



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

REPORTE DE EXPERIENCIA  
**INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA CUIDADORAS DE  
ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL**

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

**YUNERY MARLEN BAUTISTA GÓMEZ**

DRA. ANA LETICIA BECERRA GÁLVEZ  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

DRA. CAROLINA SANTILLÁN TORRES TORIJA  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MTRA. VERÓNICA RUIZ GONZÁLEZ  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA-UNAM

DRA. ROSALVA CABRERA CASTAÑÓN  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DRA. SANDRA ANGÉLICA ANGUIANO SERRANO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

LOS REYES, IZTACALA . EDO. DE MEXICO 2023.



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.

## Agradecimiento

A la Universidad Nacional Autónoma de México por ser mi casa de estudios y al Consejo Nacional de Ciencia y tecnología por darme la oportunidad de continuar con mi desarrollo profesional.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por ser mi casa de estudios y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por darme la oportunidad de continuar con mi desarrollo profesional.

Gracias Ana por estar apoyándome y guiándome en todo el proceso de mi tesis, ser paciente conmigo y no dejarme sola. La Dra. Caro por darme la oportunidad de participar en actividades para mi crecimiento profesional. Por la oportunidad de ampliar mis horizontes profesionales. A todo mi comité por el apoyo y contribución a este manuscrito.

A las personas con las que tuve la dicha de trabajar como psicóloga. A cada mujer que participo en este estudio, por compartir su experiencia, ofrecer su confianza y permitirme ser parte del cambio. Al Hospital General de Atizapán, a las psicólogas del servicio de Mujer y Salud (Sandrita y Almita) con las que logré formar un equipo. Infinitas gracias por aceptarme en el servicio, compartir su tiempo y conocimiento. Al Mtro. Leonardo y compañeras del Hospital, que me apoyaron para integrarme en un periodo desfasado.

A mi papá, por guiarme y hacerme la persona que soy hoy. Por sostenerme, inspirarme y acompañarme amorosamente, por ser ejemplo de superación y guiarme con tu amor. A mis hermanos por apoyarme, escucharme y aguantar mis bromas pesadas.

A Pilar por motivarme acabar este trabajo, por todo su cariño, apoyo y paciencia. Oliver y Tere por escucharme y apoyarme en momentos críticos.

A mis amigos y colegas, Pepe por confiar en mis capacidades, y no dejarme renunciar ante las adversidades, escucharme y apoyarme en los momentos más críticos. Por motivarme a entrar al posgrado y alegrarte conmigo a cada paso. Alberto, por su apoyo incondicional y por ayudarme a mantenerme la fe con la esencia de la lealtad y confianza. Por alentarme, escucharme y confiar en mí.

A mis compañeros y amigas de la maestría. Gracias a cada uno de ellos que me acompañó en el sendero de la UNAM, a mis maestros por el apoyo y conocimiento brindado. A mis amigas por concederme momentos significativos, compañía y risa.

## **Dedicatorias**

A mi madre Rocío Morgado quien siempre estuvo a mi lado para apoyarme ante cualquier adversidad. A quién siempre amaré, por su bondad, perseverancia y gran amor por la vida. Agradezco a la vida por permitirme que fueras mi mamá. Tu amor y tu esencia siempre estarán conmigo. Con tanta insistencia, me pedía que concluyera este trabajo.

A Oscar por tu amor, ayuda constante y certera en momentos de crisis. Por acompañarme en esta locura del posgrado, tu buen humor, risas y complicidad. Procurar que tuviera los recursos físicos para abordar mis compromisos académicos. A mi ajolotito, por tu gran sonrisa, gracia, besos y abrazos que iluminan mi vida. Por entender mi trabajo, ser paciente y entender la labor de mamá durante el posgrado. A mi familia, que me construye y ama cada día.

## Índice

Introducción.....	9
Apartado 1. Intervención psicoeducativa para cuidadoras/es de adolescentes víctimas de violencia sexual.....	15
1.1. Marco teórico .....	15
1.1.1. Violencia sexual contra adolescentes.....	15
1.1.2. Características de las víctimas de violencia sexual .....	18
1.1.3. Características del victimario.....	19
1.1.4. Tipos de violencia .....	21
1.1.5. Consecuencias.....	22
1.1.6. Relevancia social .....	23
1.1.7. Estrategias para prevenir y atender la violencia sexual contra las adolescentes ..	25
1.1.8. El cuidado de adolescentes víctimas de violencia sexual.....	27
1.1.9. Intervenciones psicoeducativas con cuidadores de víctimas de violencia sexual	28
1.2. Método.....	37
1.2.1. Justificación .....	37
1.2.2. Objetivos de investigación.....	38
1.2.3. Hipótesis .....	38
1.2.4. Diseño del estudio.....	39
1.2.5. Muestreo .....	39
1.2.6. Participantes .....	40
1.2.7. Descripción de variables .....	42

1.2.8.	Instrumentos y materiales .....	44
1.2.9.	Procedimiento .....	46
1.2.10.	Resultados .....	49
1.2.11.	Discusión y conclusiones.....	56
Apartado 2: Reporte de experiencia profesional.....		64
2.1.	Desarrollo de la Medicina Conductual (MC) .....	64
2.2.	Características de la sede: Hospital General de Atizapán (HGA) .....	66
2.2.1.	Ubicación .....	66
2.2.2.	Antecedentes históricos .....	66
2.2.3.	Nivel de atención.....	66
2.3.	Descripción del servicio.....	68
2.3.1.	Ubicación del residente de MC en la sede .....	68
2.4.	El residente de Medicina Conductual en el servicio de Mujer y Salud .....	72
2.5.	Protocolo de atención a víctimas.....	73
2.5.1.	Fase de entrevista inicial.....	73
2.5.2.	Fase de intervención.....	73
2.5.3.	Post evaluación.....	76
2.5.4.	Seguimiento .....	77
2.6.	Actividades desarrolladas por la sede adaptada a modalidad virtual debido a la contingencia por COVID-19 .....	77
2.6.1.	Sesiones académicas .....	77

2.6.2.	Elaboración de un programa para pacientes con estrés y enfermedades crónicas en modalidad online (Diabetes Mellitus y Enfermedad Renal Crónica).....	78
2.6.3.	Productividad .....	81
2.6.4.	Estadísticas de los pacientes atendidos .....	82
2.7.	Competencias profesionales alcanzadas .....	86
2.8.	Conclusiones y sugerencias.....	87
	Referencias .....	88

## **Intervención psicoeducativa para cuidadoras/es de adolescentes víctimas de violencia sexual**

### **Resumen**

Para la adolescente víctima de violencia sexual, el cuidador (usualmente un progenitor) es un participante clave en el proceso de recuperación, ayudándole a enfrentar las consecuencias de la agresión. En este contexto, el cuidador suele experimentar emociones complejas, además de enfrentarse a una escasez de conocimientos sobre procedimientos médicos, legales y terapéuticos. Ante esto, los programas psicoeducativos pueden ayudar a los padres a manejar sus reacciones y apoyar a las víctimas. El objetivo de este estudio fue evaluar los efectos de una intervención psicoeducativa online sobre los conocimientos relativos al cuidado de víctimas que poseen cuidadoras de adolescentes que han vivido violencia sexual. En el estudio participaron cinco mujeres dentro del programa Mujer y Salud del Hospital General de Atizapán, todas mexicanas, con una edad promedio de 42 años. La intervención consistió en un taller sincrónico realizado mediante de la plataforma de videoconferencias Zoom®, en cuatro sesiones de 90 minutos. Se evaluó el conocimiento de las participantes mediante un cuestionario sobre violencia sexual conformado por 20 preguntas antes y después de la intervención. Los datos fueron analizados con las pruebas de rangos de Wilcoxon y cambio clínico objetivo. Los resultados indican que los conocimientos acerca de la violencia sexual incrementaron al finalizar el taller ( $z = -2.023$ ,  $p < 0.05$ ), mientras que la prueba de cambio clínico objetivo indicó cambios significativos mayores ( $CCO > .20$ ) en las cinco cuidadoras. Estos resultados indican que la intervención aplicada en plataformas digitales podría ser una herramienta útil para ayudar a cuidadores a mejorar su apoyo a las víctimas.

*Palabras clave:* abuso sexual infantil, cuidadores, víctimas del crimen, terapia cognitivo conductual, psicoterapia en grupo.

## Psychoeducational intervention for caregivers of teenage victims of sexual violence

### Abstract

For teenage victims of sexual violence, caretakers (usually their parents) are key figures in the recovery process, helping them to face the consequences of the aggression. In these situations, caretakers often deal with complex emotions while lacking proper knowledge about the medical, legal, and therapeutic procedures required by the victims. To deal with those problems, psychoeducational programs can be used to help parents to manage their emotions and improve the ways in which they take care of the victims. The goal of this study was to evaluate the effects of an online psychoeducational intervention over how much caretakers of teenage sexual violence victims understand about their role. For this study, we recruited five Mexican women, 42 years old on average; all of whom are participants in the "Mujer y Salud" Program of the Atizapan General Hospital. The intervention was carried out through an online course composed by four Zoom® videochat sessions, lasting 90 minutes each. The participants' knowledge was evaluated before and after the course using a 20-item questionnaire about sexual violence. The statistical data were analyzed using both Wilcoxon signed-rank and objective clinical change tests. The results indicate that knowledge about sexual violence among the participating women had improved after the course ( $z = -2.023$ ,  $p < 0.05$ ), while the objective clinical change test indicated major significant changes ( $CCO > .20$ ) among the five participants. These results suggest that the use of online interventions could be a useful tool to help caretakers to improve the way in which they help sexual violence survivors.

*Keywords: child sexual abuse, caretakers, crime victims, cognitive-behavioral therapy, group psychotherapy*

## Introducción

La violencia sexual es un grave problema social con serias repercusiones sobre la salud de quienes la sufren. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021b) indica que el 35% de las mujeres alrededor del mundo han vivido violencia física y/o sexual, señalándola como un problema de salud pública internacional de proporciones epidémicas. Existen diferentes modalidades de violencia sexual, todas ellas tienen consecuencias graves.

Según lo reportado tanto por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2021) como por Valdez-Santiago et al. (2020), 5.1% de mujeres mexicanas han sido víctimas de violación antes de los 15 años. Se estima que, a nivel global, una de cada tres mujeres se encuentra en riesgo de sufrir lesiones, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, depresión, ansiedad y estrés postraumático; el cual puede derivar en insomnio, trastornos alimentarios, consumo de sustancias y tendencias suicidas. Desafortunadamente, las mujeres son más vulnerables ante la violencia sexual (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2019) y aún más vulnerables son aquellas que se encuentran en la adolescencia (ONU Mujeres, 2020).

Dado que las adolescentes son por lo general dependientes de sus padres al vivir una experiencia de violencia sexual es probable que este suceso incida en la dinámica familiar. El evento conlleva un reajuste, cambios y necesidades nuevas a cubrir, donde los padres deben adoptar un nuevo rol, el de cuidador de la víctima. Este rol se define como aquella persona, por lo general un progenitor u otro individuo vinculado afectivamente a esta que dirige sus esfuerzos a brindar apoyo, tanto físico como emocional, de manera prioritaria, permanente y comprometida a la víctima de violencia sexual (Venegas, 2006). Por lo consiguiente, la tarea del cuidador implica asumir una gran responsabilidad debido a la atención que la víctima requiere y a la necesidad de enfrentar de manera conjunta un suceso estresante y traumático; siendo los cuidadores a su vez el apoyo más importante que tiene una adolescente después de haber sido agredida (Dussert et al., 2017).

Respecto de los cuidadores, Cummings (2018) indica que estos fungen como intermediarios entre el menor y el medio. De esta forma, modulan sus respuestas ante este y ayudan a restablecer conductas funcionales, esencial para la adecuada superación del trauma (Celano et al., 2018). En la mayoría de los casos la responsabilidad de cuidar a la víctima recae casi exclusivamente sobre una sola persona, que con frecuencia es la madre u otro pariente femenino (McElvaney & Nixon, 2019). Esto se debe a que la figura materna es conceptualizada como la principal proveedora de protección y afecto en el ámbito familiar,

asumiéndose que esta puede ejercer con facilidad su rol en la recuperación, protección y apoyo a la víctima (Gutiérrez & Lefèvre, 2019). También la madre a menudo debe asumir sola la protección de sus hijos, ya sea porque el abusador es el padre o padrastro, o bien, porque no tiene pareja (Chiesa & Goldson, 2017). Igualmente, la población femenina es más abierta a usar servicios sanitarios y a asistir a grupos educativos, de apoyo o de salud (McElvaney & Nixon 2019; Smith & Kelly, 2008).

Sin embargo, la mayoría de los tutores no se encuentran preparados para desempeñar este rol, teniendo por lo general conocimientos limitados para actuar y proteger al adolescente. La mayor parte de los protocolos de atención están dirigidos a trabajar con quienes han sido agredidos. Al revisar la literatura, contrasta la enorme cantidad de información referente al impacto a las víctimas, con la escasa atención prestada a las necesidades de sus cuidadores (Vandenberghe et al., 2018). Si bien la mayoría de los padres y madres cuidadores quieren apoyar plenamente a sus hijos en su recuperación, estos a menudo se sienten incapaces de proporcionar el apoyo necesario de manera efectiva debido a su propia angustia emocional. También sienten que no tienen el conocimiento suficiente para atender al menor, ni para tratar con los procedimientos legales, médicos y terapéuticos (Cummings, 2018; Vandenberghe et al., 2018).

Reflejo del enfoque centrado casi exclusivamente en las víctimas son las diversas investigaciones revisadas para este estudio. Se trata de trabajos sobre estrategias con enfoque cognitivo conductual que se han llevado a cabo en América Latina con población infantil y adulta principalmente con mujeres, incluyendo víctimas de abuso sexual (Cantón-Cortés & Cortés, 2015; Guerra & Barrera, 2017; Valerio, 2018), violación (Peeters et al., 2019) y acoso sexual (Martínez-Jerez, 2015; Miranda et al., 2020; Ramos-Lira et al., 2001). Asimismo, la literatura existente sobre el trabajo con sobrevivientes de violencia sexual suele enfocarse principalmente en generar estrategias de afrontamiento, reducción de síntomas ligados a trastornos emocionales (ansiedad, depresión, estrés postraumático, etc.), así como disminución de tendencias al aislamiento, disociación, pensamientos intrusivos y culpa en el menor (Dussert et al., 2017).

En cuanto a aquellos trabajos de investigación dirigidos específicamente a los cuidadores, estos se han enfocado en realizar intervenciones después de la revelación de la agresión por parte del menor; siendo estos estudios principalmente realizados en países como Nueva Zelanda, Chile y Australia. Sin embargo, numerosos estudios han demostrado que capacitar a los cuidadores para entender la dinámica de la violencia sexual, así como adoptar estrategias de

comunicación efectiva con el menor y estrategias de autorregulación para sobrellevar las emociones consecuencias derivadas del evento, pueden mejorar el proceso de recuperación del menor y los padres (Álvarez-Zavala et al., 2012; Smith & Kelly, 2008; Van Toledo & Seymour, 2013). Estos estudios argumentan que el apoyo al cuidador es un mejor predictor del ajuste psicológico (Cyr et al., 2019). Lamentablemente son pocos los esfuerzos para ayudar a los cuidadores en sí, así pues, el desarrollo de programas psicoeducativos para apoyar a los padres en torno a su rol en el proceso de recuperación de la víctima es una prioridad crítica (Theimer et al., 2020).

Se han realizado algunos estudios (Cyr et al., 2019; Dussert et al., 2017; McElvaney & Nixon, 2019; Vandenberghe et al., 2018; Van Toledo & Seymour, 2016; Warrington et al., 2023) para identificar las principales necesidades de los padres con el fin de proponer intervenciones inmediatas después de la notificación del abuso sexual. Tal fue el caso del estudio realizado por Han y Kim (2016) en Corea del Sur. Se trata de un estudio de corte cualitativo, el cual se basó en una intervención con una duración de 150 minutos en un grupo focal de cuatro madres, con una edad promedio de 44 años e infantes de cinco a 11 años. Dicho estudio concluyó que la psicoeducación permitiría a los cuidadores interactuar y comunicarse mejor con la víctima al saber cómo abordar sus síntomas y comportamiento. Finalmente, los autores enfatizan la importancia del proceso de terapia, de la enseñanza de habilidades de autocuidado, de la regulación emocional y de la comunicación de la víctima y los padres; además de resaltar la importancia del acceso a material psicoeducativo, haciendo hincapié en los beneficios de brindar material en línea como páginas *web* o materiales compartidos por correo para el uso de los cuidadores.

Claramente la psicoeducación para los padres en estas áreas permite mantenerlos informados y les ayuda a acceder a distintos apoyos según sea necesario, y en consecuencia pueden ser equipados con información relevante sobre la violencia sexual (Vladimir & Robertson, 2019), formas de comunicarse y formas de enseñar a los menores a regular sus emociones (Vandenberghe et al., 2018). Por otro lado, se ha descrito que el trabajo en grupos con enfoque psicoeducativo combinado con apoyo individual al cuidador favorece el cambio de comportamiento, lo que deriva en un mejor cumplimiento de su rol, crea una sensación de seguridad y aceptación incondicional por parte de los integrantes (Vandenberghe et al., 2018). Esto es corroborado por la revisión sistemática realizada por Van Toledo y Seymour (2013) la cual aborda los efectos en los participantes de 11 intervenciones cognitivo-conductuales realizadas en Estados Unidos, Australia y Reino Unido; las cuales no siempre incluían a los

cuidadores. Sin embargo, la mayoría de los estudios revisados son de carácter descriptivo, a pequeña escala y emplean métodos cualitativos sin grupos de control, además de poseer diferentes objetivos de intervención en los estudios, lo que dificulta la evaluación de la eficacia.

Otras revisiones, como las de Álvarez Zavala et al. (2012) y Jiménez (2022) se centran explícitamente en intervenciones que involucran cuidadores y examinan específicamente sus impactos en ellos. Álvarez Zavala et al. (2012) evaluaron el efecto de una intervención psicoeducativa grupal en un grupo control y un grupo experimental de madres no agresoras para el cambio psicoterapéutico de sus hijos/ a través de la disminución en las puntuaciones de los inventarios. Constó de 12 sesiones de 90 minutos de duración cada una, extendiéndose por un período de tres meses. Participaron 12 madres con sus respectivos menores de 10 a 12 años de ambos sexos. En el grupo experimental, a seis madres se les compartió información relacionada con el abuso sexual, el desarrollo psicosexual y el reconocimiento de emociones asociadas a la agresión sexual (tanto en las madres como en los hijos/as); por otro lado, a seis madres del grupo control no se les realizó intervención. Se aplicó el Inventario de Problemas Conductuales y Destrezas Sociales de Achenbach (IPCDs) antes y después de la intervención. Dentro del grupo experimental, se observaron diferencias significativas entre las evaluaciones previa y posterior a la aplicación de la intervención grupal con las madres, mostrando una disminución en las puntuaciones de la pauta ( $z = -1,787$   $p = 0.074$ ), indicando un mayor avance terapéutico en el GE, mientras que el GC no presentó diferencias significativas ( $Z = -0,315$   $p = 0.752$ ) entre las evaluaciones, pero sí una disminución en los puntajes de IPCDS. Por lo tanto, la participación de las madres en la intervención grupal favorece el cambio psicoterapéutico de sus hijos/as.

De entre la literatura consultada, solo el metaanálisis de St-Amand et al. (2021) examina la efectividad de 18 estudios con intervenciones brindadas a cuidadores. En dicho trabajo se detalla como las intervenciones tienen un efecto significativo moderado sobre los cuidadores ( $d = 0,50$ ;  $p < .01$ ; IC: 0,33, 0,66;  $k = 2$ ). A partir de lo expuesto, sostienen que las intervenciones que involucran al cuidador y al niño, especialmente las que brindan sesiones conjuntas ( $d = 0.69$ ;  $p < .01$ ;  $k = 7$ ) son tres veces más efectivas que las que no las ofrecen ( $d = 0.21$ ;  $p < .01$ ;  $k = 5$ ,  $Q' = 15,67$ ,  $p < .01$ ). Sin embargo, aunque cada uno de los estudios consultados para este metaanálisis ha tenido resultados notables, ninguno de ellos proporciona una síntesis sistemática y exhaustiva de los estudios existentes que puedan atestiguar la efectividad de las intervenciones psicoeducativas dirigidas a los padres. Más aún, estas revisiones no necesariamente documentan los factores que pueden influir en la efectividad de las intervenciones con los cuidadores.

Por otra parte, existen protocolos o propuestas de grupos psicoeducativos para cuidadores como el ejemplo claro de Poonam y Hansen (2011) en el que describen un programa de salud mental implementado en un Centro de Atención Infantil ubicado en Alabama, EE. UU. Se trata del proyecto de intervención grupal conocido como *Sexual Abuse Family Education* (SAFE, por sus siglas en inglés). Dicho proyecto ofrece una intervención grupal para cuidadores no infractores de víctimas de entre siete y 18 años, la cual sigue un protocolo estandarizado con enfoque cognitivo conductual de 12 semanas con sesiones de 90 minutos. Esta intervención es aplicada inmediata a la agresión, lo cual ha probado mayores pautas de actuación y adquisición de herramientas en los padres y resultados positivos en la recuperación del menor. Durante la intervención se ofrece educación en torno a la violencia sexual, así como entrenamiento en estrategias para la reestructuración cognitiva de pensamientos desadaptativos, técnicas de relajación y estrategias de comunicación efectivas.

Otra propuesta de interés es aquel realizado en España por Echeburúa y Guerricaechevarría (2011), quienes proponen un modelo de intervención psicológica con un enfoque integrador, amplio y flexible desde la terapia cognitivo conductual, en el cual se contempla tanto a los menores que han sufrido abuso sexual (3 a 18 años), como a sus familiares. El formato estándar de dicho modelo es un programa de 12 a 20 semanas de duración. En las primeras sesiones se evalúan las condiciones y consecuencias del abuso sexual, mientras que en la tercera y cuarta sesión se realiza un asesoramiento psicoeducativo a la familia. A partir de ahí, se interviene también con la víctima, sin dejar de trabajar con los familiares, llevándose a cabo dos sesiones semanales (una para los padres y otra para el menor). Durante el curso, se utilizan algunas de técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, control de estímulos, por mencionar algunas.

En México se ha aplicado un programa que atiende tanto a víctimas como a cuidadores, esto por parte de la Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas A.C. (ADIVAC). Desde el primer momento se ofrece orientación psicoeducativa con enfoque cognitivo conductual y de género respecto al actuar legal, médico y psicológico. Durante todo el proceso, se realizan reuniones mensuales entre padres y terapeutas para conversar sobre el proceso sus hijos y/o hijas. Adicionalmente se recomienda ingresar a algún grupo de contención para familiares (ADIVAC, s.f.). Ofrecen valioso apoyo a familias afectadas por la violencia sexual, sin embargo, programas como este son escasos en nuestro país; dejando a la vasta mayoría de cuidadores sin un verdadero apoyo para enfrentar las dificultades del proceso de recuperación.

En cuanto a las intervenciones en línea, estas son escasas, a pesar de que incluso el solo tener material disponible en línea puede apoyar a los cuidadores. Pese a ello, Jiménez (2022) realizó una intervención virtual a docentes de Ecuador para la prevención y actuación con infantes víctimas de abuso sexual. El estudio involucró a 132 docentes para el grupo control y 132 docentes para el grupo experimental. Durante cuatro meses, el grupo experimental recibió la formación psicoeducativa con un tutor dos veces a la semana, quien realizó el acompañamiento de forma síncrona y asíncrona. En el grupo control se permitió que los docentes pudieran acceder a clases pregrabadas y se impuso una fecha determinada para la participación en foros y la entrega de tareas. Se realizó un pre y post test con un cuestionario de conocimientos. Los resultados del grupo control demuestran que este tipo de aprendizaje es más efectivo, al ser completamente virtualizado puede conseguir resultados positivos para beneficio de toda la comunidad (93% presentó respuestas correctas). En cambio, en el grupo experimental, los resultados estadísticos mostraron 87% de las respuestas correctas. Así pues, ambos grupos recibieron una formación que baja los costos, pero vincula el aprendizaje y de apoyo al menor de forma efectiva.

En el servicio de Mujer y Salud del Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón”, se identificó un déficit de atención para los familiares derivada de la restricción legal de no recibir orientación psicológica antes de la declaración al Ministerio Público que conlleva un par de meses. Ante ello, se decidió dirigir un programa psicoeducativo con el propósito de mejorar el desempeño de las cuidadoras, brindándoles estrategias para actuar con las menores, y también estrategias para minimizar el impacto de la situación en su salud. Es en este contexto es que se decidió llevar a cabo una intervención psicoeducativa *online* sobre los conocimientos del cuidado a la víctima que poseen las cuidadoras de adolescentes que han vivido violencia sexual, siendo el objetivo del presente trabajo analizar los resultados de la presente intervención.

## **Apartado 1. Intervención psicoeducativa para cuidadoras/es de adolescentes víctimas de violencia sexual**

### **1.1. Marco teórico**

#### **1.1.1. Violencia sexual contra adolescentes**

Para entender la complejidad del problema que víctimas y cuidadores enfrentan es necesario comprender las características y dimensiones del fenómeno conocido como violencia sexual. En este sentido, la OMS (2002) define violencia como “todo acto o amenaza de uso intencional de fuerza o poder real o como amenaza contra uno mismo, una persona, grupo o comunidad que tiene como resultado la probabilidad de daño psicológico, lesiones, la muerte, privación o mal desarrollo” (p.3). Esta se manifiesta de diversas formas, incluyendo, pero no limitándose, a la violencia física, psicológica, económica, emocional y la violencia sexual (OMS, 2021a).

Cualquier persona puede ser víctima de violencia sexual, siendo está definida como cualquier intento, acción, insinuación, contacto, interacción o comentario de carácter sexual realizado hacia una persona en contra de su voluntad; independientemente del individuo o individuos que realicen la agresión, el estado físico y de salud de la víctima o del contexto en el que suceda (Asociación Portuguesa de Apoyo a las Víctimas [APAV], 2017; Peeters et al., 2019; Unidad de Igualdad de Género, 2017). Adicionalmente, la violencia sexual también abarca todas las formas de abuso y explotación sexual, incluida la prostitución forzada, la trata de personas con fines sexuales y el matrimonio forzado (Adinew & Hagos, 2017; Cabral & Laureano, 2019; Gutiérrez et al., 2016; *National Sexual Violence Resource Center* [NSVRC], 2014; Valerio, 2018).

Del mismo modo, es necesario comprender la violencia sexual como una manifestación de abuso de poder, esto debido a que los agresores siempre poseen alguna condición, facultad o fuerza que deja a sus víctimas sin forma de defenderse. Por lo que, se establece una inherente condición de desventaja para el individuo más vulnerable, la cual se hace efectiva de forma física, psicológica e incluso política (Thomas, 2018; Torres, 2017), situación agravada por las preexistentes dinámicas culturales de desigualdad de género (San Vicente et al., 2019).

Se estima que una de cada tres mujeres alrededor del mundo han sido víctimas de violencia sexual, lo que significa que aproximadamente 245 millones de mujeres y niñas han sido sujetas a este tipo de violencia, principalmente por parte de parejas sentimentales (ONU Mujeres,

2021). Respecto de este último punto, la violencia dentro de la pareja ha ido en aumento, afectando a más de 640 millones de mujeres de 15 años o más alrededor del mundo; sobre todo en países y regiones de bajos ingresos, siendo esto agravado por el malestar colectivo causado por la pandemia de COVID-19 (OMS, 2021b).

En el caso específico de México, la ONU estima que 19.2 millones de mujeres han sido sujeto de violencia sexual durante su vida. La misma organización también estima que aproximadamente 32.8% de las adolescentes en México han sufrido alguna forma de violencia sexual en el ámbito comunitario (ONU, 2019). Cabe resaltar que esta problemática afecta desproporcionadamente a las mujeres, registrándose nueve delitos sexuales contra mujeres por cada delito sexual cometido contra hombres.

Desde esta perspectiva, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) realizada por el INEGI (2021) menciona que el 22.8% de mujeres encuestadas declararon haber sufrido intimidación sexual y 7.3% refirió haber sido víctima de abuso sexual. La misma encuesta también detalla que del total de delitos cometidos en contra mujeres, 10.8% fue de tipo sexual; en contraste, solo 0.8% de los delitos contra hombres que fueron de dicho tipo. Por otro lado, también se reporta que el 24% de adolescentes entre 12 y 17 años han sido víctimas de ciberacoso.

Al respecto, estimaciones en México se cometen 61 delitos de violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes cada día (INEGI, 2021) refieren que en el país había más de 2000 carpetas de investigación abiertas por casos de agresión sexual contra menores de 14 años, de las cuales aproximadamente 1500 eran por violación. Por otro lado, un análisis de llamadas a la línea de emergencias en 2022 revela que ese año hubo 291,331 llamadas por incidentes relacionados a la violencia contra la mujer; 6,169 por abuso sexual, 9,505 por acoso sexual, 259,452 por violencia de pareja, 690,295 por violencia familiar y 3,585 por violación. Respecto a este último delito, se registraron mil 480 casos en diciembre de 2022 y para enero de 2023 esa cifra aumentó a mil 799, un crecimiento de 21% (Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública [RSESNSP], 2022).

Igualmente, se estima que en México un 12.6% de mujeres han sufrido alguna forma de violencia sexual durante la infancia, incluyendo en esta cifra al 5.1% de las mujeres mexicanas que han sido víctimas de violación antes de los 15 años (INEGI, 2021; Valdez-Santiago et al., 2020). Esta cifra es respaldada por la ENDIREH, la cual indica que 1 de cada 10 mujeres en México reportaron haber sufrido alguna forma de violencia sexual antes de los 15 años;

existiendo una lamentable tendencia al alza en estos delitos, reportándose un incremento del 45% en el número anual de agresiones a mujeres entre 2016 y 2021 (INEGI, 2021).

Desafortunadamente, obtener estadísticas precisas sobre la violencia sexual en México es complicado debido a la precariedad de los servicios de atención a víctimas, la escasa sistematización de la información recolectada por médicos y autoridades, y sobre todo debido al persistente subregistro de este tipo de violencia dada la gran proporción de víctimas que no lo denuncian (Decker & Sherman, 2016; Hohendorff et al., 2015). A esto se le añade que las víctimas de violencia sexual en México tienen acceso limitado a servicios públicos de salud y justicia social, poca información para reconocer y reportar adecuadamente que han enfrentado una agresión sexual y constante temor a causa de los estigmas sociales existentes sobre la sexualidad femenina (Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas [CEAV], 2016a; Collin-Vézina et al., 2015).

Dados los altos índices de violencia y la necesidad de erradicarla, en el año 2007, el Congreso mexicano promulgó la “Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”, la cual define la violencia sexual como la acción de herir el cuerpo y/o sexualidad de la víctima, lo que trasgrede su salud integral y representa una demostración de abuso de poder del hombre sobre la mujer al percibirla como un objeto (Comisión Nacional de Derechos Humanos [CNDH], 2022).

Cabe recordar que este tipo de violencia rara vez sucede sin recurrir al abuso emocional, ya que los agresores suelen recurrir al miedo, a la manipulación verbal para someter a la víctima y evitar que esta se rebele o delate a su agresor (Von-Hohendorff et al., 2017; Wekerle & Kerig, 2017). Esta ley, vigente a nivel nacional, tiene por objeto establecer la coordinación entre las autoridades federales, estatales y municipales para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación. Esta ley definió por primera vez en el ámbito legal mexicano los tipos de violencia, psicológica, física, económica, patrimonial y sexual, para dejar claro que la violencia no necesariamente produce lesiones físicas. También definió en qué ámbitos de la vida las mujeres son violentadas, definiendo violencia por modalidades: violencia familiar, laboral y docente, comunitaria e institucional.

### **1.1.2. Características de las víctimas de violencia sexual**

De acuerdo con lo establecido por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2021), se denomina víctimas a aquellas personas que han recibido lesiones o perjuicios de cualquier índole a causa de acciones u omisiones por parte de terceros; indiferentemente de la condición social o física de las personas afectadas.

En cuanto a la condición de las víctimas de acuerdo con las leyes mexicanas, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (2020) menciona que la *Ley General de Víctimas* (reconoce tres tipos de víctimas de violencia sexual. El primer tipo, víctimas directas que son aquellas que han vivido un evento de violencia sexual y sus consecuencias. La segunda, las víctimas indirectas que son los familiares o personas que tienen una relación inmediata con la persona receptora y actúan como cuidadores de esta. Finalmente, las víctimas potenciales son aquellas personas cuya integridad física o derechos peligran al brindar atención, apoyo o protección a la víctima.

Una vez aclarado quien constituye una víctima bajo las leyes vigentes, es necesario comprender el perfil social y psicológico de las víctimas de violencia sexual; comenzando por un aspecto mencionado constantemente en la literatura existente: ¿Por qué son la mayoría de las víctimas de violencia sexual mujeres adolescentes?

La razón detrás de este hecho reside en la inherente posición de subordinación social de las adolescentes ante otros grupos de edad, lo que les hace particularmente vulnerables (Mujica, 2016). Esta misma desigualdad causa que las víctimas sean a menudo sujeto de intimidación por parte del agresor, limitando su habilidad de denunciar la agresión. Asimismo, cuando estas figuras hablan de lo ocurrido y solicitan apoyo a padres o tutores, a menudo estos no dan crédito al menor, ignorando e incluso responsabilizando a la víctima; circunstancia conocida como revictimización (Cyr et al., 2019).

Existen numerosas situaciones y factores que pueden hacer a un adolescente particularmente vulnerable ante la violencia sexual, entre las que se encuentran dificultades económicas, familias desintegradas, violencia intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas, discapacidad mental o física, carencias afectivas, negligencia parental y escaso acceso a educación sexual, por mencionar algunas. Estos factores son aprovechados por los agresores sexuales por medio de estrategias como el ofrecimiento de atención, sobornos, amenazas, manipulación, entre otras (Apraez-Villamarin, 2015; Cantón-Cortés & Cortés, 2015). La vulnerabilidad de las víctimas también es influenciada por la edad y el sexo, siendo ambos

factores cruciales al determinar la forma de lidiar con las consecuencias de la agresión por parte de los menores (Jauregui, 2015).

Otro punto importante para tener en cuenta es el desafortunado hecho de que los agresores de menores de edad son frecuentemente familiares de sus víctimas o conocidos (*Save The Children*, 2016), teniendo lugar en el hogar el 75.4% de las agresiones registradas a nivel nacional en 2021 (México Evalúa, 2020). Esto complica aún más el proceso de recuperación dados los conflictos emocionales y existenciales dentro del hogar tras la revelación de la agresión, asumiendo que la misma familia no trata de proteger al agresor en lugar de a la víctima; como ocurre frecuentemente en casos de abuso sexual por parte de familiares (Dos Santos, et al., 2017).

Asimismo, el hecho de que la mayoría de las personas afectadas por violencia sexual sean mujeres conlleva a que la literatura y estadísticas sobre este problema estén enfocadas principalmente en ellas (ONU Mujeres, 2021). Si bien, esto no significa que no haya víctimas masculinas, su condición de minoría estadística ha causado que los estudios sobre esta población sean muy escasos y precarios; esto pese a un percibido aumento en el número de varones jóvenes víctimas de violencia sexual (CEAV, 2016b; Decker & Sherman, 2016)

### **1.1.3. Características del victimario**

Una vez explicada la severidad del problema de la violencia sexual en nuestro país y en el mundo, así como el perfil de las personas más afectadas por esta, se hace necesario explorar el perfil de aquellos que cometen estos actos: los agresores sexuales, también referidos como victimarios.

Se trata de individuos con mentalidad depredadora, quienes usan a sus víctimas como objetos para proyectar su poder, lo que se expresa mediante la gratificación sexual que obtienen forzando a las víctimas (Tesone, 2019). Se trata pues de sujetos con escasa habilidad para establecer y mantener relaciones interpersonales, cuya personalidad es por lo general insegura, inmadura, con bajos niveles de empatía y poca adaptación a las reglas (Matamoros, 2014).

Diversos estudios han permitido construir una lista de características asociadas a una mentalidad predatoria, aunque esta no supone una forma segura de predecir quien pueda ser un agresor sexual (Desai & Goel, 2018; Horley & Clarke, 2016; Observatorio Nacional de Política Criminal [ONPC], 2018).

Entre las principales características asociadas a tendencias predatorias se incluyen:

- Dificultad para desarrollar relaciones de pareja funcionales.
- Experiencia sexual precoz o haber vivido abuso sexual en la infancia.
- Desestructuración familiar y antecedentes delictivos familiares.
- Estados de ánimo como la depresión, la ansiedad, la ira o la sensación de soledad.
- La ausencia de competencia psicosocial o habilidades sociales.
- Pobre capacidad de autocrítica.
- La influencia de sustancias ilícitas.
- Encontrarse inmerso en un ámbito delictivo

Existen clasificaciones para los agresores sexuales de menores, como la empleada por Ceballos-Espinoza (2019), quien los divide entre agresores reservados, caracterizados por una apariencia de fragilidad asexual, y quienes atraen a sus víctimas con inocencia y amabilidad actuadas. Por otro lado, los victimarios violentos quienes hacen uso de violencia verbal, física y psicológica para someter a sus víctimas, enfatizando en todo momento su poder sobre esta, así como su capacidad sexual.

Por otra parte, en contraste con la mayoría de las víctimas de violencia sexual, la mayoría de los victimarios son varones, incluyendo a aquellos que agreden a menores (Desai & Goel, 2018). Sin embargo, existe también un número reducido de mujeres agresoras de menores, aunque este número podría ser mayor a lo estimado debido a que la naturaleza de sus actividades sexuales podría hacer más difícil la detección de estas victimarías, ya que es incluso posible que los afectados no las perciban sus acciones como una agresión sexual (Gómez & Juárez, 2014).

En aras de evadir la justicia, los agresores sexuales suelen exhibirse ante otros como sujetos socialmente adaptados, lo que les permite conseguir estatus económico, prestigio o influencia en corporaciones o instituciones. Estos recursos les permiten protegerse y también les facilitan someter, acosar, intimidar o desprestigiar a sus víctimas (Gómez & Juárez, 2014; San Vicente et al., 2019; Silva & Lujan, 2019).

Por lo anterior, aportaciones como las de Cantón-Cortés y Cortés (2015) y Desai y Goel (2018) defienden la necesidad de hacer un perfil del agresor, dado que esto permite entender tanto la lógica de selección de las víctimas como la dinámica de la agresión. Sobre esto,

Ceballos-Espinoza (2019) afirma que entender las características y comportamiento de los victimarios es útil para predecir que grupos pueden ser más vulnerables a sufrir violencia sexual. Sin embargo, como argumenta Tesone (2019) definir el perfil psicológico de los agresores no es sencillo, debido a que sus procesos psicológicos pueden ser muy distintos.

#### **1.1.4. Tipos de violencia**

Existen diversas formas de violencia sexual, de entre las cuales el abuso sexual es la más estudiada. Este se entiende como toda interacción sexual sin consentimiento, ya sea porque la víctima no lo desea o porque no está facultada para consentirlo (Basile, 2015; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2016; Gil-Arrones & Vicente, 2020). El abuso sexual puede incluir todo tipo de actividades sexuales no consensuadas, incluyendo, la prostitución forzada y la violación. Esta última comúnmente entendida como la única forma de abuso sexual, lo cual es incorrecto (Apraez-Villamarin, 2015; Chiesa & Goldson, 2017; Murillo et al., 2021).

Se entiende por violación aquella agresión sexual en la que la víctima es penetrada de forma vaginal, anal u oral, ya sea mediante objetos o partes del cuerpo (Mujica, 2016). Las víctimas de este tipo de agresión son despojadas de su habilidad de consentir por medio de la fuerza, presión o manipulación. Sin embargo, hay instancias en las que la víctima no está legalmente facultada para consentir, como es el caso de la minoría de edad. En este último caso hablamos de estupro, el cual según las leyes mexicanas se define como la copulación con una mujer mayor de 15 años y menor de 18. En estos casos, generalmente el victimario seduce a la víctima (INMUJERES, 2014).

Otras formas comunes de violencia sexual son el acoso y el hostigamiento sexual, los cuales se definen como comportamientos sexuales, físicos o verbales no deseados. Dichas conductas atentan contra la dignidad de la otra persona y, en consecuencia, causan que esta se sienta ofendida, humillada y/o intimidada (CNDH, 2017; Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2014). La diferencia entre hostigamiento y acoso sexual radica en que el primero es realizado por una figura con autoridad sobre la víctima. En cambio, el acoso sexual ocurre entre personas en paridad de circunstancias (Alamilla et al., 2018; Casilla et al., 2017; Herrera et al., 2015; Huerta, 2020). Desafortunadamente, tal como explican Echeverría et al. (2018), el hostigamiento y el acoso sexual son agresiones que rara vez son denunciadas a causa de la minimización y la normalización de la violencia. Del mismo modo, se acepta como un fenómeno habitual, sin cuestionamiento alguno, minimizando o negando las implicaciones de la agresión para las víctimas.

Por otro lado, la llegada de las redes sociales y otras tecnologías han derivado en nuevas formas de acoso y hostigamiento, principalmente ligadas al *sexting*, que es el intercambio de mensajes e imágenes con contenido sexual por medios digitales. Las cuales frecuentemente son usadas como herramientas de chantaje contra víctimas adolescentes (Herrera et al., 2015; Souza & Lordello, 2020). También existe el *grooming*, que es la práctica de contactar menores en línea con fines sexuales (Save The Children, 2019).

Por último, es necesario diferenciar entre acoso, hostigamiento y coerción sexual. La última mencionada, es el ejercicio constante de presión física o emocional de un individuo sobre otro para sostener una relación romántica o erótica, y no simplemente obtener gratificación sexual (Saldívar et al., 2015).

### **1.1.5. Consecuencias**

La violencia sexual es un problema complejo que posee consecuencias físicas, psicológicas, relacionales y económicas tanto para la víctima como para quienes le rodean. En esta línea, las secuelas pueden ser vitalicias, aunque la dimensión y forma de estas se ven afectadas por múltiples factores en la vida de los involucrados (Dos Santos et al., 2017; Jauregui, 2015; Loya, 2014; Peeters et al., 2019). Entre los factores que definen la magnitud de las secuelas mencionadas se incluye la duración y tipo de abuso o agresión sexual, el grado de desarrollo cognitivo y emocional de la víctima, estrategias de afrontamiento que disponga la víctima, el soporte social frente al evento de agresión sexual, las posibilidades de encontrar sostén en una red de apoyo adecuada después del suceso, el tipo de vínculo con el perpetrador, la resistencia que presentó durante el evento, por mencionar algunos (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011; Lozano et al., 2016; Rerick et al., 2019).

Explicar las secuelas de la violencia sexual no es sencillo, ya que estas pueden ser muy diversas, e ir desde cambios radicales de comportamiento a diversos trastornos psicológicos, los cuales son únicos en cada víctima, no obstante, pueden identificarse algunos patrones comunes a la mayoría de afectados (Hailes et al., 2019; Thompson et al., 2017). A su vez, el grado del daño psíquico en la víctima se ve influido por factores de vulnerabilidad y de protección; incluyendo la historia personal de la adolescente, su autoestima, el apoyo social y los recursos de afrontamiento con los que cuente, así como el contexto de la agresión, su intensidad, frecuencia, lo inesperado del acontecimiento, el nivel de riesgo, la relación entre la víctima y el agresor, o si el ataque fue individual o grupal (Echeburúa & Corral, 2006; Rollero, 2019; Siria et

al., 2020). También pueden influir factores propios del contexto social como la pobreza, el grado de marginación, creencias religiosas y el acceso a servicios jurídicos y de salud (OMS, 2002).

Es necesario remarcar que las secuelas de la agresión pueden presentarse solo después de meses e incluso años, y no necesariamente inmediatamente después del evento, siendo a veces desencadenadas por estímulos o situaciones que recuerdan la agresión a la víctima (Arbanas, 2021; Cantón-Cortés & Cortes, 2015; Chiesa & Goldson, 2017; Choi et al., 2017). Se suele clasificar a las consecuencias de la violencia sexual en dos categorías: de corto y largo plazo. Las primeras se presentan dentro de los primeros dos años tras la agresión, e incluyen síntomas como ansiedad, problemas para dormir y comportamiento agresivo. Si las consecuencias se presentan más allá de esos dos años se consideran de largo plazo, generalmente incluyendo, pero no limitándose a trastornos como depresión, conductas autodestructivas, ansiedad y el abuso de drogas (Baquero, 2016; *Child Welfare Information Gateway*, 2019a; Satyanarayana et al., 2015).

De acuerdo con la OMS (2002), en aras de contrarrestar las secuelas mencionadas es necesario, un soporte compasivo, la prestación de servicios integrales que incluyan apoyo psicológico, anticoncepción de emergencia, tratamiento y profilaxis de enfermedades de transmisión sexual; así como información sobre abortos seguros, un examen forense y acceso a profesionales competentes y sensibilizados en caso de que la víctima decida enjuiciar al agresor. El acceso a servicios profesionales es de suma importancia, ya que buscan restablecer conductas y creencias funcionales dañadas por la agresión y disminuir la probabilidad de aparición de psicopatologías, lo que es esencial para el bienestar tanto de la víctima, como de aquellos cercanos a la misma (Hohendorff et al., 2015).

#### **1.1.6. Relevancia social**

Hay que recordar que la violencia sexual no sólo afecta a la víctima sino también a su círculo cercano, en especial sus padres, considerados como víctimas secundarias (Díaz et al., 2017). La revelación por parte del adolescente que ha sido agredida sexualmente es generalmente un suceso inesperado, confuso y traumático para los padres. En ocasiones, estos pueden tener respuestas más impactantes que la persona agredida ante el descubrimiento del evento, por ejemplo, cuando la madre se entera que el agresor es su pareja (Dussert et al., 2017; Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011; Guerra & Barrera, 2017; Siria et al., 2020).

Por lo general, los padres de los menores que fueron agredidos sexualmente experimentan sentimientos de ira, impotencia, desesperación y angustia, además de una profunda sensación de fracaso al no percatarse de las posibles señales de advertencia, así como sentimientos de culpa por no poder prevenir o detener la agresión. Todas estas emociones pueden causar cambios en las relaciones interpersonales y serios problemas en el ámbito familiar (Guerra & Farkas, 2015; McElvaney & Nixon, 2019; Vladimir & Robertson, 2019).

Las secuelas emocionales y sociales antes descritas afectan el bienestar físico y mental de los padres, quienes normalmente funcionan como cuidadores de las menores de edad, lo que influye negativamente en el proceso de recuperación de la víctima (Celano et al., 2018). Esto debido a que tales elementos tienden a disminuir la capacidad de los padres para responder adecuadamente ante las necesidades de cuidado y apoyo de la víctima; capacidad que puede ser todavía más difícil por problemas familiares preexistentes, así como por las consiguientes tribulaciones legales, médicas y económicas derivadas de la agresión (Cyr et al., 2016; Han & Kim, 2016). Por lo tanto, se debe comprender mejor cómo los cuidadores reaccionan física y emocionalmente, para así poder ayudarles a comprender mejor al menor y protegerlo.

Los hallazgos han comprobado que la falta de cuidados, apoyo y afecto de los cuidadores se han asociado con un agravamiento del estrés y otros síntomas del trauma en las víctimas (Dussert et al., 2017; Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011; García & Peña, 2018). Por otro lado, se ha constatado que el apoyo del cuidador es disposicional para ayudar al adolescente durante los procesos de litigio y tratamiento, especialmente el apoyo parental, el cual es a menudo crucial para el éxito a largo plazo de las intervenciones terapéuticas (Van Toledo & Seymour, 2013). Respecto a esto, Echeburúa y Corral (2006) señalan que “un elemento clave para la rehabilitación de las víctimas en proceso de recuperación es el respaldo parental (dar crédito al testimonio del menor y protegerlo), en especial el apoyo brindado por la figura materna de la víctima” (p. 81).

Desafortunadamente, aunque la mayoría de los tutores buscan apoyar a los menores, generalmente se sienten incapaces de proporcionar el soporte necesario de manera efectiva debido a su propio sufrimiento emocional (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011; Han & Kim, 2016; Rudolph et al., 2017). Tanto es así que se añaden otras dificultades como acceder a la información adecuada, afrontar los problemas de victimización y la crianza de los hijos después haber vivido un evento traumático (Dussert et al., 2017). Es debido a esto que los padres necesitan recibir apoyo para cumplir su rol terapéutico por medio de intervenciones específicas

y personalizadas, dado que son los principales apoyos para los menores tras la revelación de la agresión sexual (Cyr et al., 2016).

### **1.1.7. Estrategias para prevenir y atender la violencia sexual contra las adolescentes**

Basándose en el análisis de los modelos clínicos de intervención pública existentes (DeGue et al., 2014; McMahon et al., 2019; Sirvent, 2019), el trabajo para la prevención y atención de la violencia sexual se puede dividir en tres niveles:

1. *Prevención primaria:* Orientada a evitar agresiones sexuales.
2. *Prevención secundaria:* Enfocada a evitar la reincidencia de ataques y a la prevención de secuelas físicas mediante la atención prehospitalaria y los servicios de salud reproductiva.
3. *Prevención terciaria:* Centrada en evitar el desarrollo de secuelas psicológicas y emocionales a largo plazo después de la agresión por medio del trabajo terapéutico y la reintegración.

Según Peterson et al. (2016) los trabajadores de la salud no reciben la capacitación necesaria para identificar y atender los casos de violencia sexual de forma adecuada. También es necesario trabajar con otras instancias públicas y privadas para educar a los menores, así como identificar y denunciar si son víctimas de violencia sexual; ofreciendo, mejorando y haciendo más accesibles los servicios de denuncia (Potter et al., 2020).

Prevenir y atender la violencia sexual es un asunto social complejo cuyo análisis implica tener en cuenta la influencia de elementos como la pobreza, la falta de acceso a la educación, las crisis sociales y los desastres naturales, los cuales deben ser atendidos en materia de políticas y acciones públicas (Gerbaka et al., 2021; McDermott et al., 2015; Sirvent, 2019). Entonces, el objetivo de la prevención es trabajar con las víctimas para reducir las consecuencias negativas y disminuir la victimización futura o trabajar con los perpetradores para rehabilitar y reducir la reincidencia.

En línea con este pensamiento se han desarrollado estrategias basadas en el modelo de intervención de espectadores creado por Banyard (2015), el cual enmarca la violencia sexual como un problema comunitario, que va más allá de víctimas y perpetradores, y por ende su solución es una responsabilidad social (Mennicke et al., 2018; Sirvent, 2019). Este modelo define al espectador como aquella figura facultada para detener la violencia.

Este enfoque ha sido implementado en programas elaborados por Haberland (2015) y Reidy et al. (2017), quienes están orientados a mejorar las habilidades analíticas y críticas en menores para reconocer aquellos aspectos potencialmente perjudiciales de las normas de género vigentes, facilitándoles posteriormente, cambiar comportamientos y actitudes dentro de sus grupos de pares. Los mismos autores buscan que estos programas sean implementados con adolescentes, abordando tópicos relacionados con la sexualidad, especialmente la intimidad y el consentimiento, los cuales se hallan estrechamente ligados a la prevención de la violencia sexual

Por otra parte, se ha demostrado que el asesoramiento a padres, los programas de prevención de violencia sexual y las intervenciones sistémicas, entre otras medidas, son efectivas entre más breve sea el periodo entre la intervención y la agresión sexual; lo cual también ayuda a evitar nuevas agresiones sexuales contra los menores (Basile, 2015). No obstante, como señala Warnke (2014), la educación en temas de violencia sexual se encuentra muy poco desarrollada en comparación con otros tipos de violencia y temas de salud pública.

En este punto conviene profundizar en las estrategias de atención a víctimas, comenzando por aquellas que constituyen pautas de acción urgentes para los menores agredidos sexualmente y sus familias. De acuerdo con el Ministerio Público de Chile (2016), los principales objetivos de dichas estrategias son:

- Asegurar el cese de la violencia sexual y la separación física de víctima y perpetrador.
- Garantizar el compromiso de los cuidadores para salvaguardar la integridad del menor.
- Capacitar al menor para reportar posibles episodios futuros de violencia sexual.
- Instruir al menor para evitar futuras situaciones de riesgo.
- Desarrollar asertividad en el menor para oponerse a situaciones sexuales no deseadas.

Asimismo, es necesario incluir también a los cuidadores en la intervención, capacitándolos, por ejemplo, para desarrollar estrategias que ayuden a afrontar la presión de los procesos legales posteriores a la agresión (CEAV, 2016b; Dussert et al., 2017; Mantilla, 2015).

Por último, hay que recordar que la atención a menores víctimas de violencia sexual es una labor interdisciplinaria, especializada y continua, requiriendo de un trabajo coordinado por múltiples agentes como son los servicios de atención social, las organizaciones no gubernamentales y las autoridades locales e instituciones de justicia (Deslandes et al., 2016; Ventevogel & Spiegel, 2015).

### **1.1.8. El cuidado de adolescentes víctimas de violencia sexual**

Cuando un adolescente informa que ha sido víctima de una agresión sexual, es necesario que sus tutores reciban la noticia sin prejuicios. Se recomienda proveer un contexto de apoyo que ayude al adolescente a relatar con claridad de lo que ocurrió (*Child Welfare Information Gateway*, 2019b). Partiendo de esta pauta, hay que facilitar su canalización hacia servicios de atención médica y psicológica, así como prevenir la continuación de la violencia (Centros de Control y Prevención de Enfermedades [CDC], 2015; Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011).

Los responsables de cuidar a la víctima deben también continuar con el seguimiento médico, verificar el cumplimiento de la medicación para posibles infecciones de transmisión sexual, observar el estado de la salud mental de la víctima y buscar asesoramiento psicológico adicional de ser necesario, garantizando así su bienestar integral (Crawford-Jakubiak et al., 2017; Silveira et al., 2021). También es sustancial procurar el acceso a orientación y terapia, incluyendo medicación psicotrópica en caso de ser necesaria; todo bajo supervisión del personal médico y de salud consultado por la familia (Crawford-Jakubiak et al., 2017; Ministerio Público de Chile, 2016).

Es de suma importancia mantener una estrecha vigilancia y poner atención a las conductas de la víctima, especialmente en los primeros días tras el ataque. Esto principalmente con el fin de prevenir conductas autodestructivas, con especial énfasis en la prevención de conductas suicidas; siendo para ello esencial prevenir el acceso a armas, drogas y otros elementos de riesgo (Anderson et al., 2015; Capocasa, 2015).

Más aún, es importante que los cuidadores den seguimiento fiel al proceso legal. En muchos casos, los adolescentes pueden rehusarse a denunciar la agresión por diferentes causas. Si bien, las víctimas pueden preferir la confidencialidad, lo que es su derecho, el apoyo de un adulto calificado y capaz puede ser valioso (Yamamoto, 2015). En particular, cuando están en entornos desconocidos durante la atención legal, así como para facilitar el trabajo terapéutico de la víctima e inclusive proveer orientación a la familia para manejar la situación de manera más adecuada (CNDH, 2017).

Es crucial que la familia mantenga una actitud abierta hacia las palabras de la víctima y preste respuestas adecuadas a sus revelaciones (Boudreau et al., 2018), mostrando empatía y brindando confianza a la víctima. Como se señaló anteriormente, es vital evitar minimizar, descartar o tergiversar las palabras del menor y, sobre todo, evitar a toda costa responsabilizar por la agresión sexual al afectado; siendo menester de los cuidadores ayudar a las víctimas a

entender que no tienen culpa alguna de lo sucedido (Gil, 2017; Martingano, 2020; Mejía et al., 2020; Mujica, 2016).

Otro tipo de respuestas a evitar por parte de los cuidadores son aquellas que expresen dudas sobre la veracidad de la agresión sexual, incluyendo aquellas que acusen al menor de mentir o incluso de malinterpretar alguna conducta como agresión (García & Peña, 2018; McElvaney & Nixon, 2019). Ser empático y solidario con las víctimas es crucial para la recuperación, por ello es importante evitar tratar a la víctima de forma distante o indiferente, o pretender que la agresión no ha ocurrido (Edwards et al., 2020; Fundación Márgenes & Vínculos, 2015; Kotze & Turner, 2019).

Todo lo antes explicado debe de ser realizado por familiares y cuidadores con el apoyo de una red de especialistas e instituciones jurídicas y de salud (Ministerio de Salud Pública & Asistencia Social, 2016).

#### **1.1.9. Intervenciones psicoeducativas con cuidadores de víctimas de violencia sexual**

Como se ha dicho antes, las intervenciones psicoeducativas con enfoque cognitivo conductual han resultado ser eficaces para apoyar la labor del cuidador (Ventevogel & Spiegel, 2015), puesto que al realizar una intervención enfocada a cuidadores podría no solo ayudarles a realizar su labor de cuidado, sino también disminuir la probabilidad de presentar problemas de salud y mejorar el prospecto de recuperación de la víctima (Han & Kim, 2016).

En esta investigación se realizó una revisión no sistemática de la literatura existente sobre programas psicoeducativos e intervenciones realizadas con cuidadores de víctimas de violencia sexual. La búsqueda de los materiales analizados se realizó en bases de datos como Psycinfo, Dialnet, EBSCO, PubMed y OVID; mismas que se exploraron utilizando palabras clave como “violencia sexual/sexual violence”, “padres/non-offending caregivers” y “psicoeducación/psychoeducation”.

La búsqueda se complementó integrando programas elaborados por asociaciones civiles y organizaciones internacionales. Para fines de este trabajo, sólo se incluyeron los programas cuya unidad de análisis fuese la violencia sexual ejercida contra menores (niños y adolescentes) entre los años 2008 y 2021. A continuación, se presenta un resumen de la revisión bibliográfica en la Tabla 1.

**Tabla 1**

*Programas Cognitivo-Conductuales en cuidadores de víctimas de violencia sexual*

Autor y año	Título	Objetivo	Elementos de evaluación	Modalidad de intervención	Método	Resultados
Arriagada y Thiers (2005)	Diseño, implementación y validación de una intervención psicoeducativa grupal para padres no agresores de niños víctima de abuso sexual	Elaborar una propuesta de intervención psicoeducativa para padres no agresores de dos grupos de centros de atención en salud mental de víctimas de abuso sexual infantil de Chile: Grupo A (cinco madres y un padre con un promedio 34 años) y Grupo B (4 mujeres con un promedio de 39 años).	La aplicación de esta entrevista para seleccionar muestra. Mediante una evaluación pre y post aplicación de escala tipo Likert (nivel de enfrentamiento de los padres al abuso sexual) con 35 ítems. Tres cuestionarios de evaluación de seis preguntas de respuestas abiertas sobre las pautas de evolución de las sesiones.	Presencial	Se realizaron dos intervenciones diferente para cada grupo abordados desde la psicoeducación, conformadas por ocho sesiones (2 horas con 30 minutos de duración cada sesión). En la primera, se abordaron temas como mitos sobre el abuso sexual, manejo de las emociones en las víctimas, disminución de secuelas del abuso, desarrollo sexual de la víctima, estrategias de afrontamiento para los padres. Las últimas sesiones del grupo dos se hicieron modificaciones. Se realizaron las evaluaciones con los registros de las sesiones grupales. Se realizó la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.	Grupo A: En las puntuaciones obtenidos aumentaron significativamente: Sintomatología y Conflictivas ( $z = -2.032$ ; $p = 0.042$ ), Mitos e Información errónea ( $z = -2.032$ ; $p = 0.042$ ), emociones negativas surgidas ( $z = -2.032$ ; $p = 0.042$ ) y Factores protectores ( $z = -2.023$ ; $p = 0.043$ ). Grupo B: hay una tendencia al aumento, pero no resulta ser significativo Sintomatología y Conflictivas ( $z = -1.841$ ; $p = 0.066$ ), Desarrollo Psicosexual Infantil ( $-1.841$ ; $p = 0.066$ ), Mitos e Información Errónea ( $z = -1.826$ ; $p = 0.068$ ), Emociones Negativas Surgidas ( $z = -1.826$ ; $p = 0.068$ ).
Smith y Kelly (2008)	An exploratory study of group therapy for sexually abused adolescents and nonoffending guardians	Reducir la sintomatología del trauma y la depresión entre los adolescentes australianos abusados sexualmente.	- Evaluación inicial mediante una entrevista estructurada con 6 padres y madres, aplicaron los instrumentos a los 6	Presencial	La intervención psicoeducativa del adolescente: seis módulos (12 sesiones) de duración 90 minutos. Temas: identificar y enfrentar emociones y sentimientos relacionados con el	Las puntuaciones del TSCC mejoraron en 10, 9, 27, 12, 96 y 35 puntos para P1 a P6. Las transformaciones estandarizadas

			<p>adolescentes con un rango de edad 11 a 16 años (2 hombres y 4 mujeres).</p> <p>Evaluación con lista de verificación de 54 ítems de síntomas de trauma (TSCC, Briere, 1996)</p> <p>Inventario de depresión infantil (CDI) de 27 ítems.</p> <p>Cuestionario de satisfacción del cliente de 10 ítems.</p>		<p>abuso sexual. Desmitificar mitos y establecer acciones para minimizar los riesgos a la violencia sexual.</p> <p>Intervención psicoeducativa en padres: 12 sesiones de duración 90 minutos.</p> <p>Temas: Explicación de abuso sexual y los mitos. Reacciones después de la revelación y esquema disfuncionales. Estrategias para apoyar al adolescente y manejar la revelación. Estrategias de autocuidado a través de la enseñanza de técnicas de relajación, establecimiento de límites y comunicación afectiva. Se realizó de evaluación después del taller y seguimiento mensual a cada participante.</p>	<p>(media 50, DE = 10), representa un cambio significativo. La mitad de los participantes lo lograron.</p> <p>Tres participantes tuvieron puntuaciones clínicamente significativas. Utilizando puntuaciones normativas en muestras clínicas de edad similar (M = 11,18, DE = 6,8), se consideró que una caída de 13,6 puntos era clínicamente significativa. P3 cumplió con este criterio (puntuación de cambio de 14). Indicaron programa era de alta calidad.</p>
Echeburúa y Guerricaechevarría (2011)	Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil (niños y adolescentes) intrafamiliar: un enfoque integrador	Describir la propuesta de intervención de abuso sexual con un enfoque integrador en el que se tiene en cuenta tanto a los menores como a los familiares procedentes de España.	<p>Se sugiere entrevista semiestructurada.</p> <p>La secuencia del tratamiento va dirigida por las características y circunstancias de cada caso (inmediata a la agresión o divulgada después de tiempo).</p>	Presencial	<p>Existe un formato estándar de 12-20 semanas en modalidad presencial.</p> <p>Sesión 1 y 2: Evaluar las consecuencias de la víctima, revelación y la reacción de la familia. Pautas urgentes de actuación.</p> <p>Sesión 3 y 4: asesoramiento psicoeducativo para la familia.</p> <p>A partir la cuarta sesión se interviene a la víctima y se conti-</p>	<p>Las propuestas con enfoque cognitivo conductual han mostrado resultados terapéuticos eficaces, tanto para el menor como para la familia, al hacer frente a los síntomas post-traumáticos, los problemas de conducta, enseñarle estrategias de afrontamiento adecuadas, así como a superar los efectos psicológicos</p>

<p>Poonman y Housen (2011)</p>	<p>Interventions for families victimized by child sexual abuse: Clinical issues and approaches for child advocacy center-based services.</p>	<p>Describir los tipos de intervenciones y modalidades de salud mental disponibles para las víctimas y sus familias del centro de atención Infantil ubicado en Alabama, EEUU.</p>	<p>Las intervenciones se monitorean continuamente a través de la evaluación continua de los participantes utilizando múltiples instrumentos estandarizados de autoinforme y de informe de los padres.</p>	<p>Presencial</p>	<p>núa con los familiares. Se realizan dos sesiones semanales (familiar y víctima). Se utilizan técnicas de enfoque cognitivo conductual, dependiendo el diagnóstico, algunas técnicas que se utilizan son: exposición en vivo, detección cognitiva, reestructuración cognitiva, técnicas de relajación, entrenamiento en asertividad y habilidades sociales, entre otras</p> <p>El proyecto de intervención grupal SAFE (Sexual Abuse Family Education, por sus siglas en inglés). Es un tratamiento cognitivo-conductual estandarizado de forma presencial de 12 semanas con sesiones de 90 minutos, para víctimas de abuso sexual (7 a 18 años), hermanos y sus padres.</p> <p>En el grupo de cuidadores no infractores cubre temas como: Psicoeducación (p. ej., la prevalencia del abuso sexual, por qué los agresores cometen el delito). Regulación afectiva posterior a la revelación del abuso. Reestructuración cognitiva de pensamientos desadaptativos. Técnicas de relajación. Estrategias de comunicación relacionada con el abuso. Revelación de abuso y el impacto en su familia. Estrategias de prevención de revictimización.</p>	<p>que ellos mismos padezcan</p> <p>Una intervención de estas características ha de ser lo suficientemente flexible y adaptable a la idiosincrasia de cada víctima y familiar, a las características y circunstancias de la situación, así como a las necesidades específicas detectadas.</p> <p>Los padres informan mejoras posteriores al tratamiento grupal en el comportamiento y el funcionamiento de las víctimas, específicamente menos ansiedad, mayor conocimiento sexual básico y las necesidades de la víctima, menos síntomas de estrés postraumático, menos atribuciones de abuso desadaptativas, menos percepciones negativas de las reacciones sociales y capacidades de afrontamientos por el cuidador. Se ha observado que estas ganancias del tratamiento se mantuvieron 3 meses después de la finalización de la intervención grupal.</p>
--------------------------------	--	---	---	-------------------	---	--

Álvarez-Zavala et al., 2012	Influencia de una intervención grupal para madres en el cambio psicoterapéutico de sus hijos/as víctimas de agresiones sexuales	Evaluar la influencia que una intervención psicoeducativa grupal de 12 madres no agresoras y sus hijos (10 a 12 años) de ambos sexos:	<p>Inventario de Problemas Conductuales y Destrezas Sociales (IPCDS) Achenbach. Está compuesto por 113 ítems que evalúan problemas conductuales y sociales.</p> <p>Pauta de Evaluación Clínica para Terapeutas: consta de 25 ítems, divididos en cinco ejes (cuatro ejes exploran el estado que presentan los niños/as en relación con las dinámicas traumatogénicas, y quinto (síntomatología presente en los niños/as).</p>	Presencial	<p>Consta de 12 sesiones (3 meses) de 90 minutos de duración cada una. Se dividieron en un grupo control (GC) no se aplicó intervención y un grupo experimental (GE) grupo psicoeducativo.</p> <p>Se aplicaron en ambos grupos el IPCDS antes y después de la intervención. Al final se aplicó la pauta de evaluación para terapeutas.</p> <p>La intervención grupal compartir las temáticas: información objetiva respecto del abuso sexual, desarrollo psicosexual del niño, el reconocimiento de emociones asociadas a la violencia agresión sexual (madres y víctimas), la visualización y desarrollo de recursos personales en los niños/as.</p> <p>Se realizó un estadístico Wilcoxon.</p>	<p>No se observan diferencias significativas entre GC y GE en la evaluación previa y posterior a la aplicación del IPCDS.</p> <p>En cuanto al GE, se observan diferencias significativas entre las evaluaciones previa y posterior a la aplicación de la intervención grupal para madres, indicando una disminución en la sintomatología en el GE (<math>Z = -1,787</math> <math>p = 0.074</math>). El GE presenta un mayor avance que el GC.</p> <p>Las madres que no participaron en la intervención psicoeducativa grupal, no se observó un cambio psicoterapéutico significativo.</p>
Van Toledo y Seymour (2013)	Interventions for caregivers of children who disclose sexual abuse: a review.	Detallar intervenciones dirigidas a los cuidadores de 11 estudios de procedencia de Estados Unidos, Australia y Reino Unido	<p>La búsqueda electrónica.</p> <p>Se utilizaron PsycINFO, PsycBOOKS y MEDLINE como fuentes de datos. La búsqueda usó térmi-</p>	Presencial	<p>Se identificaron que los estudios de diferentes intervenciones: provisión de información de las respuestas de la víctima al abuso sexual, estrategias para manejar comportamientos y emociones, el apoyo general o psicoeducativo en un formato grupal, el apoyo individual o la</p>	<p>Los cuidadores tienen preferencia por material escrito y visual sobre la información meramente verbal.</p> <p>Los apoyos grupales psicoeducativos pueden ayudar a reconstruir re-</p>

			<p>nos clave de [cuidador OR padre OR madre OR padre OR No ofensor] AND [intervención OR tratamiento OR terapia OR apoyo OR grupo] AND [niño\$ 1sex\$ abuse OR sex\$ abuse] así como otros términos genéricos que incluyen [sexual], [en línea] y [resultados].</p>		<p>incorporación del apoyo del cuidador (mayoría mujeres caucásicas) en las intervenciones de los niños.</p> <p>Los programas que se han descrito y evaluado son generalmente estudios descriptivos a pequeña escala que emplean métodos cualitativos sin grupos de control. Además, a menudo se mezclan diferentes objetivos de intervención en los estudios, lo que dificulta la evaluación de la eficacia.</p>	<p>des sociales vitales y aumentar redes de apoyo. Brindan entornos agradables, confianza, cohesión, oportunidades de empoderamiento, autoeficacia, ayuda práctica y comprensión del comportamiento del menor. Es un espacio que permite que los padres comprendan y manejen sus propias emociones.</p> <p>El contenido de los grupos psicoeducativos era relevante y brindaban ayuda práctica.</p> <p>El número de necesidades influyen en la eficacia de las intervenciones que involucran a los cuidadores.</p>
<p>Van Toledo y Seymour (2016).</p>	<p>Caregiver Needs Following Disclosure of Child Sexual Abuse</p>	<p>Investigar el impacto de la revelación del abuso sexual infantil y las necesidades asociadas identificadas por los cuidadores.</p>	<p>Se recopilaron sesenta formularios de evaluación de necesidades de familias que accedieron a un programa piloto de apoyo a los padres que se llevó a cabo en Nueva Zelanda.</p>	<p>Presencial</p>	<p>Los formularios fueron completados por 60 cuidadores (55 mujeres de edad promedio de 50 años) durante una sesión de evaluación con su consejero y consistieron en preguntas abiertas y de escala Likert que se enfocaban tanto en las necesidades de los 62 niños (50 niñas con edad promedio de nueve años) como de la familia.</p> <p>Se llevó a cabo una orientación</p>	<p>Los cuidadores notaron cambios emocionales (46.8%) y de comportamiento (32.3%) en sus hijos como resultado de la victimización. Identificaron dificultades para apoyar a su hijo, incluido el manejo del comportamiento (30.6%), no saber cómo responder a las emociones de su hijo también experi-</p>

St-Amand et al., 2021	Effectiveness of Interventions Offered to Non-Offending Caregivers of Sexually Abused Children: A Meta-Analysis	Examinar la efectividad de las intervenciones brindadas a los cuidadores (con o sin la participación del niño) de víctimas de abuso sexual y (b) determinar la influencia de las variables moderadas asociadas con el estudio, la intervención y las características de los participantes sobre la efectividad de estas intervenciones.	El metaanálisis se realizó según lo recomendado por la colaboración Cochrane y sus hallazgos se informaron de acuerdo con las pautas PRISMA. Se incluyeron 18 estudios con el cuidador. Conformado por 809 cuidadores (78% padres biológicos, 90% mujeres) y 478 víctimas o presuntas víctimas de abuso sexual (79% niñas, edad entre 4 a 12 años, 54% abuso intrafamiliar).	Presencial	<p>con los cuidadores, con el objetivo de mejorar el autocontrol y el afrontamiento de los cuidadores, brindarles ayuda para controlar el comportamiento de sus hijos y brindarles educación sobre el abuso sexual y sus consecuencias.</p> <p>Se llevó a cabo una sesión de evaluación y hasta cinco sesiones de asesoramiento con el objetivo de mejorar el aprendizaje.</p> <p>En general, los hallazgos del metaanálisis revelan un efecto significativo moderado de las intervenciones sobre el cuidador (<math>d = 0,50</math>; <math>p &lt; 0,01</math>; IC: 0,33, 0,66; <math>k = 2</math>).</p> <p>Ciertas características de la intervención sí favorecen su eficacia. Cuanto mayor sea el número de necesidades del cuidador en el objetivo de la intervención, mayores serán los efectos en el cuidador (pendiente = 0,15; <math>p &lt; 0,05</math>; <math>k = 24</math>). De las intervenciones que involucran al cuidador y al niño, las que brindan sesiones conjuntas (<math>d = 0.69</math>; <math>p &lt; .01</math>; <math>k = 7</math>) son tres veces más efectivas que las que no las brindan (<math>d = 0.21</math>; <math>p &lt; .01</math>; <math>k = 5</math>, <math>Q' = 15,67</math>, <math>p &lt; .01</math>).</p> <p>El 100% de las intervenciones abordan la necesidad de información y que el conocimiento</p>	<p>mentó dificultades emocionales (85.8%).</p> <p>Las necesidades identificadas para los propios cuidadores incluyeron ayuda para sus propias emociones (46.8%) y tener información del abuso (27.4%) con estrategias de manejo del comportamiento e información.</p> <p>Los hallazgos indican que los cuidadores se benefician tanto de las intervenciones ya sea que sus hijos sean pequeños o mayores. Además, el 79,2% de las intervenciones apuntan a la necesidad de apoyo emocional a los cuidadores mejoran sustancialmente. El 87,5% de las intervenciones abordan la necesidad de apoyo en el desempeño del rol parental y la reacción emocional ante la agresión, y los resultados mostraron que las prácticas de crianza mejoraron levemente después de las intervenciones.</p> <p>Por otro lado, el conoci-</p>
-----------------------	---	---	--	------------	---	--

Jiménez,  
2022

Programa piloto de intervención psicoeducativa para la prevención del abuso sexual infantil.

Demostrar la eficacia de la intervención psicoeducativa dentro de los dos tipos o formas de educación en docentes de la comunidad educativa de Ecuador.

Un cuestionario de selección múltiple para el pretest constituido por 9 preguntas con base al "protocolo de actuación frente a situaciones de violencia detectadas o cometidas en el sistema educativo, desarrollado por el Ministerio de Educación del Ecuador en el año 2017".

Para el post test fue construido en base al mismo instrumento; sin embargo, se añadieron cuatro ítems más para su evaluación.

En línea

de los cuidadores sobre el abuso sexual fue considerablemente mayor después de estas intervenciones. Las intervenciones son más beneficiosas para los cuidadores cuando el número de necesidades objetivo es mayor.

Grupo experimental (132 docentes) de control (132 docentes). Fueron 208 mujeres y 46 hombres de edades entre 25 y 60 años. La intervención duró cuatro meses.

En el caso del grupo experimental con un tutor se realizó el acompañamiento de forma síncrona y asíncrona, recibieron clases de forma virtual y tuvieron un seguimiento dos veces a la semana mediante tutorías. En el grupo control, accedieron a clases pregrabadas y se programó la entrega de foros y tareas, la retroalimentación se dio entre los docentes.

Las temáticas abordadas desde la psicoeducación fueron: Generalidades del abuso sexual infantil. Detección y evaluación del abuso sexual infantil. Intervención con familias.

miento sobre el abuso sexual, mejoraron significativamente después de las intervenciones.

En el posttest, el grupo control han respondido al cuestionario (93% correctas), señalando de forma las principales herramientas, estrategias, intervenciones de detención y casos a desarrollar en un ámbito educativo. En el grupo experimental, los resultados estadísticos mostraron (87% correctas), demostraron un menor nivel.

El grupo experimental demuestra que este tipo de aprendizaje completamente virtualizado puede conseguir resultados positivos, recibió una formación que baja los costos, pero vincula el aprendizaje de forma efectiva.

<p>Asociación para el desarrollo integral de Personas Violadas A.C. (s/f).</p>	<p>Atención especializada médica, legal y psicológica a las víctimas de violencia sexual mediante un modelo terapéutico con perspectiva cognitivo conductual y de género.</p>	<p>Proporcionar una atención profesional e integral desde las disciplinas psicológicas, médicas y jurídicas, a personas que vivieron algún tipo de violencia sexual.</p>	<p>La atención comienza con una entrevista y una breve orientación en las que participan con padres y víctima. Estas permiten canalizar a los pacientes al tipo de terapia que requieran según sus necesidades.</p> <p>Se elabora la historia clínica de la víctima en conjunto con los padres o tutores.</p>	<p>Presencial</p>	<p>El proceso terapéutico se divide en 3 fases:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Valoración psicológica mediante distintas pruebas para fines legales. Se realiza algunas sesiones psicoeducativas para afrontar las consecuencias de la agresión sexual.</li> <li>2) Intervención psicológica de aproximadamente 70 a 80 sesiones y centrada principalmente en el desarrollo de la autoestima, el manejo de emociones, los derechos de los niños y la prevención de futuras agresiones.</li> <li>3) Retroalimentación con los padres paso a grupos de apoyo para contención, con opción de apoyo individual.</li> </ol>	<p>Programas como el implementado por ADIVAC ofrecen valioso apoyo a familias afectadas por la violencia sexual, sin embargo, programas como este son escasos en nuestro país; dejando a la vasta mayoría de cuidadores sin un verdadero apoyo para enfrentar las dificultades del proceso de recuperación.</p>
--	---	--	---	-------------------	---	---

---

Nota. Elaboración propia.

## **1.2. Método**

### **1.2.1. Justificación**

El número de casos de violencia sexual ha incrementado en nuestro país, afectando esto desproporcionadamente a las mujeres, principalmente a las adolescentes. En todo el mundo, alrededor de 15 millones de mujeres adolescentes de 15 a 19 años han sido forzadas a tener relaciones sexuales en algún momento de sus vidas (ONU Mujeres, 2021), repercutiendo esto tanto en las víctimas como en sus familias, quienes se ven afectados emocional y psicológicamente (Martínez-Jerez, 2015).

Dado que, en la mayoría de los casos la madre es la principal figura de apoyo para las adolescentes, suele responsabilizarse a la progenitora de ayudar a afrontar las secuelas del evento de violencia sexual tanto a la menor, como el resto de la familia. Desde este enfoque, la madre aparece como una figura clave, tanto en la contención de violencia, como en la reparación de sus consecuencias (Gutiérrez & Lefèvre, 2019). De hecho, son las madres quienes hacen más uso de los servicios sanitarios y asisten a grupos educativos, de apoyo o de salud para apoyar a su víctima (Smith & Kelly, 2008; McElvaney & Nixon, 2019).

Las cuidadoras de menores que han sido agredidos sexualmente juegan un papel fundamental como posibles catalizadores primarios en el proceso de recuperación (Cyr et al., 2016). Esto requiere de un gran esfuerzo físico y psicológico de su parte, debido a que los tutores tienen que procurar el bienestar de la víctima mientras se enfrentan a innumerables interrogantes relacionadas con su manera de actuar y como aportar al proceso de recuperación. Las cuidadoras deben estar preparadas para afrontar las secuelas de la agresión sexual que vive el adolescente, lidiar con el choque de la revelación del suceso y hacer frente al impacto emocional que conlleva el procedimiento legal. Aunado a esto, deben hacer frente a los sentimientos de rabia, confusión, incredulidad y culpa por no haber podido evitar el evento (Han & Kim, 2016).

Existe un número importante de investigaciones que se enfocan en los factores que influyen en la capacidad de los cuidadores para brindar a los menores el apoyo necesario tras el evento traumático, la capacidad de creer en su versión de los hechos y las consecuencias que traen las posibles reacciones de los adultos ante la notificación del adolescente que ha experimentado la agresión sexual (Cantón-Cortés & Cortés, 2015). Igualmente, hay estudios orientados a realizar intervenciones psicoeducativas con los padres que, debido a la aparición de

sentimientos de culpa y vergüenza, requieren asesoramiento y, en ocasiones, preparación para romper vínculos con los agresores (Cyr, 2019; McElvaney & Nixon, 2019; Peeters et al., 2011).

Así pues, con el fin de mejorar el trabajo psicoterapéutico con adolescentes que han vivido agresiones sexuales, se hace imperativo incorporar intervenciones psicoeducativas con enfoque cognitivo conductual que trabajen directamente con los cuidadores; basándose estas en los tratamientos que hasta este momento han presentado mayor efectividad (Vladimir & Robertson, 2019).

### **1.2.2. Objetivos de investigación**

*Objetivo general:* Evaluar los efectos de una intervención psicoeducativa *online* sobre los conocimientos del cuidado a la víctima que poseen las cuidadoras de adolescentes que han vivido violencia sexual.

*Objetivos específicos:*

- Describir el perfil sociodemográfico de los participantes.
- Describir las características de la agresión sexual reportadas por las cuidadoras de víctimas adolescentes
- Identificar los conocimientos de las cuidadoras sobre el cuidado de la víctima.
- Evaluar el nivel de conocimiento de las cuidadoras sobre el cuidado de la víctima, antes y después de la Intervención.
- Identificar el cambio clínico la significancia del cambio clínico en los indicadores del conocimiento sobre el tema de cuidado a víctimas en las cuidadoras tras recibir la intervención.

### **1.2.3. Hipótesis**

Hi= El conocimiento acerca de la violencia sexual del cuidado de la víctima será mayor en un grupo de cuidadoras de adolescentes que han vivido violencia sexual, posterior a la implementación de un programa psicoeducativo *online*.

Ho= El conocimiento acerca del cuidado de la víctima de la violencia sexual será igual en un grupo de cuidadoras de adolescentes que han vivido violencia sexual, posterior a la implementación de un programa psicoeducativo *online*.

Ha= El conocimiento acerca del cuidado de la víctima de la violencia sexual será menor en un grupo de cuidadoras de adolescentes que han vivido violencia sexual, posterior a la implementación de un programa psicoeducativo *online*.

#### **1.2.4. Diseño del estudio**

Se realizó un estudio preexperimental con un solo grupo, al cual se aplicó evaluación pre y post intervención. Se escogió este diseño porque se buscaba constatar la efectividad del taller (variable independiente) mediante una comparación de los conocimientos de los participantes antes y después de la aplicación de este (Hernández et al., 2014). Dicho diseño se resume de la siguiente forma:

$O_1 \quad X \quad O_2$

$O_1$  = Medición al inicio de la intervención

$O_2$  = Medición al finalizar la intervención

$X$  = Intervención

#### **1.2.5. Muestreo**

Se realizó la invitación a cuidadores de víctimas de violencia sexual para formar parte del proyecto. Esto llevó a tener una muestra no probabilística intencional de sujetos voluntarios, puesto que la elección de los participantes dependió de los objetivos de investigación y no de la probabilidad (Hernández et al., 2014). Para la constitución de la muestra se establecieron los siguientes criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

##### *Criterios de inclusión*

- Personas que asistan al servicio de Mujer y Salud del Hospital General de Atizapán.
- Edad entre 20 y 70 años de ambos sexos.
- Personas que manifiesten verbalmente que han asumido la responsabilidad de acompañar en el proceso de recuperación al adolescente.
- Personas que sepan leer y escribir.
- Personas que firmen el consentimiento informado con relación a su participación en el presente protocolo.

##### *Criterios de exclusión*

- Personas que presenten un trastorno psicológico o psiquiátrico.
- Personas que no tengan dispositivo electrónico para acceder a la plataforma Zoom®.
- Personas que no tengan conexión de internet.

*Criterios de eliminación*

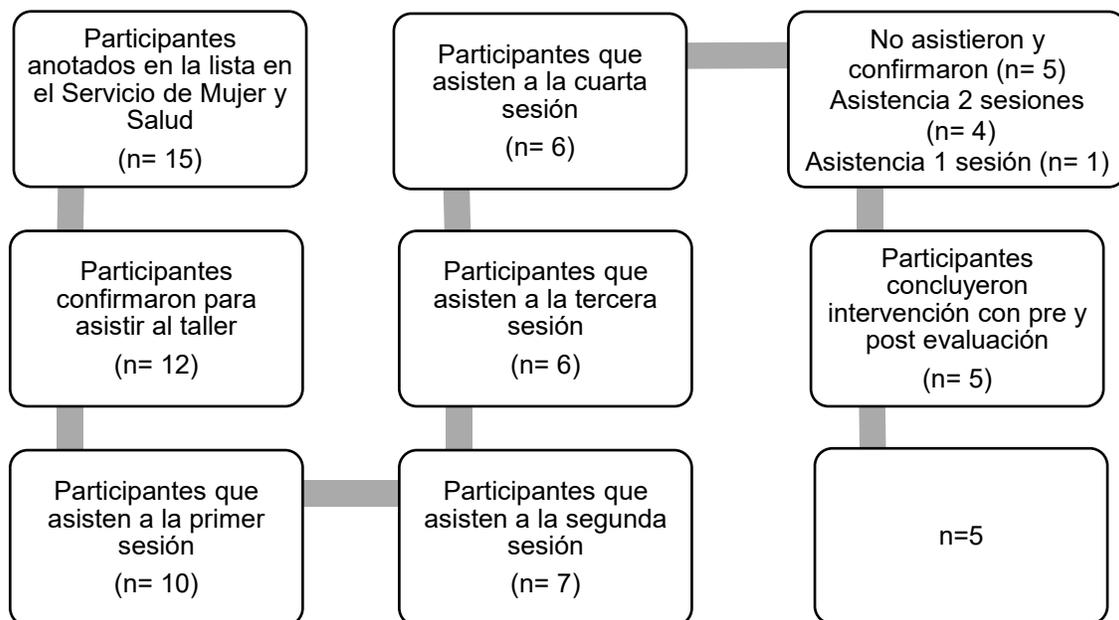
- Personas que abandonen la intervención psicoeducativa en cualquiera de sus fases o no cubran el 80% de asistencia del taller.
- Personas que abandonen la investigación.
- Personas que no realicen la evaluación inicial y final.

**1.2.6. Participantes**

La muestra final quedó conformada por cinco madres cuidadoras de adolescentes víctimas de violencia sexual atendidas en el consultorio del servicio de Mujer y Salud del Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón”.

**Figura 1**

*Flujograma de los participantes que asistieron a las diferentes sesiones del programa de intervención*



*Nota.* Elaboración propia

Como se puede apreciar en la Figura 1, el grupo muestra fue el resultado de un gradual proceso de deserción, el cual redujo el grupo original de 10 cuidadoras a solo 5 miembros, las

cuales se caracterizaron por ser el tutor legal. A continuación, se presentan una descripción más detallada: Las cinco participantes son de sexo femenino, todas residentes del Estado de México, con un rango de edad de entre 35 y 45 años, siendo la media de edad 42 años, con una desviación estándar de 5.14. Todas las cuidadoras viven con su pareja y son las tutoras principales de las víctimas. En su mayoría las cuidadoras viven con su pareja (n=4) con un estatus de casada (n=1) y unión libre (n=3), practicante de religión católica en su mayoría (n=4) son empleadas activas (n=3) y amas de casa (n=2) con estudios hasta el nivel secundaria (n=4). Para más detalles del perfil sociodemográfico de las participantes véase la tabla 2.

**Tabla 2**

*Características sociodemográficas de las cuidadoras*

Datos sociodemográficos	<i>f</i>
Lugar de residencia	
Estado de México	5
Religión	
Católica	4
Testigo de Jehová	1
Ocupación	
Ama de casa	2
Empleada	1
Comerciante	2
Escolaridad	
Secundaria	4
Bachillerato	1
Estado civil	
Casada	1
Unión libre	3
Soltera	1
Número de hijos (incluida la víctima)	
Participante 1	2
Participante 6	3

*Nota:* Elaboración propia

Por otra parte, según el sondeo de datos sociodemográficos de las menores al cuidado de las participantes, todas las víctimas son residentes del Estado de México, de sexo femenino (n=5), practicante de religión católica (n=5), solteras (n=5), estudiantes (n=5) y tienen una media de edad de 15 años, incluyéndose entre ellas (n=4) adolescentes con una escolaridad de nivel secundaria y (n=1) media superior. Además, en los cinco casos el tipo de violencia sexual sufrido por las adolescentes bajo el cuidado de las participantes fue violación. Las características sociodemográficas de las participantes se desglosan a detalle en la Tabla 3.

**Tabla 3**

*Características sociodemográficas de las víctimas*

Datos sociodemográficos	<i>n</i>
Lugar de residencia	
Estado de México	5
Religión	
Católica	4
Testigo de Jehová	1
Ocupación	
Estudiante	5
Escolaridad	
Secundaria	4
Bachillerato	1
Estado civil	
Soltera	5
Tipo de violencia sexual vivida	
Violación con alguna parte del cuerpo	5

*Nota:* Elaboración propia

**1.2.7. Descripción de variables**

*Variable Independiente:* Taller psicoeducativo para cuidadoras.

Definición conceptual: para propósito de este trabajo, la psicoeducación se define como la transmisión de información sobre algún tema en específico para favorecer que las personas

adopten determinados comportamientos en situaciones específicas (Cobos & Gavino, 2006; citado en Bravo-González, 2014).

Definición operacional: Taller realizado por medio de la plataforma Zoom®, con una duración de cuatro sesiones llevadas a cabo los días 15, 22, 29 de mayo y 5 junio del año 2021. Cada sesión tuvo una duración de 90 minutos, llevándose a cabo en el horario de 10:00 a.m. a 11:30 a.m. A continuación, se presenta de manera general el contenido por sesión, elementos que se describen a detalle en el Anexo 1:

1. Sábado 15 de mayo: Módulo 1. *¿Qué es la violencia sexual? Rompiendo mitos sobre la violencia sexual:* Acerca la definición de violencia sexual, estadísticas y mitos.
2. Sábado 22 de mayo: Módulo 2. *¿Qué hacer con adolescentes después de que han vivido un evento de violencia sexual?* Acerca de estrategias de comunicación (validación, expresión de sentimientos y escucha activa), acciones inmediatas tras la agresión (médica, legal y psicológica), derechos reproductivos y señales de alarma en caso de ideación suicida.
3. Sábado 29 de mayo: Módulo 3. *¿Qué puedo hacer para enfrentar la situación con adolescentes que han vivido violencia sexual?* Acerca de acciones para el cuidado del propio cuidador, estrategias de regulación emocional, construcción de red de apoyo y búsqueda de apoyo en instituciones.
4. Sábado 5 de junio: Módulo 4. Sesión de resumen y recapitulación de los conocimientos expuestos en el taller.

*Variable dependiente:* Conocimientos adquiridos en el taller.

Definición conceptual: Resultado del aprendizaje o experiencia, que puede ser identificado a partir de un acto motor y/o lingüístico (Ribes, 2007). Según Villoro (2002, como se citó en Ibáñez 2007), el conocimiento es un estado disposicional a actuar, adquirido, determinado por un objeto o situación objetiva aprendida, que se acompaña de una garantía segura de acierto. Conocer siempre implica una relación o interacción entre un individuo y un elemento, otro ser o circunstancia objetivos y el cumplimiento de determinados criterios de logro.

Definición operacional: Emisión de respuestas que reflejen fielmente el contenido de las temáticas abordadas durante la intervención; mismas que serán expresadas en el cuestionario de 20 preguntas sobre violencia sexual elaborado por los realizadores del estudio. Cada una de las preguntas en dicha prueba, tiene valor de un punto (ver Anexo 2). Se categorizó a las

participantes en tres niveles de conocimiento con base en sus puntajes: bajo (0-6), medio (7-13) y alto (14-20).

### **1.2.8. Instrumentos y materiales**

*Consentimiento Informado:* Documento informativo para los participantes en el que se explica el objetivo del protocolo y los posibles beneficios que los voluntarios pueden obtener de éste. Por medio de este documento los participantes expresaron su voluntad de contribuir en la investigación. Los participantes registraron su consentimiento informado al inicio del primer módulo del programa psicoeducativo por medio de una liga de dicho documento en el servicio de Google Forms® (ver Anexo 3). Una vez realizado el encuadre del taller en la reunión virtual en la plataforma de Zoom®, se les facilitó las ligas de acceso a los formatos de consentimiento, datos sociodemográficos y la evaluación mediante el chat de mensajería instantánea de manera grupal.

*Hoja de datos sociodemográficos:* Formato orientado a compilar datos básicos sobre las participantes y las adolescentes a su cuidado, incluyendo edad, género, ocupación, escolaridad, parentesco con el paciente, estado civil entre otros. En el mismo formato también se solicitaron algunos datos relacionados con la agresión que vivieron las adolescentes como el tipo de agresión, lugar de la agresión, relación con el agresor, etc. (ver Anexo 4).

*Cuestionario de conocimientos sobre violencia sexual:* Constituido *ex profeso* por veinte preguntas con valor de un punto cada una. Diez preguntas son referentes a la temática de violencia sexual, siendo ocho preguntas cerradas (verdadera o falso) y las dos restantes de respuesta abierta. Otras siete preguntas son referentes a las acciones que realiza el cuidador con adolescentes que han vivido violencia sexual, siendo una de respuesta abierta y seis de opción múltiple. Por último, hay tres preguntas de opción múltiple referentes a las experiencias del cuidador al pasar por este proceso de cuidado de su adolescente. Para el desarrollo de este instrumento se realizaron sesiones semanales con las psicólogas adscritas del servicio de Mujer y Salud, donde se abordaron las principales dudas y temas expresados por parte de los cuidadores; dichas sesiones fueron en formato virtual mediante la plataforma Zoom®, con una duración estimada de 60 minutos cada una simultáneamente, se realizó revisión y análisis de bibliografía existente en torno a la violencia sexual.

#### *Proceso de jueceo del instrumento*

Entre agosto de 2020 y marzo de 2021 se realizó una amplia investigación bibliográfica sobre intervenciones psicoeducativas con enfoque cognitivo conductual enfocadas al trabajo

psicoeducativo con padres de víctimas de violencia sexual, y con base a la información obtenida se definieron los siguientes cuatro módulos para la intervención:

- 1) ¿Qué es la violencia sexual?
- 2) ¿Qué hacer con adolescentes después que han vivido un evento de violencia sexual?
- 3) ¿Qué puedo hacer para enfrentar la situación con adolescentes que han vivido violencia sexual?
- 4) Recapitulación de los conocimientos expuestos en el taller.

Con base en los primero tres módulos de la lista se elaboró un material psicoeducativo titulado *Manual para cuidadores de adolescentes que han vivido violencia sexual*, de ahora en adelante referido como “Manual del cuidador” (ver Anexo 5).

Una vez elaborados el manual, los materiales del taller y el instrumento de evaluación, todos con base en los módulos antes descritos, los docentes de la residencia de Medicina Conductual sede FES Iztacala y las psicólogas adscritas del servicio de Mujer y Salud, participaron en la revisión y corrección de estos. Dicho proceso de elaboración y revisión se llevó a cabo en tres etapas, las cuales se describen a continuación:

- Etapa 1: Las psicólogas adscritas del servicio propusieron una serie de temas basados en las necesidades de los padres que llegan a consulta después de que sus hijas han sufrido una agresión sexual. Con base en dicha lista se realizó una revisión bibliográfica de temas relacionados a la violencia sexual y de esta forma se conformaron los temas principales abordados en el curso.
- Etapa 2: Cada semana hubo una reunión de una hora por medio de la plataforma Zoom® con las psicólogas del servicio para opinar sobre el contenido y el formato del manual. Las terapeutas comentaban sobre los contenidos y se realizaban las correcciones pertinentes.
- Etapa 3. Dos docentes de la residencia en Medicina Conductual, las dos psicólogas adscritas al servicio y una psicóloga especialista en intervenciones con víctimas de violencia (ex residente de Medicina Conductual) hicieron comentarios del manual para corregir elementos, por ejemplo: el estilo, la redacción, el formato y las imágenes empleadas en el manual.

También conviene mencionar, las psicólogas adscritas al servicio también ayudaron a revisar y validar aquellos materiales no elaborados por los realizadores del taller, principalmente los videos educativos.

### *Materiales didácticos empleados en el taller*

Para el taller se elaboraron presentaciones multimedia (PowerPoint® y Canva®); infografías (Canva®); formularios (Google Forms®); manuales y videos (Powtoon® y Canva®), incluyéndose los siguientes materiales:

- Infografía “Reglas de convivencia para el taller”. Diseñada en Canva® con un tamaño de 800 x 2000 pixeles en formato PNG (ver Anexo 6).
- Posters de invitación al taller y sobre el uso de Zoom®. Diseñados en Canva® con un tamaño de 8000 x 3125 pixeles en formato PNG (ver Anexo 7).
- Manual para las participantes para la descarga y uso de Zoom®. Diseñado en Canva® en tamaño A4 (ver Anexo 8).
- Videos de resumen 1, 2 y 3. Elaborados en Powtoon® en formato mp4 con duración aproximada de tres minutos. Antes de realizar el video, tres docentes de la residencia de Medicina Conductual evaluaron el contenido con base en criterios específicos (ver Anexo 9).
- Videos elaborados por asociaciones especializadas en atender a víctimas de violencia sexual. Todos disponibles en la plataforma YouTube® (ver Anexo 10).
- Presentaciones en PowerPoint® sobre las temáticas de los tres módulos informativos del taller psicoeducativo y una presentación de resumen sobre los mismos (ver Anexo 11).

### **1.2.9. Procedimiento**

#### *Fase 1: Recopilación de información y elaboración de materiales didácticos*

En el periodo comprendido entre agosto de 2020 y marzo de 2021 se realizó una amplia investigación bibliográfica (Cyr et al., 2016; Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011; Han & Kim, 2016; Van Toledo & Seymour, 2013) sobre intervenciones psicoeducativas de índole cognitivo conductual enfocadas al trabajo con padres de adolescentes víctimas de agresión sexual, y con base en la información obtenida se elaboró el material de apoyo para realizar el taller *online*.

Entre enero y mayo del 2021 se contactó vía telefónica a personas inscritas en una lista de teléfonos proporcionada por las psicólogas del servicio de Mujer y Salud (Consultorio 12). Tiempo después se les envió a los voluntarios una invitación al taller a través de la red social WhatsApp® (ver Anexo 7) y se les facilitó un manual para instalar y utilizar la plataforma Zoom® (ver Anexo 4).

#### *Fase 2: Implementación de la intervención psicoeducativa*

Al inicio de la primera sesión se les envió a los participantes los enlaces a la carta de consentimiento informado, al cuestionario de datos sociodemográficos (ver Anexo 8), al cuestionario de conocimientos de violencia sexual y al Manual del Cuidador. Posteriormente, se les explicó brevemente a los participantes el objetivo del programa psicoeducativo y las reglas de convivencia del taller (ver Anexo 6), haciendo énfasis en el carácter voluntario de su participación. Las participantes aceptaron los términos del consentimiento informado, tras lo cual se les aplicó el cuestionario de conocimientos sobre violencia sexual.

Esta etapa se llevó a cabo la implantación de taller a través de la plataforma Zoom®. Este se realizó en cuatro sesiones los sábados 15, 22, 29 de mayo y 5 de junio de 2021, en un horario matutino de 10:00 a 11:30 AM. A continuación, se presenta de manera general el contenido de cada sesión:

- Módulo 1 ¿Qué es la violencia sexual en la adolescencia?: Impartido el 15 de mayo. Consistió en una explicación sobre el tema de violencia sexual y los mitos relativos a este. Se asignó una tarea (Ver video “Árbol de Chicoca”. Disponible: [https://www.youtube.com/watch?v=bAoKloywybU&t=2s&ab\\_channel=Jos%C3%A9LuisL%C3%B3pez](https://www.youtube.com/watch?v=bAoKloywybU&t=2s&ab_channel=Jos%C3%A9LuisL%C3%B3pez)) para entregar en la siguiente sesión.
- Módulo 2 ¿Qué hacer con adolescentes que han vivido violencia sexual?: Impartido el 22 de mayo. Se abordaron estrategias para propiciar el bienestar de menores víctimas de violencia sexual.
- Módulo 3 ¿Qué puedo hacer para enfrentar la situación con adolescentes que han vivido violencia sexual?: Impartido el 29 de mayo. Se explicaron prácticas benéficas para los cuidadores de adolescentes que han vivido violencia sexual.
- Módulo 4 (Resumen de las sesiones): Realizado el 5 de junio. Se llevó a cabo la lectura de un caso hipotético, donde los participantes tenían que proponer recomendaciones tanto para el adolescente y cuidador. Además, se expusieron conclusiones de las participantes acerca del taller.

Para más detalles sobre las actividades y dinámica de las sesiones véase el Anexo 1.

En cada sesión, tras recibir en la sala virtual a cada participante, se realizaba un breve resumen de la sesión anterior y se procedía a explicar el objetivo de la sesión en cuestión. Solo en la sesión 2 se realizó la retroalimentación con base en una tarea, específicamente aquella relacionada al video “Árbol de Chicoca”.

Una vez realizada la explicación del objetivo, se procedía a realizar una presentación oral con el apoyo de una presentación en formato PowerPoint® abordando el tema designado del módulo (ver Anexo 11). Se realizaban las actividades descritas en el manual y se proyectaban videos relacionados con las temáticas, dejando un espacio para responder dudas e intercambiar experiencias o respuestas con otros asistentes. Al final de cada sesión se realizaba un resumen del tema, así como una proyección de videos de recapitulación y se aclaraban dudas.

Al término de la última sesión, se solicitó a las cuidadoras responder el cuestionario sobre violencia sexual para la evaluación final por medio de formularios Google®.

### *Fase 3: Análisis de resultados*

Para identificar el efecto que el taller psicoeducativo sobre el cuidado de adolescentes víctimas de violencia sexual tuvo en las cuidadoras participantes, se utilizó el análisis estadístico denominado *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 20.0® para capturar, ordenar y analizar los datos obtenidos por cada participante, llevándose a cabo el análisis de siguiente forma:

- *Estadística descriptiva*: Se utilizó para obtener la distribución de frecuencias y medidas de tendencia central.
- *Análisis intragrupal*: Se empleó la prueba estadística de rangos con signo de Wilcoxon para determinar las diferencias pre y pos-test y una  $p \leq 0.05$  debido al tamaño de la muestra poblacional. Se trata de una muestra relacionada, en donde se compara en ella las distribuciones de dos variables que se asume que están relacionadas (Gómez et al., 2003).
- *Análisis individual*: Se calculó el índice de Cambio Clínico Objetivo (CCO) para determinar los cambios de cada participante. Es significativo cuando se obtiene un puntaje mayor a  $\pm 20$  (Cardiel, 1994) en este caso, al tratarse de una intervención psicoeducativa y donde el instrumento de evaluación solo cuenta con variables de carga positiva, se esperaría que los valores de CCO a encontrar fueran positivos evidenciando un incremento de conocimiento respecto al tema. Dicho índice se calculó usando la fórmula siguiente:

$$CCO = \frac{\text{Post} - \text{Pre}}{\text{Pre}}$$

Donde Pre se refiere a la puntuación total obtenida en el cuestionario elaborado antes de la intervención y Post a la puntuación obtenida después de la misma. Los resultados se interpretan siguiendo los siguientes criterios estadísticos:

≤ +.19 ausencia de cambio

≥ +.20 CCO significativo positivo (cambio positivo/mejoría)

≤ -.20 CCO significativo negativo (cambio negativo/deterioro)

≥ -.19 ausencia de cambio

### **1.2.10. Resultados**

#### *Perfil de la población (estadística descriptiva).*

Como se explicó previamente todas las víctimas al cuidado de las participantes fueron violadas, utilizando sus agresores alguna parte del cuerpo, como los dedos o el pene, para realizar la agresión.

En cuanto a la percepción del daño sufrido por las víctimas, las cuidadoras identificaron principalmente que los daños como físicos (n=4) y solo una cuidadora identificó el daño como físico, sexual y psicológico. Asimismo, la mayor parte de las madres (n=4) reportaron que las adolescentes fueron agredidas al inicio del año en curso, notificando el ataque casi inmediatamente tras el suceso; siendo la excepción una víctima que reportó el ataque 10 años después. La mayor parte de las agresiones sucedieron fuera del hogar (n=4) y de madrugada (n=3); de igual forma, los agresores en su mayoría usaron la fuerza para someter a las víctimas (n=4) y a una adolescente le privaron de la razón para realizar la agresión.

Respecto de los agresores, todos fueron hombres y sostenían un vínculo con las afectadas. Algunos de los agresores actuaron bajo la influencia de las drogas (n=3), y según las cuidadoras, algunos tienen antecedentes penales e inclusive son criminales activos (n=2). Todas las participantes describieron a los agresores como peligrosos.

Finalmente, en cuanto a las acciones de los padres después de enterarse de la agresión sexual, se observa que las madres reaccionaron inicialmente al evento principalmente con coraje, enojo, frustración y desesperación (n=3), procurando posteriormente que sus hijas tuvieran la atención con los profesionales pertinentes (médica, psicológica y legal). Todas las participantes denunciaron al agresor (n=5), calificando el servicio de las autoridades durante este proceso como bueno (n=4) y una sola persona no está de acuerdo con el trato que recibió.

En la tabla 4 se detalla la información recabada acerca de las experiencias de violencia sexual vividas por las adolescentes al cuidado de las participantes, así como de las acciones tomadas ante los eventos citados.

**Tabla 4**

*Aspectos de las agresiones reportados por las cuidadoras.*

Características de la agresión		<i>f</i>
Frecuencia del evento de violencia sexual (violación)	Única ocasión	5
Formas de violencia	Acercamientos corporales	1
	Tocamientos	4
Tipo de violencia percibida por la cuidadora hacia la víctima	Físico	4
	Físico, sexual y psicológico	1
Periodo en que ocurrió la agresión	Febrero de 2021	4
	Año 2010	1
Fecha de notificación del evento a la familia	En el mismo día del evento	3
	Ocho meses después	1
	10 años después	1
Horario de la agresión	Tarde (12pm-10pm)	2
	Madrugada (12am-6am)	3
Lugar de la agresión	Casa de la víctima	1
	Calle	3
	Casa del agresor	1
Uso de fuerza durante la agresión	Si	4
	No	1
Uso de drogas para someter a la víctima durante la agresión	Si	1
	No	4
Características del agresor		<i>f</i>
Vínculo con el agresor	Ex novio	2
	Tío	2
	Vecino	1
Agresor bajo la influencia de drogas al momento del ataque	Si	3
	No	2
Agresor residente en el mismo hogar que la víctima	Si	1

	No	4
Uso de instrumento para la someter a la víctima (arma de fuego)	Si	2
	No	3
Percepción de peligrosidad de agresor	Agresor peligroso	5
Agresor tiene antecedentes penales	Si	1
	No	4
Agresor realiza actividades delictivas	Si	1
	No	3
	No se sabe	1
Amenazas del agresor a la víctima para no revelar el hecho	Si	4
	No	1
Acciones posteriores a la agresión sexual		<i>f</i>
Reacción de la familia al saber el evento	Coraje, enojo, frustración y desesperación	3
	Acudir al Ministerio Público a denunciar	2
Cambios en la conducta de las víctimas tras la agresión según las cuidadoras	Depresión	2
	Falta de apetito y renuencia a sus actividades escolares, se niega a volver a casa	3
Reacción del agresor tras ser confrontado por la familia	Arrepentimiento	1
	Negación	1
	No se sabe	3
Acciones posteriores a la agresión sexual		
Aviso a la autoridad sobre la agresión sexual	Inmediatamente tras el evento	2
	Pospuesta debido a la reacción emocional (enojo, vergüenza, culpa)	3
Apoyo de la familia para recibir atención	Si	3
	No	2
Calidad del servicio al realizar la denuncia	Buena atención	4
	Mala atención	1
Recibió atención médica, psicológica y legal	Si	4
	No	1

*Nota:* Elaboración propia.

En cuanto a la descripción de cambios tras la intervención psicoeducativa, para evaluar las diferencias entre el pretest y postest se aplicó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon (ver Tabla 5). Como resultados se detectó un incremento significativo en los conocimientos sobre víctimas de violencia sexual ( $z = -2.023$ ,  $p = .043$ ).

**Tabla 5**

*Diferencias entre el pretest y postest*

Variable	Pretest		Postest		z	p
	M	Md	M	Mdn		
Conocimiento	10.80	18.40	11	18.00	-2.023	.043

*Nota:* M= Media; Mdn= Mediana; z= Valor de la prueba estadística; \* $p < .05$ .

En la Tabla 6 se describen las respuestas correctas de todas las participantes, observando que presentaron un incremento en el número de aciertos en las pruebas, principalmente en la participante 4 (número de aciertos pretest= 7, postest= 19) y 5 (número de aciertos pretest= 10, postest= 18).

**Tabla 6**

*Frecuencia de respuestas correctas en el cuestionario antes y después de la intervención*

Participantes	Pretest		Postest	
	Aciertos	Desaciertos	Aciertos	Desaciertos
<b>1</b>	14	6	19	1
<b>2</b>	12	8	18	2
<b>3</b>	11	9	18	2
<b>4</b>	7	13	19	1
<b>5</b>	10	10	18	2

*Nota:* Elaboración propia.

Finalmente, con el objetivo de detectar si hubo cambios significativos en cada participante del grupo, se realizó un análisis intrasujeto mediante la prueba de CCO. La Tabla 7 presenta la evidencia en donde el 100% de los participantes lograron valores de cambio significativos y positivos en el conocimiento demostrando que el taller les permitió informarse de una forma más

especializada en cuanto a la situación que experimenta la persona a su cuidado, esto es más marcado en el paciente 4 (CCO=1.71).

## Tabla 7

### *Puntuaciones pretest y postest del conocimiento*

Conocimientos			
Paciente	Pretest	Postest	CCO
1	14	19	0.36*
2	12	18	0.50*
3	11	18	0.64*
4	7	19	1.71*
5	10	18	0.80*

*Nota:* CCO: Cambio Clínico Objetivo. \* CCO >.20

Se realizó de manera complementaria un análisis con puntos de corte mediante el uso de baremos, encontrando que los cinco participantes presentaron una puntuación alta después de la intervención.

### *Comentarios reportados las cuidadoras en la sesión de retroalimentación del taller.*

Como parte de la dinámica del taller, se llevó a cabo una bitácora documentando la reflexión de los aprendizajes obtenidos tras el taller de psicoeducación.

Durante el primer módulo de intervención fue posible evidenciar una actitud generalizada de vulnerabilidad y desesperanza entre las participantes, lo que dificultó en un primer momento el trabajo de identificar los mitos sobre la violencia sexual, ya que tenían ideas que habían escuchado o compartían en la familia. Cinco participantes afirmaron que evitaban hablar con las adolescentes acerca de dicha temática, por considerarlo un motivo de conflicto. A lo que la participante 1 hace la siguiente declaración: *“prefiero no hablar del tema” (sic. pac.)*. La participante 6 expresa: *“mejor no le hablo del tema, no voy a saber que decir o que vaya a hacer” (sic. pac.)*.

Las seis madres hicieron alusión a diferentes mitos en virtud de sus experiencias particulares y aquellas de las víctimas a su cuidado, incluyendo entre dichas creencias, lo expresado por la participante 4: *“a veces yo pensaba que la violencia solo era violación” (sic.*

*pac.); la participante 5 comenta: “todos los abusos son con violencia” (sic. pac.); la participante 1 dice: “los agresores deben ser personas malas” (sic. pac.) y la participante 2 menciona: “mi hija ya no volverá a estar feliz después de esto” (sic. pac.).*

Al respecto, todas las participantes refieren que la experiencia de agresión sexual sufrida por sus hijas las ha impactado profundamente, dando mayor peso a las consecuencias físicas de la agresión, sin dar mucha importancia a las secuelas psicológicas de la misma. Para cuando termino el taller, los padres habían logrado dejar atrás las ideas erróneas que tenían en torno a la temática de violencia sexual.

En el segundo módulo, al trabajar con estrategias para propiciar el bienestar del adolescente que había vivido violencia sexual, se notó que las madres inicialmente tenían una actitud poco participativa, sin embargo, una vez que una de las participantes tomo la palabra, el resto comenzó a integrarse. La participante 3 expreso que *“hablar de lo que siente mi niña me pone tensa y nerviosa, pero ahora que escucho que están pasando por lo mismo, me siento bien” (sic. pac.)*. Esto es un claro ejemplo de cómo la generación de un espacio de apoyo, confianza y contención emocional entre los integrantes influye positivamente en el manejo de los sentimientos de estigmatización y aislamiento.

En cuanto a las estrategias mencionadas por las seis madres en el taller, estas incluyeron permitir a la víctima refugiarse en sus amigos, darle de baja en la escuela, acceder a la mayoría de las peticiones de la adolescente, no dejarla salir sola ningún momento y, sobre todo, escucharle y permitir el desahogo cuando lo deseará la adolescente.

Asociado con esto, las madres reportaron que el aprendizaje en torno a esta temática posibilitó una mejor comunicación con sus hijas, especialmente en torno a los síntomas y consecuencias de la agresión sexual. Respecto a esto, la participante 1 indico que: *“ahora sé que cuando tienen un cambio de actitud es por algo” (sic. pac.)*; mientras que la participante 6 expresó que: *“porque cuando mi niña lloraba y no me explicaba, no sabía lo que le pasaba. Necesitaba un espacio, una respuesta a lo que estaba pasando, ahora sé cómo tratar a mi hija y por qué le pasan las cosas” (sic. pac.)*. Estas declaraciones se ven reflejadas en lo dicho por la participante 5 quien afirmó que *“más que nada es tratar de conversar con ella respecto a su problema” (sic. pac.)*.

En el tercer módulo, se abordaron las estrategias para que los cuidadores enfrenten sus emociones en torno a la agresión sexual. En esta etapa la participante 1 describió su sentir de la

siguiente forma: *“Yo no sé cómo llamarle a esto, que me come me enoja, me deja chiquita porque no pude cuidar a mi hija” (sic. pac.)*. Vale la pena mencionar que las cuidadoras no mencionaron realizar acciones para sentirse mejor, ya sea acciones de autocuidado o para cambiar su estado de ánimo. La participante 3 mencionó: *“No me dan ganas de hacer nada, solo quiero tiempo para estar con mi hija” (sic. pac.)*; mientras la participante 6 dijo: *“Yo dejé todo desde que paso esto, no veo a mis amigas ni familia” (sic. pac.)*. Por otra parte, la participante 5 expresó: *“con el trabajo, la casa y los trámites en el MP no había pensado en mí” (sic. pac.)*, constituyendo esto un testimonio de la constante lucha de las cuidadoras por acompañar y apoyar el proceso de recuperación de sus hijas, implicando este período un gran esfuerzo y sacrificio, minimizando sus necesidades y su propia recuperación.

Con el paso de las sesiones, las participantes cambiaron su percepción con respecto a la necesidad de cuidarse ellas mismas, tal como lo demostró la participante 1, quien dijo: *“Si yo no estoy bien, tampoco Jeny lo estará” (sic. pac.)*; lo que se complementa con lo dicho por la participante 4: *“Sentir que puedo hacer cosas para mí está bien y que no soy egoísta” (sic. pac.)*. Con relación a los cambios personales de las madres, cabe señalar que el reconocimiento a sus acciones sirvió para reforzar las nuevas habilidades de manejo emocional, conceptualizando lo ocurrido como un proceso de aprendizaje.

En el cuarto módulo, que fue una sesión de repaso y dudas, se destacaron los beneficios de la comunicación y la confianza en el espacio grupal, de la posibilidad de transmitir experiencias y aprendizajes surgidos a partir de la intervención; con lo cual disminuyó la sensación de aislamiento entre las participantes; tal como lo refleja lo dicho por la participante 2 quien describió su experiencia de la siguiente forma: *“Que todas las personas presentaron sus problemas, no soy la única que se siente así” (sic. pac.)*. Posteriormente, las participantes dieron cuenta de los beneficios del taller para ellas y sus hijas; comenzando con la participante 5 quien dijo: *“ojalá tuviera más ayuda como esta, me ayudó mucho, lo he practicado y siento que puedo hablar más con mi hija” (sic. pac.)*; lo que coincidió con la opinión de la participante 1 quien declaró: *“Nos ayudó el taller, me gustó mucho el manual, cuando tengo tiempo libre repaso mi manual, para saber más de lo que le sucede a mi hija, entendí mejor como se sienta y no la presiono hacer cosas que no quiere” (sic. pac.)*.

Por último, las madres pudieron adoptar una actitud más participativa y crítica asociada a un mejor manejo de la temática de violencia sexual. Con relación a esto, las participantes manifestaron tener un mejor conocimiento de los recursos con los que cuentan para enfrentar la

agresión sexual vivida por sus hijas. Al respecto, la participante 1 dijo: *“Sé que existen lugares donde recurrir y que tengo personas cerca, a las cuales puedo recurrir”* (sic. pac.); mientras que la participante 4 menciona: *“Si, hay bastantes instituciones que nos pueden ayudar”* (sic. pac.); y la participante 5 afirmó: *“Si, ya que ahora estoy consciente de que hay muchas instituciones preocupadas por este problema”* (sic. Pac). Finalmente, la participante 6 declaró que: *“las herramientas para poder salir adelante tú las tienes, sólo debes saber cómo usarlas y no dejar de apoyar a tu hijo en ningún momento, a mis otras hijas puedo explicarles esto para que no les pase”* (sic. pac.).

### **1.2.11. Discusión y conclusiones**

El objetivo del presente estudio fue evaluar los efectos de una intervención psicoeducativa *online* sobre los conocimientos del cuidado a la víctima que poseen las cuidadoras de adolescentes que han vivido violencia sexual, los resultados sugieren el cumplimiento de este. Dicha intervención se aplicó en forma de un taller *online* sincrónico y, efectivamente, los resultados sugieren el cumplimiento del objetivo.

Al final de la intervención se obtuvo un resultado estadísticamente significativo con la prueba de Wilcoxon entre el pre y postest, lo que permitió rechazar la hipótesis de nulidad, lo que significa, que existen diferencias estadísticamente significativas en el conocimiento adquirido por las cuidadoras de las menores al concluir el programa. Lo que permitió demostrar que la intervención tuvo un efecto favorable para las cuidadoras participantes.

Cabe decir que, el análisis individual indica que, en cuanto a nivel de conocimiento, todas las cuidadoras lograron incremento en un cambio clínico objetivo mayor a .20, lo que sugiere que presentaron un conocimiento significativo después de la intervención. Esto, puede deberse a la brevedad del programa al realizarse de manera virtual, donde experimentan menos barreras para la asistencia (por ejemplo, tiempo, dinero, transporte). También, porque la aplicación de la intervención fue realizada inmediatamente después de la agresión, ya que como sostiene Basile (2015) son más efectivas aquellas intervenciones realizadas inmediatamente después de la agresión sexual. Además, Poonman & Housen (2011) en su protocolo de atención a familiares reportan una mayor efectividad en las intervenciones si se aplican inmediatamente a la agresión, lo que permite que los cuidadores tengan herramientas que aporten al proceso de recuperación de la víctima y ayudan a que este avance positivamente.

Los resultados del presente trabajo coinciden con lo descrito en el metaanálisis de St-Amand et al. (2021) el cual determinó que los cuidadores no infractores son favorecidos por las intervenciones, con víctimas menores de 18 años que sufrieron abuso sexual. Además, el 94 % de los participantes de los estudios revisados en aquel trabajo fueron mujeres y el 79% de las víctimas eran niñas, similar el presente estudio. Por otro lado, aunque en este metaanálisis se incluyeron estudios de modalidad presencial donde utilizaron método experimental, diseño cuasiexperimental, y también de un solo grupo, como el diseño del presente estudio. Asimismo, todos los estudios revisados incluían evaluaciones antes y después de la intervención; esto mediante diferentes instrumentos para medir variables como el malestar psicológico, síntomas de trauma, prácticas de crianza, estrés en los padres, reacciones emocionales al abuso, respuestas de apoyo brindadas al niño y conocimientos sobre el abuso sexual. Esta última coincide con lo evaluado en el taller y en el metaanálisis se indica que sobre esta variable obtuvieron un tamaño del efecto grande ( $Q' = 7,59$ ;  $p < 0,05$ ). Además, todas las intervenciones descritas en el análisis atendieron la necesidad de información por parte de los participantes; logrando en todos los casos incrementar el conocimiento de los cuidadores sobre el abuso sexual.

En esta misma línea, las intervenciones analizadas en el estudio coinciden con las temáticas abordadas en el taller que se midieron en base a un instrumento construido *ex profeso*, los conocimientos que se evaluaron fueron temática de violencia sexual, las acciones que realiza el cuidador con adolescentes que han vivido violencia sexual y las acciones del cuidador debe realizar al pasar por este proceso de cuidado de su adolescente, y los adquirieron en base al cambio clínico objetivo. Los beneficios de estas intervenciones son respaldados también por los estudios de Arriagada y Thiers (2005), Smith y Kelly (2008) y Álvarez Zavala et al. (2012), mismos que avalan la efectividad de intervenciones con enfoque cognitivo conductual, probando inclusive la disminución de síntomas psicológicos en la víctimas y cuidadores como consecuencia de la intervención.

En cuanto a la influencia que tuvo la forma en la que se llevó a cabo el taller, el formato en grupo permitió una interacción sincrónica entre cuidadora y terapeuta, lo que hizo posible un adecuado intercambio de conocimientos, experiencias, información y esclarecimiento de dudas en cada sesión. Esto concuerda con los hallazgos reportados en estudios previos, los cuales indican que intervenciones con trabajo en grupos con enfoque psicoeducativo y apoyo individual al cuidador, favorecen el cambio de comportamientos, lo que deriva en un mejor cumplimiento de su rol (Arriagada & Thiers 2005; Álvarez Zavala et al., 2012; Jiménez, 2022; Van Toledo & Seymour, 2013; Van Toledo & Seymour, 2016). Esto concuerda con lo indicado por los

cuidadores, quienes reportaron que estos grupos les permitieron la construcción de redes de apoyo, crear un entorno seguro, donde los integrantes se proveen confianza, cohesión y aceptación incondicional mutua tal como lo indican Vandenberghe et al. (2018). Además, Vladimir y Robertson (2019) hacen referencia a que la autogestión y los grupos de apoyo pueden apoyar a romper con mitos acerca de la violencia sexual, contribuyendo a generar estrategias para que los cuidadores logren comunicarse con los menores.

Hay que hacer hincapié en que nuestro estudio se realizó como una intervención independiente de la víctima, ya que partimos de la idea que enfocarnos exclusivamente en el cuidador. Esto se justifica dada la necesidad de apoyo emocional de las cuidadoras, quienes mejoraron sustancialmente en el desempeño de su rol en la recuperación de la víctima. Empero, esto no es lo más recomendable, ya que como indican St-Amand et al. (2021) las intervenciones más propicias son aquellas que involucran al cuidador y al niño, siendo aquellas que brindan sesiones conjuntas tres veces más efectivas que las que no las brindan. Pese a esto, no podemos negar los beneficios para las adolescentes cuyas madres tomaron el taller, puesto que, aunque no fueron evaluadas con una calificación cuantitativa, algunas participantes mediante su testimonio nos permitieron conocer su satisfacción con la intervención, tal como lo hizo la participante 5 al mencionar: *“ojalá tuviera más ayuda como esta, me ayudó mucho, lo he practicado y siento que puedo hablar más con mi hija”* (sic. Pac.)

En línea con esto, las participantes reportaron otros beneficios al tomar el taller; tales como aprender estrategias para cuidar a sus hijas y a ellas mismas, comprendiendo la dinámica y las consecuencias de la violencia sexual. Esto refleja lo descrito por Smith y Kelly (2008), así como lo reportado por Poonman y Housen (2011), tras la aplicación de sus protocolos psicoeducativos, ya que en dichos trabajos los participantes reportaron un aumento en la sensación de seguridad, especialmente en sus capacidades para apoyar al menor y comprender mejor sus necesidades. Igualmente, tras nuestra intervención se notó un cambio en las actitudes de la participante 2, quien expresaba frases de índole optimista como: *“mi hija no siempre estará triste”* o *“mi hija podrá volver hacer lo que hacía antes”* (sic. pac).

Como se mencionó previamente, en este estudio solo participaron mujeres cuidadoras, similar a otras investigaciones donde las mujeres son la vasta mayoría de participantes en estos programas psicoeducativos, incluyendo las realizadas por Han & Kim (2016) y Álvarez Zavala et al. (2012) donde solo participaron mujeres. Esto se explica por el hecho de que las madres son conceptualizadas como las proveedoras primordiales de protección y afecto en el entorno familiar,

asumiéndose entonces que ellas pueden proveer con facilidad la protección y apoyo postraumático a la víctima necesita tras la agresión sexual (Gutiérrez & Lefèvre, 2019). Además, las propias mujeres tienden a percibirse con mayor capacidad para apoyar a las víctimas y frecuentemente adoptan solas el rol de cuidadoras; esto sin olvidar que esta población es más abierta a usar servicios sanitarios y a asistir a grupos educativos, de apoyo o de salud (Smith & Kelly, 2008; McElvaney & Nixon 2019). También se destaca la necesidad de involucrar a los progenitores masculinos y hermanos no infractores, puesto que ellos también están inmersos en la dinámica familiar y podrían ser un gran apoyo.

Otro punto por mencionar es que, de la asistencia al taller, ya que solo 50% de las participantes lo concluyeron; atendiendo las desertoras a un máximo de dos sesiones. Como sucedió en el estudio de Smith y Kelly (2008), la mitad de los cuidadores desertaron por compromisos laborales. Igualmente, en nuestro estudio las causas principales de deserción reportadas fueron los compromisos laborales y problemas de conexión; asimismo, como bien hemos mencionado, en su rol de madres las cuidadoras cumplen múltiples funciones en el hogar, la familia y la escuela, lo que también redujo su disponibilidad de tiempo. Se propone que para futuros estudios se pueda realizar un taller asincrónico donde los familiares puedan acceder a los tiempos donde tengan mayor disponibilidad. Además de trabajar con material disponible y eficaz en la *web* tanto para el cuidador como para la víctima, ya sea que se usen de forma independiente o junto con el apoyo presencial del cuidador.

Al igual que las cuidadoras participantes, las víctimas a cargo de estas últimas fueron mujeres en su totalidad; reflejando esto las estadísticas dadas por la ONU (2019), las cuales indican que las mujeres, especialmente las adolescentes, son la población más vulnerable ante la violencia sexual (ONU Mujeres, 2021); siendo dicha vulnerabilidad resultado de la subordinación social de los adolescentes ante otros grupos de edad, los prejuicios culturales hacia las mujeres, entre otros factores (Jauregui, 2015; Mujica, 2016). Además, nuestra población es parte de la estadística del 5.1% de mujeres mexicanas que han víctimas de violación antes de los 15 años según lo indicado por el INEGI (2021) y Valdez-Santiago et al. (2020). Asimismo, tal como indican los reportes del RSESNSP (2022) según los cuales los registros de violaciones aumentaron un 21% entre diciembre de 2022 y enero de 2023. Esto se ajusta a las características de nuestra población, las que fueron víctimas de violación.

Llama la atención que durante los cuestionamientos iniciales cuatro de las familias participantes percibían la violencia sexual como un acto con un impacto meramente físico; sin

vislumbrar el daño psicológico derivado de ello, el cual es enfáticamente incluido las definiciones de violencia sexual consultadas (Asociación Portuguesa de Apoyo a las Víctimas [APAV], 2017; Peeters et al., 2019; Unidad de Igualdad de Género, 2017). Es importante realizar trabajo de prevención desde edades muy tempranas, en escuelas, pero no solamente con los menores sino también con los padres y así lograr que el abuso sexual se detecte y denuncie.

En contraste con la identidad femenina de la mayoría de las víctimas, la literatura indica mayor parte de los agresores son del sexo masculino (Desai & Goel, 2018, ONU Mujeres, 2021); y habiendo sido todas las víctimas en nuestra población agredidas por varones, esto se confirma; aunque esto no significa que no haya víctimas masculinas de violencia sexual. Desafortunadamente ciertos factores como la persistencia de los estereotipos de género masculinos, los cuales orillan a los hombres a callar sobre sus problemas, impiden conocer la verdadera dimensión de la violencia sexual contra los hombres (Navarro et al., 2019).

En cuanto a los agresores, las participantes reportaron que sus victimarios eran conocidos, compañeros íntimos o familiares; e inclusive, una participante vivía con el agresor, concordando estos perfiles con lo reportado por *Save The Children* (2016). Por otra parte, cuatro de las víctimas vivieron la agresión fuera de casa, lo que se contrapone a lo reportado por México Evalúa (2020) organización que sostiene que la mayor parte de las agresiones se realizan en el hogar.

Tras la agresión, cuatro de las cuidadoras reportaron haber actuado de forma inmediata consiguiendo atención médica y psicológica para las víctimas; aunque tres de ellas no denunciaron el ataque inmediatamente debido al shock emocional. La actuación de las cuidadoras concuerda con lo recomendado por *Child Welfare Information Gateway* (2019b), quienes también hacen énfasis en la necesidad de un contexto de apoyo que permita al adolescente expresarse y facilitar su canalización a los servicios correspondientes (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011).

Si bien ya se han llevado a cabo intervenciones de índole psicoeducativa en diferentes instituciones, las circunstancias derivadas de la pandemia de COVID-19 presentaron la oportunidad de desarrollarlas en un contexto digital; y en el caso concreto de este trabajo, haciendo uso de la Medicina Conductual. Aunque concretamente, en la revisión bibliográfica no encontramos un estudio para la intervención para cuidadores, si encontramos una intervención digital para docentes (Jiménez, 2022), que también son tutores y tienen un actuar importante sobre los menores; demuestran resultados positivos al hacer una intervención digital. Dados los

resultados aquí presentados, se ha probado que un programa psicoeducativo con enfoque cognitivo conductual en línea puede ser una herramienta de intervención eficiente, misma que puede aplicarse de forma grupal a relativamente bajo costo. Esto constata lo indicado por Thompson et al. (2017) acerca de este tipo de programas, siendo estos útiles para reducir las comorbilidades y problemas de salud mental para víctimas y cuidadores; eliminando al mismo tiempo los problemas derivados de la distancia y generando menos costos económicos para los pacientes y para el sector salud (Deslandes et al., 2016) ya que un programa psicoeducativo presencial requiere más inversión y más personal especializado en el tema. Ambos pueden resultar beneficiosos, pero es más accesible una intervención en línea.

El programa aquí presentado fue diseñado con base en lo planteado por Echeburúa y Guerricaechevarría (2011), quienes indican que una intervención psicoeducativa debe ser fácil, entendible y accionable. Sin embargo, conviene remarcar que la educación en temas de violencia sexual es un tópico encuentra poco desarrollado (Warnke, 2014); y aún más grave, los programas psicoeducativos sobre esta problemática en nuestro país son escasos. Esto deja a la vasta mayoría de cuidadores sin un verdadero apoyo para enfrentar las dificultades del proceso de recuperación tal como lo indica la Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas A.C. (s.f.). Además, Van Toledo y Seymour (2013) indican que el acceso a material digital para los cuidadores después de la divulgación es muy limitado, y es de esta carencia de herramientas e información que surge la necesidad de crear este proyecto y los materiales asociados a este.

También hay que decir que a comparación de otras investigaciones y propuestas psicoeducativas para el trabajo con cuidadores y adolescentes, como las realizadas por Arriagada y Thiers (2005) , Smith y Kelly (2008) y Van Toledo y Seymour (2016), el programa aquí presentado es un piloto que se enfoca exclusivamente en el cuidador para ser aplicado inmediatamente después de la agresión sexual; por lo que no se evaluó el efecto del aprendizaje de las participantes sobre los adolescentes a su cargo, lo cual hubiera sido interesante reportar para conocer los efectos indirectos de la intervención.

Así pues, el presente taller es simplemente una primera aproximación para realizar una intervención en cuidadores, de manera que hay aspectos que pueden mejorarse en próximas aplicaciones. Se recomienda que en futuras investigaciones se agregue un cuestionario de satisfacción para los participantes como algunas intervenciones revisadas (Arriagada & Thiers, 2005; Smith y Kelly (2008) y que se realice un seguimiento cada mes para evaluar la permanencia del conocimiento para la mejora de la situación. Además, se recomienda que en futuros proyectos

se mejore el contenido del manual y demás recursos educativos abordando las diferentes problemáticas psicológicas que interesan a los cuidadores, tales como el desarrollo psicosexual adolescente, evaluar actitudes y estrategias de afrontamiento, habilidades del cuidador, autocontrol, afrontamiento al estrés, comunicación y regulación emocional.

En otra línea, al realizar el presente estudio en el contexto de la pandemia por COVID-19, se contó con una premura de tiempo para su aplicación y como resultado de ello, el tamaño de la muestra fue reducido, se contó con sólo participantes del sexo femenino y existió la falta de un grupo de comparación; lo cual pudo afectar a la posible generalización de los resultados obtenidos. No obstante, también se reconoce que, a partir de la muestra reducida, se tuvo la oportunidad de generar un análisis más profundo de cada caso.

En este punto, se propone que, en futuras investigaciones, se aplique la presente intervención contemplando tanto las variables mencionadas como víctimas de otros tipos de violencia sexual debido a que mientras en la literatura existente se enfocan en mayor medida en el abuso sexual, la presente investigación se enfocó exclusivamente en mujeres que sufrieron una violación; aunado a que hay evidencia de manifestaciones de esta problemática en población masculina cuyos cuidadores pueden requerir de recursos más especializados por lo cual se vuelve necesario agregar diversidad en la población, invitar a población masculina a incorporarse a estos estudios con el objetivo de generar un cuerpo de conocimiento adecuado para llevar a un mejor acompañamiento a este sector.

También en este estudio se hizo patente la necesidad de hacer investigación integral respecto de las consecuencias indirectas de la agresión sexual, debido a la escasez de estudios al respecto, siendo los pocos existentes de corte narrativo; principalmente recopilaciones de testimonios de cuidadores que narran como vivieron el acompañamiento con una víctima de agresión sexual. Lamentablemente, la mayoría son estudios extranjeros, por lo que hay una necesidad enorme de investigaciones nacionales que permitan detectar las particularidades culturales e ideológicas que pudieran atravesar la experiencia tanto de la víctima como de los cuidadores y que pueden volverse elementos relevantes para el tratamiento.

A manera de conclusión, hay fuertes indicios de que proporcionar intervenciones para los cuidadores tiene un efecto positivo en el funcionamiento de la víctima bajo su cuidado, lo que evidencia la importancia de brindar asistencia dirigida a los cuidadores. Cada vez se hace mayor hincapié en profundizar la investigación e intervención de los cuidadores al ser el principal sostén para las víctimas que han sufrido una agresión. Este trabajo realizado desde la Medicina

Conductual propone una intervención que muestra la posibilidad de una mejoría tanto para el cuidador como la víctima al permitir que el acompañamiento sea más efectivo al proveer de recursos y conocimientos que coadyuven en el tratamiento.

## **Apartado 2: Reporte de experiencia profesional**

### **2.1. Desarrollo de la Medicina Conductual (MC)**

La consolidación de la psicología como una disciplina y una profesión integrada en el sector sanitario se concretó hasta mediados de los años setenta con la aparición de la Psicología de la Salud (Flores, 1991) y la Medicina Conductual (MC). El término “Medicina Conductual” fue utilizado por primera vez por Birk en 1973, como parte del título de su libro *Biofeedback: Behavioral Medicine*, siendo este un punto clave para el surgimiento de esta ciencia, puesto que se observa el papel que juega el comportamiento en el desarrollo de enfermedades y su tratamiento (Keefe, 2011). Birk (1973) entiende a la MC como una especialidad de trabajo inmersa en el área de Psicología de la Salud, cuya característica principal es la implementación de técnicas conductuales para resolver problemáticas relacionadas con la salud.

La primera conferencia de MC en el año 1977 se realizó en la Universidad de Yale, en Estados Unidos. Ahí se reunieron científicos conductuales y biomédicos, quienes determinaron la definición, el contenido y las subáreas afines al campo de conocimiento y la formación de la sociedad en dicha disciplina. A su vez, estas conferencias comenzaron a difundir que la MC es el área de estudio encargada del desarrollo de la erudición y las técnicas de la ciencia de la conducta, para comprender la salud y la enfermedad médica y de aplicarlos en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación (Schwartz & Weiss, 1978).

Por otra parte, Arroyo et al. (2014) describen a la MC como un campo de investigación y práctica clínica, el cual integra el conocimiento sobre cognición, comportamiento y biología al ámbito del trabajo con pacientes. Dicho campo se centra en las interacciones entre el contexto físico y social al buscar un abordaje integral del paciente, considerando que la evidencia empírica indica que la conducta puede originar enfermedades y, en consecuencia, pretendiendo modificar la forma de actuar para prevenir que ocurra. Su objetivo es examinar y cambiar la conducta del paciente en el ambiente clínico al analizar sus creencias, pensamientos y cogniciones relacionadas con el padecimiento y, para lograr mejoría, solicitar la colaboración de la familia, el personal sanitario y el hospital.

Una definición más reciente es la propuesta por Reynoso (2012), quien además fundamenta a la MC como disciplina, haciendo hincapié en el hecho que las variaciones en la conducta pueden disminuir la sintomatología de la persona afectada por la enfermedad, haciendo crucial su estudio. Este autor define a la MC como una rama interdisciplinaria de las ciencias del

comportamiento y biomédicas que explican la dicotomía salud-enfermedad e intervienen con la aplicación de conocimientos y técnicas derivadas de dicho modelo en los diferentes niveles de prevención.

Dos años después de elaborar esta definición, Reynoso (2014) destacó el cambio del modelo médico tradicional a una concepción de la salud como un proceso psicosocial, donde existen múltiples variables que interactúan para explicar el desarrollo de la enfermedad y que parten del ámbito social al individual. Con esta perspectiva, se permitió incluir diferentes disciplinas para la atención de la salud, lo que justifica el surgimiento de dicha especialidad.

En esta misma línea, Reynoso (2014) y Rodríguez-Ortega (2010) enmarcan que los desarrollos que favorecieron al surgimiento y rápido crecimiento de la MC hacen patente la efectividad de las técnicas de modificación de conducta y su aplicación en pacientes con problemas de salud (obesidad, adicciones, por mencionar algunos). En particular, la biorretroalimentación consiguió efectuar intervenciones terapéuticas para trastornos somáticos como la migraña, hipertensión, cefaleas, úlceras y dolor crónico, con lo que confirmó la posibilidad de generar cambios en las funciones corporales.

Así, el objetivo del especialista en MC consiste en colaborar con el equipo médico en la recuperación o rehabilitación del paciente y a mejorar la calidad de vida en enfermos terminales. Para lograrlo, es necesario identificar si existe relación entre la conducta del individuo y la producción bioquímica en su organismo, o si el comportamiento, los pensamientos y emociones del paciente están en función de la evaluación que el enfermo hace del ambiente en el que se encuentra inserto (Reynoso et al., 2011).

El contexto hospitalario es un eje que requiere de atención con base en la MC, ya que estar internado implica una serie de ajustes en el paciente y en la familia que impactan en el proceso de recuperación, por lo que es importante generar cambios conductuales que permitan afrontar la estancia clínica (Reynoso, 2014).

Se ha encontrado que pueden evitarse deterioros psicológicos y conductuales a partir del abordaje de factores psicosociales durante la adquisición, desarrollo y mantenimiento de la enfermedad (Matarazzo, 1984, como se citó en Buela-Casal & Caballo, 1991) para mejorar la calidad de vida (Rodríguez-Ortega, 2010). De este modo, la MC se enfoca en promover y mantener la salud, detectar y tratar la enfermedad, principalmente las de tipo crónico, debido a su incesante incidencia, prevalencia y consecuencias graves que pueden producir en la vida del paciente y su familia.

## **2.2. Características de la sede: Hospital General de Atizapán (HGA)**

### **2.2.1. Ubicación**

Como estudiante del programa de posgrado en la Residencia de MC de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, la institución en la que llevé a cabo la práctica clínica fue el Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón”. Este lugar está ubicado en la Avenida Boulevard Adolfo López Mateos, esquina Montesol, de la colonia Potrero perteneciente al municipio de Atizapán de Zaragoza en el Estado de México.

### **2.2.2. Antecedentes históricos**

La edificación del Hospital General de Atizapán comenzó tras el terremoto de 1985, el cual afectó a gran parte de la población de la Ciudad de México. Entre las principales secuelas de este desastre natural estuvo la disminución notable de los servicios de salud, ya sea porque los hospitales sufrieron graves daños o por la saturación de los que aún continuaban en servicio. Fue inaugurado el 27 de abril de 1987 por el entonces presidente de la República Mexicana, el Lic. Miguel de la Madrid Hurtado, junto con el apoyo de grandes corporaciones como lo son Chrysler de México, La Cruz Roja Danesa, Ente Nazionale Idrocarburi de Italia y del Gobierno de los países bajos, quienes apoyaron la construcción del hospital, así como del equipamiento médico con sus donativos (Hospital General de Atizapán, 2020).

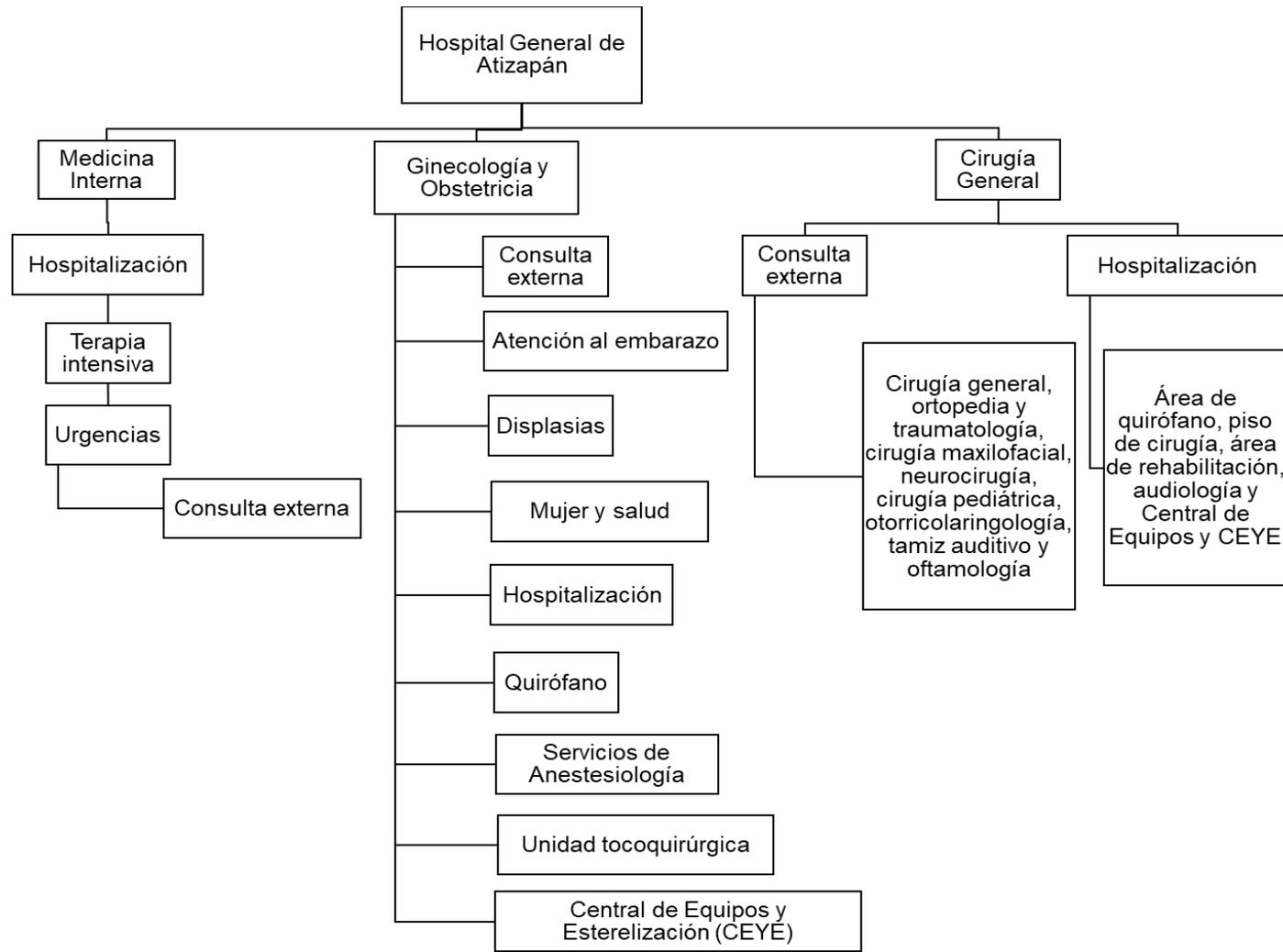
### **2.2.3. Nivel de atención**

La atención médica brindada se considera de segundo nivel, al brindar tratamiento a padecimientos de mediana a alta complejidad. Su objetivo principal es proporcionar con calidad y calidez servicios de salud pública para contribuir al ejercicio pleno de las capacidades de la población del Estado de México (Hospital General de Atizapán, 2020). Esta institución beneficia a los residentes del municipio de Atizapán de Zaragoza, pero también recibe a pacientes de otros municipios como lo son: Cuautitlán, Naucalpan, Tlalnepantla, Jilotepec, Villa del Carbón y Nicolás Romero. El hospital se encuentra dividido en varios servicios, mismos que se encuentran subdivididos en diversas áreas, como se observa en la Figura 3:

- Medicina interna: cuenta con área de urgencias y terapia intensiva; trabaja en colaboración con las disciplinas de nutrición y psicología, entre otras.
- Cirugía general: cuenta con el área de anestesiología y quirófanos.
- Ginecología y Obstetricia: cuenta con el área de labor y expulsión

**Figura 3**

*Organigrama de los servicios de Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia y Cirugía general del Hospital General de Atizapán "Dr. Salvador González Herrejón"*



Nota. Elaboración propia.

## **2.3. Descripción del servicio**

### **2.3.1. Ubicación del residente de MC en la sede**

El módulo de Atención de Mujer y Salud está incorporado al servicio de Ginecología y Obstetricia, aunque muchas de las pacientes son atendidas en consulta externa. Este consultorio (número 12) es denominado Mujer y Salud y está designado para proteger la seguridad de la paciente, ya que el trabajo con las mujeres víctimas de maltrato requiere tacto, cuidado y, ante todo, salvaguardar la integridad de estas.

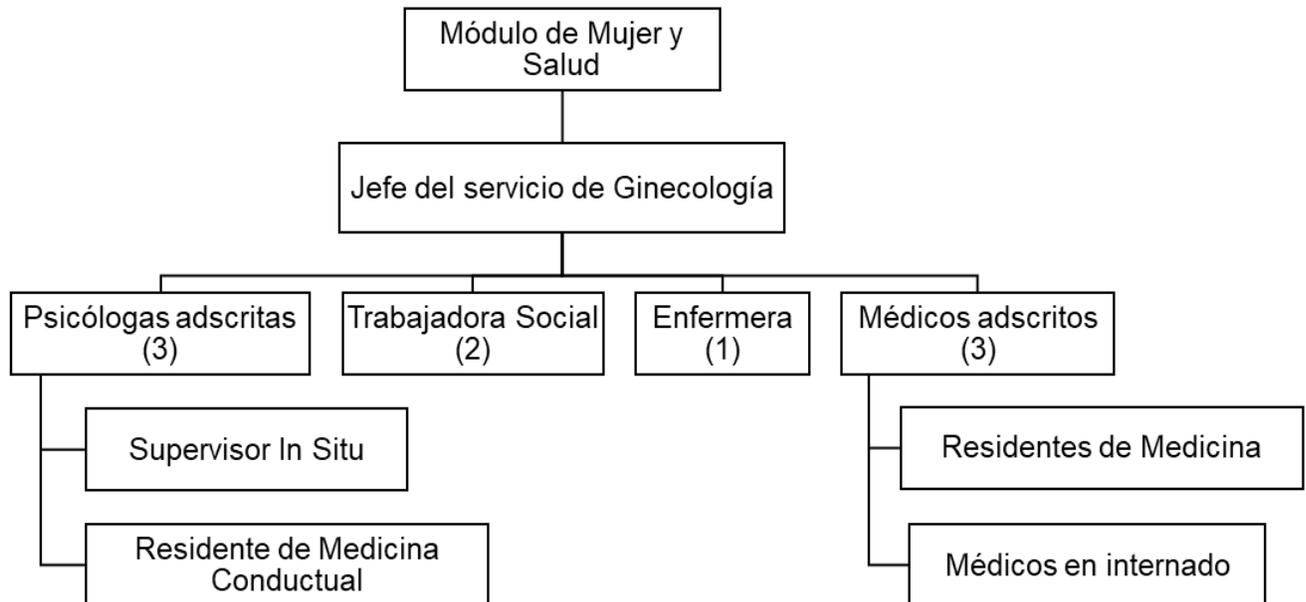
En este espacio se brinda atención psicoterapéutica especializada oportuna y confidencial a mujeres y familias afectadas por la violencia familiar, de pareja y/o sexual. La atención es gratuita, confidencial y de fácil acceso. El módulo también brinda asistencia a usuarias hospitalizadas en circunstancia de embarazo si presentan condiciones de violencia, debido a que existe la participación de una psicóloga adscrita al piso de hospitalización.

Tanto el área de Ginecología y Obstetricia como la de MC, se encuentran a cargo de la Dra. Carolina Tapia Ramírez, jefa del servicio. Por su parte, en el módulo de Mujer y Salud laboran cuatro psicólogas en diferentes turnos, siendo tres de ellas responsables de atender al público de lunes a viernes, dos de ellas durante el turno matutino (7:00 a.m. a 14:00 p.m.), y la tercera durante el horario vespertino (2:00 p.m. a 21:00 p.m.). La cuarta profesional se encuentra de guarda durante los fines de semana en un horario de 8:00 a.m. a 19:00 p.m.

Como supervisora *in situ* y jefa inmediata de los residentes de MC, se encuentra la psicóloga Sandra Flores González, quien realiza la supervisión dentro del hospital respecto al trabajo llevado a cabo con los pacientes. También es la encargada de planificar y organizar al personal residente de MC para las diferentes actividades del servicio, como son las evaluaciones que se realizan en el pase de visita en compañía de otros profesionales de la salud, las consultas e interconsultas de los diferentes servicios del hospital y la participación en eventos relacionados con el tema de la violencia como conferencias y charlas a los pacientes que se encuentran en sala de espera o incluso al personal de salud y planeación de los eventos el 25 de cada mes que se conmemora el día naranja o día contra la violencia. A continuación, se presenta la estructura orgánica del Módulo Mujer y Salud en la Figura 4.

## Figura 4

*Organigrama de Modulo de Mujer y Salud del Hospital General de Atizapán "Dr. Salvador González Herrejón"*



*Nota.* Elaboración propia.

La mayor parte del equipo residente de MC brinda consulta externa, sin embargo, también se realiza atención en hospitalización al efectuar intervención con mujeres en diferentes etapas del embarazo que viven o han vivido violencia en cualquier modalidad con su pareja o alguna otra persona. También hay pacientes que solicitan el servicio porque son referenciados por algún centro de salud.

En hospitalización, se cuenta con 39 camas divididas en tres secciones:

1. Pacientes en la fase de puerperio.
2. Pacientes que se han realizado un legrado.
3. Pacientes embarazadas que padecen alguna complicación médica (diabetes gestacional, presión arterial alta, infecciones, etc.).

A continuación, se hace un desglose general del personal, áreas y características del servicio. La línea de jerarquía y orden dentro del servicio de Ginecología y Obstetricia es el siguiente:

1. Dra. Carolina Tapia Ramírez, jefa del servicio de Ginecología y Obstetricia.
2. Médicos adscritos.

3. Médicos residentes (primero, segundo, tercero y cuarto año).
4. Médicos Internos: el residente de MC se encuentra adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia, en el piso de hospitalización.

Las áreas que componen el servicio son:

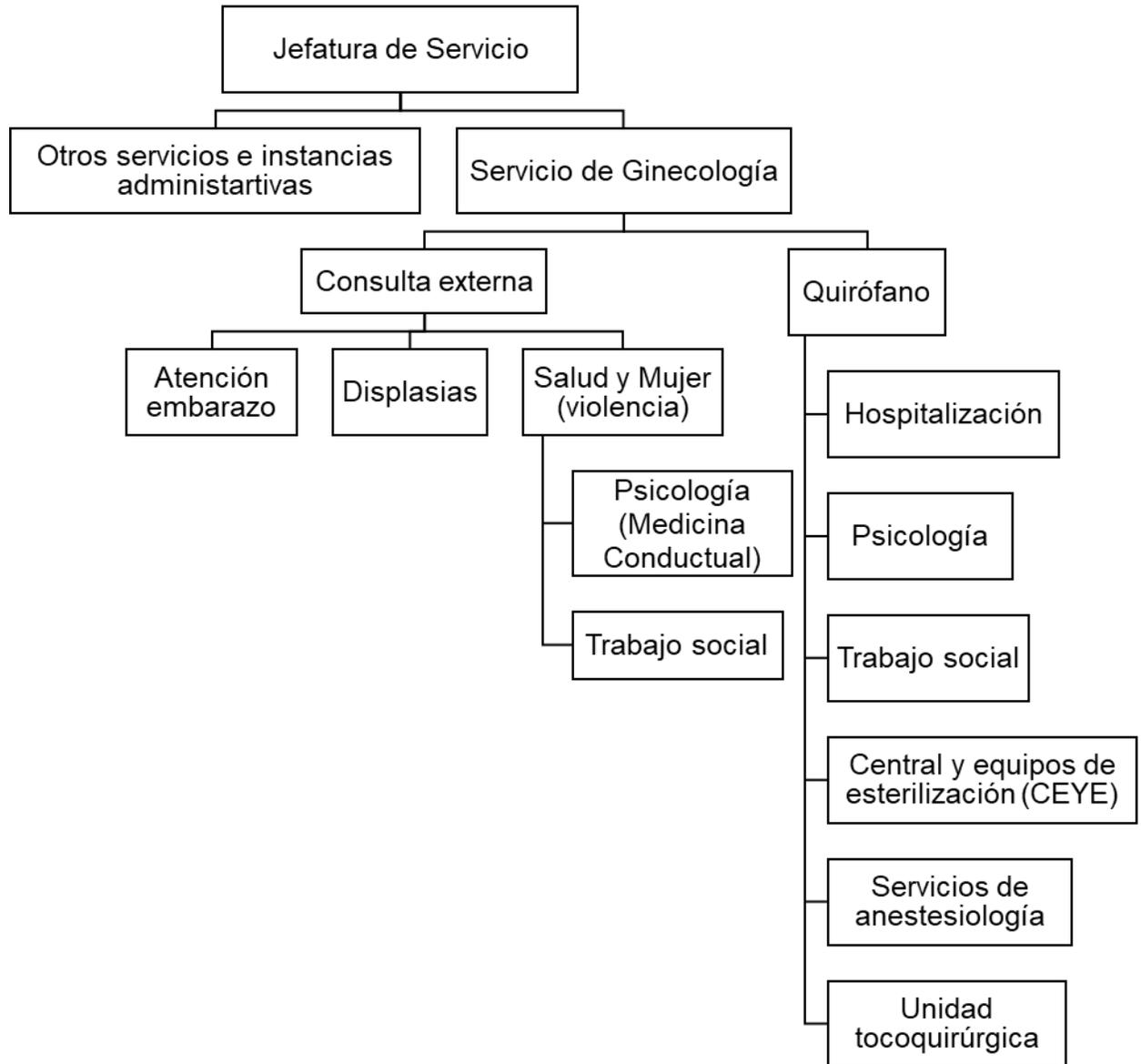
- Consulta externa: La cual incluye las áreas de atención al embarazo, displasias, y el área de Mujer y salud, donde se atiende a víctimas de violencia.
- Unidad tocoquirúrgica.
- Quirófano (tres salas).
- Servicio de anestesiología.
- Central de Equipos y Esterilización (CEYE).
- Dos Trabajadoras Sociales (Ginecología y Obstetricia y el servicio de Mujer y Salud).

El organigrama con áreas que componen el servicio se observa en la Figura 5. Por otro lado, los recursos humanos con los que cuenta el área de Ginecología y Obstetricia son:

- Un jefe de servicio
- Diez médicos especialistas.
- Una secretaria.

**Figura 5**

*Organigrama de la división de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Atizapán  
"Dr. Salvador González Herrejón"*



*Nota.* Elaboración propia.

#### **2.4. El residente de Medicina Conductual en el servicio de Mujer y Salud**

Las secuelas que experimentan las víctimas de violencia son difíciles de afrontar y superar, por lo que el apoyo psicológico es indispensable (Habigzang et al., 2019; Scarpati & Koller, 2020). En el servicio de Ginecología y Obstetricia se atiende a diversas problemáticas de salud en la mujer a través de diversos programas; ubicándose la intervención de las residentes de MC en el Programa Mujer y Salud, según estipula la Secretaría de Salud, el cual establece un modelo de atención a usuarios que han experimentado algún evento de violencia familiar y sexual en los tres niveles de intervención: primaria, secundaria y terciaria.

La intervención especializada de la violencia familiar y sexual está conformada por servicios médicos, psicológicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfacen de manera integral las demandas de las mujeres que viven en situación de violencia. Una buena colaboración entre los diferentes partícipes en la atención multidisciplinar a las víctimas de violencia sexual es fundamental para delinear las necesidades, insuficiencias e inquietudes de los pacientes (Vandenberghe et al., 2018).

En estos casos, el personal médico brinda atención específica: en un primer momento se efectúan un examen físico, un traumagrama e historia clínica para buscar evidencia física inmediata que determine la existencia de la agresión o sus secuelas e, incluso, la identidad del agresor (Plaza-Villaruel et al., 2014). Después, con el apoyo del equipo de personal de salud, se realiza acompañamiento, consejería a la víctima y, si es el caso, guía médica para aborto legal. De manera obligatoria, las pacientes tienen acceso a la anticoncepción de emergencia, a la profilaxis para la prevención de infecciones de transmisión sexual y, finalmente, al servicio de atención del Ministerio Público (Ministerio de la Protección Social, 2014).

El personal que labora en los servicios de salud involucrados con las usuarias en situación de violencia tiene la obligación de llevar un registro de información de los casos de violencia familiar o sexual, donde contemplan las variables básicas recomendadas internacionalmente conforme lo indica la Norma Oficial Mexicana-046-SSA2-2005. Esto se realiza mediante documentos como el formato de vigilancia epidemiológica, el registro estadístico de atención en casos de violencia familiar o sexual y el certificado de defunción en caso de que la consecuencia de la agresión sea el fallecimiento.

La agresión sexual es atendida como emergencia médica, dado que en muchas ocasiones los pacientes llegan en un estado de desequilibrio psicológico intenso provocado por los sucesos ocurridos, por lo que inmediatamente son referidos al servicio especializado en salud mental para realizar primeros auxilios psicológicos (Riedl et al., 2019). De no necesitar esta atención, el residente

en MC acompaña durante la consejería especializada en colaboración con trabajo social y, mediante una indagación, se elabora un plan de seguridad y evaluación de riesgo para que la víctima no sufra un segundo evento de violencia y su integridad sea salvaguardada.

En dado caso de que la víctima necesite ser canalizada a un refugio porque su vida está en riesgo, la trabajadora social es la responsable de buscar un lugar adecuado. Posteriormente, el residente en MC asigna una cita para continuar con la evaluación psicológica, ya que el protocolo indica que primero debe consolidarse la denuncia en el Ministerio Público.

## **2.5. Protocolo de atención a víctimas**

### **2.5.1. Fase de entrevista inicial**

El primer paso es realizar una entrevista y complementar con la aplicación de instrumentos de autoreporte de violencia y datos sociodemográficos. De igual forma, se realiza la evaluación a la víctima con base en los resultados de la entrevista inicial, esto para definir los objetivos y actividades que se ejecutarán en la atención psicológica. Además, el residente en MC puede desarrollar durante esta etapa una alianza terapéutica sólida con la usuaria y su familia, que es un factor de alta relevancia para el logro terapéutico (Guerra & Barrera, 2017; Zorzella et al., 2015).

En la Figura 6 se describe el mecanismo de evaluación con pacientes que han vivido un evento de violencia.

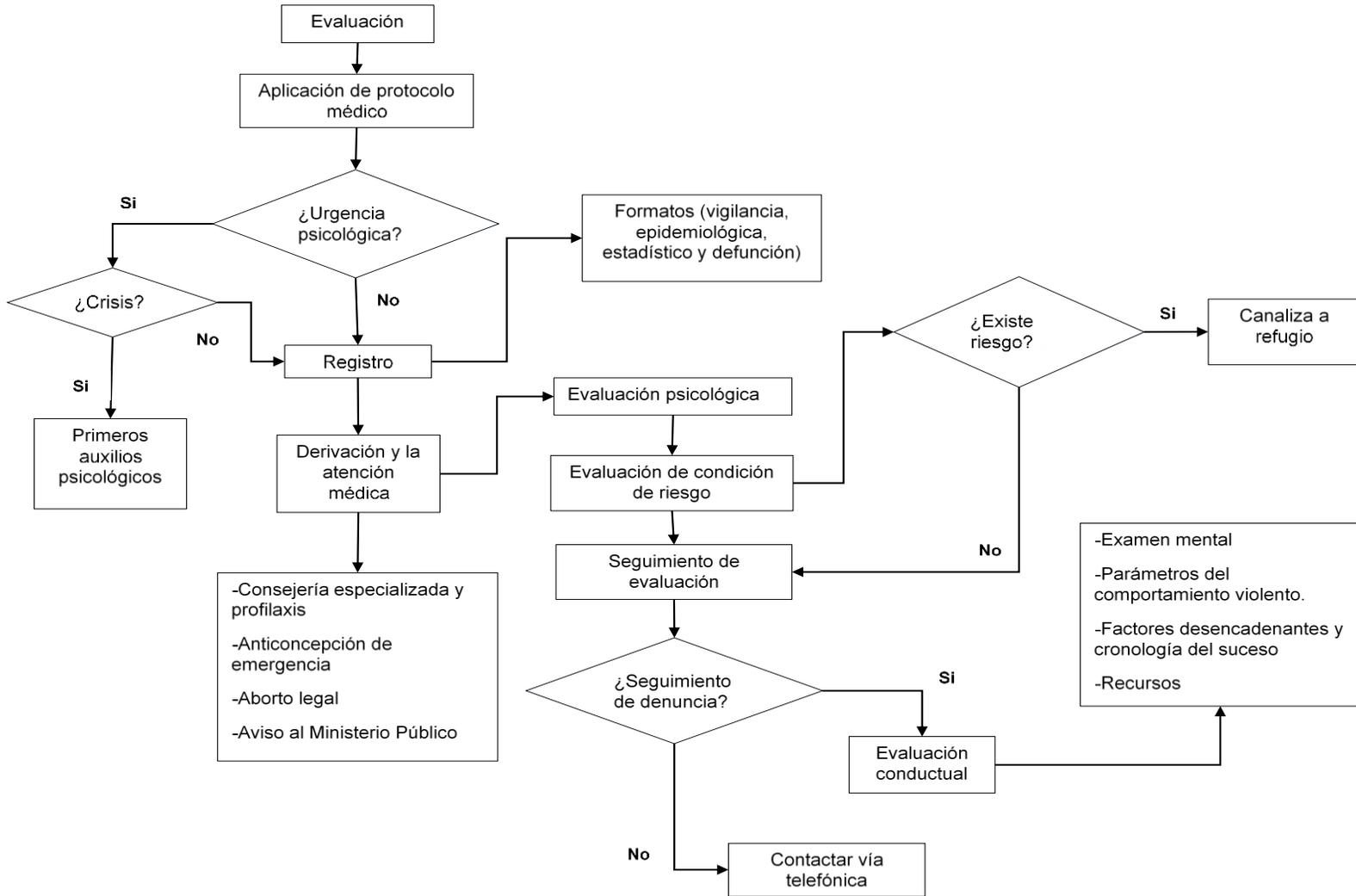
### **2.5.2. Fase de intervención**

El residente en MC debe tener presente que el tratamiento para este tipo de problemáticas es personalizado, no posee un número fijo de sesiones ni tampoco un protocolo rígido; sino que se adapta a las necesidades del paciente y se configura con base en un análisis funcional de la conducta. En muchas ocasiones, se realiza el establecimiento de un plan de seguridad y de desarrollo a futuro para aumentar la sensación de autoeficacia de la víctima. Una vez realizada la evaluación, se determina si es necesario derivarle a otro profesional en caso de detectar algún trastorno psiquiátrico.

Enseguida se mencionan algunas de las técnicas con enfoque cognitivo conductual que se han implementado con mayor frecuencia durante la fase de intervención. De la misma manera, en la Figura 7 se explican de forma gráfica las opciones que el residente de MC puede considerar para escoger un tipo de intervención.

**Figura 6**

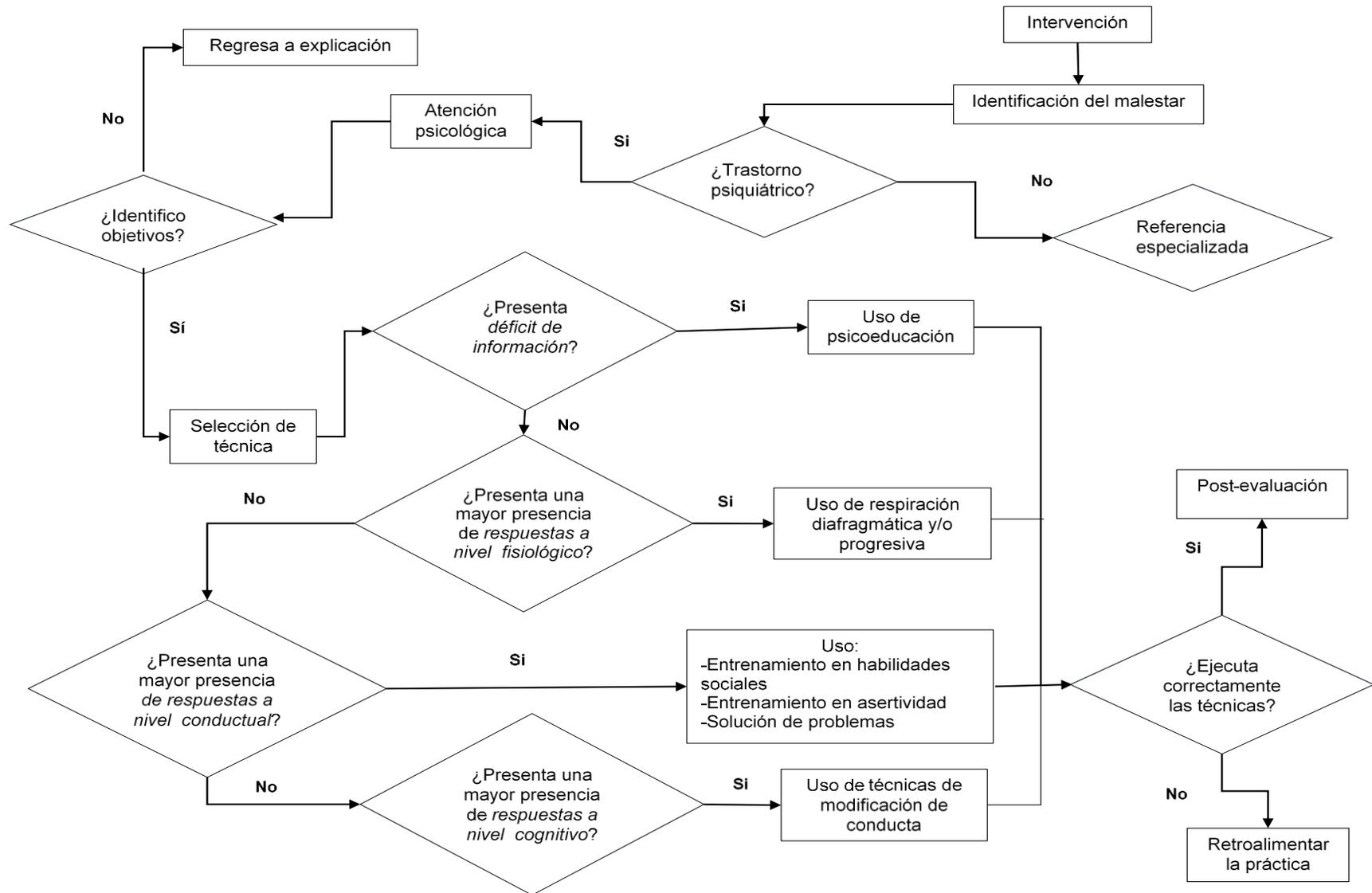
*Flujograma de procedimiento en la evaluación del paciente que ha vivido un evento de violencia*



Nota. Elaboración propia

**Figura 7**

*Flujograma de procedimiento de la intervención del paciente que ha vivido un evento de violencia*



Nota. Elaboración propia

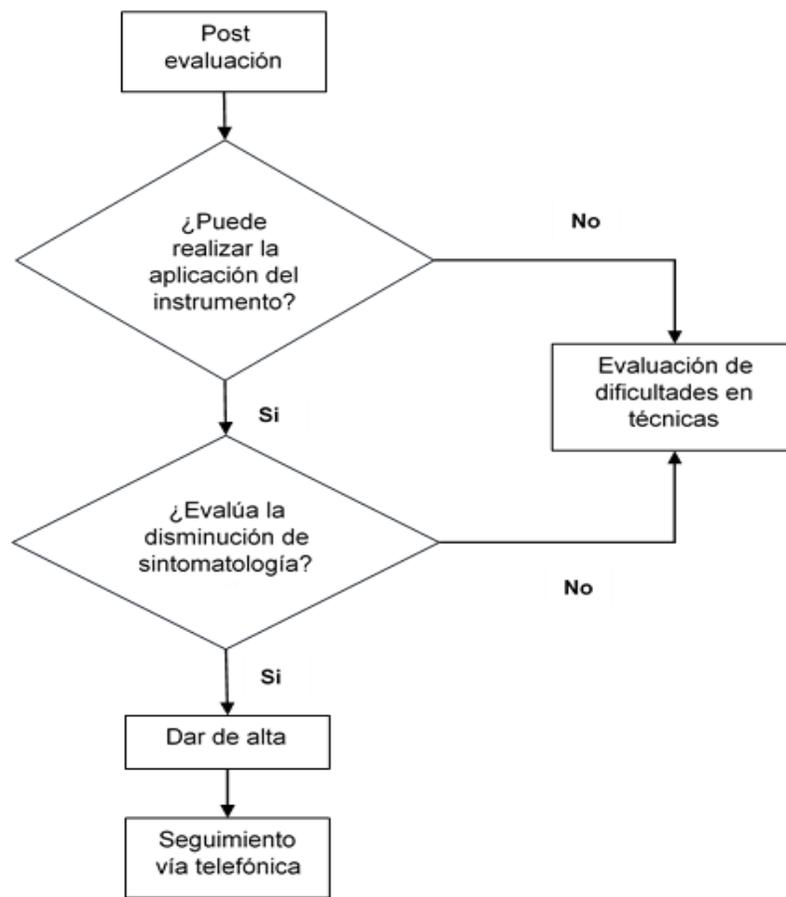
### 2.5.3. Post evaluación

Durante esta última fase del tratamiento, se valora el progreso obtenido en el proceso terapéutico; esto mediante una nueva entrevista clínica de carácter evaluativo con el paciente donde se aplican nuevamente los instrumentos de evaluación iniciales, comparando los resultados de la segunda aplicación con los originales; esto buscando comprobar el decremento de los síntomas iniciales y el mantenimiento de los logros obtenidos durante la terapia.

En caso de no tener resultados confirmatorios, se debe indagar inmediatamente sobre aquellas situaciones que dificultan la práctica de las técnicas o que limitan sus efectos, esto con el objetivo de diseñar un plan para la modificación de estas situaciones. En la Figura 8 se describe el mecanismo de post-evaluación con pacientes que han vivido un evento de violencia.

**Figura 5**

*Flujograma de procedimiento de la post evaluación del paciente que ha vivido un evento de violencia*



*Nota.* Elaboración propia

#### **2.5.4. Seguimiento**

Al finalizar el tratamiento, se agendan sesiones para llevar a cabo un monitoreo, con el objetivo de identificar las recaídas y verificar que la intervención refleje un impacto permanente al confirmar que la víctima ha desarrollado habilidades para el manejo emocional de la situación.

Durante el seguimiento se reporta si el usuario ha sido capaz de realizar un análisis adecuado al visualizar las opciones y recursos disponibles para facilitar el asertividad en la toma de decisiones y si, con base en esto, puede manejar correctamente los síntomas resultantes del evento de violencia, como lo podría ser el trastorno por estrés postraumático y la sintomatología relacionada al mismo (Guerra & Barrera, 2017). Además de establecer si el paciente tiene la capacidad de salir del ambiente de violencia y definir, fortalecer o construir sus redes de apoyo (Miranda et al., 2020). En caso de que la terapia no presente resultados exitosos, se debe analizar el contexto para tomar decisiones respecto a cómo proseguir con el proceso de recuperación de la víctima.

Cabe mencionar, que el papel del residente en MC como profesional de la salud es relevante cuando su proceder es acorde con las políticas públicas, con el trabajo desarrollado por la red de protección y acorde con la legislación vigente para la garantía de los derechos de las mujeres (Monteleone & Witter, 2017); lo cual significa que mientras el terapeuta esté preparado y tenga las capacidades para llevar a cabo su labor de manera profesional y ética, esto será una piedra angular en la rehabilitación del paciente.

### **2.6. Actividades desarrolladas por la sede adaptada a modalidad virtual debido a la contingencia por COVID-19**

El día 17 de marzo de 2020, la Universidad Autónoma de México anunció la pausa de actividades debido a la contingencia causada por la COVID-19. La Facultad de Estudios Superiores comunicó inmediatamente a las residentes en Medicina Conductual que serían retiradas del Hospital General de Atizapán. A la brevedad, los docentes se dieron a la tarea de adaptar las actividades académicas, tanto para las clases como para la atención de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, a una modalidad de trabajo remoto.

#### **2.6.1. Sesiones académicas**

Adecuándose al cierre de actividades presenciales, las sesiones se ajustaron para que cada semana una residente de MC recibiera un caso clínico grabado por compañeros de generaciones pasadas (guardado en la página de la Residencia MC), para posteriormente realizar un posible

análisis funcional de la conducta; señalando las áreas de oportunidad, así como aciertos en la intervención mediante una sesión de Zoom®. Esto con la finalidad de afinar las prácticas clínicas.

A la par de esto, se realizaron reuniones virtuales en donde a cada estudiante de la residencia se le asignaba una lectura de un artículo científico relativo a intervenciones psicológicas en pacientes con enfermedades crónicas realizadas desde un enfoque conductual, en las cuales se utilizaron herramientas digitales para la intervención. Cada alumna debía realizar la lectura de su artículo y hacer un resumen de esta, asimismo, todas debían participar activamente durante la exposición que cada compañera realizaba sobre su respectivo artículo. Durante estas actividades, y en conjunto con los supervisores académicos, se resolvían dudas acerca de la utilización de las técnicas, la metodología y las áreas de oportunidad expuestas en cada artículo.

No obstante, ante la falta de práctica clínica presencial con pacientes en el ámbito hospitalario, y a petición tanto de la supervisora del hospital como del equipo de docentes de la residencia, se tomó la decisión de abrir un espacio para realizar intervenciones para el manejo del estrés para el personal de salud del Hospital General de Atizapán. El equipo de residentes de MC elaboró materiales psicoeducativos (infografías, trípticos, videos y página web) acerca de estrategias para afrontar el estrés en el periodo de confinamiento. Esto, para ayudar a aquellos miembros del personal hospitalario que presentaban crisis e inestabilidad emocionales a causa del estrés.

Se planeó realizar una lista para que el personal pudiera inscribirse y recibir atención psicológica de manera virtual y de esta manera utilizar el material elaborado. Lamentablemente, dicho servicio no pudo implementarse debido a que el personal estaba muy saturado de trabajo debido al elevado número de pacientes COVID-19 que llegaban en condición grave.

### ***2.6.2. Elaboración de un programa para pacientes con estrés y enfermedades crónicas en modalidad online (Diabetes Mellitus y Enfermedad Renal Crónica)***

Dadas las dificultades para llevar a cabo actividades con el personal del Hospital General de Atizapán, se decidió conformar un servicio de atención psicológica *online* para pacientes con enfermedades crónicas. Extendiendo el servicio de MC a pacientes con diversas enfermedades crónicas y problemáticas psicológicas, eventualmente enfocando dicho trabajo a pacientes con Diabetes Mellitus (DM) y Enfermedad Renal Crónica (ERC) con características de estrés.

Para elaborar el programa fue necesario revisar artículos científicos recientes, además de las bases éticas desarrolladas para la creada práctica de la telepsicología. Además, cada miembro del servicio realizó un breve entrenamiento en entrevistas para generar las habilidades necesarias para una intervención virtual y asentar el conocimiento obtenido en los artículos revisados.

Seguidamente, se explican a detalle las etapas del proceso de diseño e implementación del programa de atención en línea para pacientes con enfermedades crónicas.

#### *Elaboración de sitio web*

Se creó una página web con el propósito de dar promoción al servicio de atención psicológica *online*. A través de este sitio los pacientes podían solicitar el servicio por medio de un formulario, así como consultar el material psicoeducativo (infografías, videos, guías y manuales) de acceso libre. El sitio presenta las siguientes pestañas:

- a) Inicio: Aquí se incluye una breve definición de MC, las especialidades de atención, los beneficios de recibir atención por parte del servicio; así como la misión, visión y objetivo de este.
- b) Atención psicológica en línea: Se describe la secuencia de las etapas de la terapia *online*. En esta pestaña se presentan las diferentes especialidades de atención del servicio: intervención en enfermedades cardiovasculares, depresión, apego a tratamiento, estrés en personal de salud y estrés en enfermedad crónica (DM y ERC). También contiene los diferentes materiales psicoeducativos del servicio como las infografías, manuales y guías.
- c) El equipo: Aquí se presenta a los residentes que brindan la atención psicológica *online* y los supervisores académicos de la residencia.
- d) Contacto: Se presenta al usuario un breve formulario con preguntas que permitían filtrar a los candidatos que requieran el servicio. Los requisitos para solicitar la atención originalmente incluían padecer una enfermedad crónica, ser cuidador de una persona con algún padecimiento o ser parte del personal de salud.

A la fecha de elaboración de este reporte, la página sigue en funcionamiento y los residentes que trabajan actualmente en el servicio han incluido otros servicios de atención. La dirección del sitio *web* es la siguiente: <https://www.mciztacala.org/>

#### *Desarrollo de guías para terapeuta*

Para crear el programa para pacientes con DM y ERC que presentaran estrés (o problemas relacionados con éste) se optó por elaborar materiales psicoeducativos de acceso libre para los pacientes en plataformas digitales de modo sincrónico. Conjuntamente, se elaboraron dos manuales, uno destinado a guiar al terapeuta sobre el manejo de técnicas cognitivo-conductuales para trabajar con pacientes con enfermedades metabólicas crónicas y otro para los pacientes como apoyo didáctico a la intervención.

Para los terapeutas se elaboraron dos manuales titulados como *Reducción de estrés en pacientes con Diabetes Mellitus* (disponible en <http://qartuppi.com/2021/DIABETES.pdf> y *Reducción*

de estrés en pacientes con Enfermedad Renal Crónica (disponible <http://qartuppi.com/2021/RENAL.pdf> ).

Dichas guías para los terapeutas constaron cada una de dos partes, incluyéndose en la primera sección de cada guía una explicación detallada de la enfermedad, explicándose en ella su definición, clasificación, epidemiología, tratamiento y complicaciones relacionadas, así como la historia natural de la enfermedad. Tras dicha explicación, se aborda el modelo transaccional de estrés aplicado a la misma y un ejemplo de este. También en la primera parte, se conceptualiza a la MC; definiéndose las actividades del especialista en esta área y presentándose los resultados de las intervenciones basadas en terapia cognitivo conductual en pacientes con la enfermedad explicada en la misma sección. La evidencia presentada en los resultados proviene tanto de intervenciones presenciales como de aquellas realizadas mediante Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC).

Posteriormente, en la segunda parte de cada guía, se aborda la operatividad de la intervención en línea, tratándose aspectos como la supervisión, normatividad y forma de evaluación, e incluyendo también una descripción de los instrumentos y plataformas empleados, así como de las técnicas a implementar. A su vez, se detalla el tratamiento en sus diferentes etapas desde el contacto con el paciente hasta la post intervención, además del seguimiento el cual abarca monitoreos e intervenciones en crisis. Para finalizar la sección, se añaden las cartas descriptivas de las sesiones; donde se describen las acciones del terapeuta en el proceso de intervención, así como cada una de las etapas del tratamiento: evaluación inicial (entrevista conductual, análisis funcional del comportamiento), implementación de técnicas, mantenimiento, seguimiento y monitoreo.

#### *Desarrollo de guía para pacientes*

A la par de las guías para los terapeutas, se elaboraron guías para los pacientes con DM y ERC (disponibles en: <https://www.mciztacala.org/diabetes-mellitus-y-estreacutes.html>), con el fin de ofrecer información certera al paciente que fungiera de apoyo a la labor del terapeuta; esto permitiéndole al paciente consultar en dicho manual diferentes técnicas y ejercicios para el manejo del estrés derivado de sus condiciones crónicas

Hay que hacer hincapié en que estas guías se concibieron como un apoyo para terapeutas previamente entrenados y especializados en la temática para realizar la intervención psicológica sincrónica *online* (ver Anexo 12). Las guías para pacientes se encuentran divididas en tres módulos principales:

- Módulo I: Conociendo mi enfermedad: Diabetes Mellitus/ Enfermedad Renal Crónica: En este módulo se brinda al paciente una explicación concisa acerca de su enfermedad, los síntomas y

complicaciones de esta, así como de técnicas conductuales para modificar su alimentación y actividad física.

- Módulo II: Estrés y Diabetes Mellitus/ Enfermedad Renal Crónica: ¿Cómo se relaciona el estrés con mi enfermedad?: Aquí explica al paciente la definición de estrés, los estilos de afrontamiento y la identificación de estresores asociados con su enfermedad en su vida cotidiana.
- Módulo III: Intervención psicológica para el estrés: Aprendiendo a controlar el estrés: En este módulo integran las técnicas cognitivo-conductuales seleccionadas para la intervención multicomponente con el paciente (relajación, autoinstrucciones y solución de problemas).

### **2.6.3. Productividad**

Durante el mes de noviembre del 2019, se realizó el periodo de inducción al Instituto de Cancerología en el área de Atención Inmediata, no obstante, a partir de las decisiones del equipo de docentes de MC, este convenio fue cancelado. Este cambio causó que mi participación de enero a febrero del año 2020 se llevará a cabo mediante rotaciones en diferentes días de la semana en dos hospitales incorporados a la residencia de MC. Una sede era el Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón”, en el servicio de Cirugía y Medicina Interna, con la orientación de la supervisora In situ Lic. Areli Fernández Uribe y los compañeros del servicio con mayor grado de experiencia (R2). La otra rotación se realizó en el Hospital Juárez de México en el servicio de Oncología, con la supervisión de la Mtra. Cintia Sánchez Cervantes, así como de compañeros de servicio (R2).

Además de estas actividades, los días restantes acudía a la Clínica Universitaria de Atención a la Salud de FES Zaragoza, en el Estado de México, y efectuaba un entrenamiento para adecuar la entrevista, el estudio teórico de temas (entrevista conductual, análisis funcional y técnicas cognitivo conductual) y revisión de notas por parte de la Dra. Ana Leticia Becerra Gálvez.

Finalmente, empecé la estancia en el módulo de Mujer y Salud a partir del 1 de marzo del año 2020, a decisión del equipo de MC. Durante mis dos semanas en el área, me dediqué a familiarizarme con los procesos del servicio y con las siguientes técnicas que se empleaban en el servicio:

- 1) *Técnicas de psicoeducación*: Ayudan a la víctima a clarificar la información inapropiada sobre la violencia sexual con el fin de que esto ayude a reducir sus síntomas.
- 2) *Técnicas de relajación*: Brindan a la víctima las herramientas necesarias para reducir su ansiedad en diferentes etapas del tratamiento.

- 3) *Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad*: Consistente en el desarrollo de comportamientos necesarios para identificar y expresar sentimientos de deseo y no deseo, así como emociones positivas y negativas en lugar de afrontamiento evitativo.
- 4) *Técnicas cognitivas*: Habilidades específicas de control del pensamiento enfocadas en detectar y modificar los pensamientos irracionales en relación con la situación de la agresión sexual.
- 5) *Entrenamiento en habilidades de solución de problemas*: Permiten a la víctima al brindar una variedad de alternativas de respuestas y soluciones ante eventos de violencia e incrementa la presencia de respuestas más eficaces.

Por otra parte, a partir del 18 de marzo del mismo año las instalaciones interrumpieron las prácticas clínicas en todo el Hospital debido a la emergencia sanitaria que se presentó en el país por la emergencia de la COVID-19. El coordinador y los docentes de la residencia de MC decidieron continuar las clases en una modalidad virtual, la práctica clínica fue suspendida, pero se continuó en comunicación con la Supervisora *In situ*.

Posteriormente, los docentes y alumnos de la residencia diseñaron un programa de atención psicológica *online* para pacientes con estrés y enfermedades crónicas (Reducción de estrés en pacientes con Enfermedad Renal Crónica y Reducción de estrés en pacientes con Diabetes Mellitus). Al inicio, se aceptaron a pacientes con diversos motivos de consulta; posteriormente, se realizó un formulario en *Google Forms*® con preguntas específicas para sólo aceptar pacientes con alguna problemática psicológica que se relacionara con su enfermedad crónica, cuidadores y personal de salud.

En el siguiente apartado se presenta la productividad de los pacientes a quienes se les brindó atención psicológica *online*.

#### **2.6.4. Estadísticas de los pacientes atendidos**

Las estadísticas que se presentan están relacionadas con las actividades virtuales del servicio de MC *online* durante el periodo de diciembre de 2020 a marzo de 2021, en el que se proporcionó atención a un total de 157 pacientes, donde el 118 (75%) corresponde a las mujeres atendidas y 38 (24%) a hombres.

Referente a los datos demográficos de la población, el rango de edad de los pacientes fue de 15 a 81 años, con una media de 29 años. Como se observa en la tabla 8, la mayoría de los pacientes eran locales, es decir, de la Ciudad de México (22.9 %) o del Estado de México (21.7%), pero también solicitaron la atención personas de otros estados del interior de la República.

**Tabla 8***Residencia de pacientes que solicitaron la atención psicológica online*

Estado de origen	<i>f</i>	%
CDMX	36	22.9
Estado de México	34	21.7
Coahuila	3	1.9
Michoacán	1	0.6
Morelos	2	1.3
Nuevo León	1	0.6
Hidalgo	2	1.3
Oaxaca	1	0.6
Querétaro	2	1.3
Tlaxcala	1	0.6
Guatemala	1	0.6
Baja California	1	0.6
Jalisco	1	0.6
Datos perdidos	51	32.5

*Nota.* Elaboración propia.

De entre los 157 pacientes atendidos en el programa consideramos como alta a aquellos que concluyeron el tratamiento psicológico de manera exitosa (n=39), como baja (n=23) a quienes no finalizaron la atención y como canalizados (n=86) a quienes se referenciaron a otras instituciones dado que su motivo de consulta debía ser atendido por otro especialista. Dada la escasa demanda de servicio por la contingencia sanitaria, se decidió atender a toda la población que lo solicitase, incluso sino cubría los perfiles antes descritos, así pues, la mayor parte de los pacientes atendidos en el servicio de MC (81.4%), no contaban con un diagnóstico médico, es decir, no padecían enfermedad crónica alguna.

En cuanto a la población que reportó enfermedades crónicas (18.6%), se puede observar que los grupos más numerosos fueron aquellos de pacientes con asma y gastritis (2.6%), siendo el total de pacientes con otras enfermedades crónicas con menor al 6.3% de la población atendida. Para un desglose detallado de los diagnósticos de la población atendida véase la Tabla 9.

**Tabla 9**

*Pacientes que presentaron diagnóstico médico en el servicio de Medicina Conductual en línea*

Diagnóstico	<i>f</i>	%
Diabetes Mellitus tipo 1	2	1.32
Asma	4	2.6
Gastritis	4	2.6
Diabetes Mellitus tipo 2	2	1.32
Enfermedad Renal Crónica	2	1.32
Fibromialgia	2	1.32
Cáncer	2	1.32
Ovario poliquístico	2	1.32
Artritis	3	1.98
Hipertensión Arterial Sistémica	1	0.66
Dolor neuropático	1	0.66
Brucelosis	1	0.66
Tumor pulmonar	1	0.66
Síndrome de mala absorción intestinal	1	0.66
Sin diagnóstico	123	81.4

*Nota.* Elaboración propia.

Es necesario recordar que algunas intervenciones psicológicas tuvieron que ajustarse debido a la presencia de un segundo diagnóstico médico, es decir, la presencia de una enfermedad crónica secundaria; documentándose la concurrencia de enfermedades como colitis o hipertensión, asma, endometriosis, enfermedad renal crónica, hipotiroidismo, ovario poliquístico, lupus y desgaste cervical. Hay que aclarar que todas las afecciones mencionadas solo se presentaron en un paciente cada una. En cuanto a los diagnósticos psicológicos identificados, la mayoría incluye síntomas de ansiedad, estrés y depresión que afectan el estado físico y mental de los pacientes, incidiendo en su calidad de vida y proceso de salud, tal como se observa en la Tabla 10.

**Tabla 10***Diagnósticos psicológicos de los pacientes atendidos*

Diagnóstico	<i>f</i>	%
Sintomatología de ansiedad	27	32.9
Sintomatología de estrés	16	19.5
Sintomatología depresiva	16	19.5
Déficit de autocontrol	5	6.09
Dolor	3	3.65
Déficit de habilidades de autocuidado	3	3.65
Incumplimiento terapéutico	3	3.65
Ataque de pánico	2	2.43
Déficit de habilidades sociales	1	1.2
Sobrecarga del cuidador	1	1.2
Problema de conducta	1	1.2
Falta de adherencia a la dieta	1	1.2
Intento suicida	1	1.2
Nausea Anticipada	1	1.2
Trastorno Obsesivo Compulsivo	1	1.2

*Nota.* Elaboración propia.

Después de realizar la evaluación psicológica y asignar los diagnósticos definidos por las residentes de MC, se realizaron programas de intervención compuestos de acuerdo al análisis funcional del comportamiento de cada paciente, tomando en cuenta los diagnósticos médicos. Tras analizar el perfil de las intervenciones realizadas, se determinó que la psicoeducación (n=45), la respiración diafragmática (n=29), autoinstrucciones (n=20), técnicas cognitivas de Beck (n=18) y la terapia de solución de problemas (n=16) fueron los recursos más empleados por las residentes en el servicio, tal como se observa en la Tabla 11.

**Tabla 11***Técnicas de intervención psicológica más utilizadas en el servicio*

Técnica psicológica	<i>f</i>	%
Psicoeducación	45	22.5
Respiración diafragmática	29	14.5
Autoinstrucciones	20	10
Técnicas cognitivas de Beck	18	8
Solución de problemas	16	1
Respiración rítmica	15	7.5
Entrenamiento en habilidades sociales	10	5
Detención del pensamiento	7	3.5
Activación conductual	6	3
Autocontrol	6	3
Programa de actividades	6	3
Terapia Racional Emotiva	5	2.5
Distracción cognitiva	5	2.5
Manejo de contingencias	3	1.5
Plan de seguridad	3	1.5
Relajación muscular progresiva	2	1
Distracción instrumental	2	1
Relajación autógena	2	1

*Nota:* Elaboración propia.

## **2.7. Competencias profesionales alcanzadas**

A pesar de la interrupción de actividades presenciales debido a la contingencia sanitaria por la COVID-19, los residentes consiguieron desarrollar las competencias que se indican en el perfil del egresado de la residencia en MC (Reynoso, 2014), dentro de las cuales destacan las siguientes:

- Resolver problemas psicológicos (ansiedad, depresión, estrés asociado a la enfermedad), generados por problemas orgánicos.

- Desarrollar habilidades de observación, escucha y análisis para la evaluación conductual de los pacientes en hospitalización.
- Diseñar y/o adaptar instrumentos y técnicas de medición confiables y válidas para las poblaciones de interés
- Elegir las técnicas y procedimientos apropiados para su intervención profesional.
- Creación de materiales psicoeducativos (infografías, carteles, sitios web, videos y manuales o guías) con información basada en evidencia científica válida.
- Reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico y la práctica profesional.
- Trabajar en equipos multidisciplinarios
- Manejar herramientas informáticas

Además, no sólo se desarrollaron las competencias antes mencionadas; sino que también se hizo adaptándose a una forma de trabajo distinta: Telepsicología.

## **2.8. Conclusiones y sugerencias**

El programa de Maestría en Psicología con Residencia en MC tiene como principal objetivo que los residentes desarrollen capacidades para el ejercicio psicológico profesional especializado en salud; misma que se logró desarrollar en el servicio de Atención psicológica, tanto en línea y como durante la breve estancia en el servicio de Mujer y Salud.

Respecto de esta última experiencia, dada su brevedad, no tuve la oportunidad de ahondar más a profundidad las necesidades psicológicas de las pacientes víctimas de violencia sexual, ni de realizar más intervenciones con esta población. No obstante, di cuenta de la necesidad de diseñar protocolos de investigación y trabajo en esta área que permitan mejorar la forma de intervención en esta población, haciendo mayor énfasis en la intervención del psicólogo (incluyendo al residente de MC). Sugiero una evaluación más profunda de las necesidades específicas de los pacientes y familiares inmersos en esta problemática de violencia a fin de crear talleres psicoeducativos que permitan intervención psicológica y simultánea con ambas partes.

Finalmente, hay que destacar que los docentes de la residencia fueron el soporte para el aprendizaje de estos conocimientos y competencias; no obstante, se sugiere brindar clases médicas de introducción específicas a los servicios en los que el residente se encuentra, además de la inducción y acompañamiento por el R2 en el contexto hospitalario. También, se sugiere la continuidad de la atención de al menos dos residentes en servicio de Mujer y Salud para continuar cubriendo con las necesidades relacionadas con la violencia, debido a que la demanda de los pacientes es alta y las psicólogas adscritas no siempre las pueden cubrir.

## Referencias

- Adinew, Y., & Hagos, M. (2017). Sexual violence against female university students in Ethiopia [Violencia sexual contra estudiantes universitarias en Etiopía]. *BMC International Health and Human Rights*, 17(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12914-017-0127-1>
- Alamilla, M., David, L., Trujillo, D., Diódora, C., Cutz, L., & Quintal, M. (2018). Caracterización del hostigamiento y acoso sexual, denuncia y atención recibida por estudiantes universitarios mexicanos. *Revista de Psicología (Santiago)*, 27(2), 1-2. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2019.52307>
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2021, junio). *Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delito y del abuso de poder*. <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/victimsofcrimeandabuseofpower.aspx>
- Álvarez-Zavala, P., Socorro, A., & Capella Sepúlveda, C. (2012). Influencia de una intervención grupal para madres en el cambio psicoterapéutico de sus hijos/as víctimas de agresiones sexuales. *Revista de Psicología*, 21(2). <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2012.25836>
- Anderson, L., Hayden, B., & Tomasula J. (2015). Sexual Assault, Overweight, and Suicide Attempts in U.S. Adolescents [Agresión sexual, sobrepeso e intentos de suicidio en adolescentes estadounidenses]. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(5). 529-540. <https://doi.org/10.1111/sltb.12148>
- Apraez-Villamarin, G. (2015). Factores de riesgo de abuso sexual infantil. *Colombia Forense*, 2(1), 87-94. <https://doi.org/10.16925/cf.v3i1.1179>
- Arriagada, A., & Thiers, C. (2005). *Diseño, implementación y validación de una intervención psicoeducativa grupal para padres no agresores de niños víctima de abuso sexual*. [Tesis de licenciatura]: Universidad de Chile.
- Arbanas G. (2021). El impacto clínico de la violencia sexual en hombres y mujeres y su manejo. En M. Lew-Starowicz, V. Giraldi. & T. Krüger (Eds.), *Psiquiatría y Medicina Sexual* (pp. 345-359). Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-52298-8\\_26](https://doi.org/10.1007/978-3-030-52298-8_26)
- Arroyo, C., Becerra, A., Fuentes, F., Lugo, I., Pérez, B., Reséndiz, A., & Reynoso, L. (2014). El análisis conductual aplicado: casos clínicos en Medicina Conductual. En L. Sánchez-Carrasco & J. Nieto (Eds.), *Tendencias Actuales en Aprendizaje y Memoria: Memorias de la 1a Reunión Satélite de Aprendizaje y Memoria* (pp. 223–255). Universidad

- Nacional Autónoma de México.  
[https://www.academia.edu/38175383/El\\_analisis\\_conductual\\_aplicado\\_Casos\\_clinicos\\_en\\_Medicina\\_Conductual\\_pdf](https://www.academia.edu/38175383/El_analisis_conductual_aplicado_Casos_clinicos_en_Medicina_Conductual_pdf)
- Asociación Portuguesa de Apoyo a las Víctimas. (2017). *Violência Sexual* [Violencia sexual].  
<http://www.apavparajovens.pt/pt/go/o-que-e3>
- Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas. (s.f.) *Curriculum Institucional*.  
<https://www.adivac.org/id-curriculum.php>
- Basile, K. (2015). A Comprehensive Approach to Sexual Violence Prevention [Un enfoque integral para la prevención de la violencia sexual]. *The New England Journal of Medicine*, 372(24), 2350–2352. <https://doi.org/10.1056/NEJMe1503952>
- Banyard, V. (2015). *Hacia la próxima generación de prevención de la violencia sexual y de pareja por parte de los espectadores: espirales de acción para involucrar a las comunidades*. Springer.
- Baquero, N. (2016). *Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual*. [Tesis de Maestría]: Universidad del Norte Barranquilla:  
<http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/5831/1065658093.PDF.pdf?sequence=1>.
- Birk, L. (1973). *Biofeedback: The Behavioral Medicine*. Grune Stratton.
- Boudreau, C., Kress, H., Rochat, R., & Yount, K. (2018). Correlates of disclosure of sexual violence among Kenyan youth [Correlatos de revelación de violencia sexual entre jóvenes de Kenia]. *Child Abuse & Neglect*, 79, 164-172.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.025>
- Bravo-González, C. (2014). Generalidades psicológicas de los padecimientos crónico-degenerativos. En L. Reynoso & A. Becerra (Coords.), *Medicina Conductual: teoría y práctica* (pp. 43-64). Qartuppi. <http://doi.org/10.29410/QTP.14.01>
- Buela-Casal, A., & Caballo, V. (1991). *Manual de psicología clínica aplicada*. Siglo XXI.
- Cabral, T., & Laureano, I. (2019). Diseño de comunicación contra la violencia sexual infantil. En F. Rebelo & M. Soares (Eds.), *Advances in Ergonomics in Design: Proceedings of the AHFE 2018 International Conference on Ergonomics in Design* (pp. 1-21). Springer.  
[https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/978-3-319-94706-8\\_51](https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/978-3-319-94706-8_51)
- Cantón-Cortés, D., & Cortés, M. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología*, 31(2), 552-561.  
<https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771>

- Capocasa, C. (2015). Un programa para la prevención del suicidio en adolescentes ha demostrado reducir el número de intentos de suicidio y de ideación suicida severa. *Evidencia, actualización en la práctica ambulatoria*, 18(3), 75. <https://doi.org/10.51987/evidencia.v18i3.6389>
- Cardiel, R. (1994). La medición de la Calidad de Vida (Measuring Quality of Life). En: Moreno, L., Cano-Valle, F. & García-Romero, H. (Eds). *Epidemiología clínica* (pp 189-199). Interamericana-McGraw Hill.
- Casillas, M., Dorantes, J., & Ortiz, V. (coord.). (2017). *Estudios sobre la violencia de género en la universidad*. Universidad Veracruzana.
- Ceballos-Espinoza, F. (2019). El agresor sexual. Actualización bibliográfica y nuevas líneas de investigación. *Estudios Policiales*, 14(1), 22-45. <https://doi.org/https://www.aacademica.org/fceballose/19/1.pdf>
- Celano, M., NeMoyer, A., Stagg, A., & Scott, N. (2018). Predictors of treatment completion for families referred to trauma focused-cognitive behavioral therapy after child abuse [Predictores de finalización del tratamiento para familias referidas a terapia conductual cognitiva centrada en el trauma después del abuso infantil]. *Journal of Traumatic Stress*, 31(3), 454-459. <https://doi.org/doi: 10.1002/jts.22287>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021, 5 de febrero). *Prevention Strategies* [Estrategias de Prevención]. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/sexualviolence/prevention.html>
- Centros de Control y Prevención de Enfermedades. (2015, 24 de agosto). *Directrices para el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual: agresión y abuso sexual y enfermedades de transmisión sexual*. [www.cdc.gov/std/tg2015/sexual-assault.htm](http://www.cdc.gov/std/tg2015/sexual-assault.htm).
- Comisión Nacional de Derechos Humanos. (2022, 18 de octubre). *Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia*. [https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-04/Ley\\_GAMVLV.pdf](https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-04/Ley_GAMVLV.pdf)
- Chiesa, A., & Goldson, E. (2017). Abuso sexual infantil. *Pediatrics in Review*, 38(3), 105-118. <https://doi.org/10.1542/pir.2016-0113>
- Child Welfare Information Gateway. (2019a, abril). *Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect* [Consecuencias a largo plazo del abuso y la negligencia infantil]. <https://www.childwelfare.gov/pubs/factsheets/long-term-consequences/>.
- Child Welfare Information Gateway. (2019b, junio). *La crianza de un niño o joven que ha sufrido abuso sexual: una guía para padres de crianza y adoptivos* [https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/abuso\\_sexual.pdf](https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/abuso_sexual.pdf)

- Choi, N., DiNitto, D., Marti, C., & Segal, P. (2017). Adverse childhood experiences and suicide attempts among those with mental and substance use disorders [Experiencias infantiles adversas e intentos de suicidio entre personas con trastornos mentales y por uso de sustancias]. *Child Abuse & Neglect*, 69, 252-262. <https://doi.org/doi:10.1016/j.chiabu.2017.04.024>
- Collin-Vézina, D., Daigneault, I., & Hébert, M. (2015). Lessons learned from child sexual abuse research: Prevalence, outcomes, and preventive strategies [Lecciones aprendidas de la investigación sobre abuso sexual infantil: prevalencia, resultados y estrategias preventivas]. *The Societal Burden of Child Abuse*, 3-12. <https://doi.org/10.1201/b18768>.
- Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas. (2016<sup>a</sup>, marzo). *Diagnóstico sobre la atención de la violencia sexual en México. Comité de Violencia Sexual, 2016: Informe Final*. <http://www.ceav.gob.mx/wp>
- Comisión Nacional de Atención a Víctimas (2016b, agosto). *Cartilla de Derechos de las Víctimas de Violencia Sexual Infantil, Segunda Edición*. <https://www.gob.mx/conavim/documentos/cartilla-de-derechos-de-las-victimas-de-violencia-sexual-infantil-2016>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2017, septiembre). *Hostigamiento y acoso sexual*. <http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/Hostigamiento-Acoso-Sexual.pdf>.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2018, julio). *Violencia Sexual. Prevención y atención de las agresiones sexuales contra niñas, niños y adolescentes*. <http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/Violencia-Sexual-Prevencion-Ninez-Adolescentes.pdf>
- Costa, L., Rocha, C., & Cavalcante, L. (2018). Características biopsicosociais entre acusados de agressão sexual contra crianças/adolescentes em contextos intra e extrafamiliar [Características biopsicosociales entre acusados de agresión sexual contra niños/adolescentes en contextos intra y extrafamiliares]. *Temas Em Psicologia*, 26(1), 283-295. <https://doi.org/10.9788/tp2018.1-11pt>
- Crawford-Jakubiak, J., Alderman, E., & Leventhal, J. (2017). Care of the adolescent after an acute sexual assault [Atención al adolescente posterior a una agresión sexual aguda]. *Pediatrics*, 139(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-4243>
- Cummings, J. (2018). Transformational change in parenting practices after child interpersonal trauma: A grounded theory examination of parental response. *Child Abuse & Neglect*, 76, 117-128. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.10.005>

- Cyr, M., Frappier, J., Hébert, M., Tourigny, M., McDuff, P., & Turcotte, M. (2016). Psychological and physical health of nonoffending parents after disclosure of sexual abuse of their child [Salud física y psicológica de los padres no agresores después de la revelación del abuso sexual de su hijo]. *Journal of Child Sexual Abuse, 25*(7), 757–776. <https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1228726>
- Cyr, M., Allard, M., Fernet, M., & Hébert, M. (2019). Paternal support for child sexual abuse victims: A qualitative study [Apoyo paterno para víctimas de abuso sexual infantil: Un estudio cualitativo]. *Child Abuse & Neglect, 95*, <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104049>
- Decker, M., & Sherman, S. (2016). Breaking the silence: Recognizing sexual violence in criminal justice reform [Romper el silencio: reconocer la violencia sexual en la reforma de la justicia penal]. *Journal of Urban Health, 93*, 719-721. <https://doi.org/10.1007/s11524-016-0059-4>
- DeGue, S., Valle, L. A., Holt, M. K., Massetti, G. M., Matjasko, J. L., & Tharp, A. T. (2014). A systematic review of primary prevention strategies for sexual violence perpetration [Una revisión sistemática de las estrategias de prevención primaria para la perpetración de violencia sexual]. *Aggression and Violent Behavior, 19*, 346-362. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.05.004>
- Desai, M., & Goel, S. (2018). Derechos del niño a la prevención de la violencia sexual. En Educación en derechos del niño para la inclusión y la protección (Eds.), *Práctica directa con niños basada en derechos* (pp. 15-43). Springer. [https://doi.org/pbidi.unam.mx:2443/10.1007/978-981-13-0417-0\\_8](https://doi.org/pbidi.unam.mx:2443/10.1007/978-981-13-0417-0_8)
- Deslandes, S. F., Vieira, L., Cavalcanti, L., & Silva, R. (2016). Atendimento à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, em quatro capitais brasileiras [Atención a la salud de niños y adolescentes en situación de violencia sexual, en cuatro capitales brasileñas]. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 20*(59), 865-877. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0405>
- Díaz, H., León, P., Arana, S., Flores, C., Ruíz, L., Piccinini, G., Ruíz, L., Barrios, R., Ajcabul, W., Minera, R., Arriaza, M., Elías, E., León, M., Velásquez, E., Selkin, L., Alfaro, L., Castro, J., Mateo, K., Xicay, E., & Rivera, D. (2017). Violencia sexual: conocimientos y actitudes en adolescentes. *Revista Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, 156*(2), 71-74. <https://doi.org/10.36109/rmg.v156i2.59>
- Dos Santos, S., Mayer A., & Silva, S. (2017). Investigación sobre la divulgación de la violencia sexual: caminos éticos y metodológicos. En D. Dell'Aglio & S. Koller (Eds.), *Niños y*

- jóvenes vulnerables en Brasil* (pp. 86-98). Springer. [https://doi.org/pbidi.unam.mx:2443/10.1007/978-3-319-65033-3\\_5](https://doi.org/pbidi.unam.mx:2443/10.1007/978-3-319-65033-3_5)
- Dussert, D., Capella, C., Lama, X., Gutiérrez, C., Águila, D., Rodríguez, L., & Beiza, G. (2017). Narrativas de padres de niños, niñas y adolescentes que han finalizado psicoterapia por agresiones sexuales: Un proceso de superación conjunta. *Psykhé*, 26(1), 1-14. <https://doi.org/10.7764/psykhe.26.1.950>
- Edwards, K., Ullman, S., Waterman, E., & Dardis, M. (2020). Predictors of disclosure recipients' social reactions to victims' disclosures of dating and sexual violence: A longitudinal study of college students [Predictores de las reacciones sociales de los destinatarios de la divulgación ante las revelaciones de las víctimas sobre el noviazgo y la violencia sexual: un estudio longitudinal de estudiantes universitarios]. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(5-6), 2633-2658. <https://doi.org/10.1177%2F0886260520938511>
- Echeburúa, E., & Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, (43-44), 75-82. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-76062006000100006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062006000100006)
- Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Psicología Conductual = Behavioral Psychology: Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 19(2), 469-486. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3738651>
- Echeverría, J., Paredes, F., Alamilla, M., David, L., Trujillo, D., Diódora, C., Cutz, L., & Quintal, M. (2018). Caracterización del hostigamiento y acoso sexual, denuncia y atención recibida por estudiantes universitarios mexicanos. *Revista de Psicología (Santiago)*, 27(2), 1-12. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2019.52307>
- Flores, L. (1991). La psicología de la salud y sus relaciones con la Medicina Conductual. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(1), 13-30. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/35717>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2016, noviembre). *Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos*. [https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/2018-04/proteccion-AbusoSexual\\_contra\\_NNyA-2016.pdf](https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/2018-04/proteccion-AbusoSexual_contra_NNyA-2016.pdf)
- Fundación Márgenes & Vínculos. (2015, julio). *Cómo actuar contra la violencia sexual de menores: Guía para padres y madres (Escandón)*. <https://fmyv.es/wp-content/uploads/2019/02/prevencion-abuso-sexual-infancia-adolescencia.pdf>

- García, J., & Peña, E. (2018). Reacción psicológica ante la experiencia de abuso sexual extrafamiliar en padres de niños abusados. *Psicogente*, 21(40), 378-402. <https://doi.org/https://doi.org/10.17081/psico.21.40.3079>
- Gerbaka B., Richa S., & Tomb R. (2021) *Principles and practices in the prevention of child sexual abuse* [Principios y prácticas en la prevención del abuso sexual infantil]. Springer, Cham. [https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/978-3-030-66507-4\\_17](https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/978-3-030-66507-4_17)
- Gil-Arrones, J., & De Manuel, C. (2020) Abuso sexual infantil. En AEPap (Ed.), *Congreso de Actualización Pediatría 2020* (pp. 95-203). Lúa Ediciones. [https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/195-204\\_abuso\\_sexual\\_infantil.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/195-204_abuso_sexual_infantil.pdf)
- Gil, R. (2017, marzo). *Protocolo de prevención del abuso sexual infantil a niñas, niños y adolescentes (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia)*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/306450/Protocolo\\_Prevenცი\\_n\\_Abuso\\_Sexual\\_2017.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/306450/Protocolo_Prevenცი_n_Abuso_Sexual_2017.pdf)
- Gómez, M., Danglot, C., & Vega, L. (2003). Sinopsis de pruebas estadísticas no paramétricas. Cuando usarlas. *Revista Mexicana de Pediatría*, 70(2), 91-99. <https://www.ugr.es/~fmocan/MATERIALES%20DOCTORADO/Sinopsis%20de%20pruebas%20estadísticas%20no%20paramétricas.pdf>
- Gómez, E., & Juárez, E. (2014). Criminología sexual. *Revista IUS*, 8(34). <https://doi.org/10.35487/rius.v8i34.2014.127>
- Guerra, C., & 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. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2017.47952>
- Guerra, C., & Farkas, C. (2015). Sintomatología en víctimas de abuso sexual: ¿Son importantes las características “objetivas” del abuso? *Revista de Psicología*, 24(2), 1-19. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2015.38013>
- Gutiérrez, Y., Hernández, V., & Hernández, V. (2016). Las consecuencias de la violencia de género para la salud y formación de los adolescentes. *Revista Médica Electrónica*, 38(5), 697-710. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242016000500005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000500005)
- Gutiérrez, C., & Lefèvre, F. (2019). Discovery of the Sexual Abuse of the Child: Revelation or Silence [Descubrimiento del abuso sexual del niño: revelación o silencio]. *Revista Cubana de Salud Pública*, 45(1), 1-18. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2019/csp191g.pdf>

- Haberland, N. (2015). El caso para abordar el género y el poder en la educación sobre sexualidad y VIH: una revisión integral de los estudios de evaluación. *Perspectivas internacionales sobre salud sexual y reproductiva*, 41, 31-42. <https://doi.org/10.1363/SP00916>
- Habigzang, L., Gomes, M., & Zamagna, L. (2019). Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples. *Ciencias Psicológicas*, 2(13), 249-264. <https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1882>
- Hailes, H., Yu, R., Danese, A., & Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review [Resultados a largo plazo del abuso sexual infantil: una revisión general]. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 830-839. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(19\)30286-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30286-x)
- Han, S., & Kim, J. (2016). Perceived needs for support program for family with child sexual abuse victim in South Korea: Focus group interview with therapists and mothers [Necesidades percibidas de un programa de apoyo para familias con víctimas de abuso sexual infantil en Corea del Sur: entrevista de grupo focal con terapeutas y madres]. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(7), 738-756. <https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1221489>
- Hernández, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación (6ª ed.). McGraw Hill Education.
- Herrera, C., García, M., & Tapia, E. (2015). La percepción del hostigamiento y acoso sexual en mujeres estudiantes en dos instituciones de educación superior. *Revista de La Educación Superior*, 44(176), 63-82. <https://doi.org/10.1016/j.resu.2015.12.004>
- Hohendorff, J., Habigzang, L., & Koller, S. (2015). Psicoterapia para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no sistema público: *Panorama e alternativas de atendimento*. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(1), 182-198. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000202014>
- Horley, J., & Clarke J. (2016). Delincuentes sexuales. En Anónimo (Ed.), *Experiencia, significado e identidad en la sexualidad* (pp.167-191). Palgrave Macmillan. [https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1057/978-1-137-40096-3\\_8z](https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1057/978-1-137-40096-3_8z)
- Hospital General de Atizapán "Dr. Salvador González Herrejón". (2020, febrero). *Elaboración del Plan de Trabajo de la División de Cirugía General*. <https://atizapan.gob.mx/wp-content/uploads/2020/12/InformeAnualEjecucio%cc%81n2020.pdf>
- Huerta, R. (2020). Miradas lascivas, violencia contra las estudiantes universitarias. *Región y Sociedad*, 32(s/n), 1-17. <https://doi.org/DOI:10.22198/rys2020/32/1285>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Comunicado De Prensa Núm . 689 / 21 23 De Noviembre De 2021 Estadísticas a Propósito Del Día Internacional De La Eliminación De La Violencia Contra Las Mujeres*. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP\\_Elimviolm ujer21.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Elimviolm ujer21.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016, agosto). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016. Tabulados básicos sobre Familia de Origen*. (Ciudad de México: INEGI, 2017). <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/endireh/2016/>
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2014, septiembre). *Incesto y estupro: Legislación Penal en las Entidades Federativas*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/48376/Incesto\\_y\\_Estupro-2014.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/48376/Incesto_y_Estupro-2014.pdf).
- Jauregui, A. (2015). *El "círculo víctimal" en la victimización sexual infantil*. [Tesis de licenciatura]: Universidad del País Vasco: <https://addi.ehu.es/handle/10810/16442>
- Jiménez, G. (2022). Programa piloto de intervención psicoeducativa para la prevención del abuso sexual infantil. *Revista U-Mores*, 1(1), 77-99. <https://doi.org/10.35290/ru.v1n1.2022.564>
- Keefe, F. (2011). Behavioral Medicine: a voyage to the future [Medicina conductual: un viaje al futuro]. *Annals of Behavioral Medicine*, 41(2), 141-151. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9239-8>
- Kotze, J.-L., & Turner, L. A. (2019). Parental warmth and interpersonal empathy as predictors of sexual assault bystander intervention efficacy [La calidez de los padres y la empatía interpersonal como predictores de la eficacia de la intervención del espectador de agresión sexual]. *Journal of Interpersonal Violence*, (36), 15-16. <https://doi.org/10.1177/0886260519842170>
- Loya, R. (2014). Rape as an economic crime: The impact of sexual violence on survivor's employment and economic well-being [El impacto de la violencia sexual en el empleo y el bienestar económico de las sobrevivientes]. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(16), 273-283. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0886260514554291>
- Lozano, J. F., Gómez, M., Avilés, I., & Sepúlveda, A. (2016). Comparación de los perfiles victimológicos en una muestra de mujeres agredidas sexualmente antes o después de los 20 años de edad. *Cuadernos de Medicina Forense*, 22(1), 30-39. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-76062016000100005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062016000100005).

- Mantilla, S. (2015). La revictimización como causal de silencio de la víctima. *Revista de Ciencias Forenses de Honduras*, 1(2), 4-12. <http://www.bvs.hn/RCFH/pdf/2015/pdf/RCFH1-2-2015-4.pdf>
- Martínez-Jerez, A. (2015). Violencia sexual vivida por varones en el estado de Guerrero, México. *Psicología y Ciencias Del Comportamiento*, 5(1), 8-23. <https://doi.org/https://doi.org/10.1804/rpcc-uacjs.v5i1>
- Matamoros, F. (2014). *El agresor sexual: un enfoque clínico-forense de sus características psicológicas y alteraciones sexuales*. Trillas
- Martingano, A. J. (2020). Helpful and hurtful empathy: How the interplay of empathy, Shame, and anger predicts responses to hypothetical rape disclosures [Empatía útil e hiriente: cómo la interacción de la empatía, la vergüenza y la ira predice las respuestas a las revelaciones hipotéticas de violación]. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-17. <https://doi.org/10.1177/0886260520922345>
- McElvaney, R., & Nixon, E. (2019). Parents' experiences of their child's disclosure of child sexual abuse [Experiencias de los padres sobre la revelación de abuso sexual infantil por parte de sus hijos]. *Family Process*, 59(4), 1-16. <https://doi.org/10.1111/famp.12507>
- McDermott, R., Kilmartin, C., McKelvey, D., & Kridel, M. (2015). La agresión sexual masculina universitaria de mujeres y la psicología de los hombres: direcciones pasadas, presentes y futuras para la investigación. *Psicología de los hombres y masculinidad*, 16(4), 355-366. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1037/a0039544>
- McMahon, K., Yeh, C., & Etchells, P. (2019). The impact of a modified initial teacher education on challenging trainees' understanding of neuromyths [El impacto de una formación docente inicial modificada en la comprensión desafiante de los aprendices de los neuromitos]. *Mind, Brain, and Education*, 13(4), 288-297. <https://doi.org/10.1111/mbe.12219>
- Mejía, A., Pulido, C., & Pineda, Á. (2020). Violación de adolescentes en situación de calle en Medellín, Colombia. *Ex Aequo*, (41), 45-60. <https://doi.org/10.22355/exaequo.2020.41.03>
- Mennicke, A., Kennedy, S., Gromer, J., & Klem-O'Connor, M. (2018). Evaluation of a Social Norms Sexual Violence Prevention Marketing Campaign Targeted Toward College Men: Attitudes, Beliefs, and Behaviors Over 5 Years [Evaluación de una campaña de marketing de prevención de la violencia sexual sobre normas sociales dirigida a hombres universitarios: actitudes, creencias y comportamientos durante 5 años]. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(7-8), 3999-4021. <https://doi.org/10.1177%2F0886260518780411>

- México Evalúa. (2020, 5 de marzo). *En 2020, el 98.6% de los casos de violencia sexual no se denunciaron.* <https://www.mexicoevalua.org/en-2020-el-98-6-de-los-casos-de-violencia-sexual-no-se-denunciaron/>
- Ministerio de la Protección Social. (2014, marzo). *Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.* [https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio\\_vih/documentos/Manual\\_victimas\\_violencia/MODELO\\_INTRODUCCION.pdf](https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/Manual_victimas_violencia/MODELO_INTRODUCCION.pdf)
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2016, septiembre). *Protocolo de atención a víctimas/sobrevivientes de violencia sexual.* <https://svet.gob.gt/sites/default/files/PROTOCOLO%20DE%20ATENCI%C3%93N%20A%20V%C3%8DCTIMAS%20SOBREVIVIENTES%20DE%20VIOLENCIA%20SEXUAL%20%202017.pdf>.
- Ministerio Público de Chile. (2016, octubre). *Norma General técnica para la atención de víctimas de violencia sexual 2016 Consejo Nacional de la Infancia Ministerio Secretaría General de la Presidencia Servicio Médico Legal.* [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2016/10/NT\\_VÍCTIMAS-VIOLENCIA-SEXUAL\\_web.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/10/NT_VÍCTIMAS-VIOLENCIA-SEXUAL_web.pdf)
- Miranda, M., Fernandes, F., Melo, R., & Meireles, R. (2020). Violência sexual contra crianças e adolescentes: uma análise da prevalência e fatores associados [Violencia sexual contra niños y adolescentes: un análisis de la prevalencia y factores asociados]. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 54, 1-8. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019013303633>
- Monteleone, T., & Witter, C. (2017). Prática baseada em evidências em Psicologia e Idosos: conceitos, estudos e perspectivas [Práctica basada en evidencia en Psicología y mayores: Conceptos, Estudios y Perspectivas]. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1), 48–61. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003962015>
- Mujica, J. (2016). Victimización sexual múltiple y patrones de victimización en casos de violación a mujeres adolescentes en el Perú. *Revista de Victimología*, 1(3), 43-64. <https://doi.org/https://doi.org/10.12827-RVJV-3-02>
- Murillo, J., Mendiburo-Seguel, A., Santelices, M., Araya, P., Narváez, S., Piraino, C., Martínez, H., & Hamilton, H. (2021). Abuso sexual temprano y su impacto en el bienestar actual del adulto. *Psicoperspectivas*, 20(1), 1-12. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol20-issue1-fulltext-2043>

- National Sexual Violence Resource Center. (2014). *Sexual violence surveillance uniform definitions and recommended data elements*.  
[https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/sv\\_surveillance\\_definitions-2009-a.pdf](https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/sv_surveillance_definitions-2009-a.pdf)
- Observatorio Nacional de Política Criminal (2018, agosto). *Agresores sexuales: Antecedentes y trayectorias sexuales de adultos mayores recluidos por delitos sexuales*.  
[https://www.researchgate.net/profile/Cesar-R-Nurena/publication/325094050\\_Agresores\\_sexuales\\_antecedentes\\_y\\_trayectorias\\_sexuales\\_de\\_adultos\\_mayores\\_recluidos\\_por\\_delitos\\_sexuales/links/5b077455a6fdcc8c252c5879/Agresores-sexuales-antecedentes-y-trayectorias-sexuales-de-adultos-mayores-recluidos-por-delitos-sexuales.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Cesar-R-Nurena/publication/325094050_Agresores_sexuales_antecedentes_y_trayectorias_sexuales_de_adultos_mayores_recluidos_por_delitos_sexuales/links/5b077455a6fdcc8c252c5879/Agresores-sexuales-antecedentes-y-trayectorias-sexuales-de-adultos-mayores-recluidos-por-delitos-sexuales.pdf)
- ONU Mujeres (2020, abril). *COVID-19 y su impacto en la violencia contra las mujeres y las niñas*.  
<https://mexico.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2020-nuevo/abril-2020/covid19-y-su-impacto-en-la-violencia-contra-las-mujeres-y-ninas#view>
- ONU Mujeres (2021, febrero). *Hechos y cifras: Poner fin a la violencia contra las mujeres*.  
<https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>
- Organización de las Naciones Unidas. (2019, 17 de agosto). *ONU México hace un llamado a eliminar todas las formas de violencia sexual contra las mujeres y las niñas*.  
[https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/onu-mexico-hace-un-llamado-eliminar-todas-las-formas-de-violencia-sexual-contra#\\_ftn3](https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/onu-mexico-hace-un-llamado-eliminar-todas-las-formas-de-violencia-sexual-contra#_ftn3)
- Organización Mundial de la Salud. (2002, octubre). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: Sinopsis*.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67411/a77102\\_spa.pdf;jsessionid=1383A4ABB5D019F05B4038966E230F4C?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67411/a77102_spa.pdf;jsessionid=1383A4ABB5D019F05B4038966E230F4C?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2021<sup>a</sup>, 17 de abril). *Violencia contra la mujer*.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Organización Mundial de la Salud. (2021b, agosto). *Violencia contra las mujeres, estimaciones para 2018: estimaciones mundiales, regionales y nacionales de la prevalencia de la violencia de pareja contra las mujeres y estimaciones mundiales y regionales de la prevalencia de la violencia sexual fuera de la pareja contra las mujeres*.  
<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240026681>
- Organización Internacional del Trabajo. (2014, julio). *Guía para la intervención con hombres sobre el acoso sexual en el trabajo y la masculinidad sexista*. Organización Internacional del Trabajo.  
[https://www.ilo.org/sanjose/publicaciones/WCMS\\_239603/lang--es/index.htm](https://www.ilo.org/sanjose/publicaciones/WCMS_239603/lang--es/index.htm)

- Peeters, L., Vandenberghe, A., Hendriks, B., Gilles, C., Roelens, K., & Keygnaert, I. (2019). Current care for victims of sexual violence and future sexual assault care centres in Belgium: the perspective of victims [Atención actual a víctimas de violencia sexual y futuros centros de atención de agresión sexual en Bélgica: la perspectiva de las víctimas]. *BMC International Health and Human Rights*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12914-019-0207-5>
- Peeters, L., Vandenberghe, A., Hendriks, B., Gilles, C., Roelens, K., & Keygnaert, I. (2019). Current care for victims of sexual violence and future sexual assault care centres in Belgium: the perspective of victims [Atención actual a víctimas de violencia sexual y futuros centros de atención de agresión sexual en Bélgica: la perspectiva de las víctimas]. *BMC International Health and Human Rights*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12914-019-0207-5>
- Poonam, T., & Hansen, D. (2011). Interventions for families victimized by child sexual abuse: Clinical issues and approaches for child advocacy center-based services. *Aggression and Violent Behavior*, 16(3), 188–199. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.02.005>
- Potter, S., Moschella, E., Moynihan, M., & Smith, D. (2020). A collaborative community college sexual violence prevention and response effort: climate study results to assess impact [Un esfuerzo colaborativo de prevención y respuesta a la violencia sexual de los colegios comunitarios: resultados del estudio climático para evaluar el impacto]. *Violence against women*, 27(14), 2815-2834. <https://doi.org/10.1177/1077801220969894>
- Ramos-Lira, L., Saltijeral-Méndez, M., Romero-Mendoza, M., Caballero-Gutiérrez, M., & Martínez-Vélez, N. (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública de México*, 43(3), 182-191. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342001000300002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000300002)
- Reidy, D., Holanda, K., Cortina, K., Ball, B., & Rosenbluth, B. (2017). Evaluation of the expect respect support group program: A violence prevention strategy for youth exposed to violence [Evaluación del programa de grupo de apoyo expect respect: una estrategia de prevención de la violencia para jóvenes expuestos a la violencia]. *Preventive Medicine*, 100, 235-242. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.05.003>
- Rerick P., Livingston T., & Davis D. (2019). Violación y jurado. En W. O'Donohue, & P. Schewe, (Eds.), *Handbook of Sexual Assault and Sexual Assault Prevention* (pp. 551-571). Springer. [https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/978-3-030-23645-8\\_33](https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/978-3-030-23645-8_33)

- Reynoso, L., Hernández-Manjarrez, M., Bravo-González, M.C., & Anguiano-Serrano, S.A. (2011). Panorama de la residencia en Medicina Conductual de la UNAM. *Revista Educación y Desarrollo*, 17, 43-49. [http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anterioresdetalle.php?n=17](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anterioresdetalle.php?n=17)
- Reynoso, L. (2012,26 de julio). *Residencia en Medicina Conductual*. <http://posgrado.iztacala.unam.mx/mconductual/>.
- Reynoso, L. (2014). Medicina Conductual: Introducción. En L. Reynoso & A. Becerra (Eds.), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (pp. 11-26). Editorial Qartuppi. <http://www.qartuppi.com/2014/MEDICINA.pdf>
- Riedl, D., Exenberger, S., Daniels, J., Böttcher, B., Beck, T., Dejaco, D., & Lampe, A. (2019). Domestic violence victims in a hospital setting: prevalence, health impact and patients' preferences – results from a cross-sectional study [Víctimas de violencia doméstica en un ambiente hospitalario: prevalencia, impacto en la salud y preferencias de los pacientes – resultados de un estudio transversal]. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1-10. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1654063>
- Ribes, E. (2007). Lenguaje, aprendizaje y conocimiento. *Revista Mexicana de Psicología*, 24(19), 7-14. <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243020635002.pdf>
- Rodríguez, Z., Rizo, R., Nazario, A., Miralba, A., & García, M. (2018). Pase de visita docente asistencial: modalidad relevante de la educación en el trabajo de enseñanza médica superior. *Panorama: Cuba y Salud*, 13(1), 81-87. <https://www.medigraphic.com/pdfs/cubaysalud/pcs-2018/pcs181m.pdf>
- Rodríguez-Ortega, G. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 5-12. <https://doi.org/10.5461/rlmc.v1.n1.02>
- Rollero, C. (2019). Violencia sexual. En A. Lykins (Ed.), *Encyclopedia of sexuality and gender* (pp. 319-327). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-59531-3\\_27-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-59531-3_27-1)
- Rudolph, J., Zimmer-Gembeck, J., Shanley, D., & Hawkins, R. (2017). Oportunidades de prevención del abuso sexual infantil: crianza de los hijos, programas y reducción de riesgos. *Maltrato infantil*, 23(1), 96-106. <https://doi.org/10.1177%2F1077559517729479>
- Saldívar, G., Jiménez, A., Gutiérrez, R., & Romero, M. (2015). La coerción sexual asociada con los mitos de violación y las actitudes sexuales en estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 38(1), 27-32. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252015000100004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100004)

- San Vicente, A., Niño-Laina M., Muñoz, S., & Polo-Usaola C. (2019) Violencia sexual: efectos en la identidad y salud mental de las mujeres. En S. Sáenz-Herrero (Ed.), *Psicopatología en la Mujer* (pp. 81-108). Springer. [https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/978-3-030-15179-9\\_4](https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/978-3-030-15179-9_4)
- Satyanarayana, V., Chandra, P., & Vaddiparti, K. (2015). Mental health consequences of violence against women and girls [Consecuencias para la salud mental de la violencia contra las mujeres y las niñas]. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(5), 350-356. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000182>
- Save the Children. (2016, octubre). *Las y los adolescentes que México ha olvidado*. Recuperado de <https://www.savethechildren.mx/sci-mx/files/d7/d797cdaa-914f-4068-8bfc-0ef299feb2c7.pdf>
- Save the Children. (2019, 1 de julio). *Grooming: Qué es, cómo detectarlo y prevenirlo*. <https://www.savethechildren.es/actualidad/grooming-que-es-como-detectarlo-y-prevenirlo>
- Secretariado ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. (2022, 25 de julio). *Información sobre violencia contra las mujeres. Incidencia delictiva y llamadas de emergencia 9-1-1*. <https://www.gob.mx/sesnsp/es/articulos/informacion-sobre-violencia-contra-las-mujeres-incidencia-delictiva-y-llamadas-de-emergencia-9-1-1-febrero-2019?idiom=es>
- Schwartz, G., & Weiss, S. (1978). Yale conference on behavioral Medicine: A proposed definition and statement of goals [Conferencia de Yale sobre medicina del comportamiento: una definición propuesta y una declaración de objetivos]. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 3-12. <https://doi.org/10.1007/bf00846582>
- Silva, A., & Lujan, J. (2019). El perfil del agresor y/o delincuente sexual. *Visión Criminológica-Criminalística*, 1, 51-57. [https://revista.cleu.edu.mx/new/descargas/1904/Articulo11\\_perfil-del-agresor-sexual.pdf](https://revista.cleu.edu.mx/new/descargas/1904/Articulo11_perfil-del-agresor-sexual.pdf)
- Silveira, J., Lima, M., Costa, R., & Baigorria, J. (2021). Perceptions of the multi-professional team given the legal interruption of pregnancy due to sexual violence [Percepciones del equipo multiprofesional ante la interrupción legal del embarazo por violencia sexual]. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 30. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0070>
- Siria, S., Echeburúa, E., & Amor, P. (2020). Characteristics and risk factors in juvenile sexual offenders [Características y factores de riesgo en los delincuentes sexuales juveniles]. *Psicothema*, 32(3), 314-321. <https://doi.org/doi:10.7334/psicothema2019.349>

- Sirvent, E. (2019). Acceptability of sexual violence against women In Spain: demographic, behavioral, and attitudinal correlates [Aceptabilidad de la violencia sexual contra las mujeres en España: correlatos demográficos, conductuales y actitudinales]. *Violence against Women, 26*(10), 1080–1100. <https://doi.org/10.1177/1077801219854536>
- Smith, A., & Kelly, A. (2008). An Exploratory Study of Group Therapy for Sexually Abused Adolescents and Nonoffending Guardians [Un estudio exploratorio de la terapia de grupo para adolescentes abusados sexualmente y tutores no agresores]. *Journal of Child Sexual Abuse, 17*(2), 101-116. <https://doi.org/10.1080/10538710801913496>.
- Souza, L., & Lordello, S. (2020). Sexting and gender violence among young people: An Integrative literature review [Sexting y violencia de género entre jóvenes: una revisión integradora de la literatura]. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 36*, 1-10. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3644>
- Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2020, 6 de noviembre). *Ley General de Víctimas*. <https://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfArticuladoFast.aspx?q=CZOOfEcFRa+d28VszlCgNIB+AlgTU4xclQINcJ+hm7Cflg7vYzUebMsKiubymGr4eyDGkctMS5tQGg6dvoQ0D7Q==>
- St-Amand, A., Servot, S., Pearson, J., & Bussi eres,  . (2021). Effectiveness of interventions offered to non-offending caregivers of sexually abused children: A meta-analysis [Eficacia de las intervenciones ofrecidas a cuidadores no infractores de niños abusados sexualmente: un metan alisis]. *Psychology/Psychologie Canadienne, 63*(3), 339-356. <https://doi.org/10.1037/cap0000296>
- Tesone, J. (2019, junio). *Violencia sexual hacia los niños*. <https://www.perfil.com/noticias/opinion/opinion-dr-juan-eduardo-tesone-violencia-sexual-hacia-los-ni%C3%B1os.phtml>
- Theimer, K., Mii, A., Sonnen, E., McCoy, K., Meidlinger, K., Biles, B., Huit, T., Flood, M., & Hansen, D. (2020). Identifying and addressing barriers to treatment for child sexual abuse survivors and their non-offending caregivers [Identificar y abordar las barreras para el tratamiento de los sobrevivientes de abuso sexual infantil y sus cuidadores no infractores]. *Aggression and Violent Behavior, 52*, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101418>
- Thomas, K. (2018). Violencia sexual: arma de guerra. *Revista Migraciones Forzadas, (1)*. <https://doi.org/10.17771/pucurio.cadri.33490>
- Thompson, R., Lewis, T., English, D., Litrownik, A., Margolis, B., & Dubowitz, H. (2017). Child maltreatment and risky sexual behavior [Maltrato infantil y comportamiento sexual de riesgo]. *Child Maltreatment, 22*, 69-78. <https://doi.org/doi:10.1177/1077559516674595>

- Torres, E. (2017). Poder, violencia y discurso disciplinario: análisis de una problemática central en Manuel Castells. *Intersticios Sociales*, 13, 1-25. <http://www.scielo.org.mx/pdf/ins/n13/2007-4964-ins-13-00006.pdf>
- Unidad de Igualdad de Género. (2017, julio). *Violencia Sexual*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/242429/Violencia\\_sexual\\_Julio\\_2017\\_180717.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/242429/Violencia_sexual_Julio_2017_180717.pdf)
- Valdez-Santiago, R., Villalobos, A., Arenas-Monreal, L., Flores-Celis, K., & Ramos-Lira, L. (2020). Abuso sexual infantil en México: conductas de riesgo e indicadores de salud mental en adolescentes. *Salud Publica de Mexico*, 62(6), 661-671. <https://doi.org/10.21149/11924>
- Valerio, G. (2018). Violencia sexual y abuso sexual en la niñez y adolescencia. *Revista de La Sociedad Uruguaya de Ginecología de la Infancia y la Adolescencia*, 7(3), 7-9. <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Revista%20Sugia%202018%20Vol%207-3.pdf>
- Van Toledo, A., & Seymour, F. (2013). Interventions for caregivers of children who disclose sexual abuse: A review [Intervenciones para cuidadores de niños que revelan abuso sexual: una revisión]. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 772-81. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.006>
- Van Toledo, A., & Seymour, F. (2016). Caregiver needs following disclosure of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(4), 403-414. <https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1156206>
- Vandenbergh, A., Hendriks, B., Peeters, L., Roelens, K., & Keynaert, I. (2018). Establishing Sexual Assault Care Centres in Belgium: health professionals' role in the patient-centred care for victims of sexual violence [Establecimiento de Centros de Atención de Agresiones Sexuales en Bélgica: el papel de los profesionales de la salud en la atención centrada en el paciente para las víctimas de violencia sexual]. *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3608-6>
- Venegas, B. (2006). Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada. *Aquichan*, 6(1), 137-147. <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v6n1/v6n1a13.pdf>
- Ventevogel, P., & Spiegel, P. (2015). Psychological treatments for orphans and vulnerable children affected by traumatic events and chronic adversity in Sub-Saharan Africa [Tratamientos psicológicos para huérfanos y niños vulnerables afectados por eventos traumáticos y adversidad crónica en el África subsahariana]. *JAMA*, 314(5), 2-11. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.8383>

- Vladimir, M., & Robertson, D. (2019). The lived experiences of non-offending fathers with children who survived sexual abuse [Las experiencias vividas de padres no agresores con hijos que sobrevivieron al abuso sexual]. *Journal of Child Sexual Abuse*, 29(3), 312-332. <https://doi.org/10.1080/10538712.2019.1620396>
- Von-Hohendorff, J., Nelson-Gardell, D., Habigzang, F., & Koller, H. (2017). Un modelo conceptual integrador para una mejor comprensión de la dinámica de la violencia sexual contra los niños. En Dell'Aglio, D. y Koller, S. (Eds.). *Niños y jóvenes vulnerables en Brasil* (77-88). Springer. [https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/978-3-319-65033-3\\_6](https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/978-3-319-65033-3_6)
- Warnke, A. (2014). Children and adolescents as perpetrators and victims of violence and sexual abuse [Los niños, niñas y adolescentes como perpetradores y víctimas de violencia y abuso sexual]. *Deutsches Aerzteblatt Online*, 111(41), 683-684. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0683>
- Warrington, C., Beckett, H., Allnock, D., & Soares, C. (2023). Children's perspectives on family members' needs and support after child sexual abuse. *Children and Youth Services Review*, 149, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.106925>
- Wekerle, C., & Kerig, P. (2017). Sexual and non-sexual violence against children and youth: current issues in gender [Trauma and resilience violencia sexual y no sexual contra niños y jóvenes: problemas actuales de género, trauma y resiliencia]. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 10(1), 3-8. <https://doi.org/10.1007/s40653-017-0130-7>
- Yamamoto, D. (2015, 28 de abril). *La Guía del Asesor: Cómo trabajar con padres de niños que han sufrido agresión sexual*. Centro Nacional de Recursos para la Violencia Sexual. [https://www.nsvrc.org/sites/default/files/2015-07/publications\\_nsvrc-guides\\_la-guia-del-asesor-como-trabajar-con-padres-de-ninos.pdf](https://www.nsvrc.org/sites/default/files/2015-07/publications_nsvrc-guides_la-guia-del-asesor-como-trabajar-con-padres-de-ninos.pdf)
- Zorzella, K., Muller, R., & Cribbie, R. (2015). The relationships between therapeutic alliance, internalizing, and externalizing symptoms in trauma-focused cognitive behavioral therapy [Las relaciones entre la alianza terapéutica y los síntomas internalizantes y externalizantes en la Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma]. *Child Abuse & Neglect*, 50(s/n), 171-181. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.08.002>

## Anexos

### Anexo 1. Cartas descriptivas



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**Residencia en Medicina Conductual**



La intervención tendrá modalidad grupal, de cuatro sesiones de 90 minutos, activas, focalizadas y directivas a lo largo de un mes. El taller se llevará a cabo por vía sincrónica que será coordinado por una psicóloga residente de Medicina Conductual, utilizando la plataforma Zoom®.

**Taller:** *Taller psicoeducativo para cuidadores de adolescentes que han vivido violencia sexual*

Facilitadora: Lic. en Psic. Yunery Marlen Bautista Gómez

Objetivo General (Participantes):

Ofrecer información a los cuidadores/ras de adolescentes que han vivido violencia sexual para que apoyen a su proceso de recuperación.

Objetivos específicos (Participantes):

Los participantes:

- Identificarán las características de la violencia sexual y sus tipos.
- Identificarán las estrategias que se deben realizar después de la notificación del evento sexual.
- Identificarán las recomendaciones para cuidarse durante el acompañamiento con la víctima de violencia sexual.

---

## SESIÓN 1

---

**Tema de la sesión:** ¿Qué es la violencia sexual?, “Rompiendo mitos sobre la violencia sexual”.

**Duración:** 60 minutos.

**Materiales e instrumentos para la sesión:** Cuestionario de conocimientos de violencia sexual, presentación en formato *Power Point* sobre las características de violencia sexual, computadora, formato de consentimiento informado, infografía de acuerdos de convivencia y manual para cuidadores de adolescentes que han vivido violencia sexual.

---

Objetivo de la sesión:	Técnicas y procedimientos	Actividades	
		Actividades del Tallerista	Actividades del Participante
Que los participantes identifiquen las características de la violencia sexual y sus tipos.	Psicoeducación	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Brindará una introducción formal del taller.</li><li>2. Explicará los acuerdos de convivencia con el apoyo de una infografía (ver anexo 3).</li><li>3. Facilitará información respecto al uso confidencial de los datos, además de otorgar información respecto al consentimiento informado (ver anexo 2).</li><li>4. Proporcionará el “Manual para cuidadores de adolescentes que han vivido violencia sexual” (ver anexo 9).</li><li>5. Otorgará información relacionada al llenado correcto del cuestionario de conocimientos que se responderá por medio de un <i>link</i> de <i>Google Forms</i>® (ver anexo 5).</li><li>6. La facilitadora presentará diferentes</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Pondrá atención y escuchará.</li><li>2. Leerá y firmará los formatos si aceptan participar en el taller.</li><li>3. Personalizará con su nombre el “Manual para cuidadores de adolescentes que han vivido violencia sexual” (ver anexo 9).</li><li>4. Contestará el cuestionario de conocimientos por medio del <i>link</i> (ver anexo 4).</li><li>5. Responderá a la pregunta</li></ol>

---

---

fotografías en el formato *PowerPoint*.

Realizará la pregunta al grupo ¿En la fotografía se observa violencia sexual?

7. Planteará y solicitará ejemplos de situaciones de violencia sexual vivida en contextos reales.
  8. Ofrecerá una explicación, con apoyo de la presentación en formato PowerPoint sobre:
    - a) Violencia sexual. Se proyectará un video llamado “1 de cada 3” para explicar estadísticas sobre este evento (ver anexo 7, 0:30).
    - b) tipos de violencia sexual.
    - c) Mitos sobre la violencia sexual. Se proyectará el video llamado “No es no” (ver anexo 7,1:23). Posteriormente, se explicará en qué consisten el ejercicio del manual que se ubica en la página 8.
    - d) Mitos sobre el agresor. Se proyectará un video llamado “Lágrimas de ángel” (ver anexo 7, 2:54).
  9. Se proyectará un video llamado “Línea de la vida” para invitar a la reflexión sobre eliminar los mitos relacionados a la
- ¿es violencia sexual? con un (sí/no) por medio del chat al observar las imágenes.
  6. Ofrecerá ejemplos de situaciones de violencia sexual.
  7. Escuchará la explicación de los diferentes temas.
  8. Revisará a la par de la facilitadora el ejercicio del manual que se ubica en la pág. 8.
  9. Observará los videos atentamente.
  10. Manifestará sus dudas.
-

---

violencia sexual (ver anexo 7, 3:56).

10. Proyectará un video de resumen de la sesión (ver anexo 7, 3:00).
11. Asignará tarea
12. Resolverá dudas.

---

**Tarea para casa:** Ver el video llamado “Árbol de Chicoca” (ver anexo 7, 28:32) que se encuentra en el siguiente link:

[https://www.youtube.com/watch?v=bAoKloywybU&ab\\_channel=Jos%C3%A9LuisL%C3%B3pez](https://www.youtube.com/watch?v=bAoKloywybU&ab_channel=Jos%C3%A9LuisL%C3%B3pez)

---

---

## SESIÓN 2

---

**Tema de la sesión:** ¿Qué hacer con adolescentes después que han vivido un evento de violencia sexual?

**Duración:** 60 minutos.

**Materiales e instrumentos para la sesión:** Presentación en formato *PowerPoint* sobre las estrategias para cuidadores de adolescentes después de vivir un evento de violencia sexual, computadora y manual para cuidadores de adolescentes que han vivido violencia sexual.

---

Objetivo de la sesión:	Técnicas y procedimientos	Actividades	
		Actividades del Tallerista	Actividades del Participante
Que los participantes identifiquen las estrategias que se deben hacer después de la notificación del evento sexual.	Psicoeducación	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Se iniciará la sesión realizando preguntas respecto a la tarea asignada del video “Árbol de Chicoca”. Se realizarán las siguientes preguntas: ¿cuál fue la actitud del chimpancé (agresor)? y ¿cuál fue la reacción de la madre al enterarse lo que les sucedió a sus hijos?</li><li>2. Explicará el objetivo de la sesión y la forma en que se llevará a cabo.</li><li>3. Expondrá diferentes fotografías de noticias de situaciones de denuncia de violencia sexual para invitar al grupo a reflexionar sobre las posibles reacciones de los padres al enterarse del evento sexual que experimento el adolescente.</li><li>4. Explicará, con apoyo de la presentación en formato <i>PowerPoint</i> los siguientes temas:<ol style="list-style-type: none"><li>a) Estrategias de comunicación para dirigirse al adolescente después del evento. Ejemplificará frases para evitar</li></ol></li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Responderá las preguntas de la tarea solicitadas por la facilitadora.</li><li>2. Reflexionará sobre lo solicitado por la facilitadora.</li><li>3. Prestará atención y escuchará la explicación del tema.</li><li>4. Ofrecerá ejemplos de frases de apoyo para el adolescente. A la par responderá el ejercicio de la pág. 26 del manual.</li><li>5. Ofrecerá ejemplos de actividades de agrado del adolescente. De igual forma, responderá el ejercicio de la pág. 39 del manual.</li></ol>

---

- 
- transmitir culpa con base en la pág. 26 del manual para el cuidador. Se proyectará el video llamado "*No tengas miedo*" (ver anexo 7, 2:56).
- b) Derechos de atención médica, psicológica y de justicia después de la notificación del evento. Se proyectará el video "*Violencia sexual*" (anexo 7, 1:57). Se invitará a la reflexión sobre la importancia de la denuncia y de continuar con el proceso legal. Se proyectará un video llamado "*El abuso sexual infantil es un delito y no denunciarlo te hace cómplice. Llama al 9-1-1*" (ver anexo 7, 1:00).
- c) Prevención del suicidio. Explicará en qué consisten los ejercicios del manual de la pág. 35.
- d) Expresión de emociones. Solicitará ejemplos de actividades de agrado del adolescente. Se proyectará un video llamado "*Dime*" (ver anexo 7, 3:00). Se orientará para el llenado del registro la pág. 39 del manual.
- e) Orientación sobre la sexualidad.
5. 5. Proyectará un video de resumen de la sesión (ver anexo 7,3:00).
6. Realizará el ejercicio del manual que se ubica en la pág. 35.
7. Expresará preguntas odudas.
-

---

6. 6. Resolverá dudas.

7. 7. Asignará tarea.

---

---

### SESIÓN 3

---

**Tema de la sesión:** *¿Qué puedo hacer para enfrentar la situación con adolescentes que han vivido violencia sexual?*

**Duración:** 60 minutos.

---

**Materiales e instrumentos para la sesión:** Presentación en formato *PowerPoint* sobre las acciones de cuidado para los cuidadores de adolescentes que han vivido violencia sexual, computadora y manual para cuidadores de adolescentes que han vivido violencia sexual.

---

Objetivo de la sesión:	Técnicas y procedimientos	Actividades	
		Actividades Tallerista	Actividades Participante
Que los participantes identifiquen las acciones para cuidarse durante el acompañamiento con la víctima de violencia sexual.	Psicoeducación	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Solicitará que realicen un resumen de la sesión anterior.</li><li>2. Explicará con apoyo de la presentación en formato <i>PowerPoint</i> sobre las acciones y recomendaciones que debe realizar el cuidador durante el acompañamiento con el adolescente:<ol style="list-style-type: none"><li>a) Consecuencias emocionales del cuidador ante el evento de violencia sexual. Explicará en qué consisten los ejercicios del manual que se ubican en las páginas 44 y 45.</li><li>b) Estrategias de cuidado físico y emocional que se deben hacer durante la labor de</li></ol></li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Explicará el resumen de la sesión anterior.</li><li>2. Pondrá atención y escuchará la explicación del tema.</li><li>3. Realizará los ejercicios del manual que se ubican en las páginas 44 y 45.</li><li>4. Escuchará las instrucciones para realizar la dinámica “Después nada es igual”.</li><li>5. Expresará preguntas o dudas.</li></ol>

---

---

cuidado.

c) Estrategias de relajación: respiración diafragmática. Se proyectará un video sobre el correcto procedimiento. (ver anexo 7; 6:20).

3. Realizará la siguiente dinámica llamada “después nada es igual”. Indicará al participante que apriete fuertemente una hoja entre sus manos. Luego, le indica al grupo que trate de volver la hoja a su estado anterior, alisándola o “planchándola” con sus manos o como deseen. Se invita al grupo a reflexionar en torno a la imposibilidad de volver la hoja a su primer estado, y a las marcas y huellas que dejó el apretar el papel entre las manos (consecuencias para la víctima y cuidador).
  4. Proyectará video de resumen (ver anexo 7, 2:45).
  5. Resolverá preguntas o dudas.
-

---

## SESIÓN 4

---

**Tema de la sesión:** Recapitulación de los conocimientos expuestos en el taller.

**Duración:** 60 minutos.

---

**Materiales e instrumentos para la sesión:** Cuestionario de conocimientos de violencia sexual, presentación en formato *PowerPoint*, computadora, manual para cuidadores de adolescentes que han vivido violencia sexual y constancias.

---

Objetivo de la sesión:	Técnicas y procedimientos	Actividades	
		Actividades del Tallerista	Actividades del Participante
Que los participantes realicen un repaso de la información expuesta en las sesiones anteriores.	Psicoeducación	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Solicitará las preguntas o dudas que realizaron respecto al tema de la sesión previa.</li><li>2. Se presentará en la presentación con formato <i>PowerPoint</i> la historia llamada "Grito, pero no me escuchan". Responderán las siguientes preguntas: ¿Cuál fue la reacción de la madre ante la notificación del abuso sexual de la hija?; ¿qué hizo el agresor para mantener en silencio a la adolescente?; ¿cuáles fueron las consecuencias que vivió la adolescente al ser abusada sexualmente? y ¿qué acciones propondrías para apoyar en la recuperación de la adolescente</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Explicará las preguntas o dudas sobre el tema revisado anteriormente.</li><li>2. Responderá las preguntas de la historia llamada "Grito, pero no me escuchan".</li><li>3. Opinará sobre la aplicación de los temas tratados en el taller.</li><li>4. Contestará el cuestionario de conocimientos.</li><li>5. Proporcionará retroalimentación.</li><li>6. Expresará preguntas o dudas.</li></ol>

---

---

después de vivir este evento?

3. Realizar la conclusión de los contenidos temáticos del taller.
  4. Preguntará la opinión de los participantes sobre la aplicación de los temas tratados y desarrollados.
  5. Aplicará el cuestionario de conocimientos por medio de un *link* (ver anexo 5).
  6. Resolverá preguntas odudas
  7. Explicará y proporcionará instrucciones para el uso del directorio ubicado en la página 58 del manual.
  8. Solicitará retroalimentación sobre el taller.
-

## Anexo 2. Cuestionario de violencia sexual



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**  
**Residencia en Medicina Conductual**



Instrucciones: A continuación, se presenta una serie de preguntas relacionadas a la violencia sexual. Recuerde que las respuestas son confidenciales y anónimas por lo que agradecemos su sinceridad. No hay respuestas correctas o incorrectas, por el contrario, esto nos permitirá saber más de sus necesidades y así poder diseñar programas psicoeducativos a futuro.

Se agradece de antemano su participación.

1. ¿Qué es la violencia sexual?

2. ¿Cuáles son las formas de violencia sexual?

*A continuación, señala con una X si la frase es verdadera (V) o falsa (F):*

- |   |       |       |
|---|-------|-------|
| 3. Una agresión sexual sufrida en la adolescencia jamás podrá ser superada.                               | V ( ) | F ( ) |
| 4. Es mejor no denunciar, para salvaguardar la intimidad del adolescente.                                 | V ( ) | F ( ) |
| 5. Los agresores son siempre personas desconocidos.   | V ( ) | F ( ) |
| 6. El agresor es la persona responsable del acto de violencia sexual.                                     | V ( ) | F ( ) |
| 7. Solo es violencia sexual si hay penetración (por medio de un objeto o con el pene).                    | V ( ) | F ( ) |
| 8. La violencia física es la única forma para someter a la víctima.                                       | V ( ) | F ( ) |
| 9. Las víctimas inventan el evento de violencia sexual para llamar la atención o conseguir algo a cambio. | V ( ) | F ( ) |

10 La mayor parte de las víctimas de violencia sexual son                    V( )        F ( )  
mujeres.

11. ¿Por qué el cuidador/ra debe denunciar el acto de violencia sexual que ha vivido el adolescente?

---

*A continuación, subraya una opción que corresponda a la pregunta.*

12 ¿Qué es revictimización?

- a) Es la omisión de los derechos al recibir atención médica por ser víctima de agresión sexual.
- b) Es la opinión y la forma de pensar de la sociedad acerca de las víctimas de violencia sexual.
- c) Es la violencia física y psicológica que sufre el adolescente durante la agresión sexual.
- d) Es la repetición de violencia por parte de una institución o persona contra quien ha sido previamente víctima de alguna agresión sexual, generando una experiencia de indefensión.

13. ¿Qué derechos se deben garantizar en las personas que han sufrido violencia sexual?

- a) Médica, jurídica y psicológica.
- b) Respetuosa, digna y amable.
- c) Revisión ginecológica, prueba VIH y pruebas de laboratorio.
- d) Denuncia, justicia y legal.

14. En la atención médica ¿Qué acciones debe asegurar el/la cuidador/ra para el menor después de haber sido agredida sexualmente?

- a) Pruebas de laboratorio, prueba VIH y revisión ginecológica.
- b) Brindar servicios de profilaxis, anticoncepción de emergencia y si es necesario la interrupción del embarazo.
- c) Revisión ginecológica y un reporte de los resultados.
- d) Estudios para descartar una infección de transmisión sexual y formato de denuncia de la agresión sexual.

15. ¿Qué acciones debe llevar a cabo el/la cuidador/ra después de la notificación del evento sexual?
- a) Escucharlo y tomar una postura de indiferencia.
  - b) Escucharlo, creerle y alentar al adolescente a guardarlo en secreto.
  - c) Culparlo por provocar la agresión.
  - d) Mantener la calma, escucharlo, creerle y apoyarlo.
16. Señala las frases que expresan apoyo después de la notificación del evento sexual del adolescente.
- a) “Échale ganas”, “tienes que ser fuerte” y “el tiempo lo cura todo”.
  - b) “Qué dirá la gente ahora”, “nadie se debe enterar” y “eres la vergüenza de la familia”.
  - c) “No fue tu culpa”, “estaré a tu lado” y “te creo”
  - d) “Tú lo provocaste”, “hay algo raro en tu historia” y “no creo que esta persona te hizo esto”.
17. ¿Qué acciones debe realizar el/la cuidador/ra para prevenir suicidio en un adolescente que sufrió un evento de violencia sexual?
- a) Evitar que el adolescente frecuente amigos y familiares que le puedan preguntar sobre el suceso y evitar que recuerde lo que le sucedió
  - b) Vigilar al adolescente todo el tiempo y tratarlo de una manera especial por el evento que vivió.
  - c) Evitar que el adolescente se aislé, mantenerse atento a sus comportamientos y palabras y garantizar un entorno seguro que no le provoque daños físicos.
  - d) Hacer ejercicio, mantener una dieta equilibrada y mantenerse acompañado y en constante monitoreo de atención médica.
18. ¿Es posible que los cuidadores puedan tener consecuencias emocionales ante la agresión sexual que vivió el adolescente?
- a) La víctima que fue atacada sexualmente es el adolescente, al cuidador/ra no le afecta porque no vivió un daño directo hacia su persona.
  - b) El cuidador/ra debe sentirse enojado consigo mismo por ser un mal padre/madre porque no protegió a la víctima.

- c) El cuidador/ra suele sentir mucha empatía por el adolescente porque fue atacado sexualmente, se enfrentará a un evento traumático toda la vida.
  - d) El cuidador/res siente coraje, impotencia, tristeza y frustración que al no manejarlo adecuadamente puede obstaculizar el proceso de recuperación de la víctima.
19. Menciona aquellas acciones de cuidado físico y emocional debe realizar el/la cuidador/ra para apoyar en el proceso de recuperación del adolescente que vivió violencia sexual:
- a) Cuidado personal (limpieza e higiene) y evitar pensar demasiado en lo sucedido.
  - b) Cumplir con las necesidades básicas (comer, hidratarse, dormir y descansar) y buscar apoyo en familia y amigos.
  - c) Asistir con el médico de manera regular y hacer actividades agradables con el adolescente.
  - d) Evitar hábitos nocivos para la salud (fumar y beber) y mantener la mente ocupada.
20. Menciona dos acciones que contribuyen al proceso de recuperación del adolescente que vivió violencia sexual:
- a) Evitar hablar del tema y aislarlo de sus amistades.
  - b) Paralizar las actividades diarias y evitar que salga a la calle solo(a).
  - c) Retomar su rutina de actividades sin presión y buscar ayuda psicológica especializada.
  - d) Culpabilizar al adolescente y tomar una postura de indiferencia.

### Anexo 3. Formato de consentimiento informado

Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón”.



Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Residencia en Medicina Conductual

Consentimiento informado.



Atizapán de Zaragoza, Estado de México a \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, yo \_\_\_\_\_ acepto participar voluntariamente en el proyecto de investigación que lleva por nombre “Programa psicoeducativo para cuidadores/as de adolescentes que han vivido violencia sexual”; realizado por la alumna de segundo año de la Residencia en Medicina Conductual de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala-UNAM y Lic. en Psic. Yunery Marlen Bautista Gómez, con número de Cédula Profesional 9631015.

También se me informó que los datos que se obtengan de mi participación serán utilizados con fines exclusivos de investigación, respetando siempre la confidencialidad y anonimato de mi identidad. Además, si acepto a participar tengo absoluta libertad para dejar el estudio en cualquier momento, sin que eso signifique consecuencia de ninguna índole como usuario de los servicios del hospital.

Se me ha informado que los beneficios del programa consisten en proporcionar información y recomendaciones para poner en marcha como cuidador y durante el proceso de acompañamiento del adolescente que ha vivido violencia sexual. Para ello, se me pedirá que llene dos cuestionarios de evaluación en dos momentos diferentes del programa de intervención. Además de recibir información que se llevará a cabo en cuatro sesiones semanales con una duración aproximada de 90 minutos cada una, a fin de realizar las tareas y actividades que correspondan.

Asimismo, comprendo que mi participación es voluntaria, gratuita, confidencial y que los resultados no afectarán ni ahora, ni en un futuro, algún tipo de atención en el Hospital General de Atizapán.

Con mi firma declaro que otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, comprometiéndome a contestar las preguntas de los cuestionarios y asistir a las cuatro sesiones del taller.

**Atentamente**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Participante**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Investigador Profesional**

Si desea información adicional con respecto al estudio, antes o después de participar, por favor siéntase en absoluta libertad de contactar, a la Lic. Yunery Marlen Bautista Gómez o Psic. Sandra Flores, responsables de la investigación, en el Consultorio 12 ubicado en consulta externa del servicio de ginecología en el Hospital general de Atizapán.

#### Anexo 4. Instrumento de datos sociodemográficos



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Residencia en Medicina Conductual



#### Aviso de Privacidad

Recabamos sus datos personales sensibles para los efectos mencionados en el presente aviso de privacidad. En este sentido, hacemos de su conocimiento que sus datos personales serán tratados y resguardados con base en los principios de licitud, calidad, consentimiento, información, finalidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad, consagrados en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

#### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A continuación, se presentan algunas preguntas. Por favor, especifique su respuesta en concordancia con la situación actual. Se le informa que las respuestas son confidenciales y anónimas.

Se agradece de antemano su participación.

#### Datos del cuidador:

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Sexo (H / M)      Fecha de nacimiento      Edad (años  
(dd/mm/aaaa):      \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      cumplidos): \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_      Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_      Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

#### Datos de la víctima:

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Sexo (H / M)      Fecha de nacimiento      Edad (años  
(dd/mm/aaaa):      \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      cumplidos): \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_      Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna discapacidad evidente? (no/sí) Especifique:

### Datos sobre el suceso:

*En caso de que se presuma que la persona sea víctima de violencia, indique:*

Tipo de agresión de la que se presume ha sido víctima la persona menor de edad:

Física  Psicológica  Sexual  Todas las anteriores

Identifique la clase de violencia sexual perpetrada:

Miradas lascivas  Palabras insinuanes  Tocamientos  Llamadas corporales  Acercamientos

Mensajes escritos o imágenes enviadas por medios físicos o tecnológicos  Otros  (especifique): \_\_\_\_\_

Modalidad de la violencia: Violación ( ) Abuso sexual ( ) Estupro ( ) Hostigamiento/acoso sexual ( )

### Características de la situación de violencia:

¿Con qué frecuencia ha ocurrido? Una vez  Más de una vez  (especifique): \_\_\_\_\_

Fecha de agresión (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

Hora de la agresión: \_\_\_\_\_

Duración de la agresión: \_\_\_\_\_

Lugar y descripción de la agresión: \_\_\_\_\_

¿Hubo uso de fuerza?:

Sí hubo uso de fuerza (amenazas de daño físico, uso de la fuerza física, daño físico real).

No hubo uso de fuerza (colaboración mutua, seducción, soborno, otras formas de inducción).

¿Ocurrió penetración vaginal, anal u oral de pene o de alguna otra parte del cuerpo o de objeto o instrumento? (sí/no, especifique):

---

¿La víctima estuvo privada de razón o de sentido durante los hechos? (sí/no)

¿Se conoce si el agresor logró eyacular, y si quedó semen en algún lugar del área donde eyaculó? (no/sí) Especifique:

---

¿Se conoce si el agresor uso preservativo?

(sí/no)

¿Sospecha un embarazo producto de la agresión sexual? (si/no)

¿Utilizo la amenaza para la revelación del hecho a terceros? (sí/no, especifique):

---

#### Datos del agresor:

¿Qué relación tenía el agresor con la víctima?:	Padre ( )	Padraastro ( )	Tío ( )	Hermano ( )	Abuelo ( )
	Vecino ( )	Novio o exnovio ( )	Compañero de trabajo o escuela ( )	Otro: _____	

¿El agresor/a vive con la víctima?      Sí  No

¿Más de una persona efectuó la penetración o agresión sexual? (no/sí) Especifique: \_\_\_\_\_

¿Estaba bajo el efecto algún tipo de droga o alcohol cuándo realizó la agresión sexual?

Si ( )

Describe: \_\_\_\_\_ No ( )

¿Utilizó algún tipo de arma?

Si ( ) Describe: \_\_\_\_\_ No ( )

¿El agresor tiene antecedentes penales o ha estado en la cárcel?

Si ( ) Describe: \_\_\_\_\_ No ( )

¿El agresor participa en actividades delictivas?

Si ( ) Describa: \_\_\_\_\_ No ( )

¿Evalúa el agresor con alta peligrosidad?

Si ( ) Describa: \_\_\_\_\_ No ( )

### Eventos posteriores a la situación de violencia:

Fecha divulgación

(dd/mm/aaaa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

¿Cuál fue la reacción de la familia ante la revelación de la agresión sexual?:

¿Cómo repercutió en la víctima lo sucedido?:

¿Cuál fue la respuesta del agresor tras el evento de violencia sexual?:

¿Cuál fue la respuesta del agresor ante la divulgación del evento de violencia sexual?:

¿Recibió atención

médica después de Si ( ) No ( )

la agresión sexual?

Porqué:

Después de

( )

( )

( ) Prueba de VIH

( )

la agresión sexual

Examen médico

Tratamiento y prevención del

Evaluación psicológica

¿Cuál de

las

siguientes

atenciones

recibió?

embarazo y las enfermedades de transmisión sexual

¿Resultó un

embarazo

producto de la

Si ( )

No ( )

Especifique la situación:

agresión

sexual?

Si ( )

No ( )

¿Por qué?

---

¿Realizó la denuncia al Ministerio Público después de la agresión?

---

¿Cómo fue la atención hacía la víctima por parte del Ministerio Público?

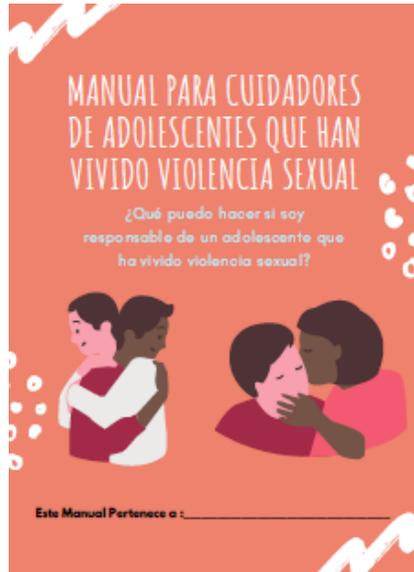
Buena  
( )

Mala  
( )

¿Por qué? \_\_\_\_\_

---

**Anexo 5.** Material Psicoeducativo (Manual para cuidadores)



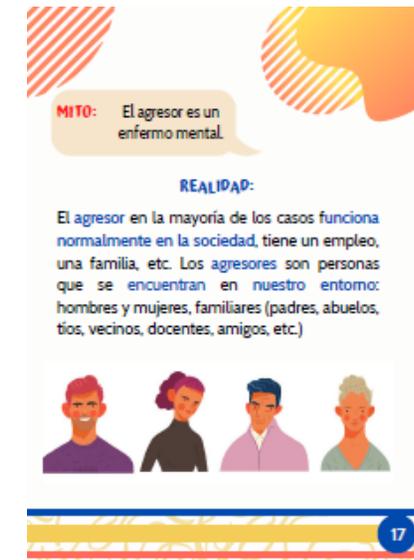
### ÍNDICE

**PARTE 1**  
**¿Qué es la Violencia sexual en la adolescencia?**  
 Violencia sexual..... 2  
 Estadísticas de violencia sexual..... 3  
 Tres datos de violencia sexual..... 5  
 Mitos y realidades sobre violencia sexual en adolescentes..... 7

**PARTE 2**  
**¿Qué hacer con adolescentes que han vivido violencia sexual?**  
 Señales para detectar el bienestar del menor que vivió violencia sexual..... 22

**PARTE 3**  
**¿Qué puedo hacer para enfrentar la situación con adolescentes que han vivido violencia sexual?**  
 Estrategias para el cuidador del adolescente que ha vivido violencia sexual..... 45

**CIERRE**  
 Conclusión..... 55  
 Notas..... 56  
 Directorio de Instituciones de atención a violencia..... 58  
 Referencias..... 61



¿Qué hacer con adolescentes que han vivido violencia sexual?

**SUGERENCIAS PARA PROPICIAR EL BIENESTAR DEL MENOR QUE VIVIÓ VIOLENCIA SEXUAL**

¿Qué hago?

¿Cómo reacciono si soy cuidador del adolescente que vivió violencia sexual?

¿Cómo puedo ayudar al adolescente que vivió violencia sexual?



22

**1.- Creer, apoyar, aceptar sus emociones o sentimientos.**

Pon atención a lo que dice y cómo lo dice.

**2.- Hazle sentir seguridad y confianza**

Exprésale tu cariño, amor y comprensión.

Algo indispensable es el evitar dudar, o cuestionar lo que está contando, así como no regañar ni castigar ante lo que diga respecto a la agresión que vivió.




23

**PALABRAS QUE TU HIJO NECESITA ESCUCHAR**

"No fue tu culpa."

"Te creo."

"Si yo hubiera vivido lo que tú viviste, yo también estaría sintiéndome \_\_\_\_\_."

"Me parece que es muy valiente que decides hablar y romper el silencio."

"Me siento \_\_\_\_\_, que esto lo haya pasado, no es tu culpa, saldremos adelante."

"Estoy muy orgullosa(o) de que estés intentando seguir adelante."

"Me siento \_\_\_\_\_ al tener un/a hijo/a como tú."

"Estaré a tu lado."

"Te quiero."

\*En la línea escribe la emoción que sientas de acuerdo a la frase.




26

**8.- Respeta sus límites personales**

Respeta su espacio físico. Si es necesario, **solicítale permiso** para acercarte, abrazarlo, hablar, etc.

**9.- Dale trato normal**

Intenta no tratarle de forma muy especial (ej. sobreproteger y darle regalos). Pero tampoco actúes como si nada hubiera pasado. Ayúdale a que retome sus actividades cotidianas.

**RECUERDA**  
Es necesario que logre recuperar ese sentimiento de dominio y control.




30

**IMPORTANTE**

Ten presente que como cuidador debes informar al adolescente sobre sus derechos sexuales y reproductivos.

**Derechos sexuales y reproductivos**

**Tengo derecho a:**

- Decidir cuándo tener relaciones
- Decidir mi vida sexual
- Conocer y respetar mi cuerpo
- Saber sobre infecciones de transmisión sexual
- Recibir voluntaria y libremente información sobre la sexualidad
- Decir no
- Saber sobre métodos de prevención de embarazo
- Eligir mi método de planificación
- Tener una vida sana y segura
- Recibir los servicios de salud que necesito




33

**RECUERDA**

**C**reer. No dudar o juzgar lo que te ha confiado la persona en situación de violencia.

**A**poyar. Comprende lo que ha sucedido y evita culpar al adolescente.

**P**roteger. Asegúrate que estarás a su lado para apoyarlo y prevenir otra situación de violencia.

**I**nformarte legalmente para denunciar al agresor y proteger al adolescente.

44

Anexo 6. Infografía de reglas de convivencia para el taller

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**REGLAS DE CONVIVENCIA**



**INGRESA A LA SESIÓN CON TU CÁMARA Y MICRÓFONO APAGADOS**

Procura sólo encenderlo cuando sea necesario participar.



**MANTÉN EL RESPETO**

Te solicitamos que al entrar en la sesión mantengas un vocabulario respetuoso, escuchando al ponente y a tus compañeros.



**TEN A LA MANO CUADERNO Y PLUMA**

A lo largo de las sesiones se realizarán algunas dinámicas y necesitarás escribir.



**CONÉCTATE PUNTUALMENTE**

Procura estar preparado(a) cinco minutos antes de la sesión. Asegúrate de conectarte a una red segura (utiliza un cable de conexión en lugar de Wi-Fi).

**PARTICIPACIÓN**

1. Enciende tu micrófono, di tu nombre y participación; por ejemplo: "Soy Rosa y tengo una duda o comentario".

Si participas procura que tu comentario sea breve, recuerda que tenemos un tiempo limitado.



**SIGUE LAS INSTRUCCIONES TODO EL TIEMPO**

Señaladas por parte del ponente, esto ayudará a aprovechar al máximo la sesión.



ELABORADO: PSIC. YUNERY MARLEN BAUTISTA GÓMEZ



Universidad Nacional Autónoma de México  
**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**  
**Residencia en Medicina Conductual**



**TALLER DE  
ESTRATEGIAS PARA  
CUIDADORES/AS DE  
ADOLESCENTES QUE  
HAN VIVIDO VIOLENCIA  
SEXUAL**

15, 22, 29 Mayo  
y 5 de Junio

10:00 a.m.  
**Sin costo**

*Apoyo a padres,  
cuidadores y otras  
personas de apoyo*

- ¿Cómo reacciono si me entero que mi hijo sufrió violencia sexual?
- ¿Qué puedo hacer ahora para ayudar a mi hijo?

**Ponente: Psic. Marlen  
Bautista Gómez**

**VIA ZOOM**



Inscripción previa  
Informes: [psic.marlen.unam@gmail.com](mailto:psic.marlen.unam@gmail.com)



## Anexo 8. Manual para descarga, instalación y uso de zoom

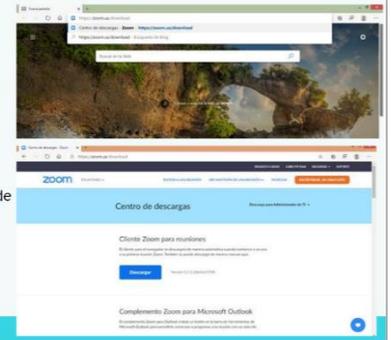


### Paso 1

Descarga la plataforma.

En tu buscador coloca el siguiente texto:  
<https://zoom.us/download>

Este enlace te dirigirá a la página de la plataforma Zoom para descargarlo.

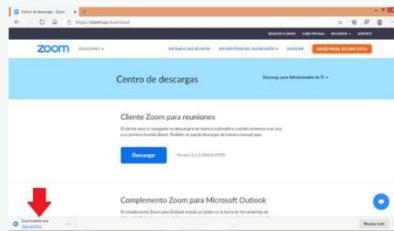


### Paso 2

Sigue las indicaciones de descarga.

En tu computadora, presiona el botón azul que dice **DESCARGAR**

Una vez que se descargó, aparecerá un pequeño recuadro en la parte inferior izquierda, como indica la **flecha roja**.

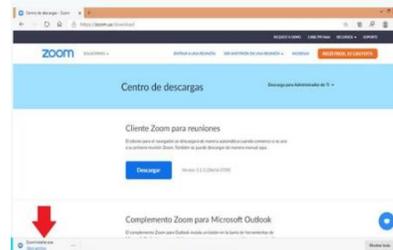


### Paso 3

Continúa con la descarga

Presiona ese pequeño recuadro y la instalación comenzará en automático.

Espera unos minutos...



## ¿Cómo unirse a una reunión en Zoom para sesiones del taller?



## Para Apagar/prender el micrófono y cámara:

- Al inicio del taller, revise que en la esquina inferior derecha de su pantalla los íconos se encuentren de la siguiente manera:



- Cuando requiera participar, sólo de click al icono del micrófono para activarlo. Para concluir su participación haga click nuevamente para desactivar.



**Anexo 9.** Lista de chequeo para evaluar videos de resumen del taller



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**



**Video 1:**

**Nombre de evaluado (a):**

**Grado:**

**Institución de adscripción:**

**Instrucciones: marca con una X los criterios que corresponden de los elementos enlistados del material audiovisual. Qué evalúen del 0 al 10 en donde 0 es completamente en desacuerdo y 10 completamente de acuerdo**

<b>Aspectos a evaluar</b>	<b>si</b>	<b>no</b>
1. El título es claro.		
2. Las imágenes se visualizan claramente (sin distorsiones o deformaciones).		
3. El nombre de la entidad académica se expone en la presentación.		
4. El nombre de los profesores y alumnos participantes se exponen en los créditos.		
5. Contiene introducción clara y concisa.		
6. Respeta las reglas de ortografía y gramática.		
7. Las imágenes y/o videos incluidos en el curso son relevantes al tema tratado.		
8. La información que se presenta en pantalla armoniza texto, imágenes, tipografías, colores, diseño homogéneo, elementos multimedia, información sonora, visual y/o en movimiento.		
9. Tiene una entrada atractiva, para interesar a la audiencia.		
10. El locutor tiene buena dicción.		
11. El locutor hace una lectura fluida.		
12. El locutor o actor hacen los matices gramaticales necesarios que exige el guión.		
13. La música de fondo refuerza o enfatiza el tema.		
14. El uso de efectos especiales video, son pertinentes.		
15. El uso de efectos especiales de audio es pertinente.		
16. El audio y el video mantienen sincronía.		
17. Calidad visual (color) es adecuada.		
18. Hay un buen cierre del programa (se remata con una frase ligada al objetivo).		
19. Ofrece información completa sobre los objetivos a lograr.		
20. El video apoya en la comprensión del tema.		

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

### Anexo 10. Links de los videos utilizados en el taller

Nombre del video	Descripción	Duración	Link a la fuente
Sesión 1			
1 cada 3	Informar sobre los datos de las estadísticas de violencia sexual.	0:30	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=C7i9tqdVUD8&amp;t=30s&amp;ab_channel=UNWomen">https://www.youtube.com/watch?v=C7i9tqdVUD8&amp;t=30s&amp;ab_channel=UNWomen</a>
No es No. Violencia sexual. María	Informar la manera como las víctimas percibe el evento de Violencia sexual.	1:23	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=eglNpVldX2M&amp;ab_channel=FundacionAspacia">https://www.youtube.com/watch?v=eglNpVldX2M&amp;ab_channel=FundacionAspacia</a>
Lágrimas de ángel	Concientizar a los padres acerca de las tácticas que utiliza el agresor para acercarse a la víctima o mantener el silencio.	2:54	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=DW18yIM1eak&amp;ab_channel=InstitutoParaelDesarrolloHumano-Bolivia">https://www.youtube.com/watch?v=DW18yIM1eak&amp;ab_channel=InstitutoParaelDesarrolloHumano-Bolivia</a>
La Línea. #DibujaLaLinea contra la Violencia Sexual.	Describir brevemente los mitos acerca de la violencia sexual.	3:56	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=2rEcPYu0Bj8&amp;ab_channel=FundacionAspacia">https://www.youtube.com/watch?v=2rEcPYu0Bj8&amp;ab_channel=FundacionAspacia</a>

Video de resumen violencia sexual 1	Realizar un resumen sobre la sesión 1.	3:03	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=q6aPVoSx3Tg&amp;ab_channel=MarlenBautista">https://www.youtube.com/watch?v=q6aPVoSx3Tg&amp;ab_channel=MarlenBautista</a>
“Árbol de chicoca”	Narración de un caso de abuso sexual.	28:22	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=ql-QsdqDoEQ&amp;ab_channel=OliviaGuerrero-Figueroa">https://www.youtube.com/watch?v=ql-QsdqDoEQ&amp;ab_channel=OliviaGuerrero-Figueroa</a>
<b>Sesión 2</b>			
“No tengas miedo”	Observar la reacción de la madre después de que la hija le confiesa la agresión sexual.	2:56	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=QD7tp9d6QaY&amp;ab_channel=Grupo5AyGsocial">https://www.youtube.com/watch?v=QD7tp9d6QaY&amp;ab_channel=Grupo5AyGsocial</a>
El abuso sexual infantil es un delito y no denunciarlo te hace cómplice. Llama al 9-1-1	Reflexionar sobre la importancia de denunciar la agresión sexual	1:00	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=XMufI03Hk4M&amp;ab_channel=CONAPO_mx">https://www.youtube.com/watch?v=XMufI03Hk4M&amp;ab_channel=CONAPO_mx</a>
Violencia sexual	Informar el derecho atención médica e interrupción del embarazo después de una agresión sexual.	1:57	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=zIU9Uzs8sDg&amp;ab_channel=SaludDGPS">https://www.youtube.com/watch?v=zIU9Uzs8sDg&amp;ab_channel=SaludDGPS</a>
“Dime”	Informar sobre las señales de	3:00	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=yPO0PaoCqb0&amp;ab_channel=SamuelMir%C3%B3">https://www.youtube.com/watch?v=yPO0PaoCqb0&amp;ab_channel=SamuelMir%C3%B3</a>

	suicidio después de una agresión sexual.		
Video de resumen de violencia sexual 2	Realizar un resumen sobre la sesión 2.	3:03	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=2dd_CLIXRF0&amp;ab_channel=MarlenBautista">https://www.youtube.com/watch?v=2dd_CLIXRF0&amp;ab_channel=MarlenBautista</a>
Sesión 3			
Relajación	Procedimiento para realizar la respiración diafragmática	6:20	<a href="https://drive.google.com/file/d/1jJl-A0WPbjkUNSptk4w5F4ppNp4vL_8L/view">https://drive.google.com/file/d/1jJl-A0WPbjkUNSptk4w5F4ppNp4vL_8L/view</a>
Video de resumen de violencia sexual 3	Realizar un resumen sobre la sesión 3.	2:49	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=PeV-IGH7YGs&amp;ab_channel=MarlenBautista">https://www.youtube.com/watch?v=PeV-IGH7YGs&amp;ab_channel=MarlenBautista</a>

## Anexo 11. Presentación con formato PPT



Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala  
Residencia en Medicina Conductual



### TALLER PARA CUIDADORES DE ADOLESCENTES QUE HAN VIVIDO VIOLENCIA SEXUAL

Presenta: Lic. en Psic. Yunery Marlen Bautista Gómez

## ACUERDOS



- Puntualidad
- Compromiso
- Participación
- Respeto



## SESION 1

15 de Mayo de 2021



**TAMBIÉN ES VIOLENCIA SEXUAL**  
Persona que no otorga libremente su consentimiento (imposibilitado).

**COACCIÓN**  
Un agresor fuerza u obliga un individuo a participar en actos sexuales con un tercero.



## Violencia sexual

¿QUÉ ES?

- Violación a los derechos humanos.
- Problema de discriminación y salud.
- Es una urgencia médica.



## DATOS DE VIOLENCIA SEXUAL

REPORT ABUSE

La Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV) en el año 2016 encontró en México:

- Se cometen 600 mil delitos sexuales cada año.
- 4 de cada 10 menores de 15 años vivieron violencia sexual.



TIPOS DE... **VIOLENCIA SEXUAL**

<p><b>Abuso sexual</b></p> <p><b>Agresor</b> Utiliza a la víctima para estimulación sexual o para la gratificación del observador. Con contacto (ej. actos sexuales). Sin contacto (Ej. exposición a imágenes de actos sexuales).</p> <p><b>Víctima</b> Consentimiento no existe. No está en condiciones de entender la inadecuado de la acción. Agresor mayor a la víctima.</p>	<p><b>Violación</b></p> <p><b>Agresor</b> Comportamientos que ocasionen penetración (anal o vaginal); Órgano sexual, objeto u otra parte del cuerpo.</p> <p><b>Víctima</b> Invasión del cuerpo: Amenaza Fuerza Intimidación Coacción</p>
--	--

**CONSECUENCIAS**

- Reacciones emocionales culpa, vergüenza, miedo, conmoción y sentimientos de aislamiento.
- Psicológicas: estrés postraumático, trastornos alimentarios, ansiedad y depresión.
- Físicas: lesiones físicas, embarazos, enfermedades de transmisión sexual.

**MITOS DE VIOLENCIA SEXUAL**

**Acto sexual**

**MITOS DE VIOLENCIA SEXUAL**

**Agresor**

**MITOS DE VIOLENCIA SEXUAL**

**Víctima**

**LA VIOLENCIA SEXUAL NO ES NORMAL**

## SESION 2

22 de Mayo de 2021



### MANTÉN LA CALMA

Evita expresar una reacción emocional intensa  
Evita juicio de valor en la narración.

### HAZLE SENTIR

#### SEGURIDAD Y CONFIANZA

Exprésale tu cariño,  
amor y comprensión.

### ESCUCHA Y SÉ

#### EMPÁTICO

Respetar sus tiempos  
Evita interrogar continuamente.

Activar Windows  
Ve a configuración para activar Windows.

## Atención



### INSTITUCIONES HOSPITALARIAS

Dar atención de emergencia de manera inmediata.

### SERVICIOS EN...

Brindar servicios de profilaxis  
Anticoncepción de emergencia  
Interrupción legal del embarazo en los casos permitidos por la ley.

Activar Windows  
Ve a configuración para activar Windows.

## SESION 3

29 de Mayo de 2021



miedo



vergüenza



frustración



coraje



tristeza

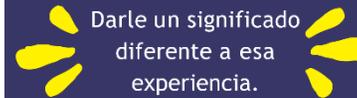
**ALERT**

**¡Alerta!**



*Comprende el proceso de recuperación de la persona que vivió violencia sexual.*

Darle un significado diferente a esa experiencia.



Experiencias y aprendizajes

*Superar consecuencias negativas*



Activar Windows  
Ve a configuración para activar Windows.

**Anexo 12.** Guía para pacientes con DM y ERC.

**Viviendo con Diabetes Mellitus:  
pautas y sugerencias para  
controlar mi estrés**



Lic. en Psic. Pamela Rodríguez Palacios  
Lic. en Psic. María Fernanda Abaroa Ramírez  
Mtro. Leonardo Reynoso Erazo  
Mtro. Isaiás Vicente Lugo González

**Viviendo con Enfermedad  
Renal Crónica: pautas y  
sugerencias para manejar  
mi estrés.**



**Medicina Conductual - Atizapán**