



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia
Licenciatura de Psicología

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica

Abuso Sexual Infantil: Programa de Prevención e
intervención

Reporte de Investigación Teórica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Javier Enrique Rosas Aparicio

Director: Dr. Cruz Edgardo Becerra González

Dictaminador: Lic. Elizabeth Montecillos

Lic. Judith Rivera

Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 25 de noviembre 2019





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.

Hoja de identificación

Responsable del proyecto: Javier Enrique Rosas Aparicio

Institución a la que representa: Universidad Nacional Autónoma de México.
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Título del proyecto: “Abuso sexual infantil: Programa de prevención e intervención.

Revisor: Dr. Cruz Edgardo Becerra González

Información de la institución donde realizará el proyecto:

Nombre de la institución: Centro Estatal de Salud Mental del Estado de Querétaro (CESAM).

Dirección: Av. 5 de febrero, # 105. Colonia Virreyes. Querétaro. 76170

Responsable: Dra. Marbella Espino Cortez

Datos de contacto: Teléfono: (442) 215-5433 / e-mail: MARBELLAEC@seseqro.gob.mx

Partes interesadas en el proyecto:

- ✚ Dra. Marbella Espino, Directora de la institución.
- ✚ Médicos Psiquiatras, psicólogos, trabajadoras sociales, enfermeras.
- ✚ Padres de familia, pacientes del servicio de niños y adolescentes del CESAM.
- ✚ Población infantil y familias víctimas de abuso sexual infantil.
- ✚ Comunidad de los Estados de Querétaro, Hidalgo, Guanajuato y Estado de México.

Audiencias:

- ✚ Dra. Marbella Espino, Directora de la institución.
- ✚ Médicos Psiquiatras, psicólogos, trabajadoras sociales, enfermeras. Padres de familia, pacientes del servicio de niños y adolescentes del CESAM.
- ✚ Población infantil y familias víctimas de abuso sexual infantil.
- ✚ Tutor del módulo: Dr. Cruz Edgardo Becerra González.

DEDICATORIA

A las familias que caminan por la vereda del Abuso Sexual Infantil

AGRADECIMIENTO

A Dios por entregarme el don de ayudar y curar
A mi papá y a mi mamá por imprimirme en el corazón el amor por la familia y los niños
A mi esposo por acompañarme incondicionalmente en este camino
A los valientes quienes día a día han trabajado y trabajan por que la voz de las niñas,
niños y adolescentes sea escuchada

ÍNDICE

<i>Hoja de identificación</i>	2
INTRODUCCIÓN	7
1. ABUSO SEXUAL INFANTIL	9
1.1 ABUSO SEXUAL INFANTIL-DEFINICIÓN.....	9
1.2 IMPACTO Y SINTOMATOLOGÍA DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL.....	13
1.3 FACTORES DE RIESGO DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL	16
1.4 ¿PORQUÉ OCULTAN LO QUE PASÓ?	20
1.5 VALORACIÓN PSICOPATOLÓGICA:	21
2. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN	25
3. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN	27
4. PRINCIPIOS ÉTICOS	32
5. CONCLUSIONES	33
5.1 Conclusiones:.....	33
5.2 Recomendaciones:	35
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	36

Resumen

El abuso sexual infantil (ASI) es un problema de salud pública, de los derechos humanos y de origen multifactorial. El impacto del ASI es devastador. El diagnóstico debe realizarse lo más pronto posible al ser develado. Siempre la sombrilla en este punto es preservar los derechos humanos y eliminar la posibilidad de un nuevo abuso. Posterior a esta revisión teórica se concluye que es prioritario el desarrollar e implementar en el Centro Estatal de Salud Mental de Querétaro un programa de atención del ASI, que incluya: 1) prevención: enfocado a eliminar los mitos, conocer la clínica del ASI y desarrollar habilidades de prevención. 2) diagnóstico precoz: responder asertivamente ante el ASI lo más pronto posible. 3) A nivel terapéutico: desarrollar un programa de intervención basado en la terapia dialéctica conductual adaptada a niños, niñas y adolescentes, el cuál se implementaría a todo paciente con diagnóstico de Abuso Sexual Infantil. Este programa inicial debe incluir a los pacientes, familiares, adultos cercanos y responsables del cuidado de los menores y a todos los profesionales del CESAM.

Palabras clave: Abuso sexual infantil, factor de riesgo, diagnóstico precoz, intervención.

Abstract

Child sexual abuse (ASI) is a public health, human rights and multifactorial problem. The impact of ASI is devastating. The diagnosis should be made as soon as possible when unveiled. Always the umbrella at this point is to preserve human rights and eliminate the possibility of new abuse. After this theoretical review, it is concluded that it is a priority to develop and implement in the State Center of Mental Health of Querétaro an ASI care program, which includes: 1) prevention: focused on eliminating myths, knowing the ASI clinic and developing prevention skills 2) Early diagnosis: respond assertively to the ASI as soon as possible. 3) At the therapeutic level: develop an intervention program based on dialectical behavioral therapy adapted to children and adolescents, which would be implemented for all patients diagnosed with Child Sexual Abuse. This initial program must include patients, family members, close adults and those responsible for the care of minors and all CESAM professionals.

Keywords: Child sexual abuse, risk factor, early diagnosis, intervention.

INTRODUCCIÓN

El Acta para la Prevención y el Tratamiento del Maltrato Infantil (U. S. Department of Health and Human Services, 2010), en ella se considera abuso sexual infantil (ASI) de una forma integral, logrando abarcar todo lo que puede conllevar, definen abuso sexual cómo:

- a. la utilización, la persuasión, la inducción, la seducción o la coerción de un niño o niña para realizar [o participar de] —incluida la ayuda a otra persona para el mismo fin— cualquier tipo de conducta sexual explícita, o la simulación de dicha conducta con el fin de producir una representación visual de esta, o
- b. la violación, el tocamiento, la prostitución o cualquier otra forma de explotación sexual de un niño o niña, o el incesto.

El ASI, es un problema de salud pública y derechos humanos (OMS, 2019). El objetivo General de esta investigación es realizar una revisión teórica para diseñar un programa de prevención, diagnóstico e intervención del ASI en el estado de Querétaro. Recordando que México es el país con mayor índice de ASI y Querétaro ocupa el 2do lugar de todos los estados de la nación (OCDE,2019).

El primer capítulo desarrollamos la definición del ASI, su prevalencia a nivel mundial, nacional y estatal. Luego expondremos el impacto y la sintomatología de las víctimas de ASI, siendo específicos en lo que los investigadores han encontrado a nivel emocional, físico, conductual y social. Así mismo, ahondaremos los factores de riesgo y el ¿porqué los pacientes ocultan el ASI?, exploraremos las razones de, a pesar de ser un hecho tan traumático, mantienen el silencio. Al final de este capítulo podremos descubrir el abordaje psicopatológico de los expertos.

El segundo capítulo nos facilita entender las propuestas de diferentes programas de prevención que se enfocan en interrumpir la posible existencia del ASI.

El tercer capítulo nos lleva poco a poco a través de algunas propuestas de intervención que facilitará el psicodiagnóstico y la intervención terapéutica de acuerdo con el momento en el cual se descubre el hecho.

Nuestros objetivos específicos al final son

1. Mostrar la realidad del Abuso Sexual Infantil
2. Fundar los antecedentes para la creación de un programa de prevención para la población del estado de Querétaro.

3. Fomentar el establecimiento de un protocolo para el diagnóstico de abuso sexual infantil en el CESAM
4. Promover la concepción de un plan de intervención a niños, niñas y adolescentes que hayan sufrido abuso sexual infantil, en el CESAM.
5. Fundar la línea de atención a familiares de niños, niñas o adolescentes que hayan sufrido Abuso Sexual Infantil, en el CESAM.

En el cuarto capítulo describiremos las bases éticas de la investigación y finalmente en el capítulo cinco y último, mostraremos nuestras conclusiones y recomendaciones para futuras investigaciones.

1. ABUSO SEXUAL INFANTIL

1.1 ABUSO SEXUAL INFANTIL-DEFINICIÓN

El abuso sexual infantil se encuentra dentro del contexto del maltrato infantil (Lozano, J.; Martínez, M.; Mebarak, M. y Sánchez, A.; 2010). Por tal razón es importante diferenciar el abuso sexual infantil de cualquier otro tipo de abuso. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) define el maltrato infantil como:

[...] los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, [incluidos] todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo, que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. (OMS, 2014)

Los niños y adolescentes han sido vistos como un grupo etario de tercera categoría, sin voz, ni voto, ni derechos. Por muchos siglos se han tratado como seres que no tienen la capacidad de pensar y pueden ser usados como el adulto lo desee: en trabajos forzados, en procesos de compra-venta, para pagar deudas, para satisfacer los placeres de los adultos; en otras oportunidades se abandonan a su merced y hasta se asesinan para deshacerse de ellos. Recién en el siglo XX gracias a los movimientos feministas y de protectores infantiles comienzan a surgir el interés y desarrollo de políticas, programas para la atención del maltrato infantil, incluyendo el abuso sexual infantil (Finkelhor, 2005).

Se ha tratado de definir el abuso sexual infantil, siendo muy difícil tener una sola definición que incluya con exactitud qué es y qué actos incluye. La OMS (2019), define el abuso sexual infantil como aquella acción que involucra a un menor en alguna actividad sexual que él o ella no comprende, no tiene capacidad de libre consentimiento o por su desarrollo biopsicosocial no está preparado o transgrede las normas sociales.

Acero (2009; referido por Lozano, J.; Martínez, M.; Mebarak, M. y Sánchez, A.; 2010) añade que entonces puede ser un adulto o incluso otro menor pero característicamente tienen una posición de confianza, responsabilidad, poder sobre la víctima; con el fin de gratificar o satisfacer a la otra persona o a un tercero.

Bentancor & Lozano (2014) definen el Abuso Sexual Infantil como el ejercicio abusivo de poder de un adulto hacia un niño para satisfacción sexual de quien lo ejerce, en detrimento y con desconocimiento de la voluntad del niño. Puede ser de tipo no comercial o comercial. El abuso puede consistir en la exhibición de los genitales del niño o el adulto, el manoseo, la violación, etcétera.

El Acta para la Prevención y el Tratamiento del Maltrato Infantil (U. S. Department of Health and Human Services, 2010), en ella se considera abuso sexual infantil de una forma integral, logrando abarcar todo lo que puede conllevar, definen abuso sexual cómo:

a. la utilización, la persuasión, la inducción, la seducción o la coerción de un niño o niña para realizar [o participar de] —incluida la ayuda a otra persona para el mismo fin— cualquier tipo de conducta sexual explícita, o la simulación de dicha conducta con el fin de producir una representación visual de esta, o

b. la violación, el tocamiento, la prostitución o cualquier otra forma de explotación sexual de un niño o niña, o el incesto.

Gracias al gran trabajo realizado por los defensores de los niños y adolescentes, se conoce que el 19,5% de las mujeres reportan que han sufrido abuso sexual infantil (1 de 5) y 9,1% de los varones reportan que han sufrido abuso sexual infantil (1 de 10) (OMS, 2019); al menos 150 millones de niñas y 73 millones de niños han sido víctimas de alguna forma de abuso sexual antes de cumplir los 18 años. Estos datos epidemiológicos se saben que son solo una parte del reflejo de lo que la realidad es, debido a que muchas de las víctimas no hablan por su condición de niños y muchos otros si pueden hacerlo les da miedo declararlo. Además de esto las consecuencias en las víctimas son graves a nivel físico, emocional, conductual, sexual y social; impacto que dura para el resto de la vida. (Lozano, Martínez, Mebarak & Sánchez; 2010).

En México cada año, más de 4 millones y medio de niñas y niños son víctimas de abuso sexual, país que según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2019) tiene el primer lugar mundial en estos delitos.

El 75% de los casos el abusador es un familiar o personas muy cercanas al niño. 1 de ca 4 niñas y 1 de cada 6 niños ha sido abusado antes que cumplan los 18 años de edad. En un 23 % de los casos el agresor es menor de 18 años.

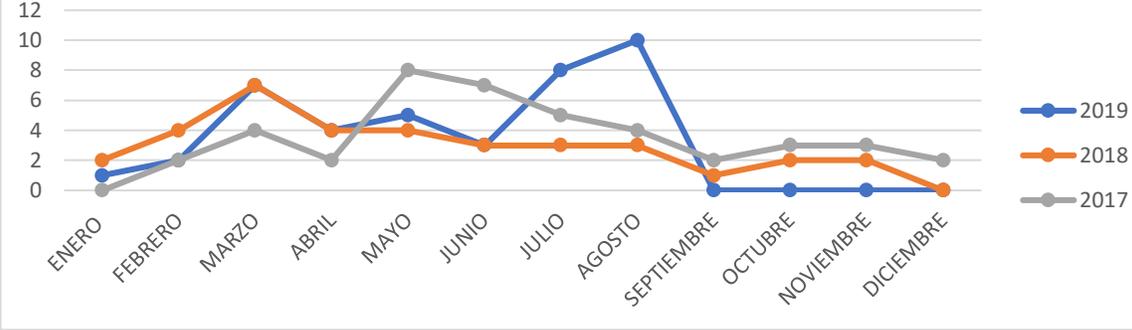
La organización Early Institute (2019) señala que, entre 2015 y 2017, se reportaron seis niñas y niños muertos por agresiones sexuales en México. En 2015, 309 menores reciben atención hospitalaria en México por casos de abuso sexual infantil, siendo el 87.7% de las víctimas niñas y adolescentes. Los estados que presentan mayor egreso de los hospitales por atención de Abuso Sexual Infantil son los estados de Tlaxcala y Querétaro. En Querétaro, los 74 egresos en total, de menores atendidos por abuso sexual en hospitales, fueron niñas.

El Centro Estatal de Salud Mental del Estado de Querétaro (CESAM, 2019), reportan que fueron atendidos psicológicamente un total de 42 menores de edad en todo el año 2017, 35 en el 2018 y durante el 2019 han atendido 40 pacientes y a su familia hasta el mes de agosto del 2019 (ver tabla 1 y Figura 1).

Tabla 1: Prevalencia de Abuso Sexual Infantil por mes y por año en el CESAM del Estado de Querétaro.

CESAM: PREVALENCIA DE DIAGNOSTICO DE "ABUSO SEXUAL" INFANTIL													
AÑO/MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
2017	0	2	4	2	8	7	5	4	2	3	3	2	42
2018	2	4	7	4	4	3	3	3	1	2	2	0	35
2019	1	2	7	4	5	3	8	10	-	-	-	-	40

Fig 1: CESAM
PREVALENCIA DE DIAGNOSTICO DE "ABUSO SEXUAL" INFANTIL
ENERO 2017 - AGOSTO 2019



1.2 IMPACTO Y SINTOMATOLOGÍA DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

El abuso sexual es un problema de salud pública y de los derechos humanos, llega a producir consecuencias devastadoras, graves emocionales, físicas y/o psicológicas para quien la sufre (directa o indirectamente), en un corto y un largo plazo. En niños y adolescentes se produce, entre otras cosas, culpa, depresión, ansiedad, trastornos del sueño, problemas alimentarios, bajo rendimiento escolar, alteración del desarrollo psicosexual, adicciones y suicidios (Girón, 2015). El efecto de estas consecuencias se ven incrementadas porque la víctima no cuenta con recursos de afrontamiento para abordar la sintomatología, lo cual exacerba la vulnerabilidad, llegando a tener dificultad para manejar las emociones, presentan impulsividad y percepción negativa, pesimista de sí mismas. Bardales (2012; referido por Girón, 2015) enfatizan que las víctimas de abuso sexual reaccionan con temor, vergüenza, miedo, tendencia al aislamiento, baja estima, estigmatización, ideas de muerte, comportamiento autodestructivo, malas relaciones interpersonales, trastornos del sueño.

Los efectos del abuso sexual infantil pueden tener mayor impacto dependiendo de factores como la edad, modalidad, si es con violencia o no, cronicidad del abuso, la vinculación o no con el agresor, la reacción del entorno familiar, la re-victimización posterior al descubrimiento. El impacto influye de todas formas en el desarrollo psico-evolutivo y alcanzan todas las esferas de la vida de la persona (Chejter & Isla, 2018).

La sintomatología que presenta una persona quien ha sufrido abuso sexual infantil es variada, específica y no específica. Echeburúa & Guerricaechevarría (2000) explican que las principales consecuencias son:

1. Físicas: problemas del sueño, cambio del hábito alimentario, pérdida del control de esfínteres.
2. Conductuales: hiperactividad, bajo rendimiento escolar, consumo de drogas, huida del hogar, autolesiones, intento suicida.
3. Emocionales: miedo, agresividad, culpa, vergüenza depresión, ansiedad, desconfianza, trastorno de estrés post-traumático.
4. Sexuales: conducta sexual inapropiada para su edad, masturbación compulsiva, excesiva curiosidad sexual, exhibicionismo, problemas de identidad sexual.
5. Sociales: déficit en la habilidad social, retraimiento, conducta antisocial.

Lozano, Martínez, Mebarak & Sánchez (2010) concluyen que una persona que ha sido víctima de Abuso Sexual Infantil puede presentar muchas secuelas a nivel psicopatológico y la sintomatología se reflejará en una variedad de signos y síntomas muy amplios a corto y largo plazo.

Köhnken, Manzanero, Muñoz & Scott (2014) nos refieren que pueden presentar: 1) Manifestaciones verbales inespecíficas como “me han pasado cosas incómodas”, “mi tío besa demasiado fuerte”, “jugamos a los abrazos”; 2) Cambios inespecíficos en el comportamiento, expresado en cambios bruscos de hiperactividad, miedos excesivos, fobias, no querer dormir solo, agresividad, autolesiones. Así misma anorexia, dolor abdominal, enuresis, encopresis, disuria, rectalgia, flujo vaginal, supuración uretral e incluso leves lesiones en el área genital; 3) Cambios específicos del comportamiento: curiosidad sexual exagerada, una masturbación compulsiva, conocimiento inapropiado del comportamiento sexual del adulto. A nivel físico: lesiones genitales, lesiones anales, lesiones orales, enfermedades de transmisión sexual, embarazo.

Baita & Moreno (2015) hacen referencia de indicadores psicológicos, físicos y conductuales:

1. Psicológicos: incluyen agresividad, sometimiento, mala relación con los pares, desconfianza, problemas de concentración, irritabilidad, impulsividad, temor exagerado, ansiedad, depresión
2. Físicos: quejas somáticas, enuresis, encopresis, autolesiones, embarazo, lesiones anales y/o genitales, enfermedades de transmisión sexual, semen en la ropa o el cuerpo, contusiones o sangrado anal o vaginal.
3. Conductuales: juegos sexuales inadecuados, agresividad, no querer estar en un lugar, disminución del rendimiento escolar, no participar en actividades sociales, problemas de concentración, conducta seductora, pesadillas, abuso del alcohol y sustancias psicoactivas, fugas del hogar o escuela, conductas antisociales.

Bentancor, G. & Lozano (2014), hacen referencia a los indicadores que pueden observar los maestros o personal docente en un centro escolar:

- 1) Indicadores físicos:
 - Dificultad para sentarse o caminar por molestias en los genitales.
 - Ropa interior manchada o sangrienta.

- Dolor o picazón en la zona genital.
- Enuresis y encopresis.
- Embarazo.

2) Indicadores conductuales:

- Agresividad.
- Sometimiento ante/a otros.
- Permanencia excesiva en la escuela o institución de confianza.
- Desconfianza respecto a las figuras significativas.
- Dificultad para concentrarse.
- Sentimientos que reflejan que su vida no tiene sentido.
- Tristeza extrema.
- Trastornos del sueño.
- Evita cambiarse de ropa frente a otros al participar en actividades físicas.
- Conducta o conocimiento sexual sofisticado o inusual para su edad.
- Conductas insinuantes con adultos desconocidos.
- Cambios bruscos en el rendimiento educativo.
- Comportamientos extremos.
- Retraimiento, aislamiento, miedo, ansiedad.
- Se lastima a sí mismo.
- Evita participar en actividades recreativas por desconfianza
- Resistencia o rechazo a estar a solas con determinada persona.
- Juego sexual persistente e inapropiado para su edad, sea con sus pares o con juguetes.
- Miedo de que lo toquen.
- Promiscuidad sexual, comportamiento seductor.
- Consumo de drogas.
- Suministro de sustancias psicoactivas sin prescripción médica.
- Forzar a otros niños a tener actos sexuales.

1.3 FACTORES DE RIESGO DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Existen factores que pueden favorecer a que un menor de edad sufra a un abuso sexual infantil. Girón (2015), concluye en su investigación que el hecho de que los padres incumplan sus funciones parentales es un factor especial de trascendencia, sumado al abandono emocional y físico por parte de los cuidadores principales. Lo anterior es una condición a que el menor quede expuesto. Enfatiza que los padres autoritarios, dominantes y violentos expresan su tensión en los miembros más débiles de la familia.

Lozano, Martínez, Mebarak & Sánchez (2010) exponen varios factores de riesgos importantes a tomar en cuenta cuando queremos realizar un diagnóstico, se debe considerar:

1) Factores de riesgo generales

- Sexo femenino
- Tener entre 11 y 15 años.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Nivel educativo bajo.
- Haber sufrido otro tipo de maltrato infantil.
- Baja autoestima.
- Sumisión a la autoridad.
- Poca confianza en los adultos.

2) Factores de riesgo familiares:

- Presencia de un padrastro.
- Falta de cercanía en la relación materno-filial.
- Madres sexualmente reprimidas o punitivas.
- Padres poco afectivos físicamente.
- Insatisfacción en el matrimonio.
- Violencia en la pareja.
- Falta de educación formal en la madre.
- Bajos ingresos en el grupo familiar.
- Abuso de alcohol o drogas por parte del ofensor.
- Impulsividad y tendencias antisociales por parte del ofensor.
- Antecedentes —en los adultos— de maltrato físico, abuso sexual o

negligencia afectiva en la infancia, o haber sido testigo de la violencia de un progenitor contra el otro.

- Discapacidad psíquica en el progenitor no ofensor.
- Dificultades en el control impulsivo del adulto ofensor.
- Relaciones familiares con un marcado funcionamiento patriarcal.
- Fácil acceso a las víctimas (no solamente incluye a familiares, sino también a maestros, profesores, cuidadores, etc.).

3) Factores de riesgo de la comunidad en la cual vive quien sufrió abuso sexual infantil:

- Alta tolerancia a la violencia sexual en la comunidad en que se habita
- Políticas y leyes débiles relacionadas con la igualdad de género.
- Altos niveles de tolerancia al delito en general.
- Normas y comportamientos sociales que apoyan la violencia sexual, la superioridad masculina y su derecho al ejercicio irrestricto de su sexualidad, y la sumisión sexual femenina.
- Aplicación de penas mínimas a los agresores sexuales.
- Fracaso en los programas de sensibilización social relacionados con el tema.
- Involucramiento de las fuerzas de orden y control en actividades delictivas, o pasividad excesiva ante estas, que favorece la circulación de niños, niñas y adolescentes por circuitos locales de explotación sexual con fines comerciales.

4) Factores de riesgo individuales:

- EDAD en la cual no hablan.
- Que sea niña: 19,5% de las mujeres reportan que han sufrido abuso sexual infantil (1 de 5).
- 9,1% de los varones reportan que han sufrido abuso sexual infantil (1 de 10)
- Desarrollo psicoevolutivo: 6 a 7 años; 10 años.
- Discapacidad física o mental.
- Abuso sexual anterior.
- 70% ocurre intrafamiliarmente.

Oviedo & Toro (2014), señalan que el maltrato infantil, incluido el abuso sexual infantil, es una realidad en el Ecuador con un nivel alto y se ve influenciado por el legado generacional de un vínculo de maltrato.

Según Girón (2015) los menores de edad con mayor riesgo de padecer abuso sexual suelen ser aquellos que presentan una capacidad reducida tanto para la resistencia como para la denuncia del hecho. Por eso elementos como falta de adquisición del lenguaje; presencia de retraso en el desarrollo, existencia de minusvalía parcial o total y; la vivencia un ambiente familiar carente de cohesión familiar desorganizadas o reconstituidas son factores predisponentes.

Save The Children (2018) refiere que la falta de educación sexual en las escuelas, padres sin entrenamiento en abuso sexual infantil, progenitores con habilidades parentales negativas, profesionales que se dan cuenta, pero no saben como actuar, instituciones que ocultan los problemas que puede presentar el menor de edad son errores que perpetua el abuso sexual infantil.

También es importante señalar que los mitos respecto al abuso sexual infantil (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2000; SanMartín, 2005; Horno & Romeo, 2018; Save The Children, 2018) son un factor que propicia la ocurrencia de este, estos mitos son:

- ✓ Los abusos sexuales no son comunes, es algo que pasa muy poco.
- ✓ Los agresores están locos, son unos monstruos.
- ✓ Si le ocurriera a un niño o niña cercana me daría cuenta inmediatamente.
- ✓ Todo el que sufre abuso sexual reacciona igual.
- ✓ Solo se da en clases sociales muy bajas.
- ✓ Los agresores son desconocidos.
- ✓ Abuso sexual solo es penetración.
- ✓ Los niños no dicen la verdad.
- ✓ Los menores son responsables del abuso.
- ✓ Los menores pueden evitar el abuso sexual.
- ✓ Los abusos sexuales siempre se acompañan de violencia física.
- ✓ Los efectos siempre son muy graves.
- ✓ El abuso sexual solo se da en familias desestructuradas.
- ✓ Los efectos del abuso desaparecen por sí solo mejor no seguir tocando el

tema.

Baita & Moreno (2015) añaden algunas generalidades más:

- ✓ Las madres siempre saben que sus hijas están siendo abusadas
- ✓ Las madres entregan a su hija a la relación abusiva, sea de manera directa o no, como forma de evitar el contacto sexual indeseado con sus esposos/parejas.
- ✓ Las madres entregan/facilitan el abuso sexual como una forma de mantener tranquilo al esposo violento.
- ✓ Las madres no creen lo que sus hijas les cuentan.

PERO SOLO SON MITOS LA REALIDAD ES TODO LO CONTRARIO

1.4 ¿PORQUÉ OCULTAN LO QUE PASÓ?

Es importante señalar el hecho de que muchas de las personas que sufren abuso sexual infantil ocultan lo ocurrido, dentro de las investigaciones se han encontrado algunas razones por lo cual sucede esto. Bentancor, & Lozano (2014), dicen: "Para que el abuso sexual ocurra y se mantenga, existen por lo general mecanismos de extorsión y coerción por parte del adulto. En esta dinámica, el niño o el adolescente son ubicados en una situación de extrema vulnerabilidad, pues para que el abuso se mantenga y el abusador continúe impune, son amenazados con las consecuencias de un eventual relato de la situación y culpabilizados por la relación de abuso".

Giron (2015), nos señala que las principales justificaciones son: 1) miedo a no ser apoyado; 2) porque no le van a creer; 3) represalias del agresor; 4) amenazas del agresor; 5) obtener ventajas adicionales; 6) que piensen que fue quien lo causo; 7) porque destruirá a la familia; 8) victimización-estigmatización-rechazo social; 9) cuando el adulto le prohíbe decirlo; 10) por ser un secreto familiar.

Contreras, Bott, Guedes & Dartnall (2010) determinan que las razones por las cuales la víctima no denuncia o no busca son: 1) estigma, vergüenza y discriminación; 2) temor a represalias por el perpetrador; 3) sentido de culpa; 4) el camino de la denuncia es muy complicado, peligroso y con poco beneficio; 5) falta de apoyo de las familias y amigos; 6) a nivel social, desigualdades en las normas de género, dominio de los hombres, normalización de la violencia y el hecho de que el sistema de justicia no castigue a los perpetradores o no proteja a las víctimas.

1.5 VALORACIÓN PSICOPATOLÓGICA:

Efectos psicológicos a corto plazo (si aparecen los síntomas en los primeros dos años al abuso) o a largo plazo (posterior a dos años del abuso). Basado en esto se han diseñado diferentes Modelos Psicopatológicos (Echeburua, 2009; referido por Gorin, 2015), como manera de abordar al paciente y la familia quienes hayan vivido ASI. Los siguientes modelos son los más usados:

- 1) **Modelo del trastorno por estrés post-traumático:** cumple con los requisitos del trastorno post estrés traumático del DSM V (2013).

El DSM-V (APA, 2013) define el Trastorno por Estrés Postraumático como:

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

- 1.Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
- 2.Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
- 3.Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
- 4.Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

- 1.Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
- 2.Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
- 3.Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas

reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).

3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.

4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).

5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si: Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes: **1. Despersonalización:** Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio). **2. Desrealización:** Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño,

distante o distorsionado). **Nota:** Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja). **Especificar si: Con expresión retardada:** Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

2) Modelo Traumatogénico (Girón, 2015). Se asocia a la aparición de un trauma caracterizado por **DISTORSIÓN DEL AUTOCONCEPTO, DE LA PERCEPCIÓN DEL MUNDO Y DE LAS HABILIDADES AFECTIVAS DE LA VÍCTIMA.** El trauma se determina por 4 variables:

- **Sexualización Traumática:** se produce una interrupción del desarrollo madurativo sexual normal y por ende el niño o niña, utiliza conductas sexuales para obtener beneficios, presenta conductas sexuales no acorde a su edad, problema para establecer relaciones íntimas y eróticas sanas.
- **Pérdida de Confianza:** a los otros, dificultad para crear relaciones interpersonales, sentimientos de culpa y vergüenza, baja autoestima.
- **Indefensión:** pueden generar conductas de pasividad, retraimiento y de riesgo a ser abusado. Con dificultad a reaccionar ante la vida y de falta de poner límites.
- **Estigmatización:** los pacientes tienden a aislarse y separarse de sus pares o familiares por sentirse culpables y con vergüenza.

2. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

Arredondo, Saavedra, Troncoso, & Guerra (2016) dicen “lo que nos lleva a considerar la importancia de fortalecer la preparación de los adultos en el desarrollo de estrategias de prevención (detección precoz), sin dejar de lado el apoyo a los mismos respecto de acoger las revelaciones que realizan los niños y niñas. De esta manera, se requiere integrar en el diseño e implementación de las estrategias preventivas una mayor especificidad en términos de la población a la cual está dirigida.” Continúan exponiendo: “... enfatizar la necesidad de que las estrategias de prevención del Abuso Sexual Infantil se orienten a conseguir una revelación más temprana, que reduzca la cronicidad de estas experiencias y sus consecuencias asociadas.”

Ortíz, & Redondo (2005) señalan que los intentos de prevención del Abuso Sexual Infantil se han dedicado a desarrollar programas en la escuela para que los niños se protejan, pero no se han realizado estudios que demuestren que estos programas funcionan.

La educación afectivo-sexual es una de las estrategias clave en la prevención del abuso sexual infantil (Horno, 2018). Esta educación debe ir dirigida a la generación de una ética del cuidado en las relaciones y el cumplimiento pleno de los derechos de los niños, niñas y adolescentes. También debe darse en las familias y en las escuelas. Recomendamos fomentar la relación entre la afectividad, la sexualidad y la protección en el psiquismo de los niños, niñas y adolescentes.

Horno (2018) enfatiza como objetivo principal el enseñar a que los menores de edad puedan diferenciar los diferentes niveles de intimidad en las relaciones y a dar valor a la privacidad y la intimidad. Otra intención en la prevención es desarrollar herramientas para generar redes afectivas positivas y sólidas que no se limiten sólo a la familia biológica. En este período educativo es importante entonces: 1) aprender habilidades interpersonales; 2) conocer su cuerpo desde edades tempranas; 3) identificar los factores de riesgo; 4) habilidades para el manejo de emociones y experiencias traumáticas.

Oviedo & Toro (2014) recomiendan incentivar la capacitación de los profesores y progenitores sobre el abuso sexual infantil; es necesario fomentar talleres donde los padres puedan desarrollar métodos de disciplina sanos y como fomentar la comunicación con sus

hijos. Más específicamente, en el ámbito educativo se debe prevenir situaciones de abuso sexual, promover hábitos saludables, identificar los adultos protectores, trabajar articuladamente con organizaciones para elaborar un diagnóstico precoz y una intervención temprana. A un nivel general:

- ✓ Generar propuestas que incluyan a toda la comunidad educativa.
- ✓ Fortalecer los factores protectores.
- ✓ Trabajar desde los derechos del niño.
- ✓ Contribuir al desarrollo de las habilidades sociales.
- ✓ Integrar la dimensión de la sexualidad y el género en la propuesta curricular en el marco del Programa de Educación Sexual.
- ✓ Generar estrategias para la resolución de conflictos.
- ✓ Promover el trabajo con pares.

Save the Children (2018) nos habla de fortalecer la prevención por medio de la educación afectivo-sexual desde etapas tempranas, campañas de concienciación para acabar con los mitos, fomentar la parentalidad positiva y diseñar controles efectivos para el acceso a redes sociales.

3. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN.

La intervención en víctimas de abuso sexual infantil debe realizarse en diferentes etapas (Baita & Moreno, 2015), cada uno de los pasos son críticos (1) momento en el que se descubre; 2) diagnóstico clínico; 3) intervención individual; 4) intervención familiar) y se convierte entonces en un proceso activo, donde los expertos involucrados deben trabajar multidisciplinariamente. La intención principal es lograr la intervención lo más temprano posible para disminuir las consecuencias crónicas, es sabido que mientras más temprano se realice la intervención existe mejor pronóstico.

Baita & Moreno (2015), recalcan también que desde el momento en que se comunica el hecho hasta la intervención hay muchos factores individuales, familiares, sociales, institucionales que pueden ir en contra incluso de la atención al niño, niña o adolescente para lograr una intervención eficaz.

Lo primero a tomar en cuenta es el proceso del descubrimiento, el cual está descrito por diferentes autores (Betancourt & Lozano, 2014; Baita y Moreno, 2015; Giron, 2015) y este se puede resumir en:

- 1) Secreto: se inicia generalmente como un juego o el secreto especial que el agresor tiene con la víctima. Son personas de mucha confianza de la familia, siendo respetados por el resto de los miembros de la familia y querido por el niños o niña, y por supuesto no piensa que le hará daño.
- 2) Impotencia. En este momento existen amenazas hacia la víctima que produce temor de que le pase algo a su familia, generalmente a mamá, papá o hermanos, pero también se suma en estas amenazas, el miedo de perder el cariño del adulto agresor y/o a que la familia se destruirá. En esta etapa el niño o niña se llega a convencer de que debe callar.
- 3) Atrapamiento y acomodación (NEGACIÓN): la víctima busca mecanismos de defensa emocional de negación o disociación para pasar la situación traumática y desagradable: “me imaginaba que era un sueño y que ya pasaría”.
- 4) Divulgación o revelación: Posterior a meses o años después del primer incidente, hay una divulgación la cual tiene la característica de ser no muy convincente, con discurso confuso, y sobre todo con una gran carga de culpa, vergüenza, angustia, miedo y terror. En otros casos la divulgación si es explícita y la víctima logra hablar del hecho desde la búsqueda de la ayuda y protección.

- 5) **Retracción:** este fenómeno se instala cuando la víctima percibe los cambios que surgen a partir de la revelación: separación en la familia, peleas, recriminaciones, culpabilizar a la víctima, cambio de la rutina diaria, revictimización por parte de la familia, instituciones o expertos que atienden al niño o niña. Pero a pesar de que esto suceda siempre hay que creerle al niño o niña.
- 6) **Reafirmación:** la víctima reafirma y asegura lo que ha sucedido y mantiene su posición a pesar de las consecuencias, logra identificar que es más beneficioso comunicarlo y mantenerlo que negarlo. Esto se logra cuando los adultos que apoyan al menor se suman a su protección y cuidado.

Es importante recordar que estos pasos no se dan en todos los casos ni en este orden, por eso cada caso es particular.

Inmediatamente después del descubrimiento lo ideal es realizar el diagnóstico clínico. El diagnóstico clínico debe estar fundamentado en preservar los derechos humanos de la víctima, por esto es requerido que sea realizado por expertos entrenados en el tema. Existen muchos protocolos de diferentes autores (Köhnken, Manzanero, Muñoz & Scott, 2014; Girón, 2015; Baita y Moreno, 2015; Dalmaso, 2017; Save The Children, 2018; Early Institute, 2019) pero lo importante es que sea realizado lo más pronto posible para definir el protocolo de intervención y desde una visión multidisciplinaria.

El buen diagnóstico se potencia positivamente al realizar primero una buena historia clínica que tiene como finalidad el recabar el motivo de consulta, tomando en cuenta la verbalización de la víctima, recalamos que los menores de edad no dicen mentiras. En esta historia clínica es importante:

- Explorar los factores de riesgo individuales, familiares, sociales.
- Identificar los antecedentes personales y familiares.
- Señalar las actividades que realiza la víctima y quienes son responsables del niño o niña mientras las realiza.
- Tomar en cuenta en todo momento, en la etapa de descubrimiento en la que se encuentra el menor de edad.
- Adaptar desde el inicio la entrevista de acuerdo con la edad y desarrollo psico-evolutivo del niño, niña o adolescente evaluado.

- Utilizar diferentes herramientas que permitan corroborar y mostrar los síntomas y efectos por sufrir el abuso sexual infantil. Entre estas las más usadas son: Test de la figura humana, test de persona bajo la lluvia, Test de frases incompleta para niños, Test de Casa-Arbol-Persona, Juego del niño, dibujo libre.
- Describir la presencia de síntomas o efectos de abuso sexual inespecífico o específicos.
- Corroborar la información obtenida con los cuidadores, tutores, progenitores, por eso es crítico incluir a los adultos quienes florecerán el buen diagnóstico y cuidado de la víctima.

Durante el proceso de diagnóstico clínico ya el terapeuta va diseñando o escogiendo la **INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA**. La principal meta es asegurar la seguridad del menor y eliminar la ocurrencia de nuevos sucesos. (Giron, 2015). Por esto la intervención va a incluir la atención de la víctima, familiares, cuidadores y el abusador. Siempre sumar los esfuerzos para reformar al abusador y desarrollar la habilidad de la familia para apoyar al niño o niña. La intervención va a demandar una respuesta interdisciplinaria, atender cada situación que se presente, evitar la reiteración de episodios y la revictimización (Chejter & Isla, 2018).

Dependiendo del momento del descubrimiento y el caso individual, es que se realiza la intervención la cual puede ser (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2000; SanMartín, 2005; Bentancor & Lozano, 2014; Baita & Moreno, 2015; Gonzalo, 2018; McGrath, 2018).

- 1) En crisis si el hecho se descubre luego del abuso, o si presenta crisis emocional por algún acontecimiento promotor de la crisis.
- 2) Posterior a la crisis, enfocado al Trastorno de estrés post-traumático agudo o crónico.

Se recomienda la intervención desde la Terapia Dialéctica Conductual adaptada a niños y adolescentes (Boggiano & Gagliesi, 2016). Siendo sus objetivos principales: 1) disminuir las conductas que atentan contra la vida; 2) disminuir las conductas que atentan contra la terapia; 3) disminuir las conductas asociadas con el trastorno de estrés post-traumático; 4) incrementar el respeto por sí mismo; 5) lograr objetivos personales; 6) encontrar el sentido de estar completo; 7) lograr libertad y alegría. Al final lo que se busca

es intervenir a nivel en la desregulación emocional, disminuyendo el sufrimiento extremo, permitiendo el control de impulsos y desarrollando la tolerancia.

Boggiano y Gagliesi (2016), explican que se deben implementar diferentes modalidades para lograr el éxito del tratamiento. Primero la intervención individual que va a trabajar desde el análisis conductual para lograr entender la situación vivida y manejar las crisis. En esta modalidad es importante el compromiso y el balance entre la aceptación y el cambio. El terapeuta y el paciente van juntos en el proceso e incluso en momentos más graves de crisis el terapeuta estará disponible telefónicamente. Una segunda intervención es el desarrollo de habilidades que se van a enfocar en el control de la desregulación emocional, tolerar el malestar que se percibe, desarrollar la consciencia plena, aprender habilidades interpersonales que permitan entenderse con el medio que le rodea. Otra etapa es la intervención a nivel de los dilemas dialécticos del paciente; se quiere lograr cambiar las distorsiones o afrontamientos patológicos por parte de la víctima, que se pueden ir desarrollando a través de casa situación y episodio de abuso (excesiva indulgencia vs autoritarismo, patologizar lo normal vs normalizar lo patológico, dependencia vs autonomía). Toda intervención debe estar apoyada por la familia, aquí es donde se atiende la familia, en cada etapa debe existir grupos de familias o sesiones de la víctima con la familia. Entendiendo como familia a las personas que apoyan y fortalecen la curación de la víctima.

Dantagman (2014), propone la Traumaterapia Sistémica, explica que se basa en la lectura sistémica del sufrimiento del niño, niña o adolescente y en el paradigma integrador que se enfoca en el apego, el trauma, el desarrollo, las competencias parentales y la resiliencia". Los pilares de la terapia son: 1) La evaluación comprensiva: busca trabajar con las áreas afectadas de la víctima, por eso es crítico el uso de instrumentos que nos soporte en la claridad de los aspectos afectados, así evitamos intervenciones superficiales; 2) Metodología coherente, representando la manera como se trabaja y construyendo metas y objetivos específicos, claros y organizados; 3) La co-construcción de una relación terapéutica mentales favoreciendo la seguridad, confianza, claridad, recordemos que las personas que han vivido abuso sexual infantil presentan inseguridad, abandono temo, miedo, desconfianza, ambivalencia en sus vínculos; 4) Apoyo y promoción de la resiliencia, se busca desarrollar la valentía, el orgullo, la perseverancia, el humor positivo, la

experimentación creativa; por medio de la creación de vínculos cada vez más sanos y positivos.

4. PRINCIPIOS ÉTICOS

Derivados del código ético del psicólogo (SMP, 2019) en la presente investigación se atenderá a las siguientes normas básicas:

- 1) Respeto a los derechos y a la dignidad de las personas.
- 2) Cuidado responsable: en todo momento se procuró que el participante se sienta a salvo y no se le etiquete por participar en esta actividad de diagnóstico.
- 3) Responsabilidad hacia la sociedad y hacia la humanidad: Se utilizarán los conocimientos para beneficio de los participantes, dándoles a conocer de manera personal los resultados y proponiendo posibles soluciones, canalizando a profesionales en el área a los pacientes que así lo necesiten.

Atendiendo a los principios éticos del capítulo 2 respecto a la calidad del trabajo desempeñado, se procurará atender los siguientes artículos:

- Art. 1 La investigación se centra en aspectos teóricos comprobables y validados, además de tener la supervisión de nuestro tutor.
- Art. 3 Se tomaron las medidas razonables para cuidar la calidad del trabajo
- Art. 8 Solamente se llevaron a cabo aquellas actividades que han sido revisadas y avaladas por nuestro tutor.

Del capítulo 3, de los resultados del trabajo del psicólogo, se retomarán:

- Art. 56 No se presentaron datos de otras investigaciones como propios.
- Art. 61 se mantuvo la confidencialidad de los resultados.
- Art. 132 Se respetó en todo momento los derechos de confidencialidad.
- Art. 133 Sólo se incluye en los informes la información pertinente al propósito de la investigación.
- Art. 136 se informará sobre la posibilidad de compartir los resultados para fines de investigación

5. CONCLUSIONES

5.1 Conclusiones:

El abuso sexual infantil es un problema de salud pública y de los derechos humanos. Es un hecho muy complejo en donde todos los casos existen causas multifactoriales que permiten la aparición de este. Recién en el siglo XX se ha facilitado el desarrollo de protocolos de prevención, diagnóstico e intervención, tratando de unificar criterios.

El impacto del abuso sexual infantil es devastador, a nivel individual, familiar, social. El niño, niña o adolescente víctima de abuso sexual, presentará sintomatología a nivel emocional, físico, conductual, social, sexual, que muchas de las veces no llegan a ser atendido, por lo cual se perpetua a través del tiempo, de forma crónica.

Se han realizado muchos estudios como hemos descrito en la revisión bibliográfica, donde ya podemos decir que existe una psicopatología y factores predisponentes para la aparición del abuso sexual infantil. Esto ha facilitado la creación de diferentes programas de intervención. Ha pesar de la diversidad de estudios, los objetivos principales desde la prevención serían: 1) eliminar los mitos acerca del abuso sexual infantil; 2) educar a los progenitores, cuidadores, tutores y adultos quienes están cerca de los niños, niñas y adolescentes en su día a día; 3) favorecer habilidades en los menores de edad para prevenir ser víctimas y manejar las posibles situaciones de riesgo.

A nivel de intervención, es importante lograr un ambiente para el niño, niña o adolescente, en el cual, sea posible el diagnóstico precoz, siendo una condición clave para reducir las secuelas. Cada institución que participa en áreas para niños, niñas y adolescentes debe diseñar un programa de prevención, diagnóstico e intervención. El diagnóstico debería realizarse lo más pronto posible, pero sobre todo ser eficiente en el momento en el cual es revelado el abuso sexual infantil. Siempre la sombrilla en este punto es preservar los derechos humanos y eliminar la posibilidad de un nuevo abuso.

En mi experiencia en el Centro Estatal de Salud Mental desde abril 2018 cuando ingrese a la institución, hasta la actualidad, alguno de los pacientes han dicho:

“Vengo porque me siento muy muy enojada, ya no quiero sentir esto, odio a mi mamá, me irrita, todo el tiempo se quiere meter en mi vida, ella prefiere a mi

hermano” ... “Me molesta que la gente me hable y se me acerque, me dan ganas de pegarle” (Paciente 1 de 16 años, 2018). Tocamientos a los 9 años por padrastro.

“Comienza a pelearse en la escuela, bajó las calificaciones, se orina a veces y eso no lo hacía antes, me dice que me odia y se va a su cuarto llorando, después sale como si nada” (Paciente 2 de 8 años, 2018). Violación por papá.

“Vi que estaba viendo la TV y se metía su muñeca entre sus piernas, eso pasa desde hace 1 semana, tengo mucho miedo de lo que le haya pasado” (Paciente 3 de 2 años, 2018). Sospecha de abuso sexual infantil por primo de 14 años.

“Cuando son como las 6 de la tarde actúa extraño, parece que tuviera 6 años, habla con voz de niña pequeña, se tira al piso y se mece, no contesta... luego dice que no se recuerda de nada” (Paciente de 13 años, 2019). Abusada sexualmente por papá y mamá bajo efectos de la marihuana.

En todos estos pacientes, los mitos, factores de riesgo, clínica y efectos se han presentado, de manera muy florida, a pesar de que las madres, abuelas o adultos quienes les apoyaban al inicio se mostraban confusos y escondiendo la seguridad que tenían de ser cierto el abuso sexual infantil.

Esta realidad es la que me incentivó a especializarme en el tema y ser un agente catalizador de la creación de un protocolo o programa de prevención e intervención de ASI en el CESAM.

5.2 Recomendaciones:

Posterior a esta revisión teórica se recomienda desarrollar e implementar en el CESAM:

1) A nivel de prevención:

- Se propone tener un programa de prevención, dirigido a todos los profesionales del CESAM, padres de familias y docentes quienes atienden a los menores de edad y a los niños y adolescentes.
- El programa estará enfocado a dos temas críticos como son los mitos y la clínica que puede presentar una víctima de abuso sexual infantil.
- Al mismo tiempo existirá la psico-educación de los pacientes en general quienes asisten al CESAM, respecto a prevenir el abuso sexual infantil, pero también a desarrollar habilidades para detectar a un agresor potencial y poder actuar en casos de riesgo inminente.

2) Para el diagnóstico:

- Psicoeducar a los adultos alrededor del niño para realizar el diagnóstico precoz, al conocer la clínica específica y no específica de Abuso Sexual Infantil. Una vez realizado conocer los pasos a seguir para apoyar al niño con los expertos indicados.
- Desarrollar en progenitores, miembros de la familia y adultos quienes cuidan los menores, la capacidad para responder asertivamente ante el descubrimiento de la sospecha o develación de un abuso sexual infantil.
- Lograr un diagnóstico precoz para minimizar los efectos a nivel emocional, físico, conductual, social de la persona que sufre de abuso sexual infantil.

3) Intervención terapéutica:

- Se desarrollará un programa de intervención basado en la terapia dialéctica conductual adaptada a niños, niñas y adolescentes, el cuál se implementaría a todo paciente con diagnóstico de Abuso Sexual Infantil.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

American Psychiatry Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. España: Editorial Médica Panamericana.

Arredondo, V., Saavedra, C., Troncoso, C. & Guerra, C. (2016). Develación del abuso sexual en niños y niñas atendidos en la Corporación Paicabi. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14 (1), pp. 385-399.

Baita, S. & Moreno, P (2015). *Abuso Sexual Infantil: Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, unicef. Uruguay. Fiscalía General de la Nación. Centro de Estudios Judiciales del Uruguay, ceju.

Bentancor, G. & Lozano, F. (2014). *Mapa de ruta para las situaciones de maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes detectadas en el ámbito escolar*. UNICEF, Montevideo, Uruguay.

Boggiano, J. & Gagliesi, P. (2016). *Terapia dialéctica compartamental para adolescentes con desregulación emocional*. Fundación Foro. Argentina.

Chejter, S. & Isla, V. (2018). *Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia: Lineamientos para su abordaje interinstitucional*. 1ª ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia. Argentina.

Contreras, J. M.; Bott, S.; Guedes, A.; Dartnall, E. (2010) *Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios*. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual.

Dalmaso, M. (2017). *Indicadores de Abuso Sexual Infantil en herramientas psicológicas diagnósticas*. Trabajo final de grado. Monografía. Universidad de la República Oriental del Uruguay. Facultad de Psicología. Montevideo, Uruguay.

Dantagnan, M. (2014) *La trauma-terapia sistémica aplicada a los niños, niñas y adolescentes afectados por traumas. Un modelo basado en los buenos tratos y la promoción de la resiliencia.* Powerpoint presentado en el marco del Diplomado en trauma terapia infantil sistémica. Bilbao: Documento no publicado.

Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C. (2000). Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Estudios Sobre Violencia. España, Ariel. 1ra Edición.

Early Institute A. C. (2019). Abuso Sexual infantil. Inicios Felices. México

Finkelhor, D. (2005). Abuso sexual al menor. México. Ed. Paz México.

Girón, Rosario. (2015). Abuso sexual en menores de edad, problema de salud pública. *Av. psicol.* 23(1). Enero – Julio. Pp: 61-71. Lima. Perú.

Gonzalo, J. (2018). Intervención Terapéutica con víctimas. Ponencia presentada al Curso de verano Artículo sobre Abuso Sexual Infantil. El abuso sexual infantil una realidad compleja que interpela a toda la sociedad. Donostia – San Sebastian. Palacio, Miramar. España.

Köhnken, G.; Manzanero, A.; Muñoz, J. & Scott, M. (2014). Admisibilidad en contextos forenses de indicadores clínicos para la detección del abuso sexual infantil. *Anuario de Psicología Jurídica* 2014. 24, 57- 63. España, Madrid.

Lozano, J.; Martínez, L.; Mebarak, M. & Sánchez, A. (2010) Una revisión acerca de la sintomatología del abuso sexual infantil. *Psicología desde el Caribe*. Universidad del Norte. N° 25: 128-154.

McGrath, K. (2018). Intervención Terapéutica con agresores sexuales. Ponencia presentada al Curso de verano Artículo sobre Abuso Sexual Infantil. El abuso sexual infantil una realidad compleja que interpela a toda la sociedad. Donostia – San Sebastian. Palacio, Miramar. España.

Organización Mundial de la Salud (2019).
<https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos – OCDE. (2019)
<http://www.oecd.org/mexico/>

Ortíz, M. & Redondo, C. (2005). Revisión: El abuso sexual infantil. *Boletín de la Sociedad de Pediatría*; 45: 3-16. Asturias, Cantabria, Castilla y León. España.

Oviedo, A. & Toro, C. (2014). *La simbolización a través del juego, en el proceso de psicodiagnóstico, en niños que han sufrido maltrato infantil*. Quito, Ecuador. Disertación previa a la obtención del título de Psicólogo Clínico. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Psicología. Psicología Clínica.

SanMartín, J. (2005). *“Violencia Contra Los Niños”*. España, Barcelona, Ariel. 3ra Edición. Cap 4. Pp 86-112.

Save The Children. (2018). *El abuso sexual infantil una realidad compleja que interpela a toda la sociedad*. Curso de Verano UPV. España.

Sociedad Mexicana de Psicología – SMP (2019). Código Ético del Psicólogo. Trillas. México.