), que el autoconcepto juega un papel relevante en el desarrollo de la personalidad. Cuando se tiene un autoconcepto positivo se funciona de buena manera en el área personal, social y profesional, sintiendo satisfacción personal.

La importancia de este constructo también se prevé en las relaciones que se mantienen con los demás, ya que si el autoconcepto es positivo se manifiesta una relación más equilibrada y empática. Además el autoconcepto positivo ayuda a las personas a percibir la realidad y los cambios que se dan día a día, y de esa manera se pueden controlar las emociones.

Naranjo Pereira (2006), explica que muchos autores y autoras de investigaciones relativas al autoconcepto coinciden que cuando las personas tienen un autoconcepto positivo presentan una mayor capacidad para actuar de manera independiente, para tomar decisiones y asumir responsabilidades, para enfrentar retos y tener una mayor tolerancia a la frustración y así enfrentar los fracasos y las contradicciones de la mejor manera posible. También debe resaltarse que el autoconcepto apoya al control de las emociones y las conductas de las personas.

Según Cazalla-Luna y Malero, D. (2013), la importancia del autoconcepto radica en la aportación a la formación de la personalidad, ya que se manifiesta en la competencia social y que influye sobre la persona en la manera en cómo se comporta, cómo se siente, cómo piensa, cómo aprende, cómo se valora y cómo se relaciona con los demás.

Todo lo anterior prioriza que el desarrollo de una autopercepción positiva permitirá a las personas una vida más saludable y feliz al tiempo que las hace resilientes.

4.3. Características del autoconcepto

Con base en el trabajo del autoconcepto realizado por López et al. (2016; citando a Núñez y González-Pineda, 1994), dicen que un autoconcepto es la base fundamental de una vida social y profesional de un individuo, ya que permite en buen funcionamiento de éstos. Estos autores

estipulan que el autoconcepto es *multidimensional* como persona, como madre y padre, como hijo (a), como esposo (a), etc.; y se va formando de acuerdo a edad y las experiencias, por lo que tiene dinamismo. También dicen que es *jerárquico*, ya que generalmente hay un autoconcepto en la cima y por debajo de éste hay otros autoconceptos específicos (académico, social, físico y emocional).

Aunada a estas características se suman los cambios de información (feedback informativo), por lo tanto existe un cognitivismo seleccionado y ordenado de la información. Las autopercepciones que engloban el autoconcepto están basadas en los roles que se vayan desempeñando en la vida, en los atributos personales y en las creencias y valores que se tengan.

4.4. Dominios del autoconcepto.

En lo que respecta a los dominios, Goñi (2009) asevera que los estudiosos han revelado 4 dominios relativos al autoconcepto: académico, social, físico y personal.

- Autoconcepto académico: Éste es el más estudiado y se entiende como “la representación que el alumno tiene de sí mismo como aprendiz, es decir, como persona dotada de determinadas características o habilidades para afrontar el aprendizaje en un contexto instruccional” (Miras, 2004 en Goñi, 2009).

Este dominio está relacionado con la percepción que tiene la persona de sí misma en el ámbito de los aprendizajes escolarizados. Strein (1993) en Goñi (2009) dice que el autoconcepto académico incluye dos aspectos relevantes de este dominio: el descriptivo (“me gusta la literatura), y el evaluativo (“soy muy bueno redactando”). Dado que el ambiente escolar ofrece una enorme influencia sobre los educandos, tanto los profesores como sus iguales, son una fuente de información muy importante para la formación del autoconcepto académico (Scott et al., 1996; citado por Goñi, 2009).

- Autoconcepto físico: Debido a las perspectivas de intervención educativo/preventiva que se abordan (trastornos de conducta alimentaria, hábitos de vida saludables, bienestar psicológico, etc.), en este dominio se insta la participación de distintos profesionales, como médicos, profesores, educadores físicos, educadores sociales, entre otros.

En el autoconcepto físico se identifican la percepción de la habilidad física, la condición física, el atractivo físico, la fuerza, el autoconcepto físico general y el autoconcepto general (Goñi, 2009).

- Autoconcepto social: Este dominio permite asumir que la autopercepción como ser social varía en función de las interacciones en los diversos contextos en los que las personas interactúan.

En este respecto, (Markus y Wurf, 1987; en Goñi 2009), señalan que el autoconcepto hace referencia a la percepción que cada individuo tiene de sus habilidades sociales con respecto a las interacciones sociales con los demás, y se calcula a partir de la autovaloración del comportamiento propio los contextos donde se desenvuelven las personas.

Goñi (2009) declara que el autoconcepto social se relaciona significativamente una gran variedad de rasgos psicológicos como la estabilidad emocional, la sociabilidad y la responsabilidad.

- Autoconcepto personal: Pocas investigaciones se han dado a la tarea de estudiar este dominio. De acuerdo con Fitts (1965; citado por Goñi, 2009), este dominio hace reflexión sobre el sí mismo personal que refiere a la autopercepción sobre los valores interiores de los individuos, su sentimiento de adecuación como persona y la valoración de su personalidad muy aparte de su físico y sus relaciones con los demás.

4.5. Dimensiones del autoconcepto.

Piers-Harris, dice que existen seis dimensiones del autoconcepto (Benavides, 1993; en Vargas-Hidalgo, 2017). Tales dimensiones se profundizan de la manera siguiente:

- Dimensión conductual. Esta dimensión mantiene una relación con el comportamiento y la conducta. Aquí se maneja la percepción que presenta un infante en conductas en el hogar, la escuela y su relación a nivel de conducta con las personas en general. El proceso de autoevaluación del comportamiento dependerá del autoconcepto que la persona mantenga en ese momento. Ese proceso se lleva a cabo a través de las diversas autopercepciones que forman el autoconcepto y que representan generalizaciones cognitivas de las múltiples situaciones en que las personas se desenvuelven. En este constructo fluctúan los motivos y la conducta.

Marcus y Kitayama (1991; en Vargas-Hidalgo, 2017), señalan que el autoconcepto es el responsable de integrar y organizar las experiencias, regular los estados afectivos y ser el motivador y guía de la conducta a través de los autoesquemas que lo conforman.

- Dimensión intelectual. Esta dimensión está fundamentada en la forma en cómo se percibe el ámbito escolar, es decir, de la capacidad de acatar las exigencias de la

institución, de la iniciativa para el logro de metas, de la constancia y de la capacidad de superar fracasos y resolver problemas.

- **Dimensión física.** Aquí se manifiesta el enlace con la apariencia y los atributos físicos. En esta dimensión se valora la percepción que el individuo tiene de su cuerpo, de sus habilidades y destrezas físicas y de él mismo como ser individual. Por lo tanto, se valora todo lo relacionado con lo estrictamente con el aspecto físico.
- **Dimensión ansiedad.** Se presenta todo lo relacionado a la forma en que los individuos se ven a sí mismos y cómo define sus rasgos de personalidad. Vargas-Hidalgo recalca que la presencia o ausencia de ansiedad o ideas envueltas con temor o incertidumbre a partir de la visión que la persona tiene sobre sí, son indicadores importantes que señalan la personalidad del individuo.

Esteve (2005; en Vargas-Hidalgo, 2017) testifica que esta dimensión está conformada por las percepciones que tienen los individuos en relación a su estado emocional con sus respuestas a situaciones diarias que generan algún tipo de compromiso o implicación personal.

- **Dimensión social.** En esta dimensión se expresan los sentimientos de pertenencia a algún grupo y las competencias sociales, como son las habilidades sociales, la prosociabilidad, la agresividad y la asertividad, que las personas manifiestan en la vida social. El autoconcepto social mantiene una significativa relación con rasgos psicológicos como la estabilidad emocional, la sociabilidad y la responsabilidad.
- **Dimensión satisfacción.** Existe una relación entre la percepción del individuo sobre sí mismo y los sentimientos que surgen sobre la propia idea de sí mismo. En esta dimensión es donde convergen el autoconcepto y la autoestima, fundamentales para un óptimo desarrollo de la personalidad.

4.6. Desarrollo del autoconcepto

Expresan Núñez y González (1994; citado por Cazalla-Luna y Malero, 2013), que el autoconcepto no es heredado, ya que es el resultado de las experiencias vividas por el sujeto en su interacción con medio ambiente. Debido a esto, en el transcurso del tiempo en la vida de una persona, se va formando un autoconcepto cada vez más estable y así se desarrolla una mayor capacidad para dirigir nuestra conducta.

Es de esta forma que las autopercepciones se desenvuelven en un contexto social, lo que implica que el autoconcepto está ligado al contexto inmediato y al proceso de evolución de los individuos. Por lo tanto, las diferentes dimensiones del autoconcepto se desarrollan de acuerdo a la edad del sujeto.

Es así que los niños incorporan a la imagen que tienen de sí mismo el cuadro que otros les reflejan. A partir de la adquisición de experiencias aparentemente aisladas (por ejemplo, entre sesiones de amamantamiento), los bebés obtienen patrones coherentes que forman conceptos muy rústicos de sí mismos y de los otros.

De acuerdo a Harter (1998; en Papalia y Feldman, 2012), el tipo de cuidado que recibe el bebé y la forma en que responde, emociones agradables o desagradables se conectan con experiencias que cumplen un papel significativo en la creciente concepción de sí mismo. Los mismos autores indican que a los tres meses los bebés prestan atención a su imagen reflejada en el espejo, y que los niños de cuatro a nueve meses muestran mayor interés a la imagen reflejada de otros que a la suya; por lo tanto, esta discriminación perceptual temprana puede ser la base de la conciencia perceptual de sí mismo que se desarrolla entre los 15 y 18 meses. Alrededor de los 4 y los 10 meses desarrollan la *coherencia del sí mismo*, que es la sensación de ser un todo físico con límites que lo separan del resto del mundo (Papalia y Feldman, 2012).

El surgimiento del conocimiento consciente del sí mismo como un ser distinto e identificable, está basado en el inicio de la distinción perceptual de sí mismo y los otros. Entre los 18 y 30 meses de edad, el rápido desarrollo del lenguaje les permite pensar y hablar acerca de sí mismo e incorporar las descripciones verbales de los padres al surgimiento de la imagen de sí mismos (Stipek, Gralinski y Kopp, 1990; en Papalia y Feldman, 2012).

Papalia y Feldman (2012) indican que el sentido del yo también tiene un aspecto social, ya que los niños incorporan en su autoimagen su comprensión cada vez mayor de cómo los ven los demás.

El autoconcepto empieza a establecerse en los niños pequeños, a medida que desarrollan la conciencia de sí mismos. Se hace más claro conforme la persona adquiere capacidades cognoscitivas y afronta las tareas del desarrollo de la niñez, la adolescencia y luego la adultez.

Un análisis neopiagetiano (Case, 1985, 1992; Fisher, 1980 en Papalia y Feldman, 2012, pp. 253), sostiene que la transición del autoconcepto se lleva a cabo en tres pasos:

- Representaciones simples (alrededor de los 4 años), ya que las declaraciones sobre sí mismo son unidireccionales (Me gusta, Soy...). Los pensamientos de los infantes saltan de un detalle a otro son conexiones lógicas. En esta etapa no puede imaginar que pueda experimentar dos emociones a la vez (contento y asustado), porque no puede considerar al mismo tiempo aspectos diferentes de sí mismo. La forma en que piensa acerca de sí mismo es de todo o nada. En esta etapa infantil no puede reconocer que su yo real, la persona que en realidad es, no es lo mismo que su yo ideal (la persona que le gustaría ser), de modo que se describe como un dechado de virtudes y de capacidades.
- Mapeos representacionales. Estos se presentan alrededor de los cinco o seis años, ya que surgen conexiones lógicas entre un aspecto de sí mismo y otro (puedo correr rápido y trepar alto). Empero, la imagen que tienen de sí mismo aún se expresa en términos completamente positivos de todo o nada. No puede ver que puede ser bueno en una cosa pero no en otra.
- Sistemas representacionales. Estos tienen lugar en la niñez media, cuando los niños empiezan a integrar rasgos específicos del yo en un concepto multidimensional general. Aquí, a medida que disminuye el pensamiento de todo o nada, la descripción personal se convierte en una visión más equilibrada y realista. En esta época los juicios acerca del yo se vuelven más conscientes, realistas, equilibrados y generales a medida que los niños forman estos sistemas representacionales.

Durante la adolescencia surge la búsqueda de la identidad, de la concepción del yo, de los valores y creencias con que la persona establece un compromiso sólido. El adolescente construye una “teoría del yo” (Elkind, 1998; en Papalia y Feldman, 2012).

Adicional a lo anterior, Alcaide (2009; citado en Cazalla-Luna y Malero, 2013) dicta que durante la adolescencia se presenta la crisis de identidad, lo que se traduce en el intento de desarrollar nuevos roles, identificación de preferencias ocupacionales y, especialmente en el deseo de lograr independencia familiar. Entonces, la tarea primordial del adolescente es el desarrollo del sentido de la identidad propia, lo cual aporta integración y continuidad al yo.

Para los adolescentes el desarrollo de las relaciones interpersonales influye sobre las autopercepciones, destacando el atractivo físico como una de las variables que condicionan inicialmente la interacción con sujetos del sexo opuesto.

Cabe concluir que la adquisición del autoconcepto inicia en la niñez, siendo esta etapa fundamental en el proceso, debido a que la imagen que se va formando en los años de infancia, suele perdurar durante todo el desarrollo humano. Así mismo, la etapa de adolescencia es contundente en el buen desarrollo y adquisición de las autopercepciones positivas, de la integración de la identidad y de la formación del yo.

4.7. El autoconcepto y las investigaciones en relación con la violación.

“Autoconcepto en niños abusados sexualmente” es el título del trabajo elaborado por Canil (2014), realizado en Guatemala, donde expone que una de las secuelas del ASI es el daño al autoconcepto. Los resultados de esta investigación mostraron la relevancia de fortalecer el autoconcepto de los niños que han sido abusados sexualmente, implicando una opinión favorable por parte de los padres o tutores, ya que esta puede reforzar el valor del infante. Esto conlleva a orientar a los progenitores a través de herramientas que les sirvan para ayudar al hijo a superar el trauma sufrido. Los resultados también señalaron que, debido a la acumulación de información recibida por los adultos (abusadores, incrédulos, etc.), los niños que fueron víctimas de algún maltrato infantil psicológico presentaban un autoconcepto bajo.

En México, Fuentes Lemus (2003), realizó su tesis para obtener el título de psicóloga proporcionado por la UNAM. Esta investigación fue llevada a cabo con una muestra de 60 adolescentes con la finalidad de conocer cómo es el autoconcepto de las adolescentes que experimentaron abuso sexual y saber si existían diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto en relación a las características en que se dio el abuso sexual. Los resultados arrojaron que, de acuerdo al tiempo en que tardaron en verbalizar esos abusos está relacionado en mayor o menor grado con la identidad, conducta, autoconcepto devaluado, autosatisfacción y yo familiar. Esta autora discute que cuando el abuso sexual se lleva a cabo en un niño es de esperarse que su autoconcepto se devalúe, aunque si estos niños provienen de hogares disfuncionales, es probable que su autoconcepto haya sido devaluado desde ese seno familiar, y que el abuso sexual pudo estar relacionado con conflictos no resueltos en etapas tempranas de su desarrollo.

CAPÍTULO 5. Autoestima

“Amarse a uno mismo es el comienzo de un romance de toda la vida.”

-Oscar Wilde

5.1. Definición.

Existen distintas definiciones de la autoestima que se relacionan con las percepciones que se tiene de uno mismo, además de que la forma como se define cada individuo tiene influencia en sus motivaciones, actitudes, comportamientos y en las respuestas emocionales (Hernández, 2015). Rodríguez (2016) y otros autores han tratado de crear una definición general para explicar el constructo, pero al ser un concepto abstracto no se ha logrado llegar a un consenso por lo que se revisan algunas de las explicaciones que publican varios autores sobre la autoestima.

La autoestima es aquella valoración personal que un individuo crea y mantiene sobre sí mismo, en la cual expresa su aprobación o rechazo; la autoestima se aprende, se cambia y se puede mejorar, pues tanto niños, adolescentes y adultos experimentan cambios en ésta (Navarro, 2009).

También, es un constructo en que la persona expresa el grado de sentirse capaz, exitosa, significativa y valiosa; asimismo se considera un tipo de aprendizaje social de autodescripción, producto de la interacción y la historia comportamental de la persona determinada, en gran medida, por la percepción que registra la persona de su realidad (Gámez, Guzmán, Ahumada, Alonso y Da Silva, 2017).

La autoestima inicia desde la concepción ya que ahí comienza la carga de mensajes significantes que los adultos dan a ese nuevo ser, afianzándose primero de manera energética y luego psicológica (Rodríguez, 2016); en tanto que regula todos los procesos en el desarrollo del individuo, quien en las edades siguientes actuará de acuerdo con los mensajes recibidos verbales y no verbales, negativos o positivos que van a influir en sus comportamientos futuros, si son positivos se verán reflejados en confianza y seguridad que lo llevará a formar y construir una autoestima saludable y positiva que le dará sentido y orientación a los procesos de un desarrollo sano y esto le permitirá pensar, sentir, relacionarse y comunicarse de forma espontánea y asertiva.

La autoestima, según Roca (2013), es aquella actitud positiva hacia uno mismo que nos permite conducirnos en la vida de la manera más satisfactoria posible, consiste en la aceptación y autoconocimiento para poder afrontar las situaciones y desafíos que se presenten.

Zenteno (2017) menciona que la autoestima como fenómeno psicológico y social, puede manifestarse en una actitud favorable o desfavorable que la persona tiene hacia sí misma, el conjunto de pensamientos, sensaciones y sentimientos que el individuo tiene hacia su persona y que se han ido acumulando con el tiempo y las experiencias pueden producir, tanto sentimientos positivos favorecedores del sentido de la identidad, como sentimientos negativos que pueden provocar inconformidad, infelicidad o desmotivación. Esto tiene un gran efecto en la calidad de vida de cada persona debido a la forma en la que se percibe y se valora a sí misma. La autoestima no es algo que se mantenga fijo o que nunca se mueva, este elemento de la personalidad cambia y se forma a lo largo de la vida.

5.2. Importancia de la autoestima

La autoestima es relevante porque ayuda a superar los inconvenientes personales, debido a que cuando una persona tiene una alta autoestima puede superar cualquier problema que se le presente, lo cual se traduce en un progreso de madurez y competencia personal. Tener una autoestima sana, equilibrada y positiva es importante para cualquier persona, ya que le permite aceptar y adaptarse a nuevos cambios, afrontar situaciones de vida, a hacer frente a los fracasos y las adversidades que se les presenten, a poder tomar decisiones acertadas y rodearse de personas saludables, etc., una persona con una buena valía personal puede afrontar y vivir la vida de manera más satisfactoria en cualquier contexto (Navarro, 2009).

Desde la perspectiva de Roca (2013), una autoestima sana conlleva una actitud positiva hacia uno mismo, que además genera una tendencia a pensar, sentir y actuar, en la forma más sana, feliz y auto-satisfactoria posible, tomando en cuenta el momento actual, pero también el futuro (cercano y a largo plazo). Por lo tanto, es importante una buena autoestima ya que ésta permite al individuo un autoconocimiento personal, una auto-aceptación incondicional, una actitud de auto-respeto y consideración, tener una fuerte visión del “yo” como potencial, atender y cuidar las necesidades físicas y psicológicas y, buscar activamente la felicidad y bienestar.

De modo contrario, Mathew y Fanning (1999) citados en Steiner (2005), discuten que de acuerdo al sentir del individuo consigo mismo afecta de manera decisiva todos los aspectos de

su experiencia, arruinando la forma como se desempeña en el trabajo, el amor, la familia o el sexo, de ahí que la importancia de la autoestima radica en un buen funcionamiento en el proceso de vivir.

Braden (1993; en Papalia y Feldman, 2012), dice que “aparte de los problemas biológicos, no existe una sola dificultad psicológica que no esté ligada a la autoestima deficiente: depresión, angustia, miedo a la intimidad, miedo al éxito, abuso del alcohol, drogadicción, bajo rendimiento escolar, inmadurez emocional, suicidio, entre otros. Es por ello que la importancia de la autoestima también radica en el correcto equilibrio emocional.

5.3. Dimensiones de la autoestima

Coopersmith (1996; citado en Steiner, 2005) refiere que los individuos manifiestan formas diversas y niveles perceptivos relacionados al patrón de acercamiento y respuesta a los estímulos ambientales. Debido a esto, la autoestima presenta dimensiones que se enfocan en su amplitud y radio de acción. Esas dimensiones son:

- Autoestima personal (sí mismo): Donde el individuo se realiza una evaluación con respecto a sí mismo, con respecto a su imagen corporal y cualidades personales, tomando en cuenta su capacidad, productividad, importancia y dignidad, todo ello para elaborar un juicio personal expresado en actitudes hacia sí mismo.
- Autoestima en el área académica: esta gira en torno al juicio personal sobre la evaluación del desempeño en el contexto escolar, tomando en cuenta sus capacidades, habilidades y actitudes frente al estudio.
- Autoestima en el área familiar: esta evaluación la realiza el individuo con respecto a sí mismo y la relación con la interacción que mantiene con los miembros del grupo familiar, valorando sus capacidades de comunicarse y expresarse.
- Autoestima en el área social: esta dimensión implica la evaluación que el sujeto realiza de sí mismo, de sentirse aceptado y de pertenecer a un grupo en la sociedad. Esta evaluación también involucra su capacidad de relacionarse con los demás miembros de la sociedad.

5.4. Niveles de la autoestima

Coopersmith clasifica a la autoestima en tres niveles: alta, media y baja (citado en Steiner, 2005), expresadas de esa forma porque los individuos vivencian los mismos acontecimientos

de manera diferente debido a que sus expectativas, reacciones afectivas y autoconcepto sobre el futuro son diferentes.

- Así entonces, este autor define el nivel de autoestima alta donde las personas son más independientes, activas, expresivas y con un buen nivel de éxitos sociales y académicos. También son más autónomas y defienden los derechos y opiniones propios. En este nivel de autoestima, los individuos reconocen sus propias limitaciones y son capaces de percibir situaciones con mayor exactitud y realismo ante los retos que la vida exige. Estas personas presentan una baja destructividad al inicio de la niñez, les perturban los sentimientos de ansiedad, confían en sus propias percepciones y esperan que sus logros sean exitosos. Se relacionan con otros esperando ser bien aceptados y son populares entre las personas de su misma edad.
- En cuanto a la autoestima media, Coopersmith expresa que las personas con este tipo de autoestima presentan similitud a las que tienen alta autoestima, con la diferencia de que muestran conductas inadecuadas que reflejan dificultades en el autoconcepto. Estas personas manifiestan conductas positivas como ser optimistas y ser capaces de aceptar críticas, pero también presentan tendencia a sentirse inseguros en las estimaciones de su valor personal y en ocasiones dependen de la aceptación social.
- Así pues, en relación con la autoestima baja, ese mismo autor dice que las personas con autoestima baja sufren de una condición crónica de afecto negativo, especialmente sentimientos de inferioridad, falta de merecimiento, soledad e inseguridad. Estas personas caen en el rango de individuos que muestran tristeza, desánimo, depresión y aislamiento, se sienten poco atractivas e incapaces de expresarse y defenderse por temor a provocar enfado en los demás. También considera que son personas débiles para vencer sus deficiencias, permanecen aislados ante un grupo social determinado, son sensibles a la crítica, se preocupan por todos los problemas, no tienen amigos y se les dificulta entablar relaciones de amistad, no están seguros de sus ideas y dudan de sus habilidades considerando que las demás personas tienen mejores capacidades, habilidades e ideas.

En síntesis, de acuerdo a estos niveles, se puede decir que la autoestima está influenciada por el autoconcepto y que a mayor grado de autoestima mejor calidad de pensamientos y sentimientos y viceversa.

5.4. Componentes de la autoestima

García (2013), menciona que la autoestima tiene tres componentes:

- *Cognitivo*: Formado por el conjunto de conocimientos sobre uno mismo. Este componente en lo que cada uno se forma de acerca de su propia persona, y que va cambiando con la madurez psicológica y la capacidad cognitiva.
- *Afectivo*: Tiene que ver con el sentimiento de valor que nos atribuimos y el grado en que nos aceptamos.
- *Conductual*: Es la autoafirmación dirigida hacia el propio yo. Está relacionado con tensión, intención, y decisión de actuar, de llevar a la práctica un proceso coherente.

Estos componentes de la autoestima se ven representados en el individuo por la presencia de las siguientes características (Pérez y Vaca, 2007; Aguayo, 2017; Navarro, 2009):

- *Seguridad*: es una característica de la autoestima sana, permite a la persona demostrar su independencia y autonomía, es decir, una persona segura no necesita de la aprobación constante de los otros para tomar decisiones o sentirse bien. se sienten capaces de sobrepasar ellos solos cualquier situación confiando en sus habilidades y capacidades.
- *Autorrespeto*: Se entiende por autorrespeto como aquella capacidad de valorarse a sí mismo, una persona que se respeta es capaz de expresarse y manejarse de forma completa, tomar mejores decisiones, así como valorar aquello que lo hace sentir orgulloso de sí mismo en cualquier sentido.
- *Autoconocimiento*: es aquel conocimiento que tenemos sobre nosotros mismos, el cómo nos identificamos y nos evaluamos. El autoconcepto se construye desde el momento en el que nacemos a través de la interacción con nuestra familia y los que nos rodean, son estas relaciones las que van desarrollando la percepción de sí mismos ante los demás.

5.5. Características de las personas con autoestima alta, media y baja.

La autoestima puede percibirse de maneras distintas y de acuerdo a su clasificación (positiva o negativa), así que de acuerdo con Basagre (1999; en Calderón, Mejía y Murillo 2014), este

constructo, en el nivel positivo se caracteriza porque las personas son cariñosas y colaboradoras, poseen un elevado sentido de confianza en sí mismos para iniciar actividades y retos, establecen sus propios retos, son curiosos, hacen preguntas e investigan, están ansiosas por experimentar cosas nuevas, describen de manera positiva y se muestran orgullosos de sus trabajos y logros, se sienten cómodos con los cambios, pueden manejar la crítica y la burla, aprenden con facilidad y perseveran ante las frustraciones.

En cambio, aquellas personas con baja autoestima se caracterizan por carecer de confianza, no confiar en sus ideas, no mostrar curiosidad e interés, prefieren rezagarse antes de participar, se retiran y se sienten alejados de los demás, se describen en términos negativos, sus trabajos son una carga y no se sienten orgullosos de él, no perseveran ante las frustraciones (Calderón, Mejía y Murillo, 2014).

En cuanto a las personas con autoestima media, presentan posibilidad de poca tolerancia al rechazo, están más dispuestas al fracaso, suelen evitar situaciones en que pueden ser consideradas personas competentes o merecedoras, huyen ante la posibilidad de cambio (aunque el cambio sea para mejorar) y se alejan de las nuevas situaciones que implican el desarrollo de ciertas habilidades ya que no se consideran buenas para eso.

5.5. Factores de la autoestima

De acuerdo a la Biblioteca Práctica de Comunicación (2002; en Panesso y Arango, 2017), comentan que los factores que influyen en el desarrollo personal y que, además, se relacionan con algo positivo o negativo son:

- Vinculación. Se refiere a la necesidad de relacionarse con otros para sentirse parte de algo; ya sea en el ambiente familiar, social, educativo o laboral.
- Singularidad. Esta hace referencia al sentimiento de individualidad e independencia, sin importar las características que tenga con otras personas, ya sean hermanos, amigos o sólo conocidos. Este factor involucra que la persona disponga de un lugar en el cual pueda expresarse a su manera sin sobrepasar a los demás.
- Poder. Este factor involucra las creencias que tiene la persona sobre su potencial, la convicción de que puede lograr con éxito lo que se propone. También se relaciona con el control que ejerce sobre sí mismo en diferentes situaciones.

- Pautas/modelos a seguir. Aquí, se manifiestan los patrones éticos, los valores, los hábitos y las creencias que haya establecido una persona, desde la infancia con las figuras de apego. Este factor representa una transferencia de patrones.

5.6. Desarrollo de la autoestima

Otro aspecto particular que se presenta en la autoestima, es el proceso de desarrollo de ésta en el individuo a lo largo de la vida. En la investigación de “La Autoestima, proceso humano” de Katherin Panesso y María Janeth Arango, se cita que la autoestima es el inicio para que los individuos gocen de una vida autónoma y responsable desde la infancia. El proceso de autoestima gira en torno a un desarrollo progresivo y transversal, de acuerdo a cada etapa de vida (Biblioteca Práctica de Comunicación, 2002; en Panesso y Arango, 2017). Este desarrollo se describe así:

- Etapa del sí mismo primitivo. Surge en el nacimiento y se extiende hasta aproximadamente los dos años de vida. Aquí el niño crea una relación con su figura cuidadora, que la mayoría de las veces es la madre. En el transcurso de los meses, el infante va diferenciándose de los demás y haciéndose autoconsciente de sí. Reconoce su reflejo en el espejo y le nace una percepción propia. Entiende que él y su madre son dos entidades diferentes, pero está consciente de que es ella quien cuida sus necesidades.
- Etapa del sí mismo exterior. Esta se presenta de los 2 y hasta los 12 años aproximadamente. Esta etapa es la más importante y decisiva para la estructuración de la autoestima, porque aquí se generan vivencias de las experiencias de éxito y de fracaso y surge la retroalimentación de las mismas por parte de sus padres; dicha retroalimentación es la que le proporcionará al individuo una imagen positiva o negativa de sí mismo. Entre los 8 y los 9 años de edad comienza la definición personal, en la que se hacen más evidentes los sentimientos de orgullo o de vergüenza basándose en algunos rasgos psicológicos que ya logra identificar de sí y que los otros perciben de él. En este periodo, los sentimientos que se establecen son difícilmente modificables en edades posteriores, por lo que es muy importante que quienes educan al niño sepan manejar adecuadamente los castigos y refuerzos que imparten a sus hijos y, que a su vez estos adultos tengan una autoestima elevada, puesto que serán los primeros modelos a seguir de sus hijos.
- Etapa del sí mismo interior. Esta última etapa se desarrolla a partir de los 12 años en adelante. Aquí empieza la búsqueda y definición de la identidad propia. Este proceso

inicia con la respuesta a la pregunta: ¿quién soy? En el transcurso de esta identificación-diferenciación que tiene el adolescente, van surgiendo cambios cognitivos en relación del pensamiento crítico que afectan el autoconcepto, puesto que aún este es moldeable y vulnerable al cuestionamiento personal y la crítica social. Además, el individuo se va haciendo más consciente de los efectos que tiene su forma de actuar en el medio que lo rodea, debido a que los otros se convierten en un espejo (a veces distorsionado) que le devuelven la información que de él perciben.

Como puede percibirse, el desarrollo de la autoestima se genera desde los primeros años de vida y se concreta en el periodo de la adolescencia, de tal forma que se busca la identidad personal y con ello, la valoración de uno mismo y del contexto donde se desenvuelve el individuo.

5.7. La autoestima y las investigaciones en relación con la violación.

La autoestima puede verse afectada en cualquier época de la vida, por cualquier motivo o factor; el hecho de enfrentar circunstancias vitales diversas (sean positivas o negativas) indican que la vida emocional y afectiva son influidas por los eventos que enfrentan las personas (Barreto, 2006).

Ahora bien, un estudio realizado en Ecuador por Marilú Ganchozo (2015), encontró que tomando en cuenta que su estudio se realizó en víctimas recientes de abuso sexual, que la baja autoestima es común como consecuencia a corto plazo en víctimas de abuso sexual. Además, con su estudio dedujo que la población adolescente, víctimas de este acto, presenta un menor apego hacia a pares, tiene temor al hablar con otras personas, presenta dificultad para expresar emociones, se sienten fracasadas e inútiles o que no son buenas para nada, y también son propensas a la timidez y a la falta de iniciativa; todas ellas características de un autoestima baja que también inciden en el deterioro en el área cognitiva, social, moral y emocional, lo que indica que podrían gestarse trastornos psicopatológicos.

El estudio de Ganchozo (2015) recomienda el fortalecimiento de la autoestima a través de técnicas psicoterapéuticas como el psicodrama, la terapia centrada en el cliente o bien a través de grupos de encuentro que permitan la prevención de conductas de riesgo y que a su vez favorezcan el sentimiento de bienestar personal y el desarrollo de la capacidad para identificar y expresar emociones. También considera importante evaluar el estado psíquico a través de

instrumentos de autoestima validados como son la escala de autoestima de Rosenberg o el inventario de autoestima de Coopersmith.

En este sentido, en Brasil, Carneiro, Teodoro y Chicone (2006), realizaron un estudio cualitativo cuyo tema fue “Autoestima en mujeres que sufrieron violencias”, con el objeto de aumentar la autoestima de esas mujeres a través de grupos de apoyo y de sensibilizar a los profesionales que las asisten. Estas autoras utilizaron técnicas de Programación Neurolingüísticas para evidenciar experiencias vividas, favoreciendo así nueva lectura y minimización de los factores que ocasionaron la baja autoestima generadas, especialmente por una violación. Los resultados evidenciaron que el trabajo grupal entre asistentes y víctimas, se tradujo en un retorno a la vida normal y la reconstrucción de la autoestima, tanto para víctimas como para los profesionales que las asisten.

CAPÍTULO 6. Terapia Cognitivo Conductual

6.1. Bases teóricas y metodológicas de la terapia

En el siglo pasado, a mediados de los años cincuenta, surge la terapia de la conducta en el ámbito de los tratamientos psicológicos, como una alternativa radical a las psicoterapias que invadieron la época. Esta terapia se basa en la idea de que la conducta es aprendida y por lo tanto puede modificarse a través de principios del aprendizaje, y por tal motivo, en lugar de indagar los posibles conflictos y sus estructuras subyacentes, se registra la conducta observable y el ambiente en el cual se produce. Los terapeutas conductuales desarrollaron para llevar a cabo el análisis de la conducta observable, un proceso de evaluación conductual, y concibieron la terapia como un método empírico y fundamentado en la metodología experimental propia de la investigación científica (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

A partir de la existencia de la TC, han surgido algunas controversias que se relacionan con el papel de las variables cognitivas, así como su naturaleza y medida, siendo estos aspectos los impulsores para crear paradigmas epistemológicos que cuestionan el método, y que a su manera han sido los responsables del proceso de transformación de la TC hasta nuestros días.

Las autoras Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), señalan que algunos de los representantes más acreditados de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) argumentan que ésta debe considerarse como una conglomeración de técnicas eficaces, sin pertenecer necesariamente a ningún modelo terapéutico. También señalan que los cuatro rasgos obvios de la TCC en la actualidad, se engloban de la siguiente manera: 1.- La TCC centra su atención en respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas de orden aprendido; por lo tanto, se pueden controlar. Esta terapia considera que el individuo tiene responsabilidad en los procesos que le afectan y puede ejercer control sobre ellos. 2.- La TCC cuenta con técnicas y programas específicos para diferentes problemas y trastornos (dado que se trata de un ámbito de mejora de la salud) que pueden aplicarse por tiempo limitado. 3.- La TCC tiene en general una naturaleza educativa que puede ser más o menos explícita. La mayor parte los procedimientos cuentan con módulos educativos, además de la conceptualización inicial del terapeuta sobre el problema y la lógica del tratamiento. 4.- La TCC, en esencia posee un aspecto auto-evaluador a través del proceso con continua referencia a la metodología experimental y énfasis en la validación empírica de los tratamientos, haciendo estas características heredadas de la adopción del conductismo metodológico como eje principal de identidad de la TCC.

Ahora bien, en la larga historia de intentos por ayudar a las personas a solucionar problemas conductuales se utilizaron técnicas similares a las que se usan en la TCC. Así los fundamentos de esta teoría son los provenientes de la Reflexología Rusa y Condicionamiento Clásico de Pavlov, el Conexionismo de Thorndike, el Conductismo de Watson, el Neoconductismo representado por Guthrie, Hull, Toldman y Mowrer, el Condicionamiento Operante de Skinner, hasta llegar al Aprendizaje Social de Bandura. A continuación se resumen cada uno de estos antecedentes de la Terapia Cognitivo Conductual.

Los estudios sobre condicionamiento clásico de Pavlov, fueron para la terapia de la conducta, una influencia decisiva desde el punto de vista conceptual y metodológico, surgiendo así el primer paradigma experimental para el estudio de la respuesta de ansiedad. La importancia de los estudios de Pavlov radica en la demostración de que el condicionamiento experimental podía producir respuestas neuróticas, y que la aplicación sistemática del contra-condicionamiento podía eliminarlas.

Simultáneamente, la ley del efecto de Thorndike señala que las respuestas seguidas de satisfacción quedan relacionadas a la situación, de tal forma que se incrementa su posibilidad de ocurrencia en la misma situación. Esa ley del efecto propuso la base para el desarrollo de los principios básicos de condicionamiento operante de Skinner.

En cuanto al neoconductismo mediacional introdujo variables encubiertas mediadoras del comportamiento en sus modelos de conducta. En el caso de las aportaciones de Skinner con su condicionamiento operante, introdujo el análisis experimental de la conducta, lo que centra las relaciones entre el comportamiento y los estímulos ambientales. La aplicación de ese análisis experimental de la conducta a problemas relevantes recibió el nombre de análisis conductual aplicado.

En la misma línea, se presenta la teoría del aprendizaje social de Bandura, que es la fundamentación cognitiva en TC. De esta teoría surge el aprendizaje vicario que es la base de los procedimientos de modelado. En tanto, la terapia cognitiva se desarrolló a través de tres generaciones. En la primera surgen los procesos terapéuticos que derivan de los principios clásico y operante. En la segunda generación se vuelven relevantes las variables cognitivas en los modelos de comportamiento y por acercamientos terapéuticos que las convierten en el foco de intervención. Para la tercera generación surgen las perspectivas terapéuticas constructivistas y contextuales.

Como precisión, la utilidad de la terapia cognitivo conductual radica en que es una herramienta que ayuda a cambiar la forma en cómo piensa un sujeto (cognición), y cómo actúa ante ciertas situaciones o circunstancias (conducta); ya que ésta desmenuza problemas, desde lo más sencillos hasta los más complejos, lo que le permite analizar cada sección, conectarlas entre sí y comprender la afectación total para finalmente elaborar un tratamiento de intervención basado en pensamientos, emociones, sensaciones y comportamientos, que apoye en la solución del problema.

6.2. Áreas de impacto

La terapia cognitiva conductual se utiliza para tratar una amplia gama de problemas. Con frecuencia es el tipo preferido de psicoterapia porque puede ayudarte rápidamente a identificar y afrontar desafíos específicos. Generalmente requiere menos sesiones que los otros tipos de terapia y se realiza de forma estructurada.

La terapia cognitiva conductual es una herramienta útil para abordar desafíos emocionales. Por ejemplo, puede ayudarte a lo siguiente:

- Controlar los síntomas de enfermedad mental
- Prevenir recaídas de síntomas de enfermedad mental
- Tratar una enfermedad mental cuando los medicamentos no son una buena opción
- Aprender técnicas para lidiar con situaciones estresantes de la vida
- Identificar formas de controlar las emociones
- Solucionar conflictos en las relaciones y aprender mejores formas para comunicarse
- Afrontar el dolor o las pérdidas
- Superar traumas emocionales relacionados con el maltrato o la violencia
- Afrontar una enfermedad médica
- Controlar los síntomas físicos crónicos

De acuerdo al Royal College of Psychiatrists (2009), los trastornos de salud mental que podrían mejorar con terapia cognitiva conductual incluyen:

- Depresión

- Trastornos de ansiedad
- Fobias
- Trastorno de estrés postraumático
- Trastornos del sueño
- Trastornos de alimentación
- Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)
- Trastornos de consumo de drogas
- Trastornos bipolares
- Esquizofrenia
- Trastornos sexuales

En algunos casos, la terapia cognitiva conductual es más efectiva cuando se combina con otros tratamientos, como antidepresivos u otros medicamentos.

6.3. Impacto en el autoconcepto y la autoestima

En el 2018, Ramos-Díaz, Axpe, Fernández Lasarte y Jiménez-Jiménez evaluaron una intervención cognitivo-conductual dirigida a mejorar el autoconcepto de una adolescente de 16 años quien sufrió maltrato emocional. El tratamiento cognitivo-conductual dirigido a mejorar el autoconcepto de la paciente se realizó mediante terapia cognitiva-conductual, basada principalmente en técnicas de auto-observación y reestructuración cognitiva-conductual, entrenamiento de habilidades sociales y solución de problemas. También se utilizaron técnicas dirigidas a promover la autoaceptación y la consolidación de puntos fuertes de la autoestima o autoconcepto. Los objetivos de esta intervención fueron la mejora del autoconcepto y del bienestar psicológico de una adolescente de 16 años víctima de maltrato infantil. Con base en los resultados obtenidos este tratamiento permitió cumplir esos objetivos, logrando que la paciente mejorara sus puntuaciones en el autoconcepto familiar, emocional y físico. También se logró una disminución de síntomas psicopatológicos detectados al inicio del tratamiento.

Otro de los trabajos de investigación que sustentan la TCC relacionada con el autoconcepto fue realizado por Castro de Valerio (2016), cuyo propósito fue determinar el efecto de un programa de reestructuración cognitivo conductual en el autoconcepto del adolescente. El programa estuvo estructurado en tres módulos: 1) Interpretando cogniciones en el autoconcepto; 2) Analizando las emociones; 3) Acción y ejecución. Este trabajo concluyó que la carencia de

afecto y amor derivado de las relaciones disfuncionales en el hogar provocan perturbaciones en la personalidad. Por su parte, la efectividad del programa se reflejó en el cambio del autoconcepto de los adolescentes, lo que provocó un incremento en su desarrollo personal, autoaceptación, motivación y cambio de actitud de manera armónica y equilibrada centrada en las potencialidades y dones de los adolescentes que participaron en ese programa.

6.4. Impacto que ha tenido en casos de violación sexual.

En una investigación llevada a cabo por Habigzang, Gomes y Maciel (2019), realizada con 4 mujeres con historia de violencia conyugal y el cual el proceso terapéutico fue descrito usando técnicas y recortes clínicos provenientes de los registros de las sesiones y cuyos síntomas fueron evaluados antes y después de la intervención. Los resultados evidencian que las técnicas de la TCC fueron adecuadas para la disminución de los síntomas., corroborando la efectividad del protocolo de este tipo de terapia.

En relación al tema, en una investigación colombiana realizada por Cáceres-Ortiz, Labrador-Encinas, Ardila-Mantilla y Parada-Ortiz (2011), se evaluó la efectividad de un tratamiento psicológico centrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia de pareja. La muestra estuvo definida por mujeres 73 mujeres con diagnóstico de TEPT, de menos de 40 años provenientes de un estrato sociocultural medio bajo, siendo la mayoría amas de casa o con trabajos inestables y mal remunerados.

Además, se evidencio que las víctimas habían sufrido violencia sexual, psicológica y física, siendo la sexual con mayor porcentaje de abuso.

Este trabajo estuvo dividido en tres fases: 1) evaluación (para medir características y consecuencia); 2) tratamiento (realizado en ocho sesiones resaltando la psicoeducación, activación, terapia cognitiva y exposición); 3) seguimiento (uno, tres y seis meses). Los resultados de esta intervención mostraron una mejoría en la sintomatología, incluida la autoestima.

Por su parte, los chilenos Cristóbal Guerra y Paulina Barrera (2017), en su investigación titulada “Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la Terapia Cognitivo Conductual centrada en el trauma”, realizaron un programa de tratamiento diseñado para adolescentes que fueron víctimas de abuso sexual, cuyos resultados de la evaluación indican

que su protocolo piloto de psicoterapia fue muy alentador con respecto a la posibilidad de trabajar con adolescentes. La principal adaptación que realizaron estuvo relacionada directamente con el intento de reducir la victimización producida en el proceso judicial chileno, donde se requiere que la víctima realice, en reiteradas ocasiones, una narrativa del trauma. Se menciona que la victimización disminuye la confianza sexualmente y que aquí la terapia forma parte. Enfatizan que por esta razón es necesario construir una alianza terapéutica antes de comenzar a profundizar en los recuerdos traumáticos.

En este sentido, Nancy Guajardo y Blanca Cavazos (2013), en su investigación “Intervención centrada en soluciones cognitivo conductual en un caso de violencia en el noviazgo”, refieren que en la actualidad la población de mujeres adolescentes víctimas de abuso sexual o violencia durante el noviazgo reportan afectación psicológica, emocional y social. En el caso que ellas enfocaron describen situación de una mujer joven que estudia y trabaja y que presenta problemáticas en ambas áreas, además de no poder establecer comunicación con hombres. Al momento de la entrevista la paciente refiere haber sido víctima de abuso sexual y violencia física por parte de su ex pareja. Para dar seguimiento y solución al problema, se utilizó el modelo de intervención centrado en soluciones cognitivo conductual para la evaluación de la situación y las diversas intenciones. Los objetivos de esta investigación fueron: a) superar y aprender de su relación de noviazgo anterior; b) aumentar su seguridad personal y autoestima, c) Mejorar la relación con su padre. Todo ello permitió hacer cambios favorables en los patrones cognitivos, conductuales e interacciones de la paciente logrando aumentar su salud psicológica. Las autoras concluyen que el modelo de terapia breve orientado en soluciones cognitivo conductual resulta muy eficaz en la intervención con mujeres que han sido violentadas en el noviazgo.

SEGUNDA PARTE.

CAPÍTULO 7. Método

7.1. Justificación

La violencia sexual, incluidas las relaciones sexuales forzadas o violaciones, son un tema que provoca preocupación por la situación traumática que genera ese hecho y más aún, por el futuro que pueden vivir las víctimas. Este tema proporciona un mayor impacto cuando las víctimas son infantes. Hasta hace apenas unas décadas, se le empezó a dar mayor importancia al tema sobre el abuso sexual infantil.

Durante la infancia se manifiesta un alto nivel de vulnerabilidad debido a la inmadurez psicológica, física, cognitiva y sexual. Los niños se encuentran en una etapa de total desarrollo y aprendizaje. En este periodo, la falta de raciocinio acerca de su vida sexual, y de muchos otros temas en general, puede generar una incapacidad para resistirse a la violencia sexual y en otros casos no pueden revelarlo porque se encuentran tan perturbados o desorientados por tal situación. Pasado el tiempo, se podría pensar que 30 o 40 años después del hecho traumático vivido, la violación ha quedado en el olvido, pero ese hecho ha dejado una huella en la mujer que la padeció, distorsionando su estilo de vida por las secuelas emocionales y psicológicas que esa situación marca.

Como es sabido, vivimos en una sociedad marcada fuertemente por las costumbres y tradiciones, y que por el hecho de ser mujer, hemos sido limitadas en muchos aspectos de la vida, desde cómo pensar hasta lo que deberíamos sentir. En este sentido, las víctimas de violación han crecido en un ambiente de inseguridad y en muchas ocasiones no logran la felicidad, aspectos que se reflejan en un sentimiento de desvalorización frente al amor propio, la confianza y el respeto, y que afecta notablemente la autoestima y el autoconcepto que forma parte de una identidad. Las mujeres en esa situación, necesitan reajustar sus deseos y manera de ver y enfrentar la vida, encontrar el amor propio, deshacerse de la vergüenza y la humillación, acrecentar su autoestima y revalorarse como persona para tener un mejor autoconcepto, o adquirir un mejor autoconcepto para incrementar la autoestima. Entonces, tanto la autoestima como el autoconcepto apropiados deben ser parte de esa perspectiva personal positiva y real, que genere bienestar y capacidad de superación. Por esta razón es muy importante que se trabajen estos aspectos en este sector de la población.

Pues bien, conviene resaltar que tanto la autoestima como el autoconcepto son términos que enmarcan mucha importancia en la salud emocional y cognitiva de la persona, y que si éstos se afectan desde la infancia, las secuelas permanecen hasta la vida adulta.

En ese contexto, surge la inquietud por trabajar sobre la salud psicológica y emocional de las mujeres que han sufrido el trauma y cuyas consecuencias se presentan en diferentes etapas, tanto en la vida personal como familiar.

Dentro de la psicología, el apoyo a través del modelo cognitivo conductual puede ser una valiosa herramienta para gestionar a las víctimas de tal situación. En tal caso, habrá que proporcionar un programa de tratamiento basado en la terapia cognitivo conductual enfocado en la autoestima y autoimagen como medio para ayudar a las víctimas de violación sexual, ocurrida en la niñez, para que esas mujeres sean aptas de poder entender, disfrutar y vivir a través de un empoderamiento personal y de potencializar de sus capacidades y habilidades.

La población a la que está dirigida este proyecto son mujeres en edad madura que hayan sufrido una violación en la infancia. Elegí este sector ya que considero prioridad el manejo de sus emociones durante el trauma generado en esa situación. Esta intervención está enfocada específicamente con un estudio de caso, ya que la paciente sufrió esos abusos sexuales agravados y su autoestima y autoconcepto están afectados por la problemática.

7.2. Planteamiento del problema

El abuso sexual infantil, incluidas las violaciones, es un grave problema social así como de salud pública. Esta situación se ha mantenido oculta como un tema tabú que influye en el adecuado desarrollo de la víctima, repercutiendo negativamente en su vida.

Apenas hace unas dos décadas, el tema de abuso sexual infantil ha generado interés entre la comunidad científica debido a sus consecuencias a corto y largo plazo (Cantón y Justicia, 2008).

Es así que en 2019, la ONU, en el marco Internacional de la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres y la Campaña Únete para poner fin a la Violencia contra las Mujeres y las Niñas, a través de un comunicado de prensa señaló que en México, y en resto del mundo, un problema de carácter preocupante es el que se suscita cuando una niña o una mujer ha sufrido un trauma por haber sido abusada sexualmente. Este es el panorama en México, y de acuerdo

con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas en 2016, 8 de cada 10 delitos sexuales son en contra de mujeres (CEAV, 2016). Y en un boletín emitido por la Organización de las Naciones Unidas, en el 2018, mencionó que 40.303 mujeres mexicanas fueron víctimas de violación y que 4 de cada 10 delitos sexuales fueron cometidos en personas menores de edad (ONU, 2019). Por si esto fuera poco, para el 2019, de acuerdo con estudios realizados por la OCDE, México ocupa el primer lugar en abuso sexual infantil con 5.4 millones de casos por año (Senado de la República, 2019). Estas cifras evidencian que la infancia está expuesta al abuso sexual en cualquier contexto en el que se desarrolle, ya sea en la escuela, en las instituciones de cualquier índole, en la comunidad y hasta en el propio ambiente familiar.

Es importante esclarecer que la violencia sexual se manifiesta en diferentes aspectos y bajo ciertas circunstancias, y para ello deben tomarse en cuenta la frecuencia del abuso, la relación de la víctima con el agresor, y si hubo o no consentimiento por parte del infante (Cantón y Cortés, 2015).

También es de carácter trascendente establecer factores de riesgo que están relacionados con el infante: su edad y su género, el aspecto físico, los canales afectivos, su capacidad física, motora, cognitiva. Hay que valorar también, aquellos factores que influyen de manera indirecta como lo son las familiares que conviven con el infante, carencia de afecto entre los padres, los métodos disciplinarios, el aislamiento social, su estatus socioeconómico, entre otros (Acuña, 2014). Independientemente de los aspectos y factores, las agresiones de carácter sexual que se llevan a cabo en infantes vulneran su integridad física, psicológica y emocional.

La directora de la fundación para la Prevención del Abuso Infantil, cita que el 75% de los casos de abuso sexual infantil son perpetrados por un familiar o personas cercanos a los infantes, y que el 70% de abusos sexuales se comenten en casa (Preza, 2020).

Por su parte, Solari (2018), publica que la relación entre abusador y abusado está encubierto de una forma de amor y sufrimiento, debido a que el agresor es una persona muy cercana a los infantes y que, en un supuesto, esa persona debe cuidarlos y protegerlos. Entonces los pequeños, víctimas de las violaciones, manifiestan confusión porque la misma persona los procura y abusa de ellos, lo que genera un silencio que hace difícil reconocer la situación (p. 64).

En relación al tema, Echeburúa y Corral (2006), mencionan que no es fácil visualizar la procedencia del problema de abuso sexual, ya que ocurre habitualmente en el contexto

familiar, y debido a ello, es más complicado destacar la incidencia. También cita que en la mayoría de los casos de abuso sexual (entre el 65 y 85%), son perpetrados por familiares, manifestándose un caso de incesto; o bien por personas de cercanía a la víctima, como son los profesores, instructores o cuidadores, etc. Esos abusadores sexuales muestran una tendencia de elegir infantes que menos resistencia pongan y que se encuentren más disponibles. Ahora bien, las agresiones sexuales agravadas en niñas se perpetran al tiempo del proceso de su propio desarrollo, es decir, se llevan a cabo en la construcción de su propia identidad.

Otro de los factores que influyen gravemente en los abusos sexuales está relacionado con el hacinamiento. Daniel Blancas Madrigal (2015), cita que instituciones como la Secretaría de Gobernación, la Procuraduría General de la República, o la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, no tienen un registro de la cantidad real de mujeres que sufren abuso sexual o violación por su condición de hacinamiento.

En relación al abuso sexual y el hacinamiento, una investigación realizada en la comunidad de Ambato, Ecuador, señaló que los indicadores que más influyen en este tema, es que en la mayor cantidad de viviendas no cuentan con una habitación individual por persona, entonces hay dos camas por habitación o los habitantes se comparten la cama. En tanto, en esos hogares viven además de los padres y hermanos, tíos, primos, abuelos y otros miembros de la familia, lo que provoca un hacinamiento familiar (Paucar, 2014). Por tanto, es muy importante puntualizar que esta condición pone de manifiesto que la infancia es sumamente vulnerable bajo estas circunstancias. Por otro lado, una vez que existió una violación hacia una niña, ésta crece con miedo, humillación, culpa y vergüenza. Estas consecuencias pueden perdurar hasta la vida adulta (Pereda y Gallardo-Pujol, 2011). A corto plazo, las afectaciones son negativas para el buen desarrollo psicológico de las niñas, y en general pueden presentar reacciones de ansiedad así como depresión. Las problemáticas que dejan estos abusos durante la infancia se proyectan en al menos el 30% de las víctimas en su etapa adulta, generando secuelas físicas, conductuales, emocionales, sexuales y sociales. A largo plazo, esas consecuencias pueden ser más inciertas, pero se reflejan en las alteraciones del ámbito sexual, provocando depresión y trastorno de estrés postraumático, así como un inadecuado manejo de la ira canalizada en formas de conductas autodestructivas (Echeburúa y Corral, 2006).

Los sentimientos de vergüenza, culpa, la descalificación social y la vida sin sentido con los que cargan las mujeres, desde la niñez hasta la vida adulta, las mantiene en un abismal silencio, mismo que prolonga el apoyo adecuado; empero resulta complicado desmenuzar la causa de

toda esa negatividad, haciendo casi imposible proporcionar un adecuado tratamiento psicológico que logre “normalizar”, de alguna manera su forma de vivir. Ferreira (2003), comenta que los síntomas psicológicos de los niños que han sufrido abuso sexual, sufren aislamiento, mal humor, depresión y potencial baja autoestima (p. 16 y 28). Estos sentimientos negativos perturban la percepción de estas víctimas; afectan su forma de ser, de pensar, de sentir y de actuar; percepciones tales que se manifiestan en una baja autoestima; en este contexto, David Cantón y Fernando Justicia (2008), en su estudio realizado acerca del abuso sexual infantil comentan que las secuelas desde la infancia hasta la etapa adulta, de ese acto se expresan en índole psicológico, conductual y social, y se manifiestan en depresión y la baja autoestima, entre otros (p. 509).

Por su parte, Noemí Pereda Beltrán (2010)², cita que dentro de las consecuencias emocionales que sufren las víctimas adultas tras haber sufrido abuso sexual durante la infancia, se encuentran, los trastornos depresivos y la baja autoestima (p. 192).

Las teorías psicológicas resaltan que el autoconcepto es fundamental en el desarrollo de la personalidad, por lo tanto, un autoconcepto positivo es la base de un ser humano funcional en cualquier ámbito y se refleja en la satisfacción personal (Esnaola, Goñi y Madagaria, 2008). En este sentido, las relaciones del autoconcepto con otras variables afirman el vínculo entre la percepción de la dimensión personal del desarrollo y el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida (Goñi, 2009), entendiéndose que en tiempos actuales, el autoconcepto tiene una perspectiva multidimensional, y que se integra por dimensiones: académico/profesional, social, emocional, familiar y físico (García, Musitu, Riquelme y Riquelme, 2011). Si alguna de las dimensiones se altera, su relación integral con el autoconcepto también se verá afectada. Es por ello que Carrascosa, Cava y Buelga, (2016), señalan que se afecta de manera considerable el autoconcepto en víctimas de violencia, y que cuando esa violencia se presenta de manera frecuente, el autoconcepto sufre más daños; es este respecto, y de acuerdo con los autores, el abuso sexual en niños deja secuelas que afectan notablemente el autoconcepto.

Es debido a esta realidad, es que se plantea la necesidad de proporcionar a las mujeres víctimas de ese suceso, un tratamiento de intervención cognitivo conductual que reconstruya su situación emocional basado en modificar /mejorar su nivel de autoestima y autoconcepto.

La pregunta de investigación se formula de la siguiente manera: ¿Es útil el tratamiento cognitivo conductual para mejorar la autoestima y el autoconcepto de Victoria, afectados por el trauma de violación sexual sufrida en la niñez y parte de su adolescencia?

7.3. Objetivos.

7.3.1. Generales.

- Investigar las posibles afectaciones en la autoestima y el autoconcepto de una paciente ocasionadas por el trauma de una violación en la niñez y sus consecuencias en la vida adulta.
- Aplicar un tratamiento de psicoterapia breve con enfoque cognitivo conductual para mejorar la autoestima y el autoconcepto de Victoria, afectados por el trauma de violación en la niñez y parte de la adolescencia.

7.3.1. Específicos.

- Comprender la posible afectación en la autoestima y el autoconcepto del trauma generado por una violación en la niñez de Victoria.
- Identificar el impacto que tiene una violación sobre la autoestima y el autoconcepto en la vida adulta de una mujer, a través de una revisión teórica.
- Evaluar el posible nivel de afectaciones en la autoestima y autoconcepto de la paciente X.
- Aplicar técnicas desde la TREC para mejorar la autoestima a y el autoconcepto de la paciente X.
- Evaluar las mejoras en la autoestima y el autoconcepto de la paciente X.

7.4. Hipótesis

- H. 1. La violación sexual sufrida por Victoria durante la infancia y adolescencia, le generó un trauma que repercutió en su bajo autoconcepto y en su baja autoestima.
- H.2. El trauma de la violación sexual le ocasionó a Victoria dependencia emocional.

7.5. Variables

Variables dependientes: Autoconcepto, autoestima, dependencia emocional.

Variable independiente: Tratamiento.

7.5.1. Descripción conceptual del autoconcepto

Opinión personal sobre uno mismo. Imagen que cada quien construye sobre su propia persona.

7.5.2. Descripción conceptual de la autoestima

Concepto que cada persona se tiene acerca del amor propio.

7.5.3. Descripción operativa del autoconcepto

Valoración e integración de la información cognitiva derivada de las experiencias de la paciente y de las retroalimentaciones de los otros, que cobran significancia en el concepto personal del “yo”.

7.5.4. Descripción operativa de la autoestima.

Juicio de la valía emocional a través de la descripción de las percepciones de sí que la paciente presenta, derivadas del sentimiento/motivación.

7.6. Tipo de estudio.

Se realizó un estudio de caso, el cual surge por la necesidad de comprender una situación determinada dentro de un contexto espacio-tiempo particular. Este tipo de estudio busca entender cómo es que se desenvuelve en este caso específico la paciente X, en una situación particular. De aquí, que “la dinámica del proceso debe ser derivada a partir de la relación de un individuo concreto con una situación concreta” (Martínez, 2002).

7.7. Participante.

Mujer de 25 años de edad. Sin tratamiento farmacológico, ni diagnósticos médicos. Cuenta con escolaridad de licenciatura. Madre de un niño varón de 10 meses de edad. Nivel socio-económico bajo. Radica en Cuatitlán Izcalli, en el Estado de México. Se presenta al estudio por recomendación de un conocido mutuo, ya que sufrió un abuso sexual en la infancia y parte de la adolescencia. Comenta que debido al abuso sufrido siempre se ha sentido culpable, con miedo, vergüenza, frustración y menos que los demás. También se siente insegura y manifiesta dependencia emocional hacia el padre de su hijo.

7.8. Técnicas de recolección de información.

Los procesos e instrumentos utilizados en el abordaje y estudio de este caso, con los cuales se recopiló, examinó y analizó la información en este caso específico se describen a continuación:

7.8.1. Entrevista Clínica.

La entrevista se utilizó como instrumento para obtener información acerca del abuso sexual en el caso de Victoria. La entrevista estuvo estructurada en las siguientes secciones: datos personales, estructura familiar, historia familiar, historia personal (infancia y adolescencia), historia laboral, salud física, historia de vida sexual, estado de ánimo y motivo de consulta (de la agresión sexual y del autoconcepto y la autoestima).

7.8.2. Test de autoconcepto y forma (AF5).

Este test fue creado por García y Musitu (2014). Este es un modelo multidimensional basado en el modelo teórico de Shavelson, Hubner y Stanton. El cuestionario consta de 30 ítems (en su versión abreviada), y realiza la evaluación de cinco dimensiones del autoconcepto: académica/profesional, social, emocional, familiar y física.; y a su vez, cada dimensión consta de 5 subescalas con 6 ítems. Este test puede ser administrado de manera individual o grupal. El tiempo de administración es de aproximadamente 15 minutos. Se puntúa desde un valor de 1 (totalmente en desacuerdo) hasta el 99 (totalmente de acuerdo), así el cliente tiene una amplia variedad de respuestas.

Puntaje y calificaciones

Dada la construcción del test, cada subescala para cada dimensión está conformada por ciertos ítems. Las puntuaciones directas (PD), se calculan sumando las puntuaciones otorgadas por el paciente en cada uno de los ítems; así, en cada dimensión, la subescala corresponde a los siguientes ítems:

Académica/Profesional: $1+6+11+16+21+26 = \underline{\hspace{2cm}} / 60 = PD$

Social: $2+7+12+17+22+27 = \underline{\hspace{2cm}} / 60 = PD.$

Emocional: $600 - (3+8+13+18+23+28) = \underline{\hspace{2cm}} / 60 = PD.$

Familiar: $4+9+14+19+24+29 = \underline{\hspace{2cm}} / 60 = PD.$

Físico: $5+10+15+20+25+30 = \underline{\hspace{2cm}} / 60 = PD.$

Las preguntas 4, 12, 14 y 22 tienen una variable de 100-, por lo tanto, antes de realizar la operación correspondiente a la dimensión, se resta la puntuación otorgada por el paciente (por ejemplo, si el ítem 12 tiene una puntuación de 60, entonces se realiza la operación $100-60=40$, siendo el 40 el valor a tomar en cuenta).

Para obtener los centiles se utiliza una tabla donde se correlacionan las puntuaciones de cada dimensión y es así como se evalúan, de acuerdo a su sexo y edad.

7.8.3. Test de autoestima de Coopersmith.

Este inventario está compuesto por 25 ítems de elección dicotómica (Lara, Verduzco, Acevedo y Cortés, 1993), y mide 3 áreas: 1) Sí mismo general: hace referencia a las actitudes que presenta el sujeto frente a su autopercepción y propia experiencia valorativa sobre sus características físicas y psicológicas (13 reactivos); 2) Social: está constituido por ítems que refieren las actitudes del sujeto en el medio social (6 reactivos); 3) Familiar: representado por ítems que referencian las actitudes en el medio familiar (6 reactivos).

Puntaje y calificaciones.

El puntaje máximo es de 100 puntos. Cada respuesta vale un punto, asimismo un puntaje total de autoestima que resulta de la suma de los totales de las subescalas multiplicadas por 4. La calificación es un procedimiento directo. El sujeto debe responder de acuerdo a la identificación que se tenga o no con la afirmación en términos de Verdadero o Falso.

Los puntajes se obtienen haciendo uso de la clave de respuestas se procede a la calificación.

Así, la clave de respuesta es:

Ítems verdaderos: 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19, 20.

Ítems falsos: 2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25.

Y las subescalas:

- I. Sí mismo general (13 ítems): 1, 3, 4, 7, 10, 12, 13, 15, 18, 23, 24, 25.
- II. Social (6 ítems): 2, 5, 8, 14, 17, 21.
- III. Familiar (6 ítems): 6, 9, 11, 16, 20, 22.

Para las categorías de los intervalos de los niveles de autoestima:

De 0 a 24	Nivel de autoestima bajo.
25 a 49	Nivel de autoestima medio bajo.
50 a 74	Nivel de autoestima medio alto.
75 a 100	Nivel de autoestima alto.

7.9. Procedimiento.

La paciente pide atención de manera indirecta, ya que habla con un conocido mutuo y refiere querer participar en el estudio de caso, ya que ha sido violada en la infancia y adolescencia y presenta trauma por dicho evento. Se explora la situación y se le aplica la entrevista e

instrumentos que confirmen que es candidata para el estudio. Durante el proceso se le habló del propósito de la confidencialidad así como de los derechos y responsabilidades como paciente.

Una vez evaluados esos instrumentos y después de confirmar su estado, se establece junto con la paciente la posibilidad de trabajar su motivo de consulta en este espacio de trabajo de investigación empírica, y con ello el procedimiento a seguir, es decir, se plantean el día, la hora y la duración aproximada de las sesiones: 7 sesiones de aproximadamente 60 minutos cada una, que fueron llevadas a cabo los días jueves y domingo hasta completar el número total de ellas. Se llevó a cabo una psicoterapia breve cognitivo conductual enfocada en la Terapia Racional Emotiva Cognitiva propuesta por Ellis. El espacio terapéutico de estas sesiones fue de carácter virtual, y se trabajó mediante la plataforma Zoom, y a petición de la paciente se realizó con cámara cerrada. El horario que se acordó para realizar las sesiones fue a las 9:00 p.m., los días antes mencionados.

El trabajo fue realizado bajo supervisión de una profesional del área.

TERCERA PARTE.

ESTUDIO DE CASO

8.1. Historia clínica de la paciente.

Victoria Zúñiga, mujer de 25 años de edad, mexicana, madre soltera, con estudios universitarios. Su bebé tiene 10 meses de edad. Profesa la religión católica y actualmente trabaja como inspector de calidad en una empresa de alimentos. Es la menor de dos hermanas.

Victoria se presenta a la entrevista con vestimenta informal, viste jeans de mezclilla, una blusa muy ancha de manga larga, zapatos tenis. Tiene cabello lacio castaño que no se molestó en peinar. Se ve limpia pero descuidada en cuanto a su apariencia. Es una mujer de complexión normal (aunque ella se describe como gordita), estatura promedio, de piel apiñonada, ojos y cabello castaños.

La paciente nació en la CDMX el 05 de octubre de 1995. Su nivel socioeconómico es bajo. Vive con su bebé en un departamento por el cual paga renta, y que está ubicado en Cuautitlán Izcalli, Edo. de Mex.

8.2. Análisis del motivo de consulta.

Paciente que participa en el estudio de caso, y que manifestó que es una mujer que necesita ser amada, se considera un persona fea y poco inteligente, que ahora le cuesta mucho trabajo levantarse todas las mañanas, no tiene motivos para seguir adelante y las cosas que antes le gustaban (como mantener su casa limpia y en orden), ahora le parecen indiferentes. No cree que valga la pena seguir viviendo, pero lo hace porque su bebé la necesita. Se aleja y evita a las personas. Se siente muy insegura. Le gustaría ser más independiente ya que se le dificulta tomar decisiones. Manifiesta que quiere superar el trauma de haber sido violada por su padre y sentirse una mujer valorada y con alta autoestima.

8.3. Historia del problema.

Victoria manifestó que sus padres se conocieron en la termoeléctrica de Tula, donde el padre trabajaba como ingeniero y la madre como cocinera. Refiere que su padre fue víctima de maltrato infantil por parte de sus padres (abuelos de la paciente). Durante la infancia vivió con sus padres, pero la mamá era la encargada directa de su crianza, ya que el papá trabajaba la mayor parte del día.

La relación con sus padres no era muy buena, ya que su papá era muy estricto y les exigía muchísimo; en cuanto a la mamá, era una sumisa golpeada por el esposo y que no podía huir de casa porque debía permanecer por sus hijas. Los consejos de la madre fueron: tienes que aguantar las exigencias y golpes de tu padre. El papá gustaba del alcohol y el tabaco, hasta que enfermó de diabetes. La relación con su hermana (seis años mayor que la paciente), actualmente es buena, aunque no lo era durante la infancia. No hubo buena comunicación con su familia, ya que no tenía confianza ni con hermana ni con madre y a su papá le tenía mucho miedo.

En consideración de eventos especialmente traumáticos refiere abuso sexual agravado en contra suya y de la hermana; la diabetes del padre y la enfermedad del corazón de la madre. Ambos progenitores fallecieron debido a sus enfermedades.

La paciente se describe como una niña con miedo, no podía pedir permiso en la escuela para salir al baño, por lo que se orinaba en el aula. Su habitación era el lugar más seguro donde pasaba la mayor parte del tiempo. Fue disciplinada mediante la violencia paterna. El trato entre

hermanas fue distinto, ya que expresa que su hermana es más inteligente y con más virtudes, y por lo tanto la querían más.

Vicky recuerda con lucidez la etapa preescolar, mencionando que le encantaba ir a la escuela y que todo era diversión porque en su casa había mucha violencia. Durante los recreos no jugaba, se la pasaba sentada, y solo tenía una amiga. Debido al miedo que tenía a su padre, su escape era leer. Manifestó haber sentido dolor en el vientre y enuresis sin motivo aparente, por lo que su mamá la metía a bañar con agua fría.

En su etapa de adolescencia le gustaba ir a la escuela, pero le causaba pudor que sus compañeros de escuela se burlaran de su complexión. Asistir a la escuela era un escape para evitar la violencia y el abuso sufrido en su casa. Debido a su complexión robusta, en la secundaria empezó a tener problemas alimenticios, dejando de comer, y posteriormente, vomitando lo que comía. En cuanto a los hábitos de sueño manifiesta que no podía dormir, y que siempre despertaba a las tres de la mañana y que a esa hora hacía las labores escolares. En su etapa de adolescente sigue presentando dolores abdominales y enuresis y también dolores de cabeza.

En relación con las ideas suicidas o las autolesiones, la paciente dice que practicó el cutting durante la secundaria. Cada vez que realizaba esta actividad su dolor emocional era contrarrestado por el dolor físico. Las lesiones eran mayormente entre las piernas y los brazos, y eran producto del sentimiento de saberse una mujer fracasada, de manera tal que alguna vez, como castigo, se “escribió” con una navaja la palabra fracasada.

Con respecto a la historia laboral, la paciente comentó que entró a trabajar a los 23 años a su primer empleo, que es el que conserva actualmente. No hay una buena relación con sus compañeros de trabajo. Expresó que trabaja por necesidad, que siempre obedece a todo lo que le piden y que no se siente la mejor. Se reconoce como alguien influenciable.

En cuanto a la salud física, la paciente dice que nació a los 8 meses de gestación, por parto natural. Al nacer, no lloró de inmediato por lo que estuvo dos semanas en la incubadora. Dejó de ser amamantada hasta los 4 años. Caminó al año tres meses.

Estuvo hospitalizada en dos ocasiones, la primera cuando tenía 21 años porque estaba sufriendo un aborto; y la segunda ocasión fue cuando nació su bebé, hace 10 meses. En esta segunda hospitalización padeció diabetes gestacional. Manifestó no saber si es diabética ya

que no se ha realizado ningún tipo de estudio que lo corrobore. No alérgica a medicamentos o alimentos. No consume drogas, alcohol ni tabaco.

En la parte de la información recabada sobre los cambios físicos que pasaría su cuerpo fue en la escuela, aunque estos datos fueron muy someros. Su menarquía se presentó a los 12 años causándole miedo por no saber qué es lo que estaba pasando en su cuerpo.

En el tema de la primera experiencia sexual, la paciente expresa que se dio aproximadamente a los 7 años de edad. Ella no sabía qué es lo que estaba pasando. La paciente refirió que el recuerdo más significativo que tuvo durante la infancia fue la primera vez que su papá la tocó. Presentaba dolor y confusión debido al hecho.

Cuando Victoria tenía 7 años de edad fue violada sexualmente por su padre. La paciente comentó que ella y su hermana querían cenar tacos y que su padre era el proveedor de eso. Para poder llevarlas, el agresor le pidió a la paciente que se subiera sobre su pelvis con las piernas abiertas y diera pequeños brincos sobre él. Una vez concluida la cena, el padre le ordenó a la víctima que se acostara con él. La paciente relató que una vez estando acostada, el agresor la desvistió y que ella tenía mucho miedo y pensó que iba a ser golpeada, pero en lugar de eso, el victimario le explicó que no le iba a pasar nada malo y que era una situación muy normal y satisfactoria. La paciente sintió mucho dolor al ser penetrada por su padre, y expresó que una vez terminado el acto se sentía sucia y se bañó. Las violaciones siguieron hasta que el agresor murió, para esa fecha la paciente tenía 16 años cumplidos.

A partir de los 16 años, ha tenido seis parejas sexuales, pero describió que las relaciones sexuales no son agradables debido a la inseguridad que siente consigo misma. En cuanto a sus experiencias, no le gusta que le toquen las manos o las muñecas porque eso le genera mucho miedo. En alguna ocasión sufrió violencia por la que era su pareja.

Actualmente mantiene una relación con un hombre casado, con quien tiene un bebé varón de 10 meses de edad. Victoria manifiesta el deseo de querer que el hombre deje a su familia y se vaya a vivir con ella y el bebé, lo que se traduce en una fuerte dependencia emocional.

De acuerdo a la exploración, se considera que Victoria es una mujer carente de un autoconcepto positivo y su nivel de autoestima es muy bajo.

8.4. Análisis y descripción de las conductas problema.

La paciente manifestó creencias irracionales a partir del suceso generado por el trauma de la violación, de tal manera que se siente culpable, devaluada, frustrada y llena de vergüenza, además de carecer de autoconcepto positivo y un buen nivel de autoestima. El padre, además de ser el abusador, también la obligaba a mirarse en el espejo y le decía que nadie iba a querer a una niña como ella y que, por si fuera poco, le decía que era fea y gorda. Situación tal que se repite durante su vida adulta, ya que fue menospreciada por una de sus exparejas.

8.4.4. Análisis funcional de la conducta.

El análisis funcional es una herramienta de suma importancia que refleja las conductas mostradas por Victoria. En la siguiente tabla se detallan los estímulos, las conductas de interés y las consecuencias de las acciones y situaciones vividas por la paciente.

Tabla 1. Análisis funcional de la conducta.

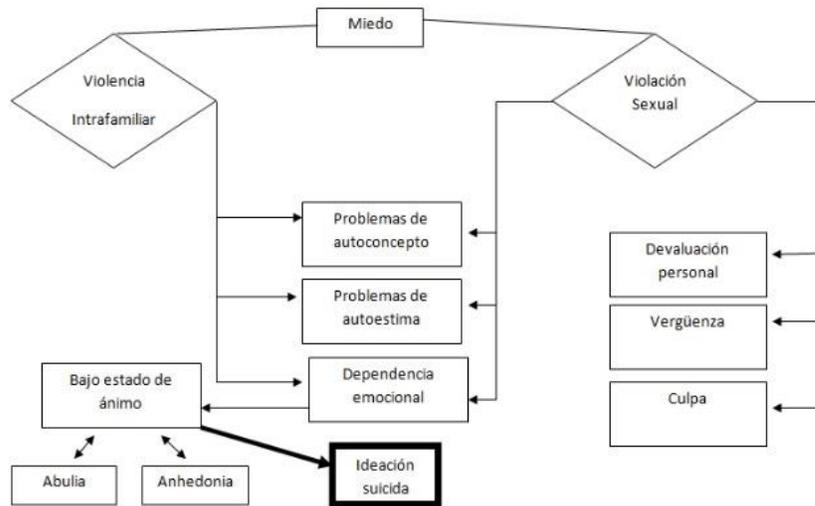
E(2) Situaciones Estímulo Antecedentes	O(4) Organismo	R(1) Conducta de Interés	C(3) Consecuencias
HISTORIA PASADA:	BIOLÓGICO	C.I. Autoconcepto; autoestima; dependencia emocional.	INMEDIATAS
Infancia: Fue violada y menospreciada por el padre.	Luce limpia, aunque un poco desaliñada.	MOTORAS	Internas
Adolescencia: sufrió bullying durante su estancia en la primaria y secundaria.	Su vestimenta es informal.	Ligero movimiento con los brazos para referenciar lo que habla.	Sentirse mal consigo misma.
Contemporánea: carece de amor propio y de autoconcepto positivo.	Su estado de salud aparentemente es normal, pero sufrió una crisis de diabetes gestacional y no se ha realizado estudios para corroborar si es diabética.	COGNITIVAS	Vergüenza por sus acciones.
Embarazo no deseado.	No consume tratamiento médico ni psicológico.	Ideación suicida. Autopercepción muy limitada.	Externas
Presenta dependencia emocional hacia el padre de su bebé.	HABILIDADES (PRESENCIA Y CARENCIA)	Autoestima baja.	Aislamiento y rechazo.
EXTERNAS		Creencias irracionales con respecto a la toma de decisiones.	A LARGO PLAZO
		Autocrítica negativa.	Internas
			Dependencia emocional
			Externas

<p>¿Dónde? Durante la infancia las conductas de desvalorización se presentan en casa y en la escuela.</p>	<p>Mujer adulta joven que responde con coherencia.</p> <p>Establece comunicación abierta y fluida.</p>	<p>Vergüenza.</p> <p>Culpabilidad.</p> <p>Frustración.</p> <p>Dependencia.</p>	<p>Rechazo</p>
<p>¿Cuándo? Cuando el padre está cerca.</p>	<p>Le cuesta socializar con las personas fuera de su entorno familiar.</p>	<p>FISIOLÓGICAS</p>	
<p>¿Con quién? Con su padre (abusador); la madre (desvalorización); compañeros (burlas).</p>	<p>No tiene amigos.</p>	<p>Problemas para dormir.</p>	
		<p>EMOCIONALES</p>	
		<p>Tristeza.</p> <p>Ansiedad.</p> <p>Soledad.</p> <p>Miedo.</p>	
		<p>CONDUCTUALES</p>	
		<p>Aislamiento social.</p>	
<p>Variable Independiente (1)</p>	<p>Variable Independiente (3)</p>	<p>Variable Dependiente</p>	<p>Variable Independiente (2)</p>

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 1 señala las situaciones estímulos antecedentes de la conducta adquirida por Victoria tras haber sido victimizada sexualmente por su padre, desencadenando un pobre autoconcepto y la baja autoestima, también se indican las consecuencias inmediatas y a largo plazo.

Figura 1. Análisis funcional de la conducta



Fuente: Elaboración propia.

En la figura 1 se muestra la relación de las problemáticas que manifestó la paciente, con relación al trauma ocasionado por las situaciones estímulo que son la violación sexual y la violencia intrafamiliar y su influencia sobre el autoconcepto, la autoestima y la dependencia emocional. Se presentan consecuencias como la devaluación personal, la vergüenza y la culpa. A la cabeza de este análisis se encuentra el miedo irracional que la paciente expresa en cualquier situación. También se incluyen las ideas suicidas que la paciente presenta debido al trauma que le generó la violación.

8.5. Establecimiento de objetivos terapéuticos.

Entre las metas y objetivos terapéuticos se consideraron los siguientes:

- Mejorar la autopercepción, los atributos personales, las creencias racionales y los valores de la paciente, modificando los pensamientos irracionales de la paciente con respecto a las dimensiones.
- Establecer metas a corto, mediano y largo plazo para modificar su estilo de vida que le generen nuevas iniciativas y expectativas.
- Promover la seguridad, el autorrespeto y el autoconocimiento con la finalidad de incrementar su nivel de autoestima.

- Promover un mejor manejo de habilidades sociales, estableciendo una mejor comunicación con su entorno social para mejorar sus relaciones interpersonales.

8.7. Selección del tratamiento.

Se aplicó una entrevista semiestructurada para rescatar información relevante que pudiera apoyar en el caso. La relación encontrada en el análisis funcional de la conducta indica que el trauma por violación adquirido por la paciente le generó pensamientos irracionales, a partir de los cuales su autoconcepto y autoestima se vieron notablemente disminuidos, y que le provocaron devaluación personal por parte la paciente. Denota presumiblemente también la dependencia emocional. La carencia de amor propio, le causa ideación suicida, además de vergüenza, culpa, frustración y devaluación personal. Debido al énfasis de los pensamientos irracionales presentados por la paciente se opta por la Terapia Racional Emotiva de Ellis; cuyo objetivo es modificar las cogniciones disfuncionales que tienen que ver con los estados de perturbación psicológica y que afectan directamente las emociones, ayudando a las personas a maximizar su individualidad, a aceptarse incondicionalmente, e incluso les da la libertad de elegir su propio estado emocional y compromiso social (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

8.7.1. Técnicas utilizadas en el transcurso de las sesiones.

Estas técnicas se utilizaron para obtener información relativa a la problemática desde el tratamiento de intervención.

8.7.1.1. Técnicas cognitivas.

Dentro de las cuales se trabajaron:

- Técnicas didácticas de persuasión (Harrell, Beima y La Ponte, 1990 citados por Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012); dónde se utilizó el estilo de debate y discusión socrático.
 - Análisis y evaluación lógica, que consiste en la modificación de las creencias irracionales a partir de la discusión lógica de las premisas de la paciente y la relación de éstas con la conducta.
 - Análisis y evaluación empírica, que se lleva a cabo a partir de la evidencia empírica que sustenten las creencias u opiniones que se establecen.
- Para el trabajo en casa se utilizaron:
 - Autorregistros ABC, para detectar las relaciones entre el ABC, para iniciar un autodebate y la refutación de creencias.

- Autoinstrucciones racionales, donde la paciente repite autoinstrucciones para interiorizarlas.

8.7.1.2. Técnicas conductuales.

Para el trabajo de intervención se utilizaron las siguientes técnicas:

- Ensayo de conducta, ya que permite trabajar las distintas situaciones en la que la paciente se comporta de forma disfuncional o sus emociones se encuentran perturbadas. Aquí se analizan y debaten las distintas creencias irracionales asociadas a situaciones y se plantean aquellas que son racionales.
- Entrenamiento en habilidades sociales, que se lleva a cabo para aumentar la expresividad de la paciente y mejoren y aumenten sus relaciones personales.
- Para el trabajo en casa se recurrió a:
 - Tarea de toma de riesgos, que consiste en que la paciente lleve a frente una situación que para ella suponga un riesgo de fracaso o perturbación emocional y que rebata las creencias irracionales surgidas de esa situación.

8.7.1.3. Técnicas emotivas.

Éstas permiten trabajar la emocionalidad. Para este tratamiento de intervención se aplicaron las técnicas:

- Imaginación racional emotiva, que consiste en pedir a la paciente que trate cambiar ante una situación imaginada una emoción negativa que le cause gran malestar por una más apropiada.
- Para el trabajo en casa se planteó trabajar con:
 - Ejercicio de ataque de vergüenza: que proporciona a la paciente el debate ante las creencias irracionales que se relacionan con actos que para ella son vergonzosos.

8.8. Aplicación del tratamiento de intervención.

Tabla 2. Cronograma y descripción de la sesión 1.

SESIÓN	OBJETIVOS	COMPONENTES BÁSICOS
Sesión 1		<ul style="list-style-type: none"> • Presentarse ante la paciente y darle la bienvenida.

Tiempo: 45 min.	Promover un clima de empatía.	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar los aspectos de confidencialidad, día y hora de las sesiones.
Presentación y bienvenida.	Desarrollar el compromiso ante el tratamiento terapéutico por ambas partes.	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar información respecto a la terapia (asistencia, puntualidad, compromiso).
	Explicar el análisis funcional, los objetivos y el tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Detallar la explicación sobre el análisis funcional y la relación con las variables y el tratamiento de intervención.
	Lograr que la paciente identifique los aspectos importantes de las variables a trabajar.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Presentación en power point. ➤ Elaborar una descripción personal abordando los dominios del autoconcepto. • Tarea en casa. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Escribir una autoevaluación enfocada en cada uno de los dominios del autoconcepto.

Fuente: Elaboración propia.

Sesión 1.

Al iniciar la sesión el propósito fue crear empatía con la paciente. Posteriormente se le explicaron los aspectos de confidencialidad (previamente detallados en el consentimiento

informado). Se desarrolló el compromiso por ambas partes ante la intervención y se explicaron las metas del tratamiento junto con los objetivos de las sesiones con la finalidad de que la paciente expusiera sus puntos de vista y opiniones acerca de éstos.

Una vez concluida la etapa anterior, se explicó a la paciente la identificación de variables y aspectos importantes encontrados a través del análisis funcional. Una vez terminado ese punto, se trabajó con la psicoeducación, detallando la funcionalidad del proceso de la terapia.

La tercera parte de esta sesión estuvo fundamentada con la explicación acerca del autoconcepto y la autoestima, conceptos fundamentales de esta investigación.

La paciente se mostró receptiva, interesada y participativa durante toda la sesión, aunque manifestó sentir miedo de enfrentar el trauma sufrido, pero al mismo tiempo compartió sentirse emocionada.

Para la última parte de la sesión se le pidió a la paciente que realizara, como tarea, una evaluación desde la autopercepción enfocada en cada uno de los dominios del autoconcepto. Se finalizó preguntando que le gustaría modificar o mejorar en su vida personal, respondiendo que dejar de tener miedo y ser más decidida para tomar decisiones.

Tabla 3. Cronograma y descripción de la sesión 2.

SESIÓN	OBJETIVOS	COMPONENTES BÁSICOS
	General	
Sesión		<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación.
2	Sustituir la ideación suicida a través del planteamiento de metas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Explicar, a través de una presentación, lo que significan las creencias irracionales, cómo surgen y la relación que conlleva a las distorsiones cognitivas (ideación suicida).
Tiempo: 60 min.		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Presentar video que explique lo que son las distorsiones cognitivas.
	Específicos	
	Informar a la paciente acerca de las creencias	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar preguntas de retroalimentación.

Intervención sobre ideación suicida.	<p>irracionales y distorsiones cognitivas y su repercusión en la ideación suicida y, en general, en la vida cotidiana.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Explicar y analizar el formato ABC.
	<p>Identificar los pensamientos automáticos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis y evaluación lógica. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Retroalimentación sobre las creencias irracionales y la distorsión cognitiva. ➤ Listado de pros y contras de la ideación suicida. ➤ Corrección de pensamientos automáticos por interrogación socrática.
	<p>Concientizar y corregir los pensamientos irracionales y la distorsión cognitiva sobre su ideación suicida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Descripción del significado de las cicatrices realizadas durante su adolescencia. ➤ Enlistar metas a corto, mediano y largo plazo.
		<ul style="list-style-type: none"> • Tarea en casa. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Autorregistro ABC. ➤ Realizar, por lo menos una meta de corto plazo. ➤ Escribir una nueva resignificación de las marcas realizadas en su cuerpo (cicatrices).

Fuente: Elaboración propia.

Sesión 2.

El objetivo general de esta sesión fue sustituir la ideación suicida a través del planteamiento de metas. También se propusieron objetivos específicos que fueron: a) Informar a la paciente acerca de las creencias irracionales y distorsiones cognitivas y su repercusión en la ideación suicida y, en general, en la vida cotidiana; b) Identificar los pensamientos automáticos; c)

Concientizar y corregir los pensamientos irracionales y la distorsión cognitiva sobre su ideación suicida. Para lograr cada uno de ellos, se plantearon diversas técnicas empleadas por la TREC (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012) que incluyeron diversas actividades. Para instruir a la paciente, primeramente se mostró una presentación con información acerca de la diferencia entre creencias irracionales e irracionales, proporcionándole algunos ejemplos para ilustrar ambos casos. Posteriormente, también se le mostró un video que explicaba lo que implica una distorsión cognitiva y cómo es que ésta afecta los pensamientos y la calidad de vida de las personas. La paciente comprendió de inmediato el contenido y la intención de aprender acerca de estos dos términos, lo que permitió que se le enseñara a registrar información en el autorregistro en el formato ABC, propuesto por Albert Ellis.

Para abordar el tema de la ideación suicida como una mera creencia irracional, se le pidió que realizara una lista de “pros y contras” que pudieran surgir de ese tema; todo ello para debatir socráticamente y evidenciar la irracionalidad de ese pensamiento. En la lista de “pros”, la paciente manifestó que dejaría de sufrir, por lo cual se debate ese pensamiento exponiendo que si el supuesto beneficio era solo para ella. En la parte de los “contras”, la paciente se da cuenta que su bebé quedaría desprotegido y, aunque pasaría bajo la custodia de su hermana, jamás iba a ser más amado que por ella misma. Esta racionalidad a partir de la irracionalidad de su ideación suicida, le permitió reflexionar sobre ese aspecto modificando ese tipo de pensamiento.

En cuanto a las cicatrices provocadas durante su adolescencia debido a la falta de afecto familiar y a su excesiva culpabilidad y vergüenza por la cadena de violaciones de las que fue víctima (expresadas durante la entrevista inicial), se le pidió que describiera su sentir actual acerca de esas cortadas, manifestando que le recuerdan que es una mujer fea y fracasada. Para reestructurar cogniciones, conductas y emociones, se trabajó con la resignificación para dar un nuevo sentido a sus heridas (Vergara, 2011; citado por Capella y Gutiérrez, 2014). Se buscó que esta resignificación fuera menos agresiva y de carácter positivo.

Para lograr el objetivo general, la paciente realizó un listado de al menos tres metas a corto, mediano y largo plazo, todo ello para generar una nueva ilusión y distraerla de la ideación suicida.

Tabla 4. Cronograma y descripción de las sesiones 3 y 4.

SESIÓN	OBJETIVOS	COMPONENTES BÁSICOS
<p>Sesiones 3 y 4</p> <p>Tiempo: 60 min.</p> <p>Intervención sobre la autopercepción, los atributos personales y los valores positivos. (autoconcepto)</p>	<p>General.</p> <p>Identificar, registrar y modificar, de manera positiva, los pensamientos sobre el autoconcepto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación. <ul style="list-style-type: none"> ➤ De las metas a corto plazo (cuáles y cuántas llevó a cabo y cuál fue la experiencia). ➤ Escuchar y debatir la nueva resignificación hacia sus cicatrices. ➤ Retroalimentar, positivamente, su autopercepción por medio del modo socrático.
	<p>Específicos.</p> <p>Retroalimentar y plantear pensamientos racionales a partir del autorregistro.</p> <p>Identificar pensamientos automáticos negativos.</p> <p>Reestructurar pensamientos negativos y hacerlos positivos.</p> <p>Consolidar la autopercepción positiva y los atributos personales.</p> <p>Bloquear pensamientos negativos.</p> <p>Identificar, registrar y modificar las creencias y valores negativos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis y evaluación empírica. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Análisis de temas comunes emergentes en el autorregistro ABC. ➤ Identificar puntos fuertes y débiles del autoconcepto (listado de atributos). • Análisis y evaluación lógica. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisar y analizar cada dominio de la autoevaluación. ➤ Modificar pensamientos negativos a través del debate del método socrático. ➤ Consolidar los puntos fuertes relacionados a la autopercepción,

Generar autoconfianza.

los atributos personales, las creencias y los valores personales.

- Imaginación racional emotiva.
 - Entrenar a la paciente para que interrumpa cualquier situación sobre pensamientos indeseables con respecto a la vergüenza, culpa, frustración o devaluación personal debido al trauma de violación, imaginando una mejor situación que la haga sentir cómoda y feliz.

- Tarea en casa.
 - Autorregistrar en el formato ABC creencias racionales alternativas con respecto al miedo, la culpa, la vergüenza y la devaluación personal.
 - Generar situaciones alternativas que la distraigan de los pensamientos negativos.
 - Practicar el autoelogio, al menos una vez al día.

Fuente: Elaboración propia.

Sesiones 3 y 4.

En ambas sesiones se trabajaron con términos y características propios del autoconcepto, por que el objetivo general fue identificar, registrar y modificar, de manera positiva, los pensamientos sobre el autoconcepto personal.

Se inició la tercera sesión revisando las tareas proporcionadas en la sesión pasada, las cuáles consistieron en llevar a cabo al menos una de las tres metas a corto plazo propuestas por la paciente. De manera satisfactoria comentó que completo dos.

También se realizó una retroalimentación sobre el llenado del formato ABC, con la finalidad de prepararla para replantear una creencia racional alternativa.

Para continuar, la paciente realizó un listado de atributos. Se detectaron un par de creencias nucleares en el discurso de los atributos que quería tener, pero de los que distaba por su inutilidad. Para llevar a cabo la reestructuración cognitiva, se trabajó con el autorregistro, indicando que escribiera una de la situaciones por las que sentía incómoda y que se relacionara con su perspectiva personal y atributos personales.

Para la modificación, se le enfrentó a través del método socrático, logrando que modificara esa creencia y escribiera una creencia racional alternativa a la situación manifestada. Esta actividad permitió que la paciente analizara y reflexionara sobre valor y creencias personales. También se aplicaron las técnicas de análisis y evaluación lógica y empírica, facilitando la modificación de creencias que no le permitían valorarse lo suficiente.

La cuarta sesión inició con un saludo y la pregunta sobre cómo se sentía con respecto al tratamiento de intervención, a lo que ella expresó sentirse contenta, con una nueva perspectiva y visión más alentadora de sus objetivos y metas en la vida. Comentó que sus ganas de seguir adelante ya no eran únicamente por su bebé, sino también por ella porque se reconoció como una mujer valiosa. Posterior a la opinión y sentir de la paciente, se realizó la revisión de tareas propuestas en la tercera sesión, las cuales consistían en registrar situaciones que no le permitían valorarse lo suficiente y reestructurar el pensamiento para general una creencia alternativa. La paciente se siente cómoda e identificada con el registro de creencias irracionales y el planteamiento de las creencias racionales alternativas.

Otra de las tareas para casa fue la de toma de riesgos. La intención de la tarea fue la de incrementar la confianza en la paciente y enfrentara situaciones que para la paciente implican miedo. Esta actividad la realizó en la empresa, el día que fue evaluada mediante una auditoria. Victoria comenta sentirse una mujer capaz de enfrentarse a sus miedos y contenta con el logro. En el desarrollo de esta sesión, Victoria expuso su autovaloración en los dominios del autoconcepto, manifestando nuevamente negatividad. Para cambiar ese sentido, la paciente

creó pensamientos racionales alternativos, a partir del debate socrático, lo que le permitió racionalizar de manera objetiva y positiva su manera de autoevaluarse.

A partir de una situación real, en este caso el recuerdo más vívido de Victoria, que fue la primera vez que su agresor la tocó y violó, se trabajó con la imaginación racional emotiva, entrenándola para interrumpir ese recuerdo y sustituirlo por uno más feliz.

Como tareas para casa se estableció que generara situaciones alternativas que la distrajeran de los pensamientos negativos y que se enfrentara a un ejercicio de ataque de vergüenza.

Tabla 5. Cronograma y descripción de la sesión 5.

SESIÓN	OBJETIVOS	COMPONENTES BÁSICOS
<p>Sesión 5</p> <p>Tiempo: 60 min.</p> <p>Promover la seguridad personal a través de la autoestima, el autorrespeto y el autoconocimiento (autoestima)</p>	<p>General.</p> <p>Promover la autoaceptación</p> <p>Específicos.</p> <p>Modificar los sentimientos y emociones negativas y transformarlos en positivos.</p> <p>Generar autorrespeto.</p> <p>Fortalecer su autonomía.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisar y debatir las creencias irracionales, relacionadas con la autopercepción, surgidas en el transcurso de la semana. ➤ Escuchar su experiencia con respecto a la detención de pensamientos negativos. ➤ Reflexionar sobre la importancia de establecer autoinstrucciones sobre situaciones incómodas que le generen autopercepción negativa. • Reestructuración cognitiva. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar los puntos fuertes y débiles de la autoestima. ➤ Consolidar los puntos fuertes de la autoestima (actividad del semáforo). ➤ Reestructuración cognitiva sobre los aspectos negativos de la autoestima. • Análisis y evaluación empírica.

-
- Enlistar virtudes (ranking) y elogiarse frente al espejo.
 - Redactar una carta de agradecimiento dirigida a su versión del pasado, resaltando siempre lo positivo.
 - Realizar una autodescripción enfocándose especialmente en las cosas para las que es buena, y en las que lo no es tanto pero que podría llegar a serlo.
- Entrenamiento en afrontamiento de críticas.
 - Valorar la situación.
 - Fortalecer la resiliencia.
 - Reflexibilidad y autoconocimiento
 - Compartir la experiencia.
 - Tarea en casa.
 - Autorregistrar creencias racionales alternativas con respecto a la autoestima.
 - Mirarse todos los días frente al espejo, se sonreirá y se dirá frases alegres, alentadoras basada en sus virtudes.
 - Autopremiar los logros basándose en la iniciativa de hacer las cosas, incluso si los resultados no han sido los esperados, ya que dio lo mejor de sí.
-

-
- Consentirse al menos durante 15 minutos diarios.
 - Enfrentamiento a una situación de vergüenza.

Fuente: Elaboración propia.

Sesión 5.

Para dar inicio a la sesión se revisaron y debatieron las ideas irracionales en cuestión del autoconcepto y las situaciones vividas en el transcurso de la semana. La paciente expuso la experiencia con respecto a la detención de pensamientos negativos. Expresó también sentir un poco de ansiedad y miedo al enfrentar la situación de vergüenza, pero refiere haber adquirido más autoconfianza.

Para trabajar con la autoestima, se llevó a cabo la actividad del semáforo, donde la paciente escribe aquellas características de la autoestima con las que se identifica; así, en la zona de la luz roja ubicó que se siente fea y gorda. Para refutar esa perspectiva se le pidió que usara el formato ABC y que registrara una situación vivida y que le causara esa distorsión cognitiva. La situación descrita tiene que ver con la situación de abuso sufrida por su padre, quien en reiteradas veces le decía que era una niña fea y gorda y que nadie iba a quererla. A partir de preguntas, que la paciente tiene que responder y la comparación entre ella y personajes que ella considera feos, se llega a la racionalidad de esa creencia, lo que termina en el análisis de sus falsas ideas y aceptación de su persona.

Para acrecentar su autoestima, la paciente enlistó una serie de virtudes que tiene, otras que le gustaría tener y otras de las que carece, y se le hizo ver que debe enfocarse en las que tiene y trabajar en aquellas que le gustaría tener, con la finalidad de que cambiara sus emociones con respecto a su baja autoestima.

Otra de las actividades trabajadas para reforzar la autoestima y el valor propio fue que la paciente debía escribirse una carta de agradecimiento dirigida a su versión del pasado, donde debía resaltar todas las cosas positivas que la había llegado hasta el momento y lugar dónde está. La actividad fue enriquecedora, ya que Victoria se dio cuenta de que, a pesar del trauma sufrido, una mujer fuerte e inteligente por haber logrado tanto. Para continuar, la paciente escribió una autodescripción enfocándose especialmente en aquellas situaciones/acciones en las que es muy buena y concientizando en las que puede mejorar. La misma paciente llegó a la

conclusión de que en realidad tiene muchas cualidades, virtudes, capacidades y habilidades de las que no se había dado cuenta y que se había menospreciado durante tanto tiempo. Las tareas de esta sesión fueron el registro de creencias irracionales y su pensamiento racional alternativo con respecto a las características de la autoestima. También se le pidió que todos los días se mirara al espejo y con una bella sonrisa se autoelogiara con base en las virtudes que posee. Otra actividad para casa fue premiarse por cada logro realizado (aunque no hubiera tenido éxito). La última tarea fue consentirse, todos los días, al menos durante 15 minutos al día.

Tabla 6. Cronograma y descripción de la sesión 6.

SESIÓN	OBJETIVOS	COMPONENTES BÁSICOS
Sesión 6		
Entrenamiento en habilidades y manejo de emociones de dependencia emocional.	<p>General</p> <p>Generar seguridad para relacionarse.</p> <p>Específicos</p> <p>Aumentar la tolerancia a la soledad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en habilidades sociales. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aumentando la tolerancia a la soledad. ➤ Marcando límites en las relaciones de pareja. ➤ Tres estilos de comportarse. ➤ Aprendiendo a decidir.
Tiempo: 60 min.	<p>Disminuir la dependencia emocional.</p> <p>Mejorar la calidad de las relaciones interpersonales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ensayo de conducta. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Piensa diferente. • Entrenamiento en solución de problemas. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Una queja, una solución. • Tarea para casa. <ul style="list-style-type: none"> Autorregistro ABC con creencia racional alternativa.

Fuente: Elaboración propia.

Sesión 6.

Para dar comienzo a la sesión 6, se realizó una retroalimentación de las actividades que la paciente realizó en casa, como tarea. Comentó que el llevar a cabo los autoelogios ha

incrementado su autoconcepto personal, así como su autoestima. Refirió sentir bien con la situación de premiarse por sus logros y que busca espacios para consentirse.

En cuanto al objetivo para aumentar su tolerancia la soledad, la paciente realizó un listado de aquellas actividades agradables que le gustaría hacer, valorándolas del 01 al 10, en función de las ganas que tengas de llevarla a cabo. Entre esas actividades ella mencionó hacer ejercicio (salir en bicicleta) y leer como actividades de prioridad, por lo se le pidió que las realizara al menos 10 min. diarios y que debía incrementar el tiempo gradualmente de acuerdo a su disponibilidad, hasta que lograra desplazar a la soledad con actividades de distracción y que al tiempo le generaran placer.

Al trabajar con el objetivo de mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, se realizó una actividad que le permitía marcar límites en las relaciones interpersonales, incluyendo las laborales, familiares, de amistad y de pareja, todo ello para que la paciente tomara conciencia de cómo tiene que comportarse y qué límites tiene que establecer para que sus comportamientos no sean los mismos en ámbitos distintos.

Entonces, la paciente definió lo que para ella significa cada una de las relaciones y cuál es su comportamiento dentro de ellas. La respuesta a esta actividad fue satisfactoria, ya que Victoria pudo analizar y distinguir sus formas de comportarse (adecuada o inadecuadamente) dentro del contexto dónde se desarrolla, permitiendo reflexionar sobre aquellas interacciones disfuncionales en las que estaba conviviendo. El refuerzo de este objetivo se concluye con la explicación y reflexión de los estilos de relación interpersonal inhibido-sumiso, agresivo-dominante y asertivo, dónde Victoria se analiza y concluye que quiere trabajar más para ser una mujer más asertiva y menos sumisa.

Otro de los objetivos de esta sesión fue la de disminuir su dependencia emocional con su actual pareja. Para cumplir dicho objetivo, se le pidió a la paciente que realizara una lista describiendo cómo eran sus parejas en las relaciones pasadas (cualidades, aspecto, etc); en seguida debía describir lo que busca en una pareja y finalizaba con una descripción del prototipo de pareja ideal. Una vez realizadas esas descripciones, se le pidió a Victoria que hiciera una comparación entre las descripciones realizadas y que valorara en lo que, desde su perspectiva, había fallado, y porqué acababa con cierto tipo de personas. Su reflexión personal indicó que estaba tan enojada por la violación que había sufrido que lo único que deseaba era

hacer daño, y que inconscientemente las características de cada sujeto era parecida a la del padre, lo que la llevó a la conclusión de que vivió menospreciándose y devaluando su valor, como mujer y como persona.

En cuanto a la siguiente actividad, para concientizarla sobre su dependencia hacia el padre de su bebé, se le pidió que hiciera dos listados con ventajas e inconvenientes, uno de vivir con su actual pareja y otro de separarse. Esta actividad sirvió para que la paciente analizara su realidad en cuanto a la dependencia que estaba presentando, tomando la decisión de amarse y valorarse más, permitiéndose alejarse, en buenos términos, de la persona que la está dañando. Para reforzar esta actividad, la paciente realizó un ensayo de conducta, dónde dramatizó la conducta de su pareja, tomando en cuenta gustos, cualidades, sentimientos y pensamientos. Con esta tarea, la paciente se valoró aún más y tomó la decisión de negociar el fin de su relación con su actual “pareja”.

Tabla 7. Cronograma y descripción de la sesión 7.

SESIÓN	OBJETIVOS	COMPONENTES BÁSICOS
<p>Sesión 7</p> <p>Tiempo: 45 min.</p> <p>Evaluación del tratamiento.</p>	<p>Comprobar la eficacia de la intervención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisión de las tareas. ➤ Análisis de las cogniciones, conductas y emociones de la paciente. • Aplicar el test AF5. • Aplicar el test Coopersmith. • Propuestas para una mejora. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lectura del libro “Enamórate de ti” de Walter Riso. ➤ Frases de automotivación para el cambio. ➤ Actividades de autoestima. ➤ Cambio de imagen. ➤ Registrar actividades cotidianas en un Diario. • Agradecimientos.

-
- Despedida.
-

Fuente: Elaboración propia.

Sesión 7.

La última sesión del tratamiento incluyó la descripción de las perspectivas de la paciente con respecto a la intervención y a cada una de las actividades planteadas, a los objetivos y las metas. Victoria concluye que antes de las sesiones su autoconcepto, autoestima, autoconocimiento, autoconfianza, miedos, culpa, vergüenza y frustración, ideas suicidas y dependencia emocional generados por el trauma ocurrido por la violación, había marcado su devaluada percepción hacia sí misma, lo que le generaba un poco de ansiedad. A partir de este tratamiento de intervención, la paciente se refiere a sí misma como una nueva Victoria, más alegre, feliz, con amor propio y capaz de replantear situaciones difíciles o vergonzosas, lo que aborda una mejor autoestima y un autoconcepto positivo. También refiere haber podido enfrentar sus miedos y vergüenza, al contar a su abuela (y por ende a la familia materna), la verdad sobre la identidad del padre de su hijo, que había sido ocultada durante un año. Esta revelación le ha causado a la paciente, lo que ella “liberación”.

Otra de las problemáticas enfrentadas, fue la que llevó a cabo al terminar la relación amorosa con el padre de su hijo, ya que, en la sesión anterior, pudo darse cuenta del error que había cometido y ahora quería sentirse una mujer valorada y amada, y recibir la justa cantidad de atenciones y amor que ella está dispuesta a entregar. Una vez concluidas estas actividades, se le pidió que contestara los cuestionarios AF5 (autoconcepto) y Coopersmith para adultos (autoestima), como parte de la evaluación personal y post-evaluación tratamiento de intervención.

Las recomendaciones de seguimiento de tratamiento para reafirmar su autoconcepto y autoestima incluyeron, la lectura del libro “Enamórate de ti” de Walter Riso; seguir realizando las actividades de tarea dedicadas a mejorar el autoconcepto y autoestima, así como un cambio de imagen para aumentar estas dos variables, si así lo consideraba. Otra de las recomendaciones finales, es que escribiera un diario, con la finalidad de que Victoria registrara experiencias y se enfocara en aquellas positivas que le ayudan a crecer, así como liberarse de situaciones catárticas, y pudiera generar situaciones positivas alternativas.

Esta última sesión, concluyó con la despedida y agradecimientos por ambas partes.

CUARTA PARTE.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

9.1. Análisis de resultados.

Con respecto al Cuestionario de Autoconcepto Forma 5 (AF5), las evidencias indican que el autoconcepto de la paciente mejoró radicalmente en cada una de las dimensiones evaluadas, siendo que tanto en el puntaje directo como en los centiles los números muestran una mejoría.

Tabla 8. Resultados comparativos entre dimensiones del autoconcepto.

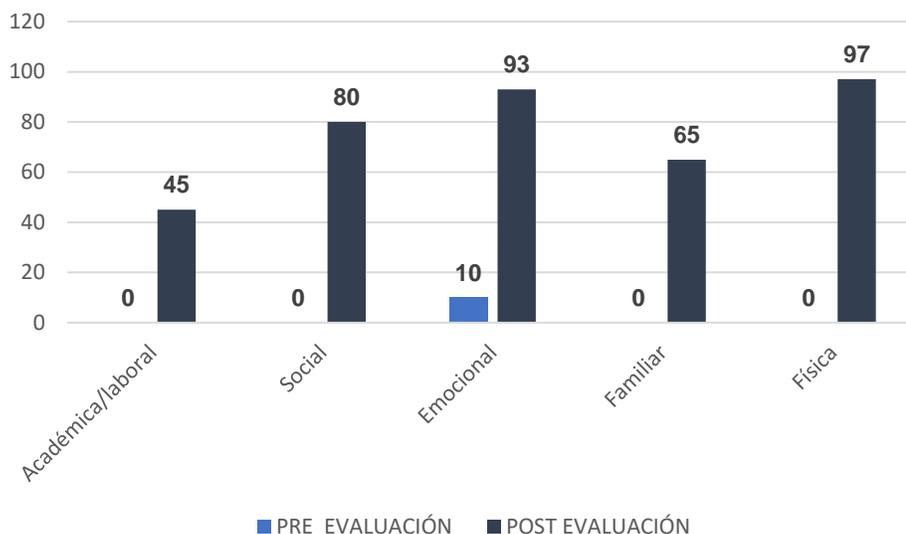
DIMENSIONES	PUNTAJE DIRECTO		CENTILES	
	PRE EVALUACIÓN	POST EVALUACIÓN	PRE EVALUACIÓN	POST EVALUACIÓN
Académica- profesional	1.4	8.1	0	45
Social	1.7	8.8	0	80
Emocional	3.4	8.6	10	93
Familiar	.92	9	0	65
Física	.1	8.2	0	97

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al comparativo entre las dimensiones antes y después del tratamiento de intervención, se encontró que los centiles posttest fueron marcadamente mejores que en el pretest. Así en la dimensión académica/profesional, el puntaje centil alcanzó los 45 puntos, logrando ubicarse en la categoría “tendencia promedio”, lo que implica que la paciente debe enfocarse más en su crecimiento laboral desde la perspectiva profesional. En cuanto a la dimensión social los centiles se encuentran con 80 puntos, es por ello que se proyecta una categoría de “alto”. Por su parte, los centiles de la dimensión emocional alcanzaron los 93 puntos, lo que la ubica en la categoría “muy alto”. Para dimensión familiar, los centiles

muestran un puntaje de 65, obteniendo una “tendencia alta”. Por último, en la dimensión física, el centil se colocó en un puntaje de 97 de los 100 totales, lo que indica una categoría muy alta.

Figura 2. Resultados pre-test y post-test del AF5



Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, los datos de la tabla 4 indican la comparación del puntaje obtenido en la aplicación de la Escala de Autoestima de Coopersmith, versión adulto. La paciente, antes del tratamiento manifestó una baja autoestima ocasionada en gran parte por el trauma de la violación. En la subescala uno mismo general, la paciente presenta actitudes paupérrimas respecto a su experiencia valorada sobre sus características físicas y psicológicas. En la parte social, no se relaciona ni presenta las características o aptitudes adecuadas para lograr socializar; y en la subescala familiar, la convivencia familiar relacionada con sus experiencias está visiblemente dañada, al grado de no poder establecer una mínima relación familiar saludable.

La post evaluación señala que el nivel de autoestima de Victoria incrementó de manera considerable, aumentando el puntaje en cada una de la subescalas logrando así un resultado muy favorecedor para un buen desarrollo personal.

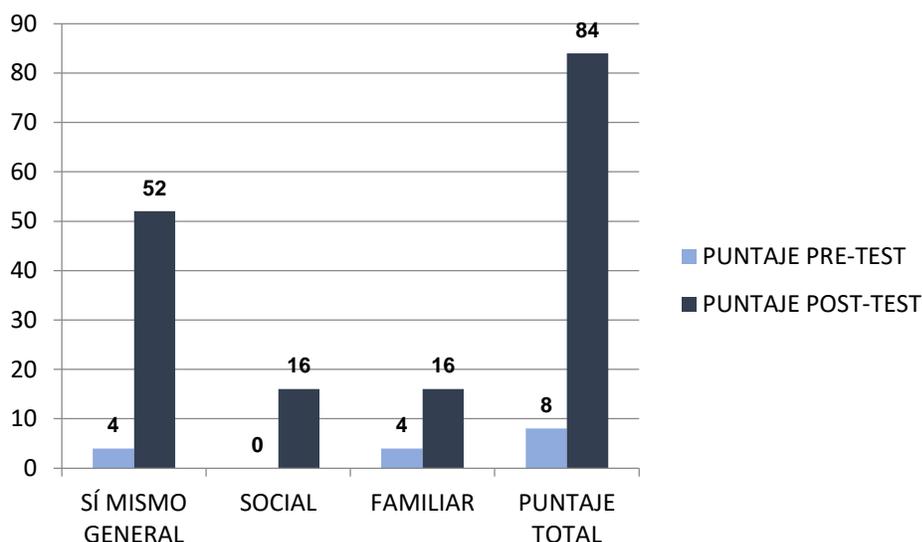
Tabla 9. Resultados comparativos de subescalas pre y post test.

		PUNTAJE	PUNTAJE
		PRE-TEST	POST-TEST
	SÍ MISMO	1 de 13	13 de 13
	GENERAL		
SUBESCALA	SOCIAL	0 de 6	4 de 6
	FAMILIAR	1 de 6	4 de 6
NIVEL DE AUTOESTIMA		BAJO	ALTO

Fuente: elaboración propia.

La figura 2 muestra las puntuaciones pretest y posttest obtenidas en la escala de autoestima de Coopersmith, versión adulto, donde se observa que las puntuaciones obtenidas son notablemente mejor en la etapa de post evaluación, señalando que los 100 puntos que podían alcanzarse en esta escala, la paciente obtuvo 84, lo que la ubican en la categoría de nivel alto de autoestima. Contrario a los 8 puntos que apenas alcanzó antes de iniciar el tratamiento, por lo que se considera un nivel bajo de autoestima.

Figura 3. Resultados pretest y postest de la escala de Coopersmith



Fuente: Elaboración propia.

Los autorregistros de las creencias irracionales y de la búsqueda de una creencia racional alternativa, evidenciaron el cambio de un bajo autoconcepto y una baja autoestima generados desde su infancia debido al trauma que le dejó la situación de haber sido violada. Así, su falta de autoconfianza, autoperspectiva, autoconocimiento y valores se tornan características que la paciente desarrolló, de manera positiva, a través de las sesiones de tratamiento.

Cabe mencionar que Victoria valora positiva y favorablemente los resultados del tratamiento, asegurando sentirse más segura de sí misma, con habilidades sociales más desarrolladas, con capacidad de solucionar situaciones conflictivas de manera asertiva, de afrontar circunstancias de miedo o vergüenza. También fue capaz de afrontar su dependencia emocional de una forma positiva y resiliente, reconociendo su apego a sujetos con características similares a las de su agresor sexual. Por último, se destaca que la paciente ya no se autolesiona, que dio una nueva resignificación positiva a sus heridas y que modificó sus ideas suicidas.

9.2. Discusión.

La integración de la Terapia Racional Emotiva Conductual resultó satisfactoria en este caso. Se logró cumplir con los objetivos planteados de acuerdo a las metas de la paciente. Los resultados muestran cambios favorables en las evaluaciones, tanto en el cuestionario de autoconcepto como en el de autoestima, siendo estas dos variables los principales objetivos a trabajar. Las

diferencias marcadas en los resultados fueron muy amplias con respecto a las evaluaciones previas al tratamiento.

Durante la intervención, se buscó que la paciente se sintiera cómoda y apoyada, ya que, el tema a trabajar confirmaba que debido al trauma ocasionado por la violación provocaba un leve bloqueo de la paciente, que se eliminó con empatía. La reestructuración cognitiva fue una de las técnicas que mejores resultados mostró, ya que trabajar con creencias irracionales y continuamente debatirlas y generar una creencia racional alternativa, lograron que Victoria empezara a cambiar las percepciones sobre sí misma y a desarrollar habilidades para afrontar situaciones que antes consideraba como incómodas o inalcanzables.

De acuerdo con el logro de objetivos de la paciente, esta terapia también obtuvo resultados en la modificación y mejora del autoconcepto, la autoconfianza, la autoestima, y la autopercepción de la identidad de la paciente; ya que Victoria reportaba que dichos constructos antes de iniciar el tratamiento de intervención, eran muy negativos, afirmación que se constató en la entrevista y con los instrumentos de evaluación. La paciente era incapaz de lograr metas, resolver problemas e incluso para relacionarse con personas a su alrededor, debido a su pobre autoconcepto y a su baja autoestima. Tampoco lograba tomar decisiones y dentro de las verbalizaciones que se realizaron en el proceso de intervención se pudo distinguir una gran cantidad de creencias irracionales que se manifestaban en un malestar emocional.

Victoria logró reestructurar su autoconcepto a través de la descripción de sus cualidades, aspectos que antes no lograba distinguir. También logró incluir áreas de oportunidades, planear proyectos y establecer metas, cosas que antes tampoco lograba hacer. En cuanto a la autoestima, la paciente se valora de manera positiva, y para ello tuvo que afrontar situaciones de miedo y vergüenza, afianzando más su autoestima. Además, el fortalecimiento tanto del autoconcepto como de la autoestima, así como las técnicas de habilidades sociales, lograron que la paciente dejara de ser víctima de dependencia emocional hacia su actual pareja, cosa que le hizo confirmar el valor personal como mujer.

Otro cambio de suma importancia en este caso, fue el establecimiento de metas, así como la resignificación y la reestructuración para que Victoria dejara de autolesionarse y diera un nuevo significado positivo a sus heridas y cicatrices, logrando así eliminar la ideación suicida.

Se obtuvieron importantes mejoras en el establecimiento de límites con las personas con las que se sentía vulnerable, y sumisa (especialmente el padre de su hijo y sus compañeros de trabajo),

tomando una actitud asertiva, en la cual ella mostró su capacidad para aplicar las habilidades sociales así como la reestructuración a través del autorregistro formato ABC. Todo ello intervino en gran medida en su cambio de estado de ánimo, ya que comentó sentirse una mujer más segura y preparada para no dejar que situaciones externas afectaran el valor que ahora se da a sí misma.

Por último, la imagen física y corporal antes y después del tratamiento de intervención también se modificó. Al iniciar la investigación la paciente reflejaba una imagen descuidada y desaliñada. Al terminar el tratamiento, Victoria se vestía de acuerdo a su figura, usaba un poco de maquillaje y su actitud era diferente: el de una mujer segura de sí y con mucho amor propio.

9.3. Conclusión.

Si tomamos en cuenta los resultados obtenidos, se puede concluir que se analizaron los objetivos del tratamiento. Victoria ha mejorado su autoconcepto y autoestima, en sus diferentes dimensiones. Adquirió habilidades sociales y de comunicación adecuada. Es más asertiva y se esforzó por lograr su dependencia emocional.

Tras la intervención, la paciente cambió sus ideas de autolesionarse estableciendo metas por cumplir. Modificó sus creencias irracionales de miedo, vergüenza, frustración y culpa y se siente más segura al momento de tomar decisiones.

Así mismo, se encontró que enfrentarse a situaciones de miedo y vergüenza fortalecieron sus creencias racionales y la ayudaron a desenvolverse mejor en al área laboral y familiar.

En cuanto a la H. 1. La violación sexual sufrida por Victoria durante la infancia y adolescencia, le generó un trauma que repercutió en su bajo autoconcepto y en su baja autoestima, se concluye que es válida, ya que de conformidad con la entrevista y la aplicación de los instrumentos de evaluación, así como de las citas que la misma paciente realiza a lo largo de las sesiones correspondientes, como son la violencia y menosprecio que el padre y un ex novio ejercían sobre el aspecto de Victoria, son evidencia suficiente para validar esta hipótesis.

Para la H.2. El trauma de la violación sexual le ocasionó a Victoria dependencia emocional, lo que le generó ideas suicidas, se refuta debido a que la ideación suicida fue generada por al ambiente hostil y de violencia que la paciente vivió en su casa desde la infancia, así como del pobre autoconcepto y la baja autoestima. La situación que Victoria vivió en su infancia, al tener

una figura materna infantilizada que veía más como otra hermana que como una madre defensora, y que además eran víctimas del abuso del padre-esposo, dio la pauta para que la paciente llevara a cabo el cutting y junto con esa práctica las ideas de suicidarse. Cabe aclarar que, en el protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida, elaborado por Marta de la Torre Martí (2013), señala que, desde una perspectiva psicológica clínica cognitivo-conductual, algunos factores sobre los cuales se puede evaluar a una persona con una ideación suicida se encuentran: una perspectiva pesimista sobre su futuro, su entorno y sobre ellos mismos, así como un estilo atribucional depresivo (que establece una causa interna, estable y global sobre los eventos negativos) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; en de la Torre, 2013). Con base en este protocolo, se indica que Victoria manifestó, de manera muy breve, únicamente, aquel que está relacionado con una perspectiva pesimista hacia su futuro, pero que eso cambió durante el proceso de tratamiento. Debido a esto, se canalizó a la paciente con un especialista.

En consecuencia con todo lo anterior, se concluye que la TREC utilizada en este caso, ha resultado eficaz para la consecución de los objetivos y metas del tratamiento.

REFERENCIAS

- Acuña, Navas, M. (2014). Abuso sexual en menores de edad: generalidades, consecuencias y prevención. *Medicina Legal de Costa Rica*. Heredia, 31(1), 57-69. Recuperado de: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152014000100006#:~:text=A%20pesar%20de%20que%20cualquiera,ni%C3%B1o%20con%20mayores%20necesidades%20afectivas
- Aguayo, P. (noviembre, 2017). El rol del autorrespeto en la teoría de la justicia de John Rawls. *Revista de Filosofía*, 8 (2), 55-76. Recuperado de: <http://revistas.cenaltes.cl/index.php/hybris/article/view/195>
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and static manual of mental disorders. (4^a ed.). Autor.
- Bados, A. (2015). *Trastornos por estrés postraumático*. Univesitat de Barcelona.
- Blancas, Madrigal, D. (diciembre, 2015). El hacinamiento incide en abusos de género en la familia. *Crónica*. <https://www.cronica.com.mx/notas/2015/934354.html>
- Cáceres-Ortiz, E., Labrador-Encinas, F., Ardila-Mantilla, P. y Parada-Ortiz, D. (2011). Tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 5(2), 13-31. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224105002>
- Calderón, Cajavilca, N., Mejía Morales, E., Murillo Antonio, N. (2014). La autoestima y el aprendizaje en el área de personal social de los estudiantes del sexto grado de educación primaria de la Institución Educativa No. 1190 Felipe Huamán Poma de Ayala, del distrito de Luvigancho-Chosica, UGEL No. 06, 2014. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle, Perú. Recuperado de: <http://www.repositorio.une.edu.pe/handle/UNE/683>
- Campo, Ternera, L. (2014). El desarrollo del autoconcepto en niños y niñas y su relación con la interacción social en la infancia. *Psicogente*, 17(31), 67-79. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4975/497551994006.pdf>
- Canil, K. (2014). Autoconcepto en niños abusados sexualmente. (Tesis de pregrado). Universidad Rafael Landivar, Quetzaltenango.
- Cantón Cortés, D. y Cortés A. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de psicología*. 31 (2), 552-561. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282015000200024

- Cantón, Cortés., D. y Justicia, Justicia, F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema*, 20(4), 509-515. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720400>
- Capella, C. y Gutiérrez, C. (2014). Psicoterapia con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: Sobre la reparación, la resignificación y la superación. *Psicoperspectivas*, 13(2), 93-105. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/psicop/v13n3/art09.pdf>
- Castro de Valerio, A. (diciembre, 2016). Reestructuración Cognitiva Conductual en el autoconcepto del adolescente. *Educación en Contexto*, 11 (Número Especial), 98-114.
- Carneiro, L., Teodoro, G. y Chicone, G. (2006). Autoestima de las mujeres que sufrieron violencias. *Revista Latino-am Enfermagem*, 14(5). Recuperado de: <http://www.eerp.usp.br/rlae>
- Carrascosa, L., Cava, M. y Buelga, S. (2016). Ajuste psicosocial en adolescentes víctimas frecuentes y víctimas ocasionales de violencia de pareja. *Terapia psicológica*, 34 (2), 93-102. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v34n2/art02.pdf>
- Cazalla-Luna, N. y Malero, D. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia*, 10, 43-64. Disponible en: <http://www.revistareid.net/revista/n10/REID10art3.pdf>
- CEAV (2016). *Diagnóstico cuantitativo sobre la atención de la violencia sexual en México*. Comité de Violencia Sexual. Informe Final. <http://www.ceav.gob.mx/wp-content/uploads/2016/06/Diagno%C3%8C%C2%81stico-Cuanti-VS-Versi%C3%83%C2%B3n-completa-14-marzo-CVS.pdf>
- Código Penal Federal (2020). Última Reforma DOF 24-01-2020. <https://mexico.justia.com/federales/codigos/codigo-penal-federal/libro-segundo/titulo-decimoquinto/capitulo-i/>
- Delgado, Losada, M. (2015). *Fundamentos de psicología*. Editorial Médica Panamericana.
- De la Torre, M., M. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de: http://www.uam.es/UAM/documento/1446762028628/protocolo-ideacion_suicida.pdf?blobheader=application/pdf
- Diccionario panhispánico del español jurídico (2020). Violación. <https://dpej.rae.es/lema/violaci%C3%B3n>

- Echeburúa, E., y Corral, P. de. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, (43-44), 75-82.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062006000100006
- Enciclopedia jurídica (2020). Violación. <http://www.encyclopedia-juridica.com/d/violaci%C3%B3n/violaci%C3%B3n.htm>
- Esnaola, I., Goñi, A. y Madariagai, J. (2008). El autoconcepto: perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica*, 13(1), 69-96. <https://www.redalyc.org/pdf/175/17513105.pdf>
- Ferreira, R., A. (2003). Sistema de interacción familiar asociada a la autoestima de menores en situación de abandono moral o prostitución. *Tesis Doctoral*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Figueroa, R., Cortés, P., Accatino, L. y Sorensen, R (2016). Trauma Psicológico en la Atención Primaria: Orientaciones de manejo. *Revista Médica de Chile*, 114, 643-655.
- Fuentes, L., A. (2003). Autoconcepto en adolescentes víctimas de abuso sexual. Tesis para optar el grado de licenciada en psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
<http://132.248.9.195/ppt2002/0319123/Index.html>
- Gámez, M., Guzmán, F., Ahumada, J., Alonso, M. & Da Silva, E. (2017) Autoestima y consumo de alcohol en adolescentes escolarizados. *Nure Investigation*, 14(88).
www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/885
- Ganchozo, M., E. (2015). Autoestima en Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual que Reciben Protección y Asistencia de la fiscalía de Manabí. *Tesis para optar el grado de Master en Psicología Clínica*. Universidad de Guayaquil. Ecuador
- García, F. y Musitú, G. (2014). *Manual AF-5. Autoconcepto Forma 5*. Tea. Recuperado de:
<http://www.web.teaediciones.com>
- García, R. (2013). La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *EDETANIA*, 44, 241-257.
- García, J., Musitu, G., Riquelme, E. y Riquelme, P. (2011). A Confirmatory Factor Analysis of the "Autoconcepto Forma 5" Questionnaire in Young Adults from Spain and Chile. *The Spain Journal of Psychology*, 14(2), 648-658.
<https://www.redalyc.org/pdf/172/17220620013.pdf>
- Gómez, T., E. y Juárez, R. E. (2014). Criminología sexual. *Revista IUS*, 8 (34), 141-165.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-21472014000200009&lng=es&tlng=es.

- Goñi, P., E. (2009). El autoconcepto personal: estructura interna, medida y variabilidad. *Tesis de doctorado*. Universidad del país Vasco.
<https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/12241/go%c3%b1i%20palacios.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Guajardo, R, N. y Cavazos, C., B. (2013). Intervención centrada en soluciones cognitivo conductual en un caso de violencia en el noviazgo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(2), 476-503.
- Guerra, C. y Barrera P. (2017). Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma. *Revista de psicología*, 26(2), 1-13.
<http://www.revistapsioterapia.uchile.cl>
- Habigzang, L., F., Gomes, F., M. y Maciel, Z., L. (2019). Terapia cognitivo conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: estudio de casos múltiples. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 149-264. doi:10.22235/cp.v13i2.1882
- Hernández, M. (2015) Influencia de la autoestima en el rendimiento escolar de los alumnos de 6º grado de primaria. (*Tesis de doctorado*). Universidad Pedagógica Nacional.
Recuperado de: 200.23.113.51/pdf/31494.pdf
- Lara. C., Verduzco, M., Acevedo, M. y Cortés, J. (1993). Validez y confiabilidad del inventario de autoestima de Cooper Smith para adultos, en población mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25(2), 247-255.
- López, M., I., González, G., C., San Pedro, V., B. y San Pedro, V., J. (Junio, 2016). Del autoconcepto general al autoconcepto artístico. *Elsevier*, 28(1).
<https://www.elsevier.es/es-revista-magister-375-articulo-del-autoconcepto-general-al-autoconcepto-S0212679616300020>
- Martínez, M. (2002). Comportamiento humano. Trillas.
- Martínez-Velez, N. (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias en un centro de salud. *Salud Pública de México*, 43(3), 182-191. Recuperado de:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000300002
- Marrón, N. (2018). La América violada: las violencias contra las mujeres en la conquista y la colonización. *elPeriódico*. Recuperado de:
<https://www.elperiodico.com/es/cuaderno/20181110/america-violada-violencias-contra-mujeres-conquista-colonizacion-7137661>
- Naranjo, Pereira, M. (enero, 2006). El autoconcepto positivo: Un objetivo de la orientación y la educación. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*. 6(1).
Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44760116>

- Navarro, M. (noviembre, 2009). Autoconocimiento y Autoestima. Temas de Educación. *Revista Digital para Profesionales de la Enseñanza*, 5. Recuperado de:
<https://www.feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd6409.pdf>
- ONU (2019). ONU México hace un llamado a eliminar todas las formas de violencia sexual contra las mujeres y las niñas. Recuperado de:
<https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/onu-m%C3%A9xico-hace-un-llamado-eliminar-todas-las-formas-de-violencia-sexual-contra>
- Panesso, G. K. y Arango, H., M. (2017). La Autoestima, proceso humano. *Psicología, Psicoanálisis y Conexiones*, 9(4).
- Papalia, D. y Feldman, D. (2012). *Desarrollo Humano*. Mc GrawHill. 12va. Ed.
- Paucar, C., G. (2014). El hacinamiento familiar y su influencia en el abuso sexual de los adolescentes de 12 a 17 años de edad en la unidad educativa Mayor Ambato. (*Tesis de maestría*). Universidad Técnica de Ambato. Recuperado de:
<http://192.188.46.193/bitstream/123456789/7853/1/FJCS-POSG%20033.pdf>
- Pereda, B., N. (2010)¹. Actualización de las consecuencias físicas del abuso sexual infantil. *Revista pediátrica de Atención Primaria*, 12(46), 273-285.
- Pereda, B., N. (2010)². Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del psicólogo*, 31(2), 191-201.
- Pereda, N. y Gallardo-Pujol, D. (2011). Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. *Gaceta Sanitaria*, 25(3), 233-239.
- Pérez, K. y Vaca, J. (2007). *Programa de intervención para fortalecer la autoestima en adolescentes de 3er grado de secundaria (Tesis de Licenciatura)*. Recuperado de:
<http://200.23.113.51/pdf/24030.pdf>
- Preza, A. (22 de junio de 2020). 75% de los casos de abuso sexual infantil son cometidos por un familiar. *UDGTV*. Recuperado de: <http://udgtv.com/noticias/75-casos-abuso-sexual-infantil-cometidos-familiar/>
- Ramos-Díaz, E., Axpe, I., Fernández-Lasarte, O. y Jiménez-Jiménez, V. (2018). Intervención Cognitivo-Conductual para la mejora del autoconcepto en el caso de una adolescente víctima de maltrato emocional. *Revista Clínica Contemporánea*, 9(4), 1-10. DOI:
<https://doi.org/10.5093/cc2018a1>
- Ramos, M., A. (2017). Influencia de los contextos familiares disfuncionales en la comisión de delitos sexuales intrafamiliares en la región Tacna, 2012-2014. (Tesis doctoral). Universidad privada de Tacna, Perú.

- Ramos-Lira, L., Saltijeral-Méndez, M., M., Romero-Mendoza, M., Caballero-Gutiérrez, M. y Martínez, C., P. (1992). El desarrollo personal y social: el autoconcepto. *Anales de pedagogía*, (10), 185, 220. *Recuperado de:*
<https://www.redalyc.org/pdf/311/31111811006.pdf>
- Roca, V. E. (2013). Autoestima sana. ACDE.
- Rodríguez, A. (2016). Autoestima: construcción y reconstrucción. *ARJÉ. Revista de Postgrado*, 10(18), 453-465. *Recuperado de:* <http://arje.bc.uc.edu.ve/arj18/art43.pdf>
- Rodríguez, O., V. (1997). Historia de la violación, su regulación jurídica hasta fines de la edad media. Ed. Comunidad de Madrid.
- Royal College of Psychiatrists (2009). La Terapia Cognitivo Conductual. Folleto producido por el Consejo Editorial de Educación Pública del Royal College of Psychiatrists.
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Descleé de Brouwer.
- Secretaría de Salud (2006). Informe Nacional sobre Violencia y Salud. México. Cap. 4. Violencia Sexual en México. *Recuperado de:*
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/InformeNalsobreViolenciaySalud.pdf>
- Senado de la República (2019). *México, primer lugar en abuso sexual infantil*. Boletín. *Recuperado de:*
<http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/45796-mexico-primer-lugar-en-abuso-sexual-infantil.html>
- Steiner, B., D. (2005). La teoría de la autoestima en el proceso terapéutico para el desarrollo del ser humano. Tesis de grado. Tecana American University. Maracaibo. *Recuperado de:* https://tauniversity.org/sites/default/files/tesis/tesis_daniela_steiner.pdf
- Solari, M.M. (2018). Imperioso y urgente: develar y actuar para terminar con la violencia sexual que sufren niñas, niños y adolescentes en Uruguay. *SUGIA*, 7(3), pp. 62-71
- UNICEF (2019). *Panorama estadístico de la violencia contra niñas, niños y adolescentes en México*. *Recuperado de:*
<https://www.unicef.org/mexico/media/1731/file/UNICEF%20PanoramaEstadistico.pdf>
- UNICEF (2010). Protección infantil contra la violencia, la explotación y el abuso. *Recuperado de:* https://www.unicef.org/spanish/protection/57929_57972.html
- Vargas-Hidalgo, G. (2017). Evaluación de las dimensiones del autoconcepto en estudiantes de III ciclo de educación primaria. (*Tesis de maestría en Educación. Universidad de Piura*), Perú. https://pirhua.udep.edu.pe/bitstream/handle/11042/3025/MAE_EDUC_355-L.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Zenteno, M. (2017). La autoestima y cómo mejorarla. *Revista Ventana Científica*, 8(13).
http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2305-60102017000100007&script=sci_arttext&lng=es

APÉNDICES

Apéndice A. Consentimiento informado.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA Y EDUCACIÓN A DISTANCIA
PSICOLOGÍA A DISTANCIA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada Paciente:

Por medio del presente consentimiento informado, solicito tu participación voluntaria en la realización por escrito, de una investigación y seguimiento de caso, que como parte del proceso de titulación de la carrera de licenciatura en psicología, de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en su modalidad a distancia, estoy desarrollando en relación la Terapia Cognitiva Conductual aplicada hacia mujeres que han sido violadas en la niñez, y cuya psicoterapia breve pretende mejorar el nivel de autoestima y autoconcepto agraviados en el trauma de violación. Para el estudio, deberás firmar este consentimiento informado, participar en una entrevista clínica, contestar algunos instrumentos de medición de autoestima y autoconcepto, permitir que se graben las sesiones (en audio), y estar dispuesta a compartir información personal relacionada al tema. También se te pedirá que participes en el tratamiento de psicoterapia breve y que lleves a cabo algunas tareas que apoyen este proceso.

Es importante que sepas que tu anonimato está garantizado. Se mantendrá tu confidencialidad con respecto a cualquier información obtenida en este estudio, ya que tu nombre no aparecerá en ningún documento ni en las bases de datos que utilizaremos (si así lo deseas). Los datos obtenidos serán usados exclusivamente para los fines del presente manuscrito y serán analizados de manera detallada. Igualmente, al final del tratamiento de intervención, podrás tener conocimiento de la interpretación de tus resultados y puntuaciones obtenidas en los instrumentos de evaluación.

Tu participación en este estudio no conlleva ningún riesgo, pero si tienes alguna pregunta, puedes acercarte a la persona encargada (Yazmín Vázquez Moreno) para aclarar dudas, las que serán tratadas en privado. Así mismo, si te surgen preguntas después de la aclaración del estudio (que recibirás por correo electrónico), no dudes en contactar a la Directora de este manuscrito, Mtra. Cristina González Méndez (cristina.gonzalez@iztacala.unam.mx).

En consideración de lo anterior, agradezco tu participación voluntaria en la realización de esta investigación.



Yo Victoria Zúñiga Martínez con dirección de correo electrónico zuma.iavz@gmail.com expreso voluntaria y conscientemente mi deseo de participar en la realización de esta investigación de manuscrito para titulación, aceptando lo señalado en este formato.

En constancia firma:

Victoria Zúñiga Martínez
Paciente

En constancia firma:

Issan Carolina Bernal
Testigo

Fecha: 06 de Diciembre, de 2020.

Alumna responsable.

Nombre: Yazmín Vázquez Moreno

Dirección: Bosque de Minas, No.44, Fracc. Villas Doña Marina,

San Salvador, Tzompantepec, Tlaxcala. C.P. 90452.

Núm. Movil: 241 125 3710.

Apéndice B. Guía de la entrevista clínica.

GUÍA DE ENTREVISTA CLÍNICA

Objetivo: Recabar información en el caso de la paciente X, para identificar las conductas de interés.

Datos personales:

No. de expediente: ____

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Estado civil: _____ Escolaridad: _____

Dirección: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono móvil: _____

Religión: _____

Ocupación: _____

Estructura familiar:

1. ¿Con quién vive?
2. Parentesco:
3. Edad:
4. Escolaridad:
5. Ocupación:
6. ¿Tiene hijos? _____ ¿Cuántos? _____ ¿De qué edades?

Historia familiar

1. ¿Sabes cómo se conocieron sus padres?
2. ¿Conoces si tus padres vivieron maltrato infantil y/o violencia intrafamiliar?
3. ¿Quiénes te criaron?
4. ¿Cómo era la relación con tus padres/tutores durante la infancia y adolescencia?
5. ¿A qué se dedicaban?
6. ¿Sabes si tenían algún vicio?
7. ¿Hasta qué grado estudiaron?
8. ¿Tienes hermanos? ¿Cuántos?
9. ¿Qué escolaridad tienen?
10. ¿Cómo es la relación con tu hermana?
11. ¿En tu familia (dónde te criaste), han sufrido situaciones traumáticas (accidentes, enfermedades, abusos, maltrato, separaciones, muertes, etc.)?
12. ¿Cuándo tenías problemas, a quién de tus familiares acudías?
13. ¿Sentías miedo o rechazo de algún familiar? ¿Por qué?
14. ¿Recuerdas algo en especial del lugar dónde viviste tu infancia?
15. ¿Puedes identificar algún recuerdo de esa época?

Historia personal

*Infancia

1. ¿Dónde naciste?
2. ¿Cómo te describes cuando eras pequeña?
3. ¿Durante la infancia, en qué lugar pasabas la mayor parte del tiempo?

4. ¿Quién te disciplinaba (padres/tutor, familiar)?
5. ¿Cómo fuiste disciplinada?
6. ¿Con quién tenías mejor trato (padre, madre, tutores)?
7. ¿El trato era el mismo para todos los hermanos?
8. ¿A qué edad comenzaste a estudiar?
9. ¿Te gustaba ir a la escuela? ¿Por qué?
10. ¿A qué jugabas durante el recreo?
11. ¿En casa premiaban tus esfuerzos o logros académicos?
12. ¿Qué hacías en tu tiempo libre?
13. ¿Recuerdas si tuviste dolores abdominales, de cabeza, enuresis (orinarte), ecopresis (defecar)?

***Adolescencia**

1. ¿Te gustaba asistir a la escuela?
2. ¿Tuviste conflictos escolares? ¿Recuerdas el motivo?
3. ¿Qué hacías en tus momentos de ocio?
4. ¿Cómo eran tus hábitos alimenticios en esa etapa?
5. ¿Cómo eran tus hábitos de sueño?
5. ¿Consumiste alcohol o algún tipo de droga o tabaco durante la adolescencia? ¿Por qué?
6. ¿Recuerdas haberte fugado de tu casa? ¿Cuál fue el motivo?
7. ¿Recuerdas si tuviste dolores abdominales, de cabeza, enuresis (orinarte), ecopresis (defecar)?
8. ¿En algún momento, pensaste en autolesionarte o suicidarte? ¿Qué te llevó a ese pensamiento?

Historia laboral

1. ¿A qué edad iniciaste a trabajar?
2. En general, ¿cómo describirías tu relación con tus compañeros de trabajo?
3. ¿Cómo te describirías laboralmente?

Salud física

1. ¿Recuerdas de cuántos meses naciste?
2. ¿Naciste por parto natural o cesárea?
3. ¿Sabes si lloraste al nacer?
4. ¿Cuántos meses fuiste amamantada?
5. ¿A los cuantos meses caminaste sola?
6. ¿Has estado hospitalizada?
7. ¿Qué enfermedades importantes has padecido desde que naciste hasta la fecha?
8. ¿Eres alérgica a algún alimento o medicamento? ¿Cuál/es?
9. ¿Has tenido algún accidente?

Historia de vida sexual

1. ¿Alguien te informó sobre los procesos de cambio que sufriría tu cuerpo durante la adolescencia?
2. ¿Qué información recibiste acerca de esos cambios?
3. ¿A qué edad tuviste la menarquía (primera menstruación)?
4. ¿A qué edad fue tu primera experiencia sexual?
5. ¿Sabías qué estaba pasando?
6. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido?
7. ¿Para ti, las relaciones sexuales son agradables o desagradables?
8. ¿Posees actualmente una vida sexual activa? ¿Tienes una pareja sexual estable?

9. ¿Has practicado algún tipo de juego sexual?
10. ¿Tu pareja, te ha violentado sexualmente? ¿Cómo?
11. ¿En algún momento, tu pareja se ha quejado de violencia de tu parte durante el acto sexual?

Estado de ánimo

1. ¿Te cuesta más trabajo de lo habitual hacer actividades cotidianas?
2. ¿Te cuesta levantarte de la cama para empezar un nuevo día?
3. ¿Has perdido el interés por las cosas que antes te agradaban?
4. ¿Sientes que vale la pena vivir?
5. ¿Hay lugares o situaciones que evitas porque te ponen nerviosa?
6. ¿Tienes problemas para dormir?
7. ¿Hay alguna cosa que tengas que hacer una y otra vez sin poder resistirte a hacerlo?

Motivo de consulta

*De la agresión sexual

1. ¿Recuerdas el abuso sexual que viviste?
2. ¿Cuántos años tenías?
3. ¿Qué estabas haciendo?
4. ¿Qué relación o parentesco tenía esa persona contigo?
5. ¿Qué mecanismos usó la persona para acercarse a ti?
6. ¿Podrías describir el abuso sexual?
7. ¿Cómo te sentiste y qué pensabas después del suceso?
8. ¿Qué hiciste después del abuso?
9. ¿Qué pensabas acerca del agresor?
10. ¿Fue la única vez que abusó sexualmente de ti?
11. ¿Le contaste a alguien lo que estabas pasando?
12. ¿Actualmente, alguien de tu familia o amigos saben lo sucedido?
13. ¿Hubo alguna demanda hacia el agresor por lo que viviste?
14. ¿Recibiste o estás recibiendo algún tratamiento por las agresiones vividas? ¿Qué tratamiento? ¿Cuánto llevas en él?

*De la autoestima y autoconcepto

1. ¿Qué concepto tienes de ti como mujer?
2. ¿Te consideras una mujer íntegra?
3. ¿Podrías describirme tus cualidades?
4. ¿Estás satisfecha contigo misma?
5. ¿Te consideras una buena persona? ¿Por qué?
6. ¿Te gustaría ser otra mujer, diferente a la que eres ahora?
7. ¿Sueles ceder con facilidad ante situaciones?
8. ¿La gente consigue lo que quiere de ti?
9. ¿Si tienes algo que decir, generalmente lo dices o te reservas tu opinión?
10. ¿Te consideras una mujer en quién se puede confiar?
11. En escala del 1 al 5, donde Uno es "la mejor" y el 5 es "la peor", ¿cómo te clasificarías en cuanto al éxito en tu vida?
12. ¿Alguna vez te has comparado con alguien? ¿Qué resultó de esa comparación?
13. ¿Cómo es tu relación con tus amistades?
14. ¿Te consideras una persona amigable?
15. ¿Dependes emocionalmente de alguien?

16. ¿Cómo crees que te perciben tus familiares y amigos?
17. ¿En algún momento te has sentido inferior?
18. ¿Accedes a hacer cosas que no quieres?
19. ¿Te cuesta trabajo decir no?
20. ¿En algún momento te has quedado callada por temor a lo que piensen los demás de ti?
21. ¿Te consideras atractiva?
22. ¿Crees que físicamente les gustas a los demás?
23. ¿Te criticas a ti misma?
24. ¿Qué haces cuando alguien habla mal de ti o te ataca?
25. ¿Consideras que eres inteligente?
26. ¿Te consideras una mujer valiosa?
27. ¿Te consideras una persona amigable?
28. ¿Cómo te defines después de la violación?
29. ¿Qué impacto tuvo el suceso durante tu infancia?
30. ¿Qué impacto tuvo el suceso en tu vida familiar?
31. ¿Qué impacto tuvo ese hecho en tu vida social?
32. ¿Qué haces a la hora de tomar una decisión?
33. ¿Te consideras una persona importante?
34. ¿Tienes ilusiones por realizar nuevos proyectos?
35. ¿Hay algún otro problema que no hayamos tratado aquí y del que te gustaría hablar?

Apéndice C. Link de audio de la entrevista.

https://drive.google.com/file/d/1oKddil6EF4B32jjraS9hGZ8Q7Sco_0fa/view?usp=sharing

9

Apéndice D. Formato de autoconcepto (AF5).

**ESCALA DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH
VERSIÓN ADULTO**

Edad: _____

Fecha: _____

Instrucciones: A continuación hay una lista de frases sobre sentimientos. Si una frase describe cómo te sientes generalmente marcan con una X la casilla "Verdadero". Si la frase no describe cómo te sientes generalmente marca con una X la casilla "Falso".

Antes de entregar verifica que no haya dejado sin responder ningún ítem. Te recuerdo que no hay respuestas correctas o incorrectas.

	Verdadero	Falso
1. Usualmente las cosas no me molestan.		
2. Me resulta difícil hablar frente a un grupo.		
3. Hay muchas cosas de mí que cambiaría si pudiese.		
4. Puedo tomar decisiones sin mayor dificultad.		

5. Soy muy divertida.		
6. Me altero fácilmente en casa.		
7. Me toma mucho tiempo acostumbrarme a una cosa nueva.		
8. Soy popular entre las personas de mi edad.		
9. Generalmente mi familia considera mis sentimientos.		
10. Me rindo fácilmente.		
11. Mi familia espera mucho de mí.		
12. Es bastante difícil ser "yo misma"		
13. Me siento muchas veces confundida.		
14. La gente usualmente sigue mis ideas.		
15. Tengo una pobre opinión acerca de mí misma.		
16. Hay muchas ocasiones que me gustaría irme de mi casa.		
17. Frecuentemente me siento descontenta con mi trabajo.		
18. No estoy tan simpática como mucha gente.		
19. Si tengo algo que decir, usualmente lo digo.		
20. Mi familia me comprende.		
21. Muchas personas son más preferidas que yo.		
22. Frecuentemente me siento como si mi familia me estuviera presionando.		
23. Frecuentemente me siento desorientada con lo que hago.		
24. Frecuentemente desearía ser otra persona.		
25. No soy digna de confianza.		

Apéndice E. Formato de autoestima de Coopersmith, versión adultos.

**ESCALA DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH
VERSIÓN ADULTO**

Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: A continuación hay una lista de frases sobre sentimientos. Si una frase describe cómo te sientes generalmente marcan con una X la casilla “Verdadero”. Si la frase no describe cómo te sientes generalmente marca con una X la casilla “Falso”.

Antes de entregar verifica que no haya dejado sin responder ningún ítem. Te recuerdo que no hay respuestas correctas o incorrectas.

	Verdadero	Falso
1. Usualmente las cosas no me molestan		
2. Me resulta difícil hablar frente a un grupo.		
3. Hay muchas cosas de mí que cambiaría si pudiese.		
4. Puedo tomar decisiones sin mayor dificultad.		
5. Soy muy divertida.		
6. Me altero fácilmente en casa.		
7. Me toma mucho tiempo acostumbrarme a una cosa nueva.		
8. Soy popular entre las personas de mi edad.		
9. Generalmente mi familia considera mis sentimientos.		
10. Me rindo fácilmente.		
11. Mi familia espera mucho de mí.		
12. Es bastante difícil ser “yo misma”		
13. Me siento muchas veces confundida.		
14. La gente usualmente sigue mis ideas.		
15. Tengo una pobre opinión acerca de mí misma.		
16. Hay muchas ocasiones que me gustaría irme de mi casa.		
17. Frecuentemente me siento descontenta con mi trabajo.		

18. No estoy tan simpática como mucha gente.		
19. Si tengo algo que decir, usualmente lo digo.		
20. Mi familia me comprende.		
21. Muchas personas son más preferidas que yo.		
22. Frecuentemente me siento como si mi familia me estuviera presionando.		
23. Frecuentemente me siento desorientada con lo que hago.		
24. Frecuentemente desearía ser otra persona.		
25. No soy digna de confianza.		

Apéndice F. *Link de instrumentos evaluados (pre y post tratamiento).*

<https://drive.google.com/file/d/1QiCbp0n6V2Vy6nrBB1DlfiOOFv9BdUXM/view?usp=sharing>

Apéndice G. *Links de audios de las sesiones.*

Sesión 1.

https://drive.google.com/file/d/1sk1kl1MspxfZIGY3ifTbkn_abjKPLJPS/view?usp=sharing

<https://drive.google.com/file/d/1ORkfAIEqp-Q2CKeJZT6RrkP3rzkqXAY/view?usp=sharing>

Sesión 2.

<https://drive.google.com/file/d/1oSo4YsyulB06xANhPZp2mx5zjuF5gELI/view?usp=sharing>

Sesiones 3 y 4.

https://drive.google.com/file/d/1gYrY4oY1mJ4KVD-aN_WP_4Cw-UJ1acl/view?usp=sharing

https://drive.google.com/file/d/1g_HBC2pVF45q_qZc503QMRD3HRSrs5nY/view?usp=sharing

Sesión 5.

<https://drive.google.com/file/d/1gc1vAEU4i9FrpFxFxL2m61-e8C8vKdUJuv/view?usp=sharing>

Sesión 6.

https://drive.google.com/file/d/1-0tw0DtwvlpFZbnEZ_CCNBeqI53mNeE7/view?usp=sharing

Sesión 7.

https://drive.google.com/file/d/1ae9ggaVal6avlXIB4H_RokGNd1J8RpPZ/view?usp=sharing

https://drive.google.com/file/d/1P8-caMioOvW5j6uMNWWkyQpCjZ_L4Oob/view?usp=sharing