



REPÚBLICA DEL ECUADOR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE:**

**MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN
ATENCIÓN EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

TEMA:

**PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADA A UN CASO DE
ABUSO SEXUAL DE LA FUNDACIÓN SANTA MARÍA DE LA ESPERANZA, DE
LA COMUNA OLÓN DE LA PROVINCIA DE SANTA ELENA, AÑO 2022.**

Autores:

**TOAZA VALVERDE VALERIA ELIZABETH
TOMALÁ QUIMÍ PATRICIA ALEXANDRA**

Director:

DR. BERNARDO PEÑA HERRERA

Milagro, 2023

Derechos de autor

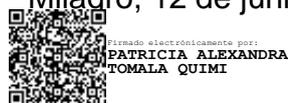
**Sr. Dr.
Fabricio Guevara Viejó**
Rector de la Universidad Estatal de Milagro
Presente.

Yo, **Tomalá Quimí Patricia Alexandra** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **MAESTRIA PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN ATENCIÓN EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**, como aporte a la Línea de Investigación Salud Publica y Bienestar Humano Integral de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 12 de junio del 2023



Psic. Tomalá Quimí Patricia Alexandra
2400124729

Derechos de autor

Sr. Dr.

Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **Toaza Valverde Valeria Elizabeth** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **MAESTRIA PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN ATENCIÓN EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**, como aporte a la Línea de Investigación Salud Publica y Bienestar Humano Integral de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 12 de junio del 2023

VALERIA

ELIZABETH TOAZA

VALVERDE

Firmado digitalmente por
VALERIA ELIZABETH TOAZA
VALVERDE

Fecha: 2023.06.16 22:12:56
-05'00'

Psic. Toaza Valverde Valeria Elizabeth

131108980-7

Aprobación del director del Trabajo de Titulación

Yo, **Bernardo Peña Herrera** en mi calidad de director del trabajo de titulación, elaborado por **Toaza Valverde Valeria Elizabeth y Tomalá Quimí Patricia Alexandra**, cuyo tema es **PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADA A UN CASO DE ABUSO SEXUAL DE LA FUNDACIÓN SANTA MARÍA DE LA ESPERANZA, DE LA COMUNA OLÓN DE LA PROVINCIA DE SANTA ELENA, AÑO 2022**, que aporta a la Línea de Investigación Salud Pública y Bienestar Humano Integral previo a la obtención del Grado de **Magister en psicología clínica con mención en atención en emergencias y desastres**. Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, 12 de junio del 2023



PhD. Bernardo Peña Herrera

CI:095892466-4

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
DIRECCIÓN DE POSGRADO
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de **MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN ATENCIÓN EN EMERGENCIAS Y DESASTRES CON MENCIÓN EN ATENCIÓN EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**, presentado por **PSI. CLI. TOAZA VALVERDE VALERIA ELIZABETH**, otorga al presente proyecto de investigación denominado "PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADA A UN CASO DE ABUSO SEXUAL DE LA FUNDACIÓN SANTA MARÍA DE LA ESPERANZA, DE LA COMUNA OLÓN DE LA PROVINCIA DE SANTA ELENA, AÑO 2022", las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	58.67
DEFENSA ORAL	26.67
PROMEDIO	85.33
EQUIVALENTE	Muy Bueno



Mgs. AGUALONGO AMANGANDI JOFFRE DAVID
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Mgs. CHISAGUANO CHISAGUANO LUIS ARMANDO
VOCAL



Mgs. MIRANDA VERA WASHINGTON RAFAEL
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
DIRECCIÓN DE POSGRADO
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de **MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN ATENCIÓN EN EMERGENCIAS Y DESASTRES CON MENCIÓN EN ATENCIÓN EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**, presentado por **LIC. TOMALA QUIMI PATRICIA ALEXANDRA**, otorga al presente proyecto de investigación denominado "PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADA A UN CASO DE ABUSO SEXUAL DE LA FUNDACIÓN SANTA MARÍA DE LA ESPERANZA, DE LA COMUNA OLÓN DE LA PROVINCIA DE SANTA ELENA, AÑO 2022", las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	58.67
DEFENSA ORAL	26.67
PROMEDIO	85.33
EQUIVALENTE	Muy Bueno



Firmado electrónicamente por:
JOFFRE DAVID
AGUALONGO AMANGANDI

Mgs. AGUALONGO AMANGANDI JOFFRE DAVID
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
LUIS ARMANDO
CHISAGUANO
CHISAGUANO

Mgs. CHISAGUANO CHISAGUANO LUIS ARMANDO
VOCAL



Firmado electrónicamente por:
WASHINGTON RAFAEL
MIRANDA VERA

DEDICATORIA

Con amor le dedico este trabajo de posgrado a toda mi familia. Principalmente, a mis padres que me apoyaron y contuvieron los momentos malos y en los menos malos. Gracias por enseñarme a afrontar las dificultades sin perder la esperanza de alcanzar los logros que me proponga en la vida.

Me han enseñado a ser la persona que soy hoy, mis principios, mis valores, mi perseverancia y mi empeño.

También quiero dedicarle este trabajo a mi esposo Henry Freire. Por su paciencia, por su comprensión, por su empeño, por su fuerza, por su amor, porque fue el quien directamente vivía mi ausencia y cuidaba de nuestros hijos en mis horas de estudio. Realmente, el me ayuda a alcanzar el equilibrio que me permite dar todo mi potencial. Nunca dejaré de estar agradecida por esto.

También, quiero dedicarles este trabajo a mis hijos Kristhel, Henry y Mia quienes dieron mi motivación y mis ganas de luchar cuando ya sentía que no daba más con tantas obligaciones como estudiante, madre y esposa. Sin duda ellos son lo mejor que me ha pasado, y quienes me dan siempre el último empujón que me faltaba para terminar este trabajo de postgrado.

Tomalá Quimí Patricia Alexandra

El presente trabajo de posgrado está dedicado con todo mi amor en primer lugar a Dios, ya que él es el ser que ha hecho posible que yo llegue hasta este punto en mi carrera, me ha llenado de fuerza y valor, así como de muchas victorias, todo se lo debo a Él.

A mi madre Gardenia Valverde Ruiz, a mi padre Eduardo Toaza Méndez quienes han sido un apoyo fundamental para mí, a mis hijas Danna Solís Toaza y Iris Solís Toaza por ser el motor de mi inspiración y por quien deseo seguir superándome, a mi esposo Ronald Solís Vera ya que él ha sido un compañero en las buenas y en las malas durante las últimas etapas de mi carrera, brindándome su ayuda incondicional.

Toaza Valverde Valeria Elizabeth.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por que él es el eje de toda mi vida, el ser que permite que este postgrado llegase a su término.

A mi abuela quien cada fin de semana me motivaba a seguir cuando, le contaba que talvez ya no podría ir, sin duda ella me daba aliento con solo decirme hija tu todo lo que te propongas lo lograras, vamos el tiempo pasa pronto.

A mis hijos que han sido siempre el motor que impulsa mis sueños y esperanzas, quienes estuvieron siempre a mi lado en los días y noches más difíciles durante mis horas de estudio. Hoy cuando concluyo mis estudios, les dedico a ustedes este logro amados hijos, como una meta más conquistada. Orgullosa de tenerlos en mi vida y que estén a mi lado en este momento tan importante.

A la Universidad Estatal de Milagro por haberme dado la oportunidad de estudiar en sus aulas y poder obtener conocimientos para poder aplicar en el ámbito profesional.

A mis compañeros de estudio que hicieron más ameno este camino, porque cada uno nos apoyamos para lograr cumplir esta meta tan anhelada.

A mi tutor de proyecto porque gracias a su guía se pudo terminar con éxito la investigación.

Tomalá Quimí Patricia Alexandra

Agradezco a Dios por mantenerme firme en mi lucha constante ayudándome a superar día a día, cada obstáculo que se me presento y no claudicar en el intento, regalándome cada mañana una oportunidad más de despertar y seguir luchando por alcanzar cada uno de mis objetivos.

Con todo mi cariño e infinito amor a mis padres e hijas y compañero de vida, que son mis sustento e inspiración, por apoyarme en este largo camino motivándome con paciencia y amor cuando sentía que el trayecto concluía y los sueños se perdían, a ellos mis más eternos agradecimientos.

A la Universidad Estatal de Milagro por haberme abierto sus puertas, a los catedráticos por haberme formado como maestrante.

Toaza Valverde Valeria Elizabeth.

Resumen

La presente investigación se centra en la intervención psicológica a través de terapias cognitivo-conductuales enfocadas a reducir el estrés postraumático que presenta una adolescente de 13 años que fue víctima de abuso sexual por parte de un adulto no perteneciente a su vínculo familiar. En el transcurso de la investigación se detalla la psicopatología que presenta la adolescente y los resultados de las diferentes pruebas psíquicas que se le aplicaron, después de un diagnóstico se le proporciona un tratamiento con 12 sesiones adaptadas y personalizadas del “Manual para el tratamiento de niños, niñas y adolescentes víctimas sobrevivientes de agresiones sexuales”, un documento avalado y financiado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que recoge estrategias y técnicas de apoyo para ayudar a las víctimas de estos casos. En cada una de las sesiones la menor va realizando actividades que van fortaleciendo su autoestima, despejando sus miedos y desarrollando confianza para decir no ante situaciones de peligro, entre otros mecanismos de defensa. Se aplicó la metodología cualitativa para obtener datos de la adolescente que permitieran establecer su diagnóstico y grado de severidad de los acontecimientos traumáticos presentados por la paciente. Se concluye que la intervención tuvo efectos significativamente positivos en la adolescente, puesto que la menor presenta una autoestima más saludable y su comportamiento es más sociable, así lo evidencian los test aplicados luego de la intervención realizada, además, al presente la adolescente ha desarrollado un plan autoprotección.

Palabras claves: Psicoterapia, cognición, abuso sexual.

Abstract

This research focuses on psychological intervention through cognitive-behavioral therapies focused on reducing post-traumatic stress presented by a 13-year-old adolescent who was the victim of sexual abuse by an adult not belonging to her family relationship. In the course of the investigation, the psychopathology presented by the adolescent and the results of the different psychic tests that were applied to her are detailed. After a diagnosis, she is given a treatment with 12 adapted and personalized sessions of the "Manual for the treatment of children, girls and adolescents, surviving victims of sexual assaults", a document endorsed and financed by the United Nations Children's Fund (UNICEF), which includes support strategies and techniques to help the victims of these cases. In each of the sessions, the minor carries out activities that strengthen her self-esteem, allaying her fears and developing confidence to say no in dangerous situations, among other defense mechanisms. Qualitative methodology was applied to obtain data from the adolescent that would allow establishing her diagnosis and degree of severity of the traumatic events presented by the patient. It is concluded that the intervention had significantly positive effects on the adolescent, since the minor has a healthier self-esteem and her behavior is more sociable, as evidenced by the tests applied after the intervention carried out, in addition, at present the adolescent has developed a self-protection plan.

Keywords: Psychotherapy, cognition, sexual abuse

Lista de Tablas

TABLA 1.....	7
TABLA 2.....	44
TABLA 3.....	48
TABLA 4.....	49
TABLA 5.....	51
TABLA 6.....	53
TABLA 7.....	54
TABLA 8.....	56
TABLA 9.....	57
TABLA 10.....	59
TABLA 11.....	60
TABLA 12.....	61
TABLA 13.....	62
TABLA 14.....	63
TABLA 15.....	64
TABLA 16.....	65
TABLA 17.....	66
TABLA 18.....	67
TABLA 19.....	67

Índice / Sumario

CARÁTULA.....	i
Derechos de autor.....	ii
Aprobación del director del Trabajo de Titulación	iv
Aprobación del tribunal calificador.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTOS	viii
Resumen.....	x
Abstract.....	xi
Lista de Tablas.....	xii
Índice / Sumario	xiii
Introducción.....	xv
CAPÍTULO I: El problema de la investigación	1
Planteamiento del problema.....	1
1.1. Delimitación del problema	3
1.2. Formulación del problema.....	3
1.3. Preguntas de investigación	5
1.4. Determinación del tema	5
1.5. Objetivo General	5
1.5.1. Objetivos Específicos	5
1.6. Hipótesis	6
1.6.1. Hipótesis General.....	6
1.6.2. Hipótesis Específicas	6
1.7. Declaración de las variables.....	6
1.8. Justificación.....	7
1.9. Alcances y limitaciones	9
CAPÍTULO II: Marco teórico referencial	10
2.1. Antecedentes	10
2.1.1. Antecedentes históricos	10
2.1.2. Antecedentes referenciales.....	12
2.2. Contenido teórico que fundamenta la investigación	13
CAPÍTULO III: Diseño metodológico	39
3.1. Tipo y diseño de investigación	39
3.2. La población y la muestra.....	39

3.2.1. Características de la población	39
3.2.2. Delimitación de la población.....	39
3.2.3. Tipo de muestra	39
3.2.4. Proceso de selección de la muestra.....	40
3.3. Los métodos y las técnicas	40
3.4. Procesamiento estadístico de la información	41
CAPÍTULO IV: Análisis e interpretación de resultados.....	42
4.1. Análisis de la situación actual	42
4.1.1 Anamnesis familiar de la menor	42
4.1.2 Antecedentes de la menor.....	42
4.2 Análisis situación actual	43
4.2.1 Pruebas aplicadas	44
4.3 Desarrollo y aplicación de la Psicoterapia Cognitiva Conductual.....	46
4.3 Análisis Comparativo.....	67
4.4 Comprobación de hipótesis.....	69
CAPÍTULO V: Conclusiones y Recomendaciones	71
5.1. Conclusiones.....	71
5.2. Recomendaciones.....	72
Referencias bibliográficas	74
Anexos	79

Introducción

La violencia contra los niños, niñas y adolescentes es considerada una realidad que afecta a miles de familias en todo el mundo. Dispuestos a una mayor vulnerabilidad y por depender del cuidado de adultos, los niños, niñas y adolescentes son las principales víctimas de malos tratos y abusos, prácticas que se caracterizan como un grave problema de carácter psicosocial, jurídico y de salud pública.

De acuerdo al World Health Organization (WHO), en un informe realizado en el año 2015 las estimaciones de maltrato y abuso indican que el 22% de los adultos en el mundo sufrieron abuso físico en la infancia, el 36% abuso emocional y el 16% abandono, sin diferencias significativas entre géneros. Sin embargo, cuando se trata ocasionalmente de abusos sexuales en la infancia, esta diferencia se acentúa: 7,6% para los niños y 18% para las niñas.

Los impactos negativos causados por la exposición a la violencia infantil, incluyendo principalmente el abuso sexual infantil, son evidentes y se mantienen a lo largo de la vida a través de dolencias sintomáticas, estados fóbicos y ansiosos, trastornos del sueño, sentimientos de rechazo, sentimientos crónicos de peligro, culpa excesiva, enfermedades gastrointestinales, y problemas de salud reproductiva, déficits en habilidades sociales, entre otros.

Específicamente, los niños y adolescentes víctimas de abuso sexual pueden presentar diversas alteraciones conductuales y cognitivas, que se traducen en irritabilidad, aislamiento social, conductas autolesivas, baja concentración y atención, bajo rendimiento escolar y diversas distorsiones cognitivas como la personalización y la generalización, así como como cambios emocionales intensos, como sentimientos de miedo, vergüenza, culpa, ansiedad, tristeza, ira e irritabilidad.

Este proyecto de investigación tiene como objetivo realizar una intervención de psicoterapia cognitiva conductual a una víctima de abuso sexual de la fundación Santa María de la Esperanza, de la comuna Olón de la provincia de Santa Elena, año 2022. Para ello también se tuvo que cumplir objetivos específicos como la de diagnosticar la psicopatología que presentaba la víctima de abuso sexual, desarrollar las sesiones que iban a estar compuesto el tratamiento psicoterapéutico cognitivo conductual que iba a ayudar a superar traumas psicológicos sufridos por la víctima de

abuso sexual y determinar el impacto que la psicoterapia cognitiva conductual aplicada.

Esta investigación quiso aportar y ser parte del grupo de apoyo, de una menor de 13 años, víctima de abuso sexual que actualmente se encuentra acogida temporalmente en la fundación Santa María de la Esperanza. Para el caso de la adolescente, luego de evaluar su situación, se estableció un diagnóstico en el que se pudieron encontrar síntomas psicológicos en la que manifiesta ansiedad, baja autoestima, miedos, cierto nivel de culpabilidad, estrés y otros, por lo que se decidió una intervención enfocada en el trauma, inspirada del “Manual para el tratamiento de niños, niñas y adolescentes víctimas sobrevivientes de agresiones sexuales” las cuales se desarrollan en 12 sesiones y fueron adaptadas y personalizadas para el caso de nuestro estudio, encontrando una notable mejoría después de la aplicación en este estudio de caso.

Capítulo I: El problema de la investigación

Planteamiento del problema

El maltrato infantil es un tipo específico de violencia que ha sido objeto de múltiples investigaciones en este siglo, ha originado un alto interés tanto en lo social, político, científico y académico, y en consecuencia se han elaborado propuestas de prevención y sobre todo de intervención. Dentro de la tipología de maltrato infantil se encuentra la violencia sexual, que es la transgresión de los límites íntimos y personales del niño o la niña. Se origina a través de la imposición de comportamientos específicos de contenido sexual por parte de una persona (un adulto u otro menor de edad) hacia un niño o una niña, realizado generalmente en un contexto de desigualdad o asimetría de poder, frecuentemente se da a través del engaño, la fuerza, o la manipulación, en las que puede incluirse contacto sexual, aunque también actividades sin contacto directo como el exhibir, y exponer a niños o niñas en material pornográfico en la producción de escenas de contenido sexual (Flores y otros, 2018).

En el Ecuador, de cada 10 víctimas de violación, 6 corresponden a niñas, niños y adolescentes. El 65% de casos de violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes son cometidos por sus propios familiares, con un 14% probable de manera periódica. Se evidencia claramente la dificultad que presentan las familias en detectar, prevenir y actuar frente a casos de abuso sexual. En algo más de la mitad de los casos (55,6%), la familia se limitó a tomar medidas para evitar que el hecho se repita, y apenas el 15% optó por la denuncia correspondiente, en consecuencia, en pocos casos se evidencia un tratamiento psicoterapeuta por violación sexual (Consejo Nacional para la igualdad Intergeneracional, 2018).

Según la dirección distrital de educación 24D01- Santa Elena en su informe de rendición de cuentas de enero a diciembre del año 2019, reportó 44 casos de estudiantes víctimas de violencia sexual; para el año siguiente, el 2020 durante el confinamiento por la pandemia, la Fiscalía de Santa Elena (FGSE) reportó 113 casos de abuso sexual y 30 casos por acoso en la misma modalidad, aunque no se especifica el número que corresponde a los menores de edad, el departamento de atención ciudadana del distrito de educación reportó 7 denuncias de casos de abuso

sexual, mientras que para el año 2021 la FGSE reportó 77 víctimas de abusos sexual de los cuales 13 pertenecen a acoso sexual en menores de dieciocho años y 30 abusos sexuales correspondiente a menores de catorce años o con discapacidad. Como las cifras lo evidencian, los menores son los más perjudicados en este tipo de violencia, puesto que son más vulnerables por su edad e inocencia.

El acoso y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes (NNA) es problema grave en nuestra sociedad, que requiere atención e intervención urgente. Las víctimas de abuso sexual en la etapa infantil y adolescente comúnmente sufren una serie de consecuencias adversas entre las que se destacan el estrés postraumático (TEPT), la depresión y la sintomatología ansiosa, las víctimas llevan una mala calidad de vida. Por consiguiente, se plantea la psicoterapia cognitivo conductual como tratamiento y un proceso que se enfoca en superar las consecuencias negativas de las experiencias de agresión sexual (Guerra y Barrera, 2017).

Existen una serie de factores que inciden en la violencia sexual de niños, niñas y adolescentes que vulneran su condición humana, de inmadurez frente a situaciones que atentan con el crecimiento y formación de seres humanos con las capacidades cognitivas, socio afectivas cónsonas con los derechos y deberes que tienen dentro del espacio y tiempo de un país que busca consolidarse en un mundo globalizado, competitivo. Estos factores se encuentran asociados con el niño, niña y adolescente y relacionados con la familia, relacionados con aspectos socioculturales (Franco y Finol, 2020).

Es deber del estado brindar las herramientas necesarias a nivel de salud pública a todos los ciudadanos, de forma accesible, rápida y gratuita, para la prevención e intervención profesional frente a cualquier caso de violación sexual especialmente de niños, niñas y adolescentes.

En la fundación Santa María de la Esperanza, existen casos de niños niñas y adolescentes que actualmente presentan traumas por abuso sexual, por lo que es necesario brindar herramientas que ayuden a estos NNA a superar esta situación, para la investigación se tomará el caso de una adolescente de trece años que se

encuentra albergada temporalmente en esta casa de acogida por motivos de violencia sexual.

1.1. Delimitación del problema

Provincia: Santa Elena

Cantón: Santa Elena

Comuna: Santuario de Olón

Cobertura: Fundación “Santa María de la Esperanza”

Unidad de análisis: Una víctima del abuso sexual

Área de Investigación: Psicología

Variable independiente: Psicoterapia cognitivo conductual

Variable dependiente: Abuso sexual – estrés post traumático

La investigación se realizará en la fundación Santa María de la Esperanza, esta institución opera como casa de acogida para NNA, se ubica en la comuna de Olón en Santa Elena, su misión brindar atención integral de acogimiento temporal a niños, niñas y adolescentes privados de su medio familiar, vulnerados o en riesgo de vulneración de sus derechos, actualmente habitan y reciben atención 86 niños y niñas.

Esta fundación, a lo largo de sus 25 años de funcionamiento en el país, ha garantizado seguridad y un ambiente adecuado que busca satisfacer las necesidades de protección de los NNA y adultos mayores vulnerables o en riesgo, permitiendo su desarrollo integral mediante acciones que procuren preservar, mejorar, fortalecer o restituir los vínculos familiares, mientras se resuelve las situaciones que motivaron su ingreso.

1.2. Formulación del problema

En la Comuna de Olón se presenta un caso de abuso sexual a una adolescente de 13 años por parte de un hombre mayor, no perteneciente al círculo familiar de la menor, cuando fue víctima del abuso la joven se encontraba viviendo en una casa perteneciente a miembros de la congregación cristiana evangélica Filadelfia, fue uno de éstos quien cometió la agresión contra la menor, la joven residía con ellos porque

se encontraba en la calle, habiendo huido a causa de la violencia intrafamiliar que se vivía dentro de su hogar primario. La policía constata el delito de abuso sexual y envía a la menor a la Fundación de “Santa María de la Esperanza” de la misma comuna, para que sea atendida y acogida temporalmente mientras se resuelve su situación. En la fundación conocemos el caso de la menor y el problema grave de abuso sexual que presenta, se determina que requiere una intervención específica que le ayude a superar los traumas por los que está pasando y se procede establecer una terapia de acuerdo con su edad y problema, al momento de trabajar en la investigación se establece que la variable a manipular será la víctima del abuso la cual claramente muestra psicopatología asociadas al estrés post traumático. Para efectuar el tratamiento se aplicará un modelo de terapia cognitivo conductual a la adolescente con el fin de disminuir la psicopatología que presenta y que de esta forma pueda alcanzar un mayor bienestar y calidad de vida.

Se considera factible realizar una intervención puesto que, cuando una persona ha sido víctima de abuso sexual comúnmente presenta heridas emocionales y trastornos de conductas derivadas del estrés postraumático (TEPT), por lo que es preciso atender psicológicamente estos traumas desde el principio, antes de que puedan seguir perjudicando la calidad de vida de la persona.

En este contexto es importante proporcionar un tratamiento de psicoterapia cognitivo conductual, lo cual viene a ser la variable independiente, dado que, como se ha mencionado, el abuso sexual provoca en las víctimas numerosas secuelas negativas a nivel físico, psicológico o comportamental las cuales se van agravando con el pasar del tiempo, siendo esta nuestra variable dependiente. Se hace relevante ayudar a la adolescente a desarrollar actitudes y mecanismos de defensa ante los traumas del abuso sexual que le permitan hacer frente a las consecuencias negativas que se desprenden de esta situación problemática, así como también, así como establecer un plan de autoprotección que le permita identificar las situaciones de riesgo, cómo actuar y a quién acudir ante situaciones de peligros iguales o similares al sufrido

1.3. Preguntas de investigación

¿Qué técnicas se pueden aplicar dentro de la psicoterapia cognitivo conductual a la adolescente víctima del abuso sexual?

¿Como influye la psicoterapia cognitivo conductual en la víctima del abuso sexual con relación a su autoestima?

¿Como influye la psicoterapia cognitivo conductual en la víctima del abuso sexual con relación a la ansiedad?

1.4. Determinación del tema

Psicoterapia cognitivo conductual aplicada a un caso el abuso sexual de la fundación Santa María de la Esperanza, de la comuna Olón de la provincia de Santa Elena, año 2022.

1.5. Objetivo General

Aplicar la psicoterapia cognitivo conductual para disminuir el estrés post traumático de una adolescente víctima de abuso sexual albergada en la fundación Santa Mariana de la Esperanza, de la comuna Olón, provincia Santa Elena.

1.5.1. Objetivos Específicos

Diagnosticar la psicopatología que presenta la víctima del abuso sexual de la fundación Santa María de la Esperanza, de la comuna Olón de la provincia de Santa Elena, con el fin de establecer el tipo de tratamiento adecuado.

Determinar la dimensión Autoestima antes y después de aplicar la psicoterapia cognitivo conductual a una víctima de abuso sexual de la fundación Santa María de la Esperanza, de la comuna Olón de la provincia de Santa Elena, con el fin de establecer un tipo de tratamiento adecuado.

Determinar la dimensión Ansiedad antes y después de aplicar la psicoterapia cognitivo conductual a una víctima de abuso sexual de la fundación Santa María de la Esperanza, de la comuna Olón de la provincia de Santa Elena, con el fin de establecer un tipo de tratamiento adecuado.

1.6. Hipótesis

1.6.1. Hipótesis General

La psicoterapia cognitivo conductual disminuye el estrés post traumático de una adolescente víctima de abuso sexual albergada en la fundación Santa Mariana de la Esperanza, de la comuna Olón, provincia Santa Elena, año 2022.

1.6.2. Hipótesis Específicas

Las técnicas aplicadas influyen significativamente en la disminución del estrés post traumático de una adolescente víctima de abuso sexual albergada en la fundación Santa Mariana de la Esperanza, de la comuna Olón, provincia Santa Elena, año 2022.

La psicoterapia cognitivo conductual mejoro significativamente la autoestima en la adolescente víctima de abuso sexual albergada en la fundación Santa Mariana de la Esperanza, de la comuna Olón, provincia Santa Elena, año 2022.

La psicoterapia cognitiva conductual disminuyo significativamente la ansiedad en la adolescente víctima de abuso sexual albergada en la fundación Santa Mariana de la Esperanza, de la comuna Olón, provincia Santa Elena, año 2022.

1.7. Declaración de las variables

Variable Independiente: Psicoterapia

La psicoterapia es el tratamiento que tiene como objetivo el cambio de pensamientos, sentimientos y conductas. Se lleva a cabo entre un profesional con la formación y las habilidades necesarias para facilitar el cambio psicológico,

y el paciente/cliente que requiere la ayuda para aliviar los síntomas que le producen un grado de sufrimiento importante. (Centro de psicoterapia y asesoramiento psicológico, 2022, p. 1)

Pulido (2018), menciona que la Terapia Cognitivo Conductual ayuda a lidiar con los efectos del abuso sexual infantil; porque opera desde un estado conductual y emocional, que se refiere a una de las técnicas de tratamiento. Es decir, con un apoyo seguro, el paciente reduce gradualmente las emociones negativas.

Variable dependiente: Abuso sexual

El abuso sexual de menores se refiere a cualquier conducta en el que una niña o niño es usado como un objeto sexual por parte de otra persona con una relación asimétrica, con la influencia de factores como edad, poder, en la que se bloquea toda posibilidad de relación libremente consentida (Garate, 2019).

Tabla 1

Variables de estudio

Variable	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores
Independiente: Psicoterapia cognitivo conductual	Problemáticas presentadas por el consultante	Indicadores de abuso	Establecer diagnóstico
	Modelo de intervención	Fases de intervención pedagógica	Desarrollo del tratamiento
Dependiente: Abuso Sexual	Determinación tipo de abuso	Perfil de la víctima	Edad, sexo, estabilidad psicológica, contexto familiar
	Características del abuso	Autoestima Ansiedad	Conducta inapropiada, depresión, conducta sexualizada

1.8. Justificación

La violencia contra los niños, niñas y adolescentes ha venido ocurriendo durante siglos, muy pocos de los ultrajes han sido denunciados y además pocos fueron

investigados debidamente, en consecuencia, la mayoría de los perpetradores nunca pasaron por un juicio, tampoco hay evidencias de que a las víctimas se les haya procurado un tratamiento psicológico adecuado que les hubiese ayudado a superar el trauma.

Actualmente las autoridades realizan campañas en contra del maltrato y abuso de los menores, la sociedad trata de defender sus derechos y se han creado instituciones especializadas que están tomando medidas para visibilizar y erradicar todo tipo de abuso en contra de los NNA, pese a ello aún existen casos que no se denuncian por varios motivos, por ejemplo: siendo menores de edad no poseen la capacidad de denunciar la violencia, el miedo a que no les crean, la vergüenza que sienten no les permite contarlo, y en la mayoría de los casos son amenazados y obligados por su agresor para que no cuenten nada a nadie.

Los profesionales de la psicología estamos llamados a intervenir estratégicamente para aliviar el peso emocional con el que cargan las víctimas. El abuso sexual es un secreto terriblemente angustiador con el que viven muchos niños y adolescentes. Es un tema delicado, complejo y sumamente serio, abordarlo es exponer un tabú, algo que es poco tratado a la luz pública, por ser un secreto, tanto para el abusador, que no está dispuesto a ser descubierto, en el caso de la víctima, se encuentra completamente desorientada y siente un miedo terrible (Benedith, 2015).

Frente a esta realidad, es de esperarse que la psicología como ciencia especializada en el desarrollo pleno del individuo en su dimensión psíquica continúe desarrollando técnicas e instrumentos de indagación y diagnóstico. Esta investigación tiene una utilidad práctica, pues se propone aplicar psicoterapia cognitivo conductual para aquellas personas que han sido víctima de abuso sexual y puedan mejorar su condición de vida y contrarrestar muchas situaciones en su vida diaria.

Tiene una utilidad metodológica, pues a partir de esta investigación se puede tomar de base para futuras investigaciones que ayuden a encontrar solución al planteamiento propuesto. En lo referente a la utilidad teórica, se puede observar comparaciones entre autores que han realizado estudios sobre la psicoterapia cognitivo conductual para ayudar a aquellas personas que han sido víctima de abuso

sexual, dando pie para que esta investigación sirva de guía para estudios realizados por otros investigadores.

Además, es relevante porque de acuerdo a investigaciones, son muchas las víctimas de abuso sexual que se pueden encontrar hoy en día en la sociedad, personas que lamentablemente viven con ansiedad, depresión y otras situaciones que alteran su vida normal, por lo que mediante esta propuesta se puede ayudar a encontrar una solución para garantizar el buen vivir de estas víctimas, respetando sus derechos como seres humanos, siendo los principales beneficiarios mientras que las familias se convierten en beneficiarios indirectos al aplicar esta propuesta en ellos.

1.9. Alcances y limitaciones

El alcance de esta investigación reside en ser el primer estudio enfocado en la psicoterapia cognitivo conductual orientada al tratamiento contra los traumas que presentan los niños, niñas y adolescentes que se albergan en la fundación Santa María de la Esperanza. Así como también, se involucra de manera directa y permanente a los NNA, reflejando las condiciones de su entorno familiar y social.

La investigación puede ser un referente para otras instituciones con casos similares al del estudio. Se pretende ayudar a una víctima de abuso sexual a superar los traumas psicológicos que padezca través de la psicoterapia cognitivo conductual.

En lo referente a las limitaciones las instituciones gubernamentales encargadas de la protección de los derechos de los NNA proporcionan pocos datos específicos relacionados al tema de nuestra investigación. La investigación tomará en cuenta únicamente a un caso de abuso sexual de los que son acogidos por la fundación Santa María de la Esperanza de la comuna Olón de la Provincia Santa Elena.

Escaza información en español sobre guía clínicas de psicoterapia cognitivo conductual enfocadas al tratamiento contra traumas por abuso sexual en menores.

CAPÍTULO II: Marco teórico referencial

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes históricos

Para entender mejor la violencia sexual infantil, es importante mencionar lo que significa ser niño. Según Gómez (2018), existe el entendimiento de que ser niño se reduce a ser feliz, alegre, despreocupado, tener condiciones de vida propicias para su desarrollo, es decir, la niñez es considerada la mejor época de la vida. Por ello, es necesario valorar que no todo niño tiene infancia, hay niños que se crían y nacen en cinturones de miserias, descubren muy temprano que su terreno es el asfalto hostil, donde son perseguidos por los carros y donde comienzan la rutina de la criminalidad.

El abuso sexual ha sido descrito desde la antigüedad. El emperador romano Tiberio, según la obra de Suetonio sobre la vida de los césares, tenía inclinaciones sexuales que incluían a los niños como objeto de placer. Se dice que se retiró a la isla de Capri con varios de ellos, y que los obligó a satisfacer su libido mediante la práctica de diversas formas de actos sexuales. Un siglo separa el primer trabajo científico publicado sobre el maltrato a niños y adolescentes y su inclusión como tema de interés en las áreas de pediatría y salud pública (Goodman y Bottoms, 2017).

La primera monografía que describe el síndrome del niño maltratado, *Étude médico-légale sur les sevices et mauvais traitements exercés sur des enfants*, fue escrita por Ambroise Tardieu, un médico forense francés, en 1860. El mismo autor, ya en 1857, en *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*, había analizado 632 casos de abuso sexual contra mujeres, en su mayoría niñas, y 302 contra niños y hombres jóvenes, describiendo los signos físicos según la gravedad de la lesión. En el *Dictionnaire d'hygiène et de salubrité* de 1862, Tardieu describió casi todas las formas de maltrato tal como se conocen hoy. Lo que lamentablemente no logró fue convencer a sus pares de que los abusos y maltratos a niños, niñas y adolescentes no solo se daban en las fábricas, minas y escuelas, sino también en el seno de las familias (Goodman & Bottoms, 2017).

Influido por la obra de Tardieu, Sigmund Freud publicó un texto en 1896 en el que afirmaba que la etiología de la histeria radicaba en el abuso sexual infantil. El trabajo fue mal recibido en los círculos académicos. Al año siguiente, 1897, Freud abandonó esta teoría, explicando los recuerdos de abuso sexual como fantasías, en línea con su teoría del complejo de Edipo.

Según Gover (2017), los niños sólo comenzaron a desempeñar un papel social relevante a partir de finales del siglo XVII. Sus alusiones al abuso sexual a menudo fueron consideradas "fantásticas" o incluso mentiras por los tribunales, lo que implica un deseo de dañar al acusado para obtener alguna ventaja.

Tuvieron que pasar otros cien años de sufrimiento para que la obra del médico francés fuera confirmada por un grupo de radiólogos estadounidenses, los doctores Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller y Silver, quienes, en 1962, publicaron el artículo El síndrome del niño maltratado, que determinaron en Estados Unidos y en otros países del mismo hemisferio la modificación de leyes y la creación de políticas públicas dirigidas a la atención, protección y prevención del abuso y maltrato contra menores de edad (Roche y otros, 2016).

En todo el mundo, mucho se ha escrito y estudiado sobre el tema en los últimos cuarenta años, sin embargo, se ha avanzado poco en la práctica. Quizás la magnitud del tema o la dificultad que tienen las personas para controlar el sufrimiento ante los casos de maltrato explique el fenómeno, ya que se dan fuera de la realidad conocida y vivida por gran parte de la sociedad, siendo vistos como el problema de los otros.

Existen diversas formas de maltrato contra niños, niñas y adolescentes: maltrato físico, sexual, psicológico, abandono, etc. De estos, no se sabe cuál es el más dañino. Se imponen preguntas relacionadas con la reacción de la víctima, la situación de la familia en los casos de denuncia y prueba del maltrato, así como el desarrollo de los procedimientos policiales y judiciales. También es necesario conocer las repercusiones en la vida de los niños y adolescentes: el rendimiento escolar, la adaptación social, los cambios en la salud física y mental y la posibilidad de desarrollar trastornos de conducta.

Varios trastornos psiquiátricos se han relacionado con eventos traumáticos sufridos en la infancia, con niveles de gravedad que varían según el tipo de abuso, su duración y el grado de relación entre la víctima y el agresor. Algunos estudios indican que los traumas infantiles son responsables de alrededor del 50% de las psicopatologías encontradas en adultos (Okeefe, 2018). El deterioro de la salud mental y la futura adaptación social de las víctimas variará de un individuo a otro, según el tipo de violencia sufrida y la capacidad de reacción ante eventos estresantes.

2.1.2. Antecedentes referenciales

Entre las investigaciones encontradas se tiene la realizada por Escudero y otros (2017), sobre la intervención cognitivo-conductual en un caso de estrés postraumático por abusos sexuales en la niñez, teniendo como objetivo presentar el proceso de evaluación y también intervención terapéutica, con directrices de aproximación cognitivo – conductual, teniendo como conclusiones que un diagnóstico clínico pertinente permite que los pacientes que hayan sufrido este tipo de violencia puedan tener un tratamiento adecuado, logrando así un resultado que sea positivo. Además se considera en este estudio que para tener una intervención exitosa es necesario que utilicen técnicas de modificación que estén centradas en terapia sexual y permitan reducir la sintomatología que pueda presentar la víctima.

En Chile otra investigación realizada fue la psicoterapia inspirada en la terapia cognitivo conductual centrada en un trauma de personas que han sido víctimas de abuso sexual, teniendo como objetivo de estudio fue el realizar una evaluación piloto que un protocolo inspirado en la TB – CBT. En esta investigación participaron 21 adolescentes femeninas entre 12 y 17 años. Esta investigación mostró como resultado que a las personas que participaron del tratamiento disminuyeron significativamente su sintomatología, entrando a discutir sobre la utilidad de este tipo de tratamientos (Guerra y Barrera, 2017).

Pillcorema y Hernández (2022) realizaron un artículo científico cuyo objetivo general es conocer la eficacia de aplicar la terapia cognitivo – conductual para casos de abuso sexual en la infancia, esta investigación fue de carácter bibliográfico cuyo método fue

descriptivo. Esta investigación tuvo como resultado que los niños que participaron del tratamiento, disminuyeron considerablemente aquellos pensamientos suicidas, además se espera que en un futuro puedan desarrollar habilidades que les permita defenderse en la vida diaria.

En Ecuador, en la universidad San Francisco de Quito, Ruales (2019) desarrollo una tesis sobre la terapia cognitivo conductual, la cual estaba enfocada en aquellos traumas que generan los estudiantes que presentaban ideas suicidas y que habian sido victima de abuso sexual en su infancia. El objetivo de esta investigación era evaluar la eficacia de una intervención de terapia cognitiva conductual en adolescentes que fueron victima de abuso sexual. Esta investigación fue de tipo experimental y tuvo un enfoque cuantitativo. Teniendo como resultados principales que aquellos estudiantes que participan de la terapia puedan desarrollar habilidades para la vida diaria.

2.2. Contenido teórico que fundamenta la investigación

Psicoterapia

Como ciencia humana, la psicoterapia sería ante todo una actividad relacional holista contextual que está centrada en la persona y apoyada en valores, más que una simple actividad científico – técnica centrada en mecanismos averiados. El modelo contextual de Wampold y un enfoque fenomenológico – existencial son hitos de esta nueva vida de la psicoterapia, más humana que tecnológica-impersonal (Pérez y Álvarez, 2019). La psicoterapia es un ensayo de “abrirse a los cursos existenciales alterados o modificados hacia nuevas posibilidades estructurales” (Figueroa, 2014, p. 45) .

En el contexto del trastorno, Álvarez (2020) lo concibe como un contexto interpersonal de ayuda para esclarecer los problemas y situación actual a fin de resituarse en una dirección con sentido y significado que va más allá de los propios “síntomas”. Para ello, existen múltiples ejercicios según las terapias, como análisis funcional de la conducta, clarificación de conflictos, confrontación, afrontamiento,

interpretación, solución de problemas, aceptación como forma de cambio, auto-distanciamiento, clarificación de valores, etcétera, sin dejar de nombrar además de las terapias existenciales y contextuales. (p. 8)

Las psicoterapias consisten en un conjunto de procedimientos técnicos que se sustentan en conocimientos teóricos relativos a cuestiones de orden etiológico, psicopatológico y terapéutico sobre los problemas a los que se dirigen. La existencia de un cuerpo de hipótesis teóricas y técnicas que fundamenta la práctica distingue las psicoterapias formales de los intentos espontáneos de ayuda que se dan entre individuos, los cuales, si bien pueden ser de gran utilidad, no buscan explicar teóricamente las razones de su eficacia ni transmitirse en forma de técnicas replicables y evaluables (Bernardi y otros, 2004 p. 105).

Origen de psicoterapia

López (2002) y Feixas (1993) citado por Gómez (2010), ubican los antecedentes de la psicoterapia mucho antes del nacimiento de la Psicología como ciencia y de la psicología clínica como campo de aplicación psicológico, la sitúan específicamente de la mano de otros saberes y disciplinas como la religión, la magia, la medicina y la filosofía; afirmación sostenida en la concepción de la psico-terapia como un tratamiento de lo psíquico o del alma.

Se considera que la psicoterapia tuvo sus inicios por el siglo XVIII, de la mano de los métodos terapéuticos famosos en esa época (el magnetismo animal de Franz Mesmer, y la hipnosis de James Braid) que buscaban ampliar los métodos de tratamiento para la cura de las enfermedades, por ese entonces, estas propuestas no fueron aceptadas por la medicina oficial, hasta que un siglo después fueron consideradas nuevamente, por Liébault (1823-1904) y Bernheim (1840-1919) en la Escuela de Nancy, y por Charcot (1825-1893) en la Salpêtrière. Esto ayudaría más

adelante en el reconocimiento de la psicoterapia, como tratamiento de lo psíquico en el ámbito médico.

Dos versiones rondan el origen de la psicoterapia, según las investigaciones de Gómez (2010), el cual nos menciona a dos autores que aluden de estas:

- Freixas (1993) señala que en la Escuela de Nancy a finales del siglo XIX el término psicoterapia hacía referencia a la sugestión, y,
- Jurgen (1990), indica que la fecha inaugural de la psicoterapia es el año 1900.

Ambas teorías coinciden con el nacimiento del psicoanálisis, por su parte Freixas (1993) la denominó el primer sistema integrado de psicoterapia.

Sin embargo, antes que se considerarse la psicoterapia como tratamiento, debería cumplir con dos situaciones: primero que la enfermedad mental se desvinculara totalmente de las concepciones sobrenaturales, y segundo, que ciertas formas de neurosis se desvincularan de la patología general (Gómez, 2010).

Para Bandura (1961), la psicoterapia se basa en un principio muy simple pero fundamental, que nos indica que el comportamiento humano es modificable a través de procedimientos psicológicos. En este sentido los terapeutas la usan para modificar en el paciente un comportamiento negativo por otro de aporte positivo, valiéndose de técnicas psicológicas a través de la psicoterapia.

Evolución de la psicoterapia

La psicoterapia, a lo largo de los años ha venido evolucionando significativamente, comenzando desde sus distintas figuras o enfoques, en las que podemos encontrar diferentes modalidades, técnicas de intervención, enfoques teóricos o investigaciones desarrolladas. La demanda de su aplicación ha permitido que la psicoterapia imprima su distinción y utilidad dentro del campo de la psicología clínica.

A finales de 1960 había más de 60 tipos de psicoterapia, las que iban desde el psicodrama (utilizan técnicas de teatro) a la imaginación guiada (utilizando imágenes

mentales e historias). Aun así, el proceso de evolución de la psicoterapia también contempla métodos que han sido poco humanos, como la lobotomía, la cual consistía en perforar un par de agujeros en el cráneo para luego introducir a través de ellos, un instrumento afilado en el tejido cerebral del paciente; este método se aplicaba en personas con ciertas dificultades que iban desde la locura, depresión o incluso problemas de aprendizaje. La mayoría de los casos se dio por la creencia de que la locura era “provocada” por los demonios, los cuales acechaban en el interior del cráneo, la perforación de un agujero en la cabeza del paciente podría crear una puerta por la cual los demonios podían escapar, y así expulsar la locura (Vergara, 2014).

Los antiguos griegos tenían otras formas arcaicas para curar sus enfermedades mentales, entre las que destacan baños de terapia para la depresión y la flebotomía, la cual consistía en la extracción de sangre como tratamiento común y habitual para diversas enfermedades, lo cual resultaba mayoritariamente perjudicial para el paciente, al ser excesivamente realizado hasta bien entrado el siglo XIX (Cortés, 2014).

Agraz y Berkowitz (1980) plantearon un modelo básico de investigación clínica donde se establecen los requerimientos que la investigación en psicoterapias debía satisfacer. Estos criterios promovían la realización de estudios factoriales con grupos experimentales y grupo control sumando grupos placebo, la idea era incorporar la mayor cantidad de variables a estudiar y a controlar, con el objetivo de dar mayor validez a los modelos psicoterapéuticos. Además, otro objetivo consistía en difundir estos modelos a profesionales de diferentes formaciones y lugares, quienes podrían aplicarlos de forma factibles en diversos ámbitos y situaciones clínicas (García, 2008).

Para mediados de la década de 1980 ya existían más de 400 tipos de terapias diferentes, aunque la mayoría de estas se practicaban sin respaldo de estudios que avalaran su eficacia. En 1989 en el congreso de EE.UU, se fundó la Agency for Health Care Policy and Research (hoy nombrada Agency Healthcare Research & Quality [Agencia para la Investigación y la Calidad en el Cuidado de la Salud) con la misión de fomentar la investigación sobre la efectividad de los tratamientos en

trastornos específicos, y en 1993 la American Psychological Association (APA) [Asociación Americana de Psicología] conformó Task Force, un equipo de trabajo enfocado a realizar investigaciones en psicoterapia, que permitan determinar tratamientos eficaces y determine los procedimientos de formación y entrenamiento de psicólogos clínicos en dichos tratamientos (García, 2008, p.3)

En 1995 Roth y Fonagy elaboraron un informe para el British National Health Service (Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña), sobre el resultado de aquellas investigaciones con el objeto de reconocer y dar conocer como tratamientos de primera línea las psicoterapias que evidencien eficacia probada (García, 2008).

Ávila (2003), acerca de su investigación, ¿hacia dónde va la psicoterapia?, hace una reflexión a partir de las tendencias en diferentes modalidades o ámbitos de la psicoterapia, su enfoque parte de “un cierto análisis prospectivo sobre cómo evoluciona la oferta y la demanda de servicios y los ámbitos en los que esta oferta y demanda puede manifestarse” (p. 69). Este autor en su investigación concluye, entre otras, que, las principales líneas de desarrollo de nuestro ámbito son que la Psicoterapia es una actividad, que pese a todas las controversias suma prestigio social. También menciona que los mediadores sociales hacen una promoción positiva de la psicoterapia lo cual constituye un importante impacto favorable. Los profesionales en la educación y la salud tienen cada vez una mayor sensibilidad en favor del beneficio proporcionado con el tratamiento de la psicoterapia, esto se evidencia principalmente en la atención primaria. Los medios de comunicación de masas hace tiempo que han incorporado a la psicoterapia como uno de los recursos necesarios para el hombre actual.

Es así como a través de los años y décadas de investigación en psicoterapia prueban consistentemente sobre la eficacia de la psicoterapia cognitivo conductual aplicada en pacientes víctimas de abusos, también hay que tomar en cuenta que el paciente, el terapeuta, su relación, el método de tratamiento y el contexto contribuyen al éxito (y al fracaso) del tratamiento.

La violencia

La violencia es tan vieja como el mundo; cosmogonías, mitologías y leyendas nos la muestran vinculada a los orígenes, acompañando siempre a los héroes y a los fundadores (Domenach, 1981).

La violencia, aunque existe y se practica desde los primeros compases de la humanidad, no fue identificada como fenómeno digno de atención hasta unos pocos siglos atrás. Fue precisamente con el inicio de la Edad Contemporánea cuando, sobre todo desde la filosofía, se comenzó a delimitarla como un fenómeno digno de estudio. Desde entonces, las diferentes disciplinas científicas han intentado acotar y conceptualizar una realidad realmente compleja y poliédrica.

Origen de la violencia sexual en menores

Millones de niños del mundo han sufrido violencias o negligencias físicas, emotivas o explotación y abusos sexuales; el riesgo de abuso es mayor en las niñas que en los niños; la inmensa mayoría de los abusadores son hombres; y en gran parte de los casos el abuso implica contacto físico, con tocamientos de genitales como el tipo más frecuente. El Papa Francisco en el año 2019 mencionó que la gravedad de la plaga de los abusos sexuales a menores es por desgracia un fenómeno históricamente difuso en todas las culturas y sociedades esto se debe a que las víctimas no denunciaron el abuso o fueron forzadas bajo amenazas a no decir nada.

Según a Acuña (2014), en un estudio sobre el abuso sexual en menores de edad: generalidades, consecuencias y prevención, menciona que: A lo largo de la historia se han establecido prototipos de abusadores, cayendo en la generalización; pero, sin embargo, dicha población es muy diversa, heterogénea y no necesariamente pueden clasificarse como pedófilos. Aunque se determinan ciertas tendencias y establecer algunas asociaciones, lo cierto es que, así como la identidad de la víctima puede ser cualquiera, la del abusador también (p. 5).

El perpetrador del abuso suele ser alguien conocido o cercano a la víctima, contrario a la creencia popular. Se estima que el 70% de los perpetradores son miembros de la familia, amigos, sacerdotes o personas a cargo del cuidado o educación del menor, y en especial figuras paternas. Además, un estudio argentino estimó que el 77% de los abusadores convivían con la víctima.

Castro (2018) realiza un análisis de la estructura perversa en infractores que han cometido abuso sexual a menores de edad, en su estudio menciona que, existieron varias civilizaciones alrededor del mundo en donde se consideró el abuso sexual o el incesto como un comportamiento frecuente dentro de la cultura de aquella época, de las cuales en algunos casos las prácticas sexuales de este tipo siguen vigentes hasta el día de hoy y no se han eliminado totalmente. (p. 21)

También existen otras prácticas o festividades que tienen una antigüedad de siglos, en donde se evidencia la normalización del abuso sexual, estas prácticas siguen estando vigentes y son criticadas hasta la actualidad. Por ejemplo, en la India, existe una festividad en la provincia de Karnataka en donde más de 1000 niñas de 10 años que ya han tenido su primera menstruación son consagradas anualmente a la Diosa Yellema y son subastadas como esclavas de la Diosa al mejor postor, en su mayoría acaban en los burdeles infantiles de Bomdabay.

Otra de las costumbres ancestrales que se mantiene hasta la actualidad es en Ghana, en donde existen las denominadas “esclavas trocosi”, quienes son esclavas para los dioses, estas niñas que fueron entregadas por sus familiares a los sacerdotes para supuestamente, así calmar la ira de sus dioses por los pecados cometidos por los mismos. Las tareas que tienen que cumplir las esclavas trocosi consisten en realizar ciertas funciones del hogar como limpiar, cocinar, realizar trabajos agrícolas y servir sexualmente al sacerdote. Se presume que las esclavas trocosi no pueden volver a su hogar porque si lo hacen sus familiares podrían padecer castigos provocados por los dioses.

Evolución del concepto de la violencia sexual en menores

Existen muchas definiciones del concepto abuso sexual infantil, sus enfoques pueden variar, por qué y dependiendo del ámbito en el que se generan (jurídico, educativo, sanitario, policial) tienen implicaciones distintas. Save the Children en Ojos que no quieren ver año 2018 indicaba que: El abuso sexual es una manipulación de niños, niñas y adolescentes, a partir de sus sentimientos, debilidades o necesidades, dada en desigualdad de poder. Tiene por objeto la sexualidad de la persona, generalmente cuando se está desarrollando y aún no tienen las capacidades necesarias para comprender los alcances de lo que está ocurriendo.

La manipulación también puede llegar a la amenaza o el chantaje emocional para asegurar el abuso durante un período más largo de tiempo. Tales circunstancias hacen que por parte del niño haya una imposición del silencio para evitar la culpa, la vergüenza y el sufrimiento de las personas que ama. Asimismo, este silencio hace que sea difícil la detección del abuso si no hay una preparación previa y específica de las personas adultas responsables del niño.

El término abuso hace referencia a una expectativa de confianza, que es la forma en que se producen generalmente los abusos, y que es justamente esa confianza la que deja en situación de ventaja a la persona agresora. Por otra parte, existe una evolución durante todo el proceso abusivo, que suele empezar con ganarse el cariño, la admiración y la confianza del niño que elige, generalmente con ciertas vulnerabilidades. La sexualidad es abordada de forma gradual y estratégica, de modo que el niño tenga ciertas dificultades para encontrar los límites de lo admisible

Según Norcross y Lambert (2011) consideran que el abuso sexual infantil por lo general se presentan estas 4 situaciones: Que haya una persona adulta motivada por abusar de un niño. Que esta persona adulta sea capaz de perpetrar el abuso. Que el niño no sepa o no pueda defenderse. Que no haya un entorno protector del niño que sepa detectar esta situación de riesgo.

Hipersexualización de la infancia

La hipersexualización infantil es una de las nuevas amenazas para los niños, niñas y adolescentes muy evidente en la actualidad, el informe Bailey (2001), la define como: sexualización de las expresiones, posturas o códigos de vestimenta considerados como demasiado precoces, los medios de comunicación, redes sociales y el marketing publicitario han contribuido enormemente a expandir esta epidemia en nuestra sociedad, sin detenernos a pensar las consecuencias negativas que esto supone en el desarrollo apropiado de nuestros NNA al permitir que, sobre todo la moda, con sus diseños de ropa y zapatos infantiles normalicen esta plaga que prioriza lo sexual antes que cualquier otra cualidad, también están los concursos de belleza infantil, los cuales son simulados para hacerlo parecer inofensivos y divertidos, pero en realidad solo usan a los menores para publicitar y vender determinados productos, por otro lado los videos, las canciones y danza donde los niños y principalmente niñas muy pequeñas, salen exageradamente maquilladas y con expresiones corporales inapropiadas de su edad.

La sociedad olvida que existen pervertidos y agresores sexuales que no verán estas acciones como inocentes, al contrario, esta sobreexposición de los NNA con actitudes sexualizadas solo alimenta el campo de las agresiones sexuales en los menores.

La psicoterapia aplicada en víctimas de abuso sexual

Existen diferentes tipos de psicoterapia, las más utilizadas son: psicodinámica, humanista, existencial, conductual, cognitivo-conductual, contextual, sistémica, constructivista. La presente investigación se enfocará en aplicar la psicoterapia cognitivo conductual, la cual es una de las técnicas más utilizadas en el campo de la psicoterapia para el tratamiento psicológico en personas que han sido víctima de abuso sexual.

Terapia cognitivo conductual

Las formas de violencia a las que estará expuesto un niño o una niña variarán según su edad y etapa de desarrollo, especialmente cuando comienzan a interactuar con el mundo fuera del hogar. Los bebés y niños o niñas pequeños tienen mayor probabilidad de ser víctimas de violencia por parte de sus cuidadores primarios y otros

miembros de la familia debido a su dependencia y sus limitadas interacciones sociales fuera del hogar. En cuanto se van desarrollando, aumenta su independencia y pasan cada vez más tiempo fuera del hogar y lejos de la familia; por lo tanto, los niños y niñas mayores tienen más probabilidad de ser agredidos por personas de fuera de su hogar. Sin embargo, hay muchas coincidencias en términos de edad, formas de violencia y autores (Pinheiro, 2010, p. 50).

En un estudio sobre abuso sexual realizado en Etiopía, muestra que el 21% de los niños en edad escolar en las áreas urbanas y el 64% de las áreas rurales reportaron abrasiones o hinchazón como resultado del castigo de los padres. Los estudios no muestran con exactitud el número de niños afectados por el abuso sexual en el mundo, pero sí revela que existe un 20% de las mujeres y el 5-10% de los hombres fueron abusados durante la niñez (Álvarez & Peláez, 2020, p. 30).

De acuerdo con Reyes y otros (2017), los efectos psicológicos producto de una violación sexual en un menor de edad en contra de su voluntad pueden ser traumáticos y tener repercusiones en su vida adulta. Los trastornos de la personalidad, los trastornos mentales y los problemas psicológicos como: pensamientos negativos, comportamiento suicida, y problemas sexuales son muy comunes en las víctimas cuando no se revisó oportunamente la salud mental de los afectados por ASI. Un aproximado del 25% de las alteraciones emocionales en la vida adulta se relaciona con el abuso sexual sufrido en la infancia (Amores y Mateos, 2017).

Pulido (2018) menciona que la Terapia Cognitivo Conductual ayuda a lidiar con los efectos del abuso sexual infantil; porque opera desde un estado conductual y emocional, en lo que se refiere a una de las técnicas de tratamiento. Es decir, con un apoyo seguro, el paciente reduce gradualmente las emociones negativas (p.5)

En el estudio de Torres et al. (2019) se menciona que la restauración cognitiva se refiere a la reestructuración del pensamiento a la capacidad de adaptarse a los pensamientos automáticos negativos generados por experiencias traumáticas que

provocan estrés y a sustituir estas distorsiones por otros pensamientos más realistas y positivos. De igual forma, Morera (2020) afirma que la Terapia Cognitivo-Conductual aporta evidencias que permiten al niño redefinir la relación entre su propia existencia y el entorno y funcionar mejor con diferentes estrategias cognitivas que brindan afecto y protección.

Guerra y Barrera (2017), afirman que la TCC puede durar 12 sesiones individuales con el niño y sus padres, y desarrollar una educación psicológica que normalice el estado de ánimo de la víctima. En respuesta a eventos traumáticos reforzando pensamientos positivos; de esta manera pueden reducir su tensión, mantener una relajación y expresar sus emociones.

Habigzang y otros (2016), creen que la Terapia Cognitivo-Conductual es efectiva después del abuso sexual infantil porque las técnicas y componentes de la psicoterapia se enfocan en detectar cambios que se generan en la conducta. Dadas las diferencias en las emociones del paciente, él o ella pueden comprender completamente los efectos positivos del deterioro cognitivo y conductual. Además, en un estudio de Hébert y otros (2020) integraron niños con ASI: 51% con PTSD clásico, 23% con trastorno de estrés postraumático complejo y 25% con trastorno depresivo en estos niños con comportamiento cognitivo negativo, fueron sometidos a un tratamiento que se centró en el trauma y obtuvo una reducción significativa en la distinción entre problemas internos y externos.

Este modelo de tratamiento implementado en la psicoterapia “Brinda información sobre el trastorno, su diagnóstico, evolución, tratamiento y busca entrenar a la persona con técnicas que mejoran su capacidad de observación y corrección de sus pensamientos, emociones y conductas a fin de hacerlos más saludables” (Barrera, 2018, p. 20).

La intervención, de la Terapia Cognitivo-Conductual ante situaciones de abuso sexual infantil (ASI) reduce los síntomas de ansiedad y depresión y evita el debilitamiento de la vulnerabilidad en los niños (Yauri y Rodríguez, 2022).

La Terapia Cognitiva Conductual enfocada en el Trauma

Se ha demostrado, a partir de investigaciones científicas, que la terapia cognitiva conductual enfocada en el trauma (TF-CBT) es uno de los enfoques más efectivos para este tipo de casos. Esta terapia fue desarrollada para “dirigirse a los múltiples impactos negativos, eventos de vida estresantes o traumáticos para niños de 3 a 17 años y para sus padres o sus cuidadores primarios” (Ruales, 2019, p. 27).

Holtzhausen y otros (2016), citado por Ruales (2019), mencionan que esta terapia ha sido ampliamente aceptada como uno de los mejores modelos prácticos para el tratamiento en niños y adolescentes de los síntomas que se producen en cuanto a los diferentes trastornos psicológicos que una víctima de abuso sexual infantil puede desarrollar, al igual que otros tipos de trauma, violencia doméstica y duelo.

Las Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC) contemporáneas constituyen un conjunto de tratamientos con muy diferentes estrategias y técnicas. Comparten el compromiso con una formulación de los problemas clínicos con apoyo empírico, así como un estudio científico de sus resultados. Uno de los aspectos destacables de estas formas de tratamiento psicológico es la utilización de técnicas de meditación y mindfulness en una especie de orientalización, técnicas de aceptación integradas dialécticamente a las técnicas de cambio o en reemplazo de las técnicas de cambio cognitivo, la consideración del nivel metacognitivo en la concepción de los trastornos mentales y su tratamiento o la inclusión de la compasión en el campo de la psicoterapia. Recientemente se ha consensuado denominar TCC basada en procesos a los modelos actuales. La meditación y el yoga son prácticas milenarias que se centran en el desarrollo de una espiritualidad que han ido ganando difusión en nuestro medio y que, en las últimas décadas, comenzaron a ser estudiadas científicamente e integradas por parte de las TCC. El estudio científico de los efectos de una práctica de origen espiritual y su integración en la forma más investigada de tratamiento psicológico, la TCC, resulta un interesante fenómeno en el que ciencia y espiritualidad comparten tradiciones y conviven enriqueciéndose mutuamente.

Procesamiento cognitivo

Durante el proceso de las sesiones con el paciente el terapeuta le ayudará a reconocer el 'triángulo cognitivo', el paciente podrá darse cuenta como la conexión entre sus pensamientos, sentimientos y comportamientos negativos que desarrolla a partir del trauma pueden ser reemplazados con cogniciones más positivas y útiles. Este proceso es fundamental, ya que el paciente será consciente de cómo sus pensamientos pueden influir para superar el trauma.

Los pensamientos negativos asociados al trauma por abuso sexual que los pacientes salen presentar son: miedo, vergüenza, asco, sentimientos de culpa, sentimientos negativos hacia los demás, depresión, estrés y otros.

Reestructuración cognitiva

Las preocupaciones del niño pueden distorsionar la percepción de la realidad y limitar sus propios recursos para afrontarla. Esta técnica se enfoca en detectar y modificar los pensamientos distorsionados relacionados a la situación de maltrato y abuso. La víctima necesita ayuda para identificar y expresar sentimientos de deseo y no deseo, sentimientos positivos y negativos, sus zonas privadas, los buenos y malos secretos. Los límites o fronteras son un área de tratamiento importante. Otro tema tipo de ayuda está en el adiestramiento en habilidades para la resolución de problemas, se define según Rodríguez y otros (1997) como un proceso cognitivo comportamental que ayuda al sujeto a plantear múltiples de alternativas de respuesta para afrontar con soluciones a problemáticas y a también incrementar respuestas más eficaces de entre esas alternativas.

Relación del psicoterapeuta con el paciente

Palabras como "relacionarse" y "comportamiento interpersonal" se utilizan para describir cómo se comportan los terapeutas y los clientes entre sí. Por el contrario, términos como "técnica" o "intervención" se utilizan para describir lo que se hace el terapeuta. En investigación y teoría, a menudo tratamos el cómo y el qué la relación y la intervención, lo interpersonal y lo instrumental como categorías separadas. En

realidad, por supuesto, lo que uno hace y cómo uno lo hace son complementarios e inseparables (Norcross y Lambert, 2011).

Del proyecto de investigación la terapia cognitiva conductual enfocada en el trauma para adolescentes con presencia de ideación suicida víctimas de abuso sexual en su infancia, realizado por Ruales 2019, tomamos las distintas fases de las sesiones de intervención entre el paciente y el psicoterapeuta:

- **Fase de estabilización (4-12 sesiones). Psico-educación.**

En la etapa de psicoeducación, el rol del terapeuta es brindar información sobre respuestas de trauma comunes relacionados con las experiencias y los traumas del paciente. El terapeuta debe normalizar y validar las respuestas presentes en el trauma para dar a entender al paciente y sus padres que ciertos comportamientos y emociones desreguladas se dan a causa del trauma que ha tenido en su vida. Mencionarlo puede ser muy útil para cambiar la perspectiva que los padres y el paciente tienen acerca de su problema. En definitiva, proporciona esperanzas de que la víctima puede recuperarse y retomar su funcionamiento saludable (Cohen y Mannarino, 2015).

Para poder iniciar con la psicoeducación, el terapeuta debe tomar en cuenta el nivel de desarrollo, la cultura y los intereses de la familia y el adolescente. Muchas familias al momento de buscar un servicio terapéutico para los eventos traumáticos de su hijo/a suelen estar angustiados, preocupados y suelen realizar muchas preguntas en torno a lo que puede pasar con su hijo/a a largo plazo a causa del trauma (Takazawa, 2015). La psico-educación trata de proveer a los padres del adolescente información respectiva a las experiencias del trauma sufrido. El terapeuta debe ayudar a los padres a identificar posibles recordatorios de trauma. Estos recordatorios consisten en cualquier tipo de señal que pueda recordarle a la víctima un trauma previo en su vida; esto inicia una cascada de distintas respuestas psicológicas, físicas y neurobiológicas similares a las que el adolescente experimentó en su infancia (Cohen y Mannarino, 2015). A medida que los padres van comprendiendo el proceso, pueden tener más sentido sobre las respuestas del trauma de su hijo/a y les permite intervenir

de forma más adecuada en el proceso y de manera más rápida para apoyar a su hijo con el uso de técnicas de la terapia para interrumpir o revertir el proceso.

Habilidades de los Padres: Es de suma importancia instruir ciertas habilidades en los padres para que sepan como manejar la situación de trauma con sus hijos/as. Se utilizan estrategias como “alabanza, atención selectiva y/o programas de comportamientos de contingencia” (Takazawa, 2015, p. 24).

Esta terapia es fundamental en el proceso ya que el terapeuta, generalmente trata al paciente solo una vez a la semana, mientras que sus padres lo ven el resto de los días, por lo tanto, en este sentido, es importante que ellos adquieran ciertas habilidades y estrategias que aporten al tratamiento para lograr la efectividad requerida de la terapia, es importante que se incluya a los progenitores y la víctima para desarrollar el programa y asociar los premios con recompensas, además, los padres deben elegir un solo comportamiento a la vez para trabajar en ello; finalmente, los padres deben proveer alabanzas en cualquier éxito presentado, contener y recompensar consistentemente (Cohen y Mannarino, 2015).

Técnicas de relajación: Cuando un adolescente ha sufrido un trauma en su infancia, es evidente que presente múltiples cambios neurobiológicos y fisiológicos, por lo cual las técnicas de relajación los ayudan a reducir las respuestas condicionadas internas y regular los sistemas de estrés, tanto en un estado de reposo como con respuestas ante recordatorios del trauma (Cohen y otros, 2015).

El terapeuta ayuda al paciente enseñándole técnicas de relajación personalizadas e incentiva al adolescente a practicarlas regularmente en casa. Con esto se ayuda a la víctima a recuperar un sentido de control que le fue arrebatado durante la experiencia traumática sufrida (Takazawa, 2015). Algunas de estas estrategias incluyen: yoga, relajación muscular progresiva, respiración profunda e imágenes visuales. Sin embargo, se debe tomar en cuenta los intereses propios del paciente y su nivel de desarrollo. Por ejemplo, es muy común que los adolescentes prefieran usar su música favorita, actividades físicas o artesanías para relajarse. Cualquier técnica de relajación que sea empleada por el paciente va a poder producir respuestas fisiológicas de relajación (Cohen y Mannarino, 2015).

Modulación afectiva: Cuando ocurre una experiencia traumática en la infancia, muchos niños aprenden a no expresarse, se distancian o niegan ciertos sentimientos como un mecanismo de autoprotección. Especialmente, pueden tener dificultad al identificar precisamente emociones en ellos mismos o en otros. Esto puede durar mucho tiempo, por lo cual es importante que el terapeuta enseñe al niño o adolescente a sentirse más cómodos con la expresión de diferentes sentimientos y desarrollar habilidades para manejar diferentes estados afectivos negativos. Estas habilidades pueden incluir diferentes estrategias como resolución de problemas, búsqueda de apoyo social, técnicas positivas de distracción (ej., humor, ayudar a otros, leer, caminar, jugar con una mascota, etc.), enfocarse en el presente y distintas técnicas para el manejo de la ira (Cohen y Mannarino, 2015). Por ejemplo, el buscar apoyo social puede ayudar al paciente a modular sus emociones si es que no puede hacerlo por sí mismo (Takazawa, 2015). El terapeuta fomenta al paciente a desarrollar una variedad de habilidades que funcionen en diferentes situaciones y para diferentes sentimientos negativos. Específicamente, dentro de la TF-CBT, la terapeuta incentiva al paciente a implementar estas habilidades de modulación afectiva en respuesta a recordatorios del trauma (Cohen y Mannarino, 2015).

Procesamiento cognitivo. A lo largo de este componente, el terapeuta ayuda al paciente a reconocer el 'triángulo cognitivo', el cual consiste en la conexión entre pensamientos, sentimientos y comportamientos, y reemplaza las cogniciones maladaptativas relacionadas con cogniciones más precisas o útiles (Cohen y Mannarino, 2015). Este es uno de los pasos más importantes en los que se debe trabajar con los pensamientos suicidas que un adolescente puede presentar e identificar sus emociones y los comportamientos que ocurren o están por ocurrir en base a esta ideación. Cada factor afecta y es afectado simultáneamente por los demás. Los pensamientos comunes que suelen tener las personas que piensan en el suicidio son: "nadie me quiere", "soy inútil", "no hay esperanza para mí", "soy una carga para otros", entre muchos más. En base a estas ideas centrales y pensamientos automáticos, las emociones de estas personas pueden estar ligadas a la culpa, la preocupación, la vergüenza, la tristeza, el asco, entre otros. Por otro lado, estas personas pueden tener diferentes comportamientos en cuanto a sus emociones y cogniciones, como el escape o evitación, conductas agresivas, actos de ocultamiento, hasta pueden llegar a tener conductas serias suicidas (You y otros, 2012).

De acuerdo con los ejemplos mencionados, el terapeuta ayudaría al paciente a examinar los diferentes pensamientos que se estén presentando y ayudarlo a ver que el pensamiento probablemente no es tan cierto como lo puede creer que es. Al ayudarlo a ver que actualmente el mundo no es tan malo y peligroso, como lo pudo haber considerado en su infancia cuando ocurrió el trauma, esta forma de cambiar su pensamiento puede generar diferentes sentimientos con diferentes respuestas comportamentales (Takazawa, 2015).

En cuanto al TF-CBT, el terapeuta no se enfoca en los pensamientos relacionados al trauma, ya es más efectivo trabajarlos en el componente de la narrativa del trauma; sin embargo, puede utilizar distintas técnicas para trabajar con el procesamiento cognitivo. De igual manera, la cognición del adolescente puede afectar a los padres y pueden generar sus propias cogniciones maladaptativas de la situación (Cohen y Mannarino, 2015).

- **Fase de narrativa del trauma (4-6 sesiones).**

Narración y procesamiento del trauma. A lo largo de esta fase, el terapeuta y el paciente inician un proceso interactivo en el cual el paciente describe detalles difíciles de expresar sobre una experiencia traumática personal, el cual incluye pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales que ocurrieron durante el trauma. Mediante este proceso de narración, el paciente puede hablar sobre los momentos más temidos y horribles por los que tuvo que pasar a través de un trabajo escrito como un libro, poema; sin embargo, también lo pueden hacer por medio de una canción, dibujos, entre otros. Al hacer esto, el paciente puede aprender a tener dominio sobre el tema en lugar de una respuesta evitativa ante sus memorias. Se espera que para esto la exposición gradual de los componentes de habilidades previamente realizados los ayude en la discusión del evento sin producir mucha estimulación y desregulación emocional. Así mismo, el paciente puede desarrollar una perspectiva sobre la experiencia traumática e identificar errores potenciales en las creencias que se asumían previamente en cuanto a las cogniciones maladaptativas, por ejemplo, “yo merecí haber sido abusado”. (Cohen y Mannarino, 2015; Takazawa, 2015)

La narrativa inicia al identificar “¿quién soy yo?”, hasta que el paciente llega a describir su relación con el abusador y los buenos recuerdos que tiene antes del suceso. Después, se le motiva al paciente a describir los detalles del trauma y si es necesario, el paciente puede regresar y agregar más detalles a medida que se vaya sintiendo más cómodo contando su experiencia. Cuando el paciente junto al terapeuta identifica la narrativa, el siguiente paso para el terapeuta es asistir al paciente en un procesamiento cognitivo y combatir cualquier distorsión cognitiva que se presenta como resultado del evento traumático, el cual puede estar contribuyendo a estados afectivos negativos o estrategias de adaptación maladaptativas. También, se utiliza el mismo procesamiento cognitivo mencionado en el componente anterior para ayudar al paciente a cambiar sus pensamientos maladaptativos, que en el caso de esta investigación serían los pensamientos suicidas o de la propia muerte de un adolescente víctima de abuso sexual (Takazawa, 2015).

En cuanto a los padres del adolescente recibiendo este tratamiento, para muchos esta puede ser la primera vez que escuchan algo acerca de la experiencia traumática de su hijo/a. Esto se maneja en una sesión separada para que los padres tengan una oportunidad para prepararse a sí mismos para la sesión en conjunto, al igual que la posible necesidad de procesar ciertos aspectos cognitivos del trauma con el terapeuta. (Takazawa, 2015).

- **Fase de integración y consolidación (4-6 sesiones).**

Dominio in vivo. Este es el único componente considerado como opcional dentro de la terapia, dependiendo de la situación de cada paciente. Algunos niños pueden desarrollar ciertos miedos y evitación de situaciones inofensivas que los puede seguir afectando hasta la adolescencia. Esto se vuelve evidente cuando es disruptivo en aspectos sociales, académicos, físicos o psicológicos de la vida del paciente. Se utiliza la exposición gradual para poder adaptarse con la evitación del paciente hacia potenciales señales o situaciones dañinas. Cuando los pacientes enfrentan gradualmente a la situación temida, aprenden que el resultado temido no ocurre, por lo tanto, aprenden dominio antes que evitación. (Cohen y Mannarino, 2015; Takazawa, 2015)

Para poder poner en práctica el dominio in vivo, es necesario que el terapeuta junto con el paciente y sus padres desarrollen una jerarquía de miedo, siendo (1) la situación menos temida hasta (10), siendo la más temida. Se considera que el (10) es el punto final deseado dentro de la exposición. Por lo general, el dominio in vivo toma varias semanas para completar, por ende, el terapeuta suele empezar durante la fase de estabilización, ya que se necesitan técnicas de relajación y estabilización para que el paciente pueda tolerar los pasos intermedios de la jerarquía de miedo. Los padres son una parte importante para el éxito del dominio in vivo. El terapeuta los motiva para que utilicen elogios, la paciencia y la persistencia constantes para alentar al paciente a utilizar las técnicas de relajación y otras habilidades del TF-CBT. (Cohen y Mannarino, 2015).

Sesiones conjuntas de padres e hijo/a. Una de las metas de las sesiones conjuntas es poder facilitar un ambiente para la comunicación abierta y la expresión de sentimientos entre los padres e hijo/a. El paciente tiene la oportunidad para discutir el evento traumático directamente con los padres mientras el terapeuta da un paso atrás y permite que los padres tomen el rol motivador, alabador, de modelo de apoyo, reparador y seguro una vez más hacia el paciente, el cual lo va a ayudar a confiar más en sus padres y sentirse en un ambiente seguro (Takazawa, 2015).

Estas sesiones permiten a los padres e hijo/a hablar acerca de otras preocupaciones relacionadas al trauma y lo que va a pasar en el futuro. Estas preocupaciones basadas en el futuro consisten en la seguridad, preparaciones para un recordatorio del trauma, discutir sobre cómo van a seguir adelante juntos, y en ciertos momentos brindarle al paciente un espacio en el cual pueda realizar preguntas cuando necesite hacerlo. Por otro lado, si el involucramiento de un padre o cuidador no es posible, se sugiere que otro adulto importante participe, como un familiar, amigo de la familia o un individuo de apoyo. Sin embargo, si esto no es posible, se puede trabajar efectivamente con el adolescente en la TF-CBT sin un rol de padres presente (Takazawa, 2015)

Mejorar la seguridad y el desarrollo futuro. Es de gran importancia y necesidad poder mantener y optimizar la seguridad para el paciente. En distintas ocasiones, los adolescentes con trauma presentan comportamientos en búsqueda de riesgo y para este último paso se deben proveer las habilidades necesarias para mejorar la

seguridad. Estas habilidades pueden incluir: conocer una sexualidad saludable para quienes fueron abusados sexualmente, habilidades de prevención como decir “no” o “para”, plan de seguridad para situaciones que provocan ansiedad, entre otros (Takazawa, 2015) Al ayudar a los niños y adolescentes a evaluar el peligro realísticamente, aprender habilidades de seguridad y promover decisiones saludables, se aseguran a no experimentar una futura victimización o la posibilidad de victimizar a otros, el cual es el objetivo para este último componente. Se incentiva a los padres y al paciente a utilizar las habilidades aprendidas durante el proceso de la TF-CBT cuando se presenten situaciones difíciles en su vida (Takazawa, 2015).

Las guías clínicas en el campo de la psicoterapia

La elaboración de guías clínicas plantea un desafío a la psicoterapia. La respuesta positiva a este desafío consiste en reconocer que las preguntas sobre la eficacia, efectividad y eficiencia de las distintas psicoterapias son legítimas y requiere avances metodológicos que permitan responderlas adecuadamente. Pero también implica recuperar dimensiones específicas de la psicoterapia que tienen que ser integradas a las preguntas anteriores y que apuntan al sentido clínico y humano de los fenómenos en estudio.

Magaña y otros (2014), presentan los resultados obtenidos de un estudio realizado sobre el Abuso Sexual Infantil (ASI): Comprensiones y Representaciones Clínicas desde las prácticas de Salud Mental ASI, daño psíquico y relaciones de violencia: Las/os profesionales de ambas cohortes definen al ASI como una forma de ejercer violencia por medio de la sexualidad. Paradojalmente, este abuso es tratado no como si fuese violencia, si no como patología, que en su contexto más macro se delimita en lo que se comprende como el fenómeno de la pedofilia y la pederastia, que consideran fundamentalmente al ASI como el abuso sexual de un adulto/a a un menor en términos de objeto y de acción. Para el abuso incestuoso, lo particular es el abuso en el seno de la familia, generando una dinámica de relación alterada para las/os involucradas/ os, donde lo relevante es la triangulación desparentalizada de la víctima, hija que es convertida en amante, madre invisibilizada y padre amante de la hija, inscribiendo en la niña o niño un devastador daño psíquico que, por lo demás,

reaparece siempre, aunque a veces de manera subrepticia, deslizándose como síntoma en el entramado familiar.

En ambas cohortes aparecen significados sobre la pedofilia asociados a una parafilia, y acentuando su carácter transgresor como una patología sexual, en el caso de la pederastia. Se señala ya sea como producto de historia de abuso o de características de personalidad psico o sociopáticas (pedofilia) u otro tipo de acciones patológicas (pederastia). Además, se hace una referencia parcial (sólo segunda cohorte) al concepto de poder.

Inscripción del ASI como ejercicio abusivo y/o violento del poder: El ASI es enmarcado en el ejercicio y el abuso de poder de un adulto hacia un/a niño/a, para alcanzar ciertos objetivos que se manifiestan, además de en el plano psicológico, físico y económico-social, en el plano sexual. En la primera cohorte se inscribe al ASI en la violencia como asunto privado, en donde participan un sinnúmero de factores del sistema familiar. En la segunda cohorte, sin embargo, aun en el ámbito de lo privado, se acentúa su aspecto relacional y se lo reubica, por tanto, en el plano interindividual, en un contexto donde se pone en relieve, además, la comprensión de la dinámica relacional patológica implícita en el fenómeno. Por último, en ambas cohortes existe consenso en considerar al ASI como un aspecto del ejercicio y de la violencia intrafamiliar.

La función materna: Si bien la función de la madre es mencionada de manera relevante en ambas cohortes, aparece de forma contradictoria y confusa, incluyendo situaciones que van desde el polo de develamiento del secreto al de mantención de éste. Todos los expertos tienden a destacar que, en el caso del incesto, la madre juega el rol de víctima y cómplice a la vez, lo que hace aún más difícil su plena participación en los procesos de apertura del secreto familiar y la futura reparación.

Reparación/Salud mental: En ambas cohortes aparece la importancia institucional de la denuncia como parte del proceso reparatorio, aunque no siempre es abordada de forma directa y explícita. Se destaca el papel de la acogida por parte de las instituciones judiciales. Además, en este contexto se mencionan a las malas prácticas

institucionales como parte importante de la re-victimización y otras dificultades de la intervención.

En otra perspectiva, los profesionales remarcan la relevancia del peso de las políticas jurídicas y la legalidad que emana de ellas, en el sentido de hegemonizar la conceptualización y definición de los casos y dar forma a las líneas de intervención sobre la VIF y ASI, marcando así los derroteros del abordaje terapéutico y el tipo de discurso reparador que se elabora desde lo psicológico.

Relevancia de la familia en el ASI: Ambas cohortes opinan que el ASI, así como otras problemáticas relacionadas a transgresiones de derechos sexuales y reproductivos (violación, acoso sexual y otros), se relacionan en forma directa con otras patologías femeninas, afectando tanto al equilibrio emocional como psicológico de la mujer. Además, en la mayor parte de casos de ASI están asociadas otras vulnerabilidades como son: carencias vinculares, falta de redes sociales, patologías crónicas como la depresión, estrés, ansiedad, ideación suicida y otras. Estas consideraciones apuntan a señalar la ausencia de trabajo terapéutico dirigido hacia la dinámica familiar y el total desentendimiento de trabajo relacionado con el abusador, que generalmente se produce en este tipo de contextos familiares.

Dinámicas relacionales en el ASI: En ambas cohortes, los actores implicados en el ASI (abusador, víctima y/o figuras parentales como protectoras) no presentan un perfil característico, lo que marca la imposibilidad de realizar tipologías propias de la emergencia y mantención del ASI como fenómeno singularizado, aunque sí se hace referencia a ciertas características fundamentales, relativas a dinámicas relacionales intrafamiliares, que se encuentran de manera reiterada en mucha de la casuística del fenómeno.

Discurso institucional del ASI: A juicio de ambas cohortes, tanto las prácticas jurídicas como el cuerpo legal, configurados institucionalmente, establecen las bases para las líneas de intervención sobre el ASI, determinando incluso concepciones respecto de lo femenino y la infancia, en un discurso que se percibe limitado y discordante con la realidad misma del fenómeno. En este sentido, los dispositivos que la institucionalidad ofrece son, en el mejor de los casos, sensibles a las situaciones

graves de violencia y abuso, pero ineficaces ante la violencia moderada. En esta misma lógica, lo que adquiere importancia son los marcos legales en los que se reproduce el discurso, el que es signado por la ideología hegemónica de nuestra sociedad, sin permitir la comprensión de la complejidad clínica con que el fenómeno ASI se inscribe en otras lógicas explicativas.

Necesidad de interdisciplinariedad: Esta afirmación tuvo fuerza recurrente en ambas cohortes, lo que es coherente con el espíritu de las políticas institucionales que se plantean en los centros que atienden al ASI. Pese a la existencia de trabajo en equipo ampliado, los/as profesionales consideran insuficiente la cantidad de horas que cada centro dispone para reuniones clínicas, análisis de casos conjuntos y otros. Además, se remarca la necesidad de superar la falta de articulación entre lo que se demanda desde los procesos judiciales y las acciones específicas relativas a procesos terapéuticos, acciones preventivas e intervención psicosocial en general.

Los propios terapeutas reconocen tener posturas conflictivas respecto de aquellas promovidas por las instituciones, las que reproducen inconsistencias sobre los discursos interdisciplinarios para el afrontamiento del ASI.

Desasosiego y malestar subjetivo en profesionales que atienden ASI: En ambas cohortes hay malestares asociados a estilos y prácticas de trabajo. Tanto la escasa interdisciplinariedad, espacios para socializar las distintas perspectivas, divergencias de énfasis en lo micro y macro estadístico versus el proceso terapéutico, superposición entre miradas clínicas y/o jurídicas o institucionales y las dificultades en los alcances teóricos para abordar el fenómeno ASI en toda su magnitud. Ello promueve la impotencia de los profesionales para responder con eficacia los discursos dominantes, tanto de la sobrepatologización como los normativos jurídicos. Situaciones todas, en permanente tensión y conflicto en las aproximaciones de resolución clínica del fenómeno.

Consecuencias psicológicas del abuso sexual

En la mayoría de los casos el abuso sexual provoca en las víctimas numerosas secuelas negativas a nivel físico, psicológico o comportamental. Podemos distinguir

consecuencias a corto y a largo plazo. Adima (1993) indica que, a largo plazo, los abusos determinan una presencia significativa de los trastornos disociativos de la personalidad como son alcoholismo, toxicomanías y conductas delictivas, aparte de graves problemas en el ajuste sexual.

Actualmente, otra forma de manipulación por parte de las personas abusadoras comienza en entornos virtuales. El acercamiento se produce a través de las redes sociales virtuales, frecuentemente falseando la identidad para crear una afinidad ficticia y ganarse la confianza de la niña o niño. En estos casos, el niño, sin saberlo, se expone a situaciones de riesgo en la que está facilitando información personal e incluso fotografías, las que posteriormente pueden ser utilizadas por el agresor como mecanismo para amenazar y obtener una respuesta positiva a sus demandas malintencionadas (grooming). Siempre es importante la intervención parental para regular los canales de la comunicación de sus niños con otros internautas, respetando siempre la normativa vigente que ya establece los límites de edad para el acceso a determinadas aplicaciones.

Una persona adulta motivada y capaz de perpetrar el abuso generalmente no responde a un perfil definido, el espectro psicosocial documentado es muy amplio y afecta sin distinción de edad, de clase social, nivel de formación, situación familiar, etc., frecuentemente se trata de personas integradas socialmente, que pueden llevar una vida aparentemente normal a los ojos de su entorno. En este sentido se derriba la creencia de que se trata de monstruos fácilmente identificables (Norcross y Lambert, 2011).

Según Franco y Ramírez (2016), los infantes que han sido abusados sexualmente tienen mayor frecuencia de intentos de suicidio y depresión consecuencia de una baja autoestima, sensación de sentirse sucio y una desvalorización personal. Existen evidencias que señalan que pacientes con depresión y un trauma temprano muestran una:

Edad de aparición más temprana de la enfermedad, mayor cronicidad y recurrencia, alta comorbilidad con cuadros ansiosos y abuso de sustancias, así como frecuencia

de síntomas psicóticos, mayor dificultad interpersonal, propensión al suicidio y respuesta limitada a los tratamientos farmacológicos” (Vitriol et al., 2017, p.125).

En este contexto los niños que son víctimas de ASI y no reciben una atención adecuada y oportuna, pueden tener repercusiones en sus siguientes etapas de desarrollo, los estudios demuestran que, los individuos con una historia previa de trauma o abuso presentan mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos en algún momento de sus vidas. Por lo general, las mujeres adolescentes presentan un trastorno mayoritariamente depresivo con un 15,9% a diferencia de para el caso de hombres adolescentes es menor con un 7,7%. Esta diferencia entre género es notoria entre los 13 y 15 años de edad volviéndose más pronunciado entre los 15 y 18 años de edad. En tanto, las tasas de recurrencia de la depresión a lo largo de la adolescencia es aproximadamente 40% dentro de 2 años y el 70% dentro de 5 años (O'Mara y otros, 2013).

Los adolescentes que presentan depresión, por lo general presentan tienen más comorbilidad con otros trastornos psicológicos. En el caso de las mujeres adolescentes son 28 veces más vulnerables a los trastornos de ansiedad, diez veces más propensas manifestar un trastorno de conducta, siete veces más vulnerables a mostrar un trastorno desafiante oposicional y tres veces más vulnerables al uso de sustancias. Por otro lado, los hombres adolescentes con depresión son 28 veces más propensos a reportar ansiedad, 10 veces más propensos a el uso de sustancias, el doble de probabilidad de reportar un trastorno de déficit de atención/hiperactividad y 17 veces más propensos a mostrar un trastorno desafiante oposicional (O'Mara y otros, 2013, p. 523).

Intervención psicoterapéutica

La intervención psicoterapéutica depende del tipo de abuso sufrido y necesidades específicas del niño. Existen diferentes tipos de intervención que se aplican según el tipo de abuso y problemas que presente el niño/a, datos que se obtienen previamente a través de una evaluación. El tratamiento ha de diseñarse teniendo en cuenta si se hará de forma individual, grupal o de pareja, si irá dirigido a la familia completa, a la víctima y/o al agresor/a, ha de seleccionarse también el lugar y la temporalización. Se hace referencia a diferentes escuelas: psicoanalítica, conductual, cognitiva y humanística (Portillo, 2011).

El abuso sexual, la violencia física y psicológica y el acoso sexual son formas de violencia que tienen lugar en todos los entornos. En la mayoría de las sociedades, el abuso sexual de niñas, niños y adolescentes es más común dentro del hogar o es cometido por una persona conocida por la familia. Pero la violencia sexual también tiene lugar en la escuela y otros entornos educativos, tanto por parte de los padres como de los educadores (Sergio, 2005).

Los niños y niñas están hablando acerca de este asunto y comenzando a ser oídos y tomados en serio. En las nueve Consultas Regionales llevadas a cabo ellos han aportado su testimonio con respecto a la violencia cotidiana que experimentan en sus hogares y familias y también en las escuelas, otras instituciones y en los sistemas penales, en los lugares de trabajo y en sus comunidades. La violencia contra los niños existe en todos los Estados y cruza las fronteras culturales, las diferencias de clase, educación, ingreso, origen étnico y edad (Benedith, 2015).

Los gobiernos necesitan aceptar que esto es una emergencia real, aunque no es una emergencia nueva. Durante siglos los niños y niñas han sufrido violencia a manos de los adultos sin que fuera vista ni oída. Pero ahora que la escala e impacto de la violencia contra los niños y niñas se está haciendo visible, no se les puede hacer esperar más por la protección efectiva a la que tienen derecho de manera incondicional (Benedith, 2015).

CAPÍTULO III: Diseño metodológico

3.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación es práctica o aplicada, puesto que sus resultados dependen de la intervención del investigador para resolver el problema planteado por el caso de estudio, se trabajará con una persona víctima de abuso sexual. Además, cualitativa para recolectar datos de la paciente víctima del abuso sexual, se utiliza para determinar las características psicológicas y de conducta frente a los traumas que presenta.

El diseño de investigación es de campo. Se fundamenta en la recolección de datos proporcionado directamente por la persona objeto del estudio del caso de nuestra investigación, también toma en cuenta los registros documentales primarios y originales vinculados a la víctima que proporcionen información específica a los hechos de la investigación.

3.2. La población y la muestra

3.2.1. Características de la población

Se vincula a una persona menor de edad víctima de abuso sexual que se encuentra albergada en la fundación Santa María de la Esperanza, de la comuna Olón de la provincia de Santa Elena.

3.2.2. Delimitación de la población

Unidad de análisis: adolescente de 13 años de edad víctima de abuso sexual de la fundación Santa María de la Esperanza, de la comuna Olón de la provincia de Santa Elena en el Ecuador.

3.2.3. Tipo de muestra

Se trata de un muestreo por conveniencia, no probabilística, intencional, donde se toma el caso particular de una persona, escogida directamente por las autoras.

3.2.4. Proceso de selección de la muestra

El procedimiento se ejecutó durante las visitas a la fundación Santa María de la Esperanza, de la comuna Olón de la provincia de Santa Elena, las autoridades permitieron que intervenga en el proceso de recuperación psicológica de una víctima de abuso sexual. El caso de este menor se dio de forma voluntaria.

3.3. Los métodos y las técnicas

Los métodos utilizados son:

- Método descriptivo. Se utiliza el método descriptivo de carácter bibliográfico para el proceso de investigación en este documento, cuya base metodológica permitió revisar y recopilar información de varios artículos y revistas de carácter científico publicados a nivel nacional e internacional, con el objetivo de brindar un fundamento estructurado y reforzar el proceso investigativo.
- Método cuasi experimental. Con el uso de este método la investigación pretende observar el impacto que tiene la intervención de la psicoterapia cognitivo conductual aplicada en un menor de edad, víctima de abuso sexual.

Y las técnicas aplicadas:

- Entrevista. Se realizará para analizar el contexto familiar y personal de la paciente, conocer los antecedentes y situación actual de la menor, así como también pre - evaluar la patología psicológica presentan la víctima del abuso sexual
- Observación. Se usa en el paciente para determinar su comportamiento.
- Test. Con el objetivo de realizar una evaluación neuropsicológica cognitiva conductual mediante la aplicación de las siguientes pruebas:

- Test de la figura humana, este tipo prueba se utiliza para encontrar sospechas de abuso sexual y determinar aspectos relevantes en la dinámica vivencial de la menor.
- Test de Reven se utiliza para medir la capacidad intelectual general en la adolescente, esta prueba está disponible en la WEB, se aplicará a través de computador conectado al internet
- Test de temperamento y la personalidad, se usará una prueba on-line disponible en la web para conocer el carácter y personalidad de la joven

3.4. Procesamiento estadístico de la información

La investigación obtendrá datos de la ficha clínica del paciente del estudio que nos proporcione la fundación Santa María de la Esperanza, de la comuna Olón de la provincia de Santa Elena. Se medirán los avances en cada sesión aplicada al menor y se establecerá un reconocimiento de mejoría o avance que vaya presentando el paciente conforme avanza el tratamiento psicoterapéutico. También se expondrán los resultados obtenidos por las diferentes pruebas psicológicas aplicadas.

CAPÍTULO IV: Análisis e interpretación de resultados

4.1. Análisis de la situación actual

Luisa (nombre protegido) la menor de 13 años ingresó a la Fundación el 14 de febrero de 2021 con medida judicial emitida por la Unidad Judicial por presunto abuso sexual. El parte policial manifestó que la adolescente habría estado viviendo un año aproximadamente en la Congregación Cristiana Evangélica Filadelfia, y que presuntamente había sido víctima de abuso sexual por parte de un miembro de la dicha congregación, por tal razón después de un dialogo con la adolescente manifestó que no se quería ir a vivir con sus padres porque la tratan mal y al no contar con familiares en esta localidad, se canalice con la autoridad pertinente a fin de que se otorgue medidas de protección a la menor y a su vez se designe una casa de protección con el fin de precautelar el interés superior de la adolescentes, hasta que se realice las respectivas investigaciones del caso.

4.1.1 Anamnesis familiar de la menor

La adolescente proviene de un hogar nuclear multiproblemático, de estatus económico bajo, en donde existía violencia entre los progenitores, su progenitor es una persona que le gusta las bebidas alcohólicas y quien conjunto a sus tres hijos mayores y su pareja se dedican a la recolección de cacao.

La menor, también manifestó que su progenitora en una ocasión se quiso suicidar por los problemas que se presentaban en su hogar; así mismo agrega que ella en una ocasión intento suicidarse a la edad de los 8 o 9 años tomando veneno (insecticidas para cultivo) que su abuelo tenía en su hogar, lo hizo porque su mamá le pegaba y ya no quería seguir teniendo ese tipo de vida, pero fue una prima de ella quien advirtió del suceso y le pudieron atender de inmediato.

4.1.2 Antecedentes de la menor

La menor manifiesta que desde la edad de 5 años ingreso a la Unidad Educativa Diego de Almagro en donde según refiere se adaptó favorablemente desde el primer día, presentaba buenas calificaciones y buenas relaciones sociales con sus compañeros.

A lo largo de su educación primaria estudió en la misma Unidad Educativa Diego de Almagro en donde continuaba con buenas calificaciones, pero fue expulsada del colegio por alzar la voz a una maestra.

La adolescente manifiesta que su tuvo sus primeras características sexuales a la edad de 13 años.

Durante la etapa de sueño manifiesta que sus compañeras de cuarto han referido que habla dormida pero que no se le entiende lo que dice, la menor también manifiesta que se suele levantar en ocasiones para ir al baño o porque siente que alguien la está tocando, agrega que presenta una pesadilla recurrente en donde un hombre la arrastra hacia un lugar (no especifica cual) con el fin de hacerle daño.

Referente al aspecto social la adolescente se está adaptando favorablemente a su entorno presentando buenas relaciones sociales con sus coetáneos.

Respecto a hechos que han marcado significativamente su vida ha sido el fallecimiento del padrastro de su progenitora a quien ella consideraba como su propio abuelo y el fallecimiento de su tía materna al cual desconoce los motivos de su deceso.

4.2 Análisis situación actual

La menor se encuentra en la Fundación “Santa María de la Esperanza” al cuidado y protección de una de las educadoras.

En el área de salud, presenta buen estado de salud. En el área afectiva, presenta una buena expresión de sus necesidades y emociones. En el área social, por referencia de la educadora responsable la adolescente se encuentra en un proceso de adaptación a la Fundación, también manifiesta que es una adolescente tranquila, le gusta ayudar a los demás y es colaboradora. En el área familiar, la adolescente pertenece a un ambiente familiar en donde ha existido violencia intrafamiliar, consumo de bebidas alcohólicas y falta de cuidado por parte de los progenitores hacia la adolescente.

4.2.1 Pruebas aplicadas

Las pruebas aplicadas fueron:

- Entrevista estructurada diseñada ad hoc

La adolescente manifiesta: “yo no vivía con mis papás, estaba viviendo en la casa con los hermanos [miembros de la iglesia evangélica], tengo 5 hermanos, las dos mayores ya tienen hijos, pero no tienen esposos; mi papá, mamá y hermanos trabajan cogiendo cacao, pero los dos últimos no porque uno ya no quiso ir a estudiar y se salió de la escuela, pero el último sí estudia. Estaba estudiando me quede hasta la mitad del 7mo año porque le grite a una profesora y me expulsaron. Llegue a la casa de los hermanos porque estaba en la calle vagando y ellos me cogieron y desde ahí vivo con ellos, mis papás me van a visitar dos o tres veces a la semana y hay veces que no vienen por dos meses, pero luego vuelven a verme. En la casa de los hermanos yo dormía con otras chicas en un solo cuarto, eran 5 chicas y nos llevábamos bien con todas ellas”.

- Observación

TABLA 2

Diagnóstico de las funciones mentales de la paciente

Opciones	Análisis
Conciencia	Conservada
Atención	Adecuada
Lenguaje	Adecuada
Orientación	Adecuada
Psicomotricidad	Adecuada

Nota: Elaboración propia

- Test de Raven y de la figura humana

Test de Raven: Se aplicó esta prueba en un ordenador conectado al internet con el fin de medir las habilidades cognitivas y la capacidad intelectual de la adolescente, el

test proporciona 60 placas el cual la menor terminó en 40 minutos, teniendo como resultados de 39 respuestas correctas sobre 60, determinándose dentro de un percentil de 50 considerado un coeficiente intelectual de término medio o promedio perteneciente al grupo III de los cinco grupos de las 5 escalas clasificadas en el test.

Test de la figura humana: Se le proporcionó a la menor una hoja de papel bond A4, un lápiz y un borrador y se le indicó que dibujara una figura humana con el mayor detalle que pudiera proporcionarle a su dibujo, la adolescente se tomó un tiempo de 20 minutos, borró varias veces para corregir trazos, para determinar un diagnóstico se usó las categorías propuestas (Maitin, 2021).

El diagnóstico encontrado en la adolescente fue el siguiente:

- **Diagnóstico fenomenológico.** La adolescente presenta una talla y peso acorde a su edad cronológica, así mismo viste acorde a su edad cronológica.
- **Diagnóstico presuntivo:** Problemas relacionados con presunto abuso sexual de la menor por una persona no perteneciente al grupo de apoyo primario trayéndole como consecuencia no relacionarse con los demás de forma adecuada, manifestando comportamiento evitativo, con miedos al hablar sobre sus experiencias negativas vividas respecto del abuso y cierto miedo a la presencia de personas adultas del sexo masculino.

Síntomas

- Reiteradas pesadillas en las noches.
- Falta de conciliación del sueño
- Parece distraída a momentos.
- Presenta: ira, miedo, inseguridad, ansiedad, depresión.
- Defensiva ante el contacto físico masculino.

Códigos

- T74.22 Abuso sexual.
- CIE-10 Código Z61.5 Problemas relacionados con el abuso sexual de la menor por persona ajena al grupo de apoyo primario

- Y05 Agresión sexual con fuerza corporal.
- Y05.1 Agresión sexual con fuerza corporal, en institución residencial.
- Y07. Violencia psicológica en abuso sexual
- Y07.8. síndrome de maltrato por persona especificada
- T74. 0. Negligencia o abandono
- F43.1. Trastorno de estrés postraumático
- F32. Episodio depresivo
- F 40.42 Trastornos de ansiedad
- F52.Trastornos de sueño: terrores nocturnos, pesadillas, insomnio
- F60.6 Trastorno de la personalidad ansiosa (evasiva, elusiva)

4.3 Desarrollo y aplicación de la Psicoterapia Cognitiva Conductual

Para el desarrollo de las psicoterapias cognitivo conductual del caso de nuestra investigación en la menor de edad, se tomará como guía el manual para el tratamiento de niños, niñas y adolescentes víctimas sobrevivientes de agresiones sexuales, elaborado en el 2021 por, Mgtr. Jennie Barb, de la Fundación Unidos por la Niñez, que contó con el apoyo de otros profesionales y fue patrocinado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Barb, 2021).

En este manual se encuentran agrupados por edades tres tipos de modelos de tratamiento dirigido a: niños y niñas de 4 a 6 años, niños y niñas de 7 a 10 años, adolescentes de 11 a 14 años, y adolescentes de 15 a 17 años. En esta investigación se adapta el modelo dirigido a adolescentes de 11 a 14 años, puesto que el menor objeto del estudio se encuentra en este rango de edad, la terapia está enfocada para ser aplicada de forma grupal, por lo cual se realiza una adaptación según las sugerencias del mismo manual para que pueda ser aplicada en forma individual como lo requiere nuestro caso de estudio.

Este manual utiliza terapia grupal a través del modelo cognitivo conductual con un componente psicoeducativo agregado para normalizar las respuestas de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso y fortalecer los pensamientos que les permiten afrontar la experiencia con éxito.

A través de este modelo pretendemos reducir la sintomatología presente, proveer regulación afectiva, promover una comprensión adecuada de la experiencia traumática, disminuir los pensamientos disfuncionales, favoreciendo el proceso cognitivo que le permite crear un relato del trauma para enfrentar los recuerdos traumáticos y lograr una reestructuración cognitiva que facilite la integración de la experiencia. Además, facilita procesar las creencias de culpa, incrementar las creencias de autoeficacia para enfrentar los recuerdos traumáticos e integrar la experiencia en la historia de vida de la víctima (Barb, 2021).

La menor "Luisa", según el diagnóstico previo, presenta mayoritariamente traumas psicológicos debido a la situación vivida, por lo que se tomará como referente este manual que se enfoca en el tratamiento del trauma que presenta la víctima de abuso sexual, el cual será adaptado al caso particular de nuestro estudio y en este sentido con la aplicación de varias intervenciones se busca reducir los efectos negativos que están presentes en la víctima hasta este momento.

Para el desarrollo de las sesiones se estableció el siguiente cronograma de actividades:

TABLA 3*Cronograma de actividades por sesiones psicoterapéuticas*

Sesiones	Días	Tiempo	Semanas						
			1	2	3	4	5	6	
Primera Socialización y adaptación	Lunes	0:45 min	■						
Segunda Autoestima	Viernes	0:45 min	■						
Tercera Introducción a las emociones	Lunes	0:45 min		■					
Cuarta Manejo de las emociones	Viernes	0:45 min		■					
Quinta Abuso sexual	Lunes	0:45 min			■				
Sexta Tristeza y ansiedad	Viernes	0:45 min			■				
Séptima Miedo y enojo	Lunes	0:45 min				■			
Octava Culpa y vergüenza	Viernes	0:45 min				■			
Novena Romper el secreto	Lunes	0:45 min						■	
Décima Ventilando emociones	Viernes	0:45 min						■	
Undécima Personas de confianza	Lunes	0:45 min							■
Duodécima Autocuidado	Viernes	0:45 min							■

Nota: Esta tabla muestra como están distribuidas las sesiones psicoterapéuticas

El cronograma de actividades está considerado para ser llevado a cabo en 6 semanas, se aplican un total de 12 sesiones, en cada semana se desarrollarán 2 sesiones (lunes y viernes) según el cronograma establecido en la tabla # 2; a continuación, se irán detallando cada una de las intervenciones y los resultados obtenidos, en la primera sesión se explica que la menor calificará sus emociones en escala del 1 al 10, cabe indicar que en cada sesión el terapeuta seguirá repitiendo esta actividad para medir las emociones de "Luisa".

TABLA 4

Sesión 1. Socialización y adaptación

	Actividades	objetivo	Recursos	Proceso	Cierre
Sesión 1 Socialización	Ventilación de emociones	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar habilidades sociales. 	Se utiliza una cartulina con escala para identificar las emociones	<ul style="list-style-type: none"> • Se le pide a la menor que seleccione número del uno (1) al diez (10), siendo el uno (1) la cifra más cerca de la tristeza y el diez (10) más cerca de la alegría. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relajación y estabilización • Relajación del corazón. Anexo
	Presentación	<ul style="list-style-type: none"> • Se le explicará la dinámica de trabajo: cantidad de sesiones, los días y las horas, etc. 		<ul style="list-style-type: none"> • Se realizará la prueba de reven 	
	Grupos a los que pertenezco	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer normas de convivencia. • Reforzar el respeto a los límites. 	Fotocopia del Ejercicio 3.2 Lápices para escribir	<ul style="list-style-type: none"> Se explica a la menor que todos pertenecemos a distintos grupos y que en esos grupos a los que pertenecemos hay cosas que nos gustan y cosas que no nos gustan, hay personas que nos agradan o nos desagradan. 	

Nota: Adaptación del Manual para el tratamiento de niños, niñas y adolescentes víctimas sobrevivientes de agresiones sexuales

Análisis cualitativo: Durante el desarrollo de esta sesión se explicó a la menor de qué se trataban las psicoterapias, los horarios y días de encuentro para desarrollarlas, también se le indicó que estas terapias son para aprender a protegerse y dejar atrás la experiencia negativa que vivió, la adolescente estuvo de acuerdo en participar y en permitir archivar su proceso.

Se inicia ventilando las emociones, permitiéndole identificar como se ha sentido durante la semana, la menor expresó escasamente como se sentía, se espera que en el desarrollo de las siguientes sesiones pueda expresar con más detalles sus emociones. La escala de valoración de las emociones se mostrará en la tabla # 16 donde se condensarán las sesiones de todas las semanas.

Además, se le indicó las normas de convivencia durante las sesiones, como el respeto, la participación, honestidad, comunicar, preguntar si hay dudas, etc., fueron escritas en una cartulina y las recordaremos en cada sesión, siempre tratando de que la menor sienta que se encuentra dentro de un espacio seguro, de confianza, de comprensión y aceptación.

Se realizó el ejercicio de las cosas que le gustan y le disgustan dentro de los distintos grupos propuestos en la actividad 3.2 del tratamiento del manual, la joven mostró poca apertura a comunicar, pero se le ayudó mediante preguntas y con ejemplos para que pudiera recordar e identificar que tipos de situaciones que observa en sus determinados entornos grupales y cuáles pueden ser positivas y negativas.

En ese sentido manifestó de su entorno familiar cuando vivía en él que no le agradaba cuando le maltrataban o estaba cuando estaba sola en casa, mucho menos cuando sus padres se peleaban, ver a su madre triste y ocupada causaba en ella una sensación de miedo; por lo que se puede deducir que la joven en su ambiente familiar se sentía abandonada y desprotegida por sus progenitores. Su único momento agradable era cuando podían ver televisión. A la escuela y parque no asiste, únicamente dispone de la educación y cuidados que le proporciona temporalmente la fundación Santa María de la Esperanza, en la cual se siente bien y segura, de la iglesia evangélica que la acogió solo extraña a sus amigas.

TABLA 5

Sesión 2. Autoestima

	Actividades	objetivo	Recursos	Proceso	Cierre
Sesión 2 Autoestima	Conociéndonos	<ul style="list-style-type: none"> • Promover el autoconocimiento. • Desarrollar autoestima. 	Pelota y una cesta	<ul style="list-style-type: none"> • Mencionar y escribir las cualidades que la describan • Por cada cualidad que mencione deberá incluirla en la cesta 	<ul style="list-style-type: none"> •Relajación y estabilización • Una mirada al interior. Anexo 4 • Ordenar el salón.
	El Autorretrato	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar el autoconocimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fotocopia del Ejercicio 3.3 - Revistas y periódicos - Tijera - Goma - Lápices de colores - Escarcha (opcional) 	<ul style="list-style-type: none"> • Deberá elegir imágenes que representen los sentimientos, pensamientos, gustos, intereses, valores, creencias e ideas con las que se identifica. • Decorará su autorretrato a su gusto. 	
	Todo sobre mí	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular la capacidad auto reflexiva y de autodescubrimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fotocopia del Ejercicio 3.4 - Lápices de escribir - Cinta métrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar que llene el ejercicio completando la información que se le pide. 	
	Se aplica una prueba de autoestima de Rosenberg	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado de autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador conectado a internet 	<p>Se explica a la menor que contestará 10 preguntas sencillas en el ordenador y que debe hacerlo con sinceridad.</p>	

Nota: Adaptación del Manual para el tratamiento de niños, niñas y adolescentes víctimas sobrevivientes de agresiones sexuales

Durante la segunda sesión se recordó las normas de convivencia, el propósito de las psicoterapias y se realizó el ejercicio de ventilación de emociones, manifestando estar contenta, en la primera actividad la adolescente mencionó por sus cualidades que le gusta ayudar mucho y ser compasiva. Se explicó acerca de lo que significa la autoestima y autovaloración, las percepciones positivas y negativas que podemos

tener los seres humanos respecto a nosotros mismos, entre otros sobre la valoración de metas y la autoconfianza.

El ejercicio 3.3 fue de su agrado, se interesó mucho en la actividad, indicó que quiere ser una artista y viajar por el mundo, ser feliz, ayudar a muchas personas y animales. La joven proyecta un futuro positivo, lo cual es muy favorable se la anima a perseguir sus sueños.

En el ejercicio 3.4 pudo expresar sus tranquilamente sus gustos como lo mencionó en el ejercicio anterior, entre otras cosas: su color favorito es el amarillo, su pasatiempo favorito es jugar pelota, sus libros favoritos son de cuentos y animal favorito los gatos y los perros: mide 1, 55 de estatura y pesa 45 kg, lo que se considera adecuado para su edad. Se observó a la menor mientras realizaba las actividades, en la que se pudo determinar su mucha predisposición a colaborar y apertura por aprender, se sentía a gusto realizando los ejercicios.

Los resultados de la valoración de autoestima se detallan en la tabla # 17 debido a que se volverá a realizar una nueva prueba al finalizar las intervenciones, la información de los 2 resultados estará condensados en la misma tabla. Por ahora los primeros resultados presentan baja autoestima.

TABLA 6

Sesión 3. Introducción a las emociones

	Actividades	objetivo	Recursos	Proceso	Cierre
Sesión 3 Introducción a las emociones	- Pareo las emociones	Aumentar la conciencia sobre las manifestaciones conductuales relacionadas con las emociones.	- Fotocopias del Ejercicio 3.5 para - Lápices de escribir	Se explica las cuatro (4) emociones básicas y otras emociones secundarias	Relajación y estabilización • Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson. Anexo.
	- Mis emociones	Reconocer las emociones que pueden provocar diversos contextos	Fotocopia del Ejercicio 3.6 - Lápices para escribir	•Entregar una copia del Ejercicio 3.6 y lea las instrucciones en voz alta, explíquelo que este es un ejercicio de llenar espacio. • Hacer énfasis en la importancia de identificar y expresar apropiadamente las emociones. Dígale que es importante hablar con las personas en las que confían sobre cómo se sienten. Felicitación su participación.	• Ordenar el salón.

Nota: Adaptación del Manual para el tratamiento de niños, niñas y adolescentes víctimas sobrevivientes de agresiones sexuales

Para la sesión número 3 se inicia como siempre, indicando las normas de convivencia y realizando el ejercicio de ventilación de emociones; se explica de qué se trata la tercera sesión indicando que cada persona siente las emociones de forma diferente y así mismo sus formas de reaccionar son diferentes, por lo que las emociones son experimentadas de forma individual, así como las reacciones también pueden ser únicas y diferentes en cada persona. Se explicó con detalles las cuatro emociones básicas y emociones secundarias para proceder a realizar el ejercicio 3.5, con el cuál la adolescente pudo conocer que detrás de su comportamiento siempre hay una emoción oculta que es importante saber identificarla para poder expresarla adecuadamente. Puede destacarse del resultado de este ejercicio que la menor se esconde cuando siente miedo y se siente amada cuando recibe ayuda; lo que

podríamos traducir el miedo como signos de ansiedad y en la segunda necesidad de atención.

Los resultados del siguiente ejercicio también dejaron ver emociones mayoritariamente negativas como tristeza, miedo, con sensación de abandono.

TABLA 7

Sesión 4. Manejo de emociones

	Actividades	objetivo	Recursos	Proceso	Cierre
Sesión 4 Manejo de emociones	- La ruleta de mis emociones - Practicar la ventilación de emociones	• Relacionar las emociones con situaciones de la vida diaria.	- Fotocopia del Ejercicio 3.7	Se explica que en los triángulos de la ruleta deberá escribir la situación que ha provocado cada emoción señalada. Felicítele por su participación	
	- Gestionar las emociones	• Aprender técnicas para el manejo de emociones. • Poner en práctica los pasos para manejar las emociones.	- Fotocopia del Ejercicio 3.8 - Lápices para escribir	Se explica como identificar las emociones negativas y que pensamientos la alimentan, y que se pueden transformar esos pensamientos buscando ayuda	•Relajación y estabilización • Mi lugar de descanso. Anexo. • Ordenar el salón
	Se aplica test de ansiedad profesional	• Identificar niveles de ansiedad en el área física, psicológica, conductual e intelectual	- Computador conectado a internet	Se explica a la menor que contestará 10 preguntas sencillas en el ordenador y que debe hacerlo con sinceridad.	

Nota: Adaptación del Manual para el tratamiento de niños, niñas y adolescentes víctimas sobrevivientes de agresiones sexuales.

Para la sesión número 4 se inicia como siempre, saludo, indicando las normas de convivencia y realizando el ejercicio de ventilación de emociones, se explica a la menor que cuando tenemos emociones positivas nuestro comportamiento es tranquilo y normal, mientras que cuando sentimos miedo, ira, venganza nuestro comportamiento se vuelve inadecuado y no representa lo que en realidad somos. En

la primera actividad de la ruleta de las emociones los resultados destacan: enojo, miedo y vergüenza, enojo porque sus padres no la visitan seguido, miedo de quedarse sola y vergüenza de realizar determinadas cosas, lo que además la pone triste. Se le explica que en la siguiente actividad, cómo gestionar estas emociones negativas que identificamos anteriormente, para lo cual se le enseñó técnicas de relajación como los ejercicios que hacemos al cierre de cada sesión, que puede repetirlos cada vez que necesite, a lo cual mencionó que si le han gustado, se realizó con ella ejercicios de respiración profunda para frenar pensamientos negativos, se le explicó que no funcione cuando lo necesite, siempre puede pedir ayuda a su cuidadora de la fundación.

Se aplicó un test de ansiedad a través de un ordenador en el cual los resultados indicaron que la adolescente muestra pocos síntomas físicos pueden determinar que sufres ansiedad grave. Por lo que generalmente lleva la ansiedad con algo de normalidad y sin que estos estados afecten a tu salud. En cuanto a los síntomas psíquicos presenta un trastorno de ansiedad generalizado. Cuando tiene algún problema, ya sea grande o pequeño, se siente abrumada y no sabe separarlo del resto de acontecimientos vitales, por lo que cae fácilmente en la ansiedad, y de rebote puede que en la depresión. Muestra muchos síntomas conductuales relacionados con un trastorno de ansiedad generalizado. Esto le impide llevar una vida normal, pues se sientes mal solo de pensar en lo que le ocurrirá. Estos pensamientos irracionales que le invaden a su vez precipitan nuevamente las conductas ansiógenas. En cuanto a sus síntomas intelectuales, sus pensamientos son catastrofistas e irracionales, no tienen un fundamento ni una razón real de ser.

TABLA 8

Sesión 5. Abuso sexual

	Actividades	objetivo	Recursos	Proceso	Cierre
Sesión 5 Abuso sexual	<p>Practicar la ventilación de emociones.</p> <p>Cuento El cazo de Lorenzo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entender la situación del abuso sexual y maltrato. • Favorecer el análisis dentro de una perspectiva realista. • Promover el afrontamiento y la esperanza 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuento El cazo de Lorenzo ver Anexo #. El cuento en video Youtube. com: https://www.youtube.com/watch?v=5pUmAOTQqCg – - Lámina del Ejercicio 3.9 - Lápices de escribir o bolígrafos 	<p>Leer o ver el cuento El cazo de Lorenzo.</p> <p>Explicar que un “cazo” Se ayuda a comprender el simbolismo del “cazo” (el trauma del abuso).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relajación y estabilización • Mi cuerpo es luz. Anexo. • Ordenar el salón

Nota: Adaptación del Manual para el tratamiento de niños, niñas y adolescentes víctimas sobrevivientes de agresiones sexuales

Se inició con las actividades de rutina, se procuró un ambiente agradable, se mencionó que en esta sesión se tratará un tema que puede resultar incómodo, se le agradeció de antemano la confianza, el respeto, el esfuerzo y la sinceridad con la que trabajará en esta sesión. Se explicó que es el abuso sexual infantil, conductas y lo que involucra, así como las clases de abuso sin contacto físico. Se proyectó el cuento de “El cazo de Lorenzo” y se explica del simbolismo del “cazo” con el abuso. La menor relató parte de la historia nuevamente, esta vez con más confianza y menos tensión. Se le felicitó por su valentía al expresar y compartir aquella experiencia dolorosa, se le recordó sus virtudes, capacidades y sueños que ha mencionado anteriormente. Realizó el ejercicio con éxito y se le recordó que siempre puede pedir ayuda.

TABLA 9

Sesión 6. Tristeza y ansiedad

	Actividades	objetivo	Recursos	Proceso	Cierre
Sesión 6 Tristeza y ansiedad	Practicar la Ventilación de emociones. Afrontando la tristeza	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la emoción de la tristeza y las situaciones que la detonan. • Conocer estrategias para el manejo de la tristeza 	<ul style="list-style-type: none"> - Fotocopia del Ejercicio 3.10 - Lápices de escribir o bolígrafos 	Pedirle a la menor que escriba una historia para contar por qué se encuentra triste el niño que aparece en el ejercicio y que escriba tres (3) cosas que lo harían sentirse mejor	
	¿Qué me provoca ansiedad?	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la emoción de la ansiedad. • Conocer formas para manejar la ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fotocopia del Ejercicio 3.11 - Lápices de escribir o bolígrafos 	Debe contar una historia de por qué la niña que aparece en el ejercicio se encuentra ansiosa y tres cosas que la harían sentirse mejor	<ul style="list-style-type: none"> •Relajación y estabilización
	Identificando la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer las manifestaciones de la ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fotocopias del Ejercicio 3.12 - Lápices de escribir o bolígrafos 	Consiste en colocar un gancho a los pensamientos que le generan ansiedad y a las manifestaciones de ansiedad que experimentan a través del cuerpo.	<ul style="list-style-type: none"> Relajación con la imaginería. Anexo. • Ordenar el salón
	Mis pensamientos y la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar pensamientos negativos. • Reemplazar los pensamientos negativos por positivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fotocopia del Ejercicio 3.13 - Lápices de escribir o bolígrafos 	Indicarle que hay una lista de pensamientos negativos o desadaptativos los que debe transformar a pensamientos positivos o adaptativos.	

Nota: Adaptación del Manual para el tratamiento de niños, niñas y adolescentes víctimas sobrevivientes de agresiones sexuales

Se realizó las actividades de rutina para iniciar, luego se explicó el tema a tratar sobre la tristeza y la ansiedad, cómo identificarla, las causas, se le pregunta si recuerda haberle pasado alguna de las causas mencionadas, se le recuerda que puede expresarse con confianza ya que es un lugar seguro y la conversación solo quedará allí, se explica sobre la ansiedad la ansiedad y lo que nos hace sentir inquietud, nerviosismo y preocupación. Se le indica algunas señales corporales con las que puede identificar si está presentado ansiedad, como: sudoración en las manos, agitación, nerviosismo, sensación de peligro, movimientos constantes de pies y manos, comerse las uñas, palpitaciones, dolor de estómago, ganas de ir al baño, etc. De las cuales mencionó que ha sentido varias de ellas incluso incluyendo manos frías, la cual dedujo por sí sola como otro síntoma de ansiedad, se le indicó que efectivamente es otro síntoma. Para los ejercicios de la sesión se orientó a la joven a desarrollar una historia a partir de lo indicado en su hoja, para cual se observó que a pesar de las historias que propuso, claramente relacionadas con su situación, la menor pudo recomendar varias soluciones positivas que ayudarían a los personajes a solucionar su tristeza y ansiedad respectivamente. Se observa favorablemente que haya recomendado las técnicas de relajación que hemos visto.

Finalmente se trabaja un ejercicio corto para medir su ansiedad de los cuales marca un total de 9 /15 ítems de los planteados en el ejercicio 3.12, luego se procede a transformar los pensamientos negativos a positivos según lo propuesto en el ejercicio 3.13, en los que se destacan “soy una persona valiosa” y “hay que pedir ayuda a una persona de confianza”. Se observa que la menor está tratando de cambiar favorablemente su conducta aceptando pensamientos más positivos y considera claramente que, ante lo que no puede tener el control puede pedir ayuda.

TABLA 10

Sesión 7. Enojo y miedo

	Actividades	objetivo	Recursos	Proceso	Cierre
Sesión 7 Enojo y miedo	Practicar la Ventilación de emociones. Señales de alarma ante situaciones de enojo	<ul style="list-style-type: none"> Identificar pensamientos, acciones y reacciones corporales ante situaciones de enojo. 	<ul style="list-style-type: none"> Fotocopias del Ejercicio 3.14 Lápices de escribir o bolígrafos 	Explicarle que nuestro cuerpo nos muestra señales cuando estamos enojados y a las que debemos prestar atención. Pregúntele ¿qué señales ha notado en su cuerpo cuando está muy enojada?	<ul style="list-style-type: none"> Relajación y estabilización Tensando y destensando mi cuerpo. Anexo. Ordenar el salón
	Dominando el enojo	<ul style="list-style-type: none"> Practicar pasos para el control del enojo: parar-pensar-actuar. 	<ul style="list-style-type: none"> Fotocopias del Ejercicio 3.15 Lápices de escribir o bolígrafos 	Mencionarle que tomar el control del enojo significa observar las formas cómo reaccionan cuando se enojan Reflexionar sobre cómo reacciona cuando está enoja.	
	Mi reacción frente al miedo	<ul style="list-style-type: none"> Reconocer los mecanismos de afrontamiento ante el miedo. Identificar el más utilizado: evasión, paralización y huida. 	<ul style="list-style-type: none"> Fotocopias del Ejercicio 3.16 Lápices de escribir o bolígrafos 	Se tratade ayudar a la menor a identificar sus reacciones fisiológicas que se producen intentando escapar o evitar el miedo como: sudoración, escalofríos, presión sanguínea entre otros.	
	Atrapando mis miedos	<ul style="list-style-type: none"> Reconocer los detonantes que generan miedo. 	<ul style="list-style-type: none"> Fotocopias del Ejercicio 3.17 Lápices de escribir o bolígrafos 	La actividad se realiza en un ambiente de silencio, la menor deberá pensar en 3 detonantes que le provoquen mucho miedo	

Nota: Adaptación del Manual para el tratamiento de niños, niñas y adolescentes víctimas sobrevivientes de agresiones sexuales

Se realizaron las actividades de rutina para iniciar, luego se explicó el tema a tratar sobre el enojo y miedo y cómo nuestro cuerpo puede ayudarnos a identificarlas, al igual que vimos con el tema anterior. Se procedió a realizar los ejercicios, en el 3.14 la menor señaló como señales de enojo 3/9 de los ítems, por lo que se deduce poco nivel de enojo, tal como se ha observado su comportamiento a lo largo de estas semanas, es una joven tranquila y pacífica, más bien tímida y bastante colaboradora con apertura a aprender. Para el siguiente ejercicio se planteó la idea de que haría si sucede algo que pueda detonar un enojo de su parte, en lo cual manifiesta que no sabría que hacer destaca la idea de retirarse del lugar, para eso se le ayudó indicando que siempre puede afrontar el problema buscando una solución que pueda expresar sus sentimientos sin recurrir a la agresividad, que siempre va a tener la oportunidad de estar frente a situaciones en su entorno (durante un juego, en pláticas con sus compañeros, entre otros) por lo que es mejor expresarse y no dejarse intimidar, solo en caso de ser una situación peligrosa entonces puede huir y pedir ayuda. Para el siguiente ejercicio tomó una actitud más segura para afrontar y atrapar sus miedos, por lo que se la felicitó.

TABLA 11

Sesión 8. Culpa y vergüenza

	Actividades	objetivo	Recursos	Proceso	Cierre
Sesión 8 Culpa y vergüenza	Practicar la Ventilación de emociones.	<ul style="list-style-type: none"> Identificar emociones de culpa y vergüenza. Utilizar 	- Fotocopia del Ejercicio 3.18	Se explica la importancia de transformar los pensamientos negativos en positivos. Se realiza una reflexión sobre la actividad y la información obtenida.	<ul style="list-style-type: none"> Relajación y estabilización Deshaciéndonos de la culpa y la vergüenza. Anexo. Ordenar el salón
	Encontrando y entendiendo la culpa y la vergüenza	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar estrategias cognitivas para procesar la culpa y la vergüenza. 	- Lápices de escribir o bolígrafos		
	Moldeando la culpa y la vergüenza	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar el arte para procesar las emociones de culpa y vergüenza. 	- Masilla o plastilina	Se le indica que en esta sesión va a representar a través del arte, un evento o situación que haya ocasionado culpa y vergüenza relacionada con el abuso sexual.	
	Se aplica tes				

Nota: Adaptación del Manual para el tratamiento de niños, niñas y adolescentes víctimas sobrevivientes de agresiones sexuales

Se realizó las actividades de rutina para iniciar, luego se explicó el tema a tratar sobre las emociones de culpa y vergüenza, se hace énfasis en explicar que los niños y adolescentes abusados no deben sentirse culpable, que la culpa siempre es del agresor, que no debe sentir vergüenza, se le recuerda que este es un espacio seguro y que puede preguntarme lo que sea.

En el primer ejercicio manifiesta culpa por haberse escapado de su casa, pero también dice que ya no quería seguir sufriendo el maltrato de su casa. Manifestó que le daba vergüenza el abuso sufrido en la iglesia evangélica, sus pensamientos negativos son no haber pedido ayuda, pero ahora entiende que no debe sentir vergüenza ni culpa

TABLA 12

Sesión 9. Romper el secreto

	Actividades	objetivo	Recursos	Proceso	Cierre
Sesión 9 Romper el secreto	Practicar la Ventilación de emociones. Mis emociones sobre el abuso sexual	<ul style="list-style-type: none"> Ventilar, identificar las emociones y su intensidad ante el abuso. Procesar la experiencia traumática. 	<ul style="list-style-type: none"> Fotocopia del Ejercicio 3.19 Lápices de escribir o bolígrafos 	En el ejercicio encontrarán oraciones referentes a la experiencia de abuso sexual, deberá encerrar en un círculo la respuesta.	<ul style="list-style-type: none"> Relajación y estabilización Mi cuerpo y yo. Anexo. Ordenar el salón
	Lo que piensan de mí	<ul style="list-style-type: none"> Ventilar las emociones que produce la estigmatización Desculpabilizar. Normalizar las emociones negativas. 	<ul style="list-style-type: none"> Fotocopia del Ejercicio 3.20 Lápices de escribir o bolígrafos 	Explicar que este ejercicio le va a ayudar a ventilar las emociones acerca del abuso sexual. Muchas veces el abuso produce emociones desagradables que permanecen a pesar de que pasa el tiempo. Por eso, vamos a revisar esas emociones para ir superándolas y dejándolas atrás.	

Nota: Adaptación del Manual para el tratamiento de niños, niñas y adolescentes víctimas sobrevivientes de agresiones sexuales

Se realizó las actividades de rutina para iniciar, luego se explicó el tema a tratar sobre romper el secreto, se explica que es importante hablar sobre lo que pasó para romper el silencio para poder reponerse a esa situación dolorosa. Se inicia con el ejercicio 3.19 para ventilar las emociones e intensidad del abuso; los resultados de este ejercicio se mostrarán en la tabla # donde se puede observar que muchas veces se siente que pudo haber hecho algo para evitar el abuso y siente un poco de culpa por lo que le pasó.

En el ejercicio 3.20 manifestó que su preocupación era que su papá o hermanos fueran a la cárcel porque pensó que matarían al agresor, o que su madre le echara la culpa de lo sucedido y le pegara, pensó en muchas otras cosas como que a lo mejor se le burlarían, además tenía mucha vergüenza de que su familia supiera y tampoco quería que su familia sufriera por eso, pensó en callarlo por esa razón al principio no quiso contar, afortunadamente sus amigas sí lo hicieron por ella, ahora desea que un día no se acuerde más de lo que le pasó ni volver a ver nunca al agresor.

TABLA 13

Sesión 10. Ventilando emociones hacia el agresor

	Actividades	objetivo	Recursos	Proceso	Cierre
Sesión 10 Ventilando emociones hacia el agresor o agresora	Practicar la Ventilación de emociones.	<ul style="list-style-type: none"> • Afrontar la figura del agresor de forma verbal y escrita. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fotocopias del Ejercicio 3.21 y 3.22 - Lápices de escribir o bolígrafos 	Se le explica a la menor que vamos a hablar abiertamente sobre el agresor. Escribirá una carta dirigida al agresor o agresora que en ella escriban todo lo que quisieran decirle. La carta no será enviada	<ul style="list-style-type: none"> •Relajación y estabilización •Meditación de sanación con cuencos tibetanos. Anexo. • Ordenar el salón
	Carta al agresor y el poder lo tengo yo	<ul style="list-style-type: none"> • Empoderar. Disminuir la omnipotencia del agresor. • Ventilar las emociones que esta figura representa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tablero - Marcadores para tableros 		
	Se aplica test				

Nota: Adaptación del Manual para el tratamiento de niños, niñas y adolescentes víctimas sobrevivientes de agresiones sexuales

Se realizó las actividades de rutina para iniciar, luego se explicó el tema a tratar, esta vez debe escribir una carta a su agresor, se le explica que la carta no será enviada, pero que en ella puede expresar todos sus sentimientos y lo que le hubiera dicho si no hubiera tenido miedo.

En síntesis, en la carta y el siguiente ejercicio la menor le dice al agresor que espera no volver a verlo, que espera que le pase lo mismo y que le pasen todas las cosas malas del mundo que ojalá se muera muy pronto y Dios lo castigue en el infierno y que nunca vuelva a nacer.

TABLA 14

Sesión 11. Personas de confianza

	Actividades	objetivo	Recursos	Proceso	Cierre
Sesión 11 Personas de confianza	Practicar la Ventilación de emociones. El jardinero	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la confianza. • Favorecer la atención. • Afrontar el miedo. • Desarrollar cohesión de grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Una regadera o algún objeto relacionado con la jardinería - Bandana o pañuelo para cubrir los ojos 	Indicar a la menor que va a realizar la actividad “El jardinero”.	<ul style="list-style-type: none"> •Relajación y estabilización • El lienzo de mi futuro. Anexo • Ordenar el salón

Nota: Adaptación del Manual para el tratamiento de niños, niñas y adolescentes víctimas sobrevivientes de agresiones sexuales

Se realizó las actividades de rutina para iniciar, en esta sesión se explicó a la menor que recordaríamos que siempre hay lugares seguros y personas que la respetarán y la ayudarán, se recordó los tipos de abuso, como identificarlos y lo que debe hacer en caso sentirse en peligro, se repasó la lista de personas en las que puede confiar y se la orienta en la realización de un plan de autoprotección para identificar sus emociones, cuando debería decir no y cuando debe huir, contarle y pedir ayuda.

TABLA 15

Sesión 12. Autocuidado, empoderamiento y fijación de metas

	Actividades	objetivo	Recursos	Proceso	Cierre
Sesión 12 Autocuidado, empoderamiento y fijación de metas	Practicar la Ventilación de emociones.	<ul style="list-style-type: none"> • Compartir buenas prácticas de autocuidado 	<ul style="list-style-type: none"> - Fotocopias del Ejercicio 3.23 	Explicarle a la menor “El autocuidado está dirigido a proteger nuestra salud.	<ul style="list-style-type: none"> •Relajación y estabilización
	Entrevista de autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la confianza. • Desarrollar relaciones de amistad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lápices de escribir o bolígrafo 	Debemos realizar hábitos saludables diariamente para sentirnos mejor física y <u>psicológicamente.</u>	<ul style="list-style-type: none"> •Repaso general • Felicitaciones por su participación en el proceso • Ordenar el salón

Nota: Adaptación del Manual para el tratamiento de niños, niñas y adolescentes víctimas sobrevivientes de agresiones sexuales

Se realizó las actividades de rutina para iniciar, luego se explicó el tema a tratar, sobre el autocuidado y o importante que es establecer planes, tener metas y visualizar un futuro con confianza y amor propio. Se resaltaron sus características, cualidades y valores que debe ir cultivando, así como el tener hábitos saludables en alimentación y evitar cosas dañinas para su salud como el estrés y psicotrópicos como alcohol y drogas. Que debemos cuidarnos y protegernos para tener una vida saludable. Se realizó con ella un plan de protección de autocuidado con los elementos mencionados anteriormente.

Luego se evaluó nuevamente sus niveles de ansiedad para determinar su progreso, en el cual los resultados fueron favorables ya que en relación con los primeros resultados se nota una importante reducción de ansiedad.

A continuación, se muestran los resultados del test de la figura humana:

TABLA 16

Resultados del test de la figura humana

	Ítems del Test de la figura humana	Puntos	Presente	Equivalencia
1	Dibujo explícito de genitales	3	X	3
2	Genitales encubiertos u ocultos	3		0
3	Omisión del área genital	3		0
4	Omisión de la parte central de la figura	3		0
5	Encapsulamiento	3		0
6	Frutas agregadas en los árboles	3		0
7	Dibujo de la figura del sexo opuesto	3		0
8	Figura diminuta	2	X	2
9	Pobre integración de las partes del cuerpo/ dibujos de monstruos	2		0
10	Manos cercenadas	2	X	2
11	Omisión de partes periféricas del cuerpo (piernas, brazos)	2		0
12	Ombligo agregado o enfatizado	2		0
13	Dientes puntiagudos/ en sierra	2	X	2
14	Manos grandes	2		0
15	Transparencia	2		0
16	Figura inclinada	1		0
17	Genitales enfatizados	1		0
18	Piernas juntas herméticas	1	X	1
19	Cintura/talle cercenado	1		0
20	Extensiones/largos brazos, largas piernas	1		0
21	Arcoíris	0,50		0
22	Mariposas	0,50		0
23	Corazones	0,50		0
24	Pájaros volando	0,50		0
25	Lluvia/ nubes	0,50		0
26	Sombreado el rostro	0,50		0
27	Unicornios	0,50		0
28	X en lugar de ojos	0,50		0
	Total			10

Nota: Test aplicado a la adolescente objeto de estudio

Las categorías de este test según su autora Maitin (2001) se encuentran en la siguiente escala:

“Sospechoso - Referir” (6 puntos o más), “Indeterminado” (3 – 5 puntos), “Normal” (0 – 2); en el caso de la menor Luisa, obtuvo 10 puntos por lo que se encuentra en la categoría “Sospechoso - Referir”

Según esta prueba la “Figura diminuta” y “Manos cercenadas”, son indicadores de problema sexual o emocional presentes en los menores, además la presencia de estos ítems hace referencia a la desvalorización, retraimiento, sensación de encierro, timidez, culpa, falta de recursos para accionar ante la realidad y poca apertura a la comunicación. El bosquejo explícito de genitales; dientes puntiagudos/en sierra y piernas juntas herméticas son esperados en niños víctimas de traumas como de abuso sexual, aunque también pueden aparecer en niños no abusados, pero con graves perturbaciones psicológicas, si aparecen los genitales, se indica angustia por el cuerpo y pobre control de los impulsos; los dientes indicarán agresividad y las piernas juntas herméticas índices de tensión con posible temor a sufrir un ataque sexual.

TABLA 17

Resultados de la escala de emociones

Sesiones	Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Primera	Socialización y adaptación				x						
Segunda	Autoestima						x				
Tercera	Introducción a las emociones					x					
Cuarta	Manejo de emociones					x					
Quinta	Abuso sexual							x			
Sexta	Tristeza y ansiedad							x			
Séptima	Enojo y miedo						x				
Octava	Culpa y vergüenza							x			
Novena	Romper el secreto							x			
Décima	Ventilando emociones hacia el agresor								x		
Undécima	Personas de confianza								x		
Duodécima	Autocuidado, empoderamiento y fijación de metas									x	

Según los resultados de la tabla podemos observar cómo a lo largo de las semanas la adolescente va ganando confianza en sus emociones mostrando una actitud más positiva de alegría, lo que podría traducirse a una mejoría en su bienestar emocional.

TABLA 18

Resultados comparativos de los test aplicados

N°	Nombre del test aplicado	Antes	Después
1	Prueba de autoestima de Rosenberg	62,5%	80%

TABLA 19

Test de ansiedad profesional

Test de ansiedad:	Antes	Después
- Síntomas físicos	46%	20%
- Síntomas psíquicos	92%	48%
- Síntomas de conducta	75%	30%
- Síntomas intelectuales	67%	30%

4.3 Análisis Comparativo

La psicoterapia cognitivo conductual, es considerada como una de las principales herramientas para tratar casos en los que la víctima ha sufrido traumas por abusos sexuales, los resultados de su aplicación son favorables en el paciente y sus efectos son duraderos, le da al paciente un nuevo enfoque a su vida, le proporciona un sentido de autoconfianza, seguridad y autoestima capaz de encauzar su vida y salir del espeso mundo de sus miedos y temores que le atormentan. Son muchos los profesionales que la han puesto en práctica y la han comparado con otras técnicas de intervención, por ejemplo: En el año 2005 Cohén, Mannarino y Knudsen, realizaron un trabajo en el que participaron 82 menores, entre 8 y 15 años, que habían sufrido un abuso sexual. Los resultados mostraron que la terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma fue superior a la terapia de apoyo no directiva para producir

un cambio duradero en los primeros 6 meses de seguimiento en depresión, ansiedad y preocupación sexual; y en el trastorno de estrés postraumático y síntomas disociativos al año de seguimiento. Estos resultados no están aislados, sino que son consistentes con los que este grupo ha encontrado con anterioridad. Este estudio añade más evidencia indicando la eficacia y durabilidad del tratamiento cognitivo conductual focalizada en el trauma para los menores abusado sexualmente y los adolescentes.

Para el caso de nuestra investigación, no fue la excepción, la menor ha mostrado mejoría, aduce sentirse más segura y confiada para afrontar peligros, decir no y denunciar las cosas que le desagradan, sabiendo que está bien expresar los sentimientos y no permitir que cosas negativas invadan su mundo.

Dentro este mismo enfoque, un estudio en Chile aplicó la psicoterapia al estrés postraumático (TEPT) que presentaban 21 adolescentes entre 12 y 17 años víctimas de abuso sexual, luego de realizado evaluaciones antes y después de las sesiones de intervención utilizando como instrumento la Escala de Depresión de Beck (BDI) se obtuvo en sus resultados que:

En la evaluación pretest, las adolescentes del grupo de intervención presentaban altos niveles de depresión, ansiedad y TEPT. De acuerdo con los criterios de interpretación del BDI, en la evaluación pretest se encontraban en la categoría de depresión moderada a severa. Después de la intervención todas las adolescentes del grupo de tratamiento redujeron sus niveles de depresión (Guerra y Barrera, 2017, p. 8).

Estos autores recomiendan la psicoterapia cognitivo conductual puesto que reduce considerablemente los niveles de ansiedad y depresión, así mismo otros autores también expresan su criterio profesional de forma favorable hacia la psicoterapia cognitivo conductual como medio para fortalecer la autoestima de las personas afectadas ante traumas vividos. Por ejemplo, Pillcorema y Hernández (2022) realizaron un estudio de 30 investigaciones en donde se aplica la terapia cognitivo conductual en menores víctimas de abuso sexual, declaran en sus resultados que:

En este estudio, se pudo comprender la importancia de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en la intervención de abuso sexual infantil (ASI) por lo tanto es relevante centrarse en los problemas relacionados con la depresión en las primeras etapas. Las técnicas cognitivo-conductuales han demostrado ser más adherentes a los tratamientos, con el grado de severidad manejado durante los procesos de estudio, evaluación, tratamiento y la efectividad de los procesos, logrando así avances significativos en los síntomas depresivos, permitiendo al niño desarrollar estrategias para mejorar sus condiciones de calidad. La investigación científica muestra que la Terapia Cognitiva Conductual basada en la intervención del abuso sexual infantil (ASI) es uno de los enfoques más efectivos para este tratamiento, está diseñada para aliviar muchos efectos adversos, como la depresión o eventos traumáticos de la vida de los niños y sus padres (p. 366).

Un estudio de alcance más amplio realizado por Sarasua y otros (2013) se evalúan los resultados de un programa individual cognitivo-conductual en el que durante 12 sesiones participaron 131 mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia, se afirmó que: Los resultados encontrados en este estudio son muy positivos si se tiene en cuenta que las víctimas presentaban un cuadro clínico severo y crónico ligado a un abuso sexual sufrido hacía más de 15 años, que el programa de tratamiento ofertado fue breve (12 sesiones con una periodicidad semanal) y que el éxito terapéutico obtenido se mantuvo en el seguimiento de 1 año. (p. 36)

4.4. Comprobación de hipótesis

La intervención de psicoterapia cognitivo conductual contribuyó a disminuir el stress post traumático de la adolescente víctima de abuso sexual albergada en fundación Santa María de la Esperanza, de la comuna Olón de la provincia de Santa Elena

Se acepta la hipótesis ya que las técnicas utilizadas en la intervención se evidenciaron como adecuadas en la disminución de los síntomas, tal como lo muestran los resultados de las tablas anteriormente mostradas, donde se comprobó que con la realización de las actividades a lo largo de las sesiones la menor pudo disminuir sus niveles de ansiedad. En la tabla # se muestra como la adolescente mejora significativamente su autoestima siendo esto indicador de superación de los traumas que le aquejaban.

CAPÍTULO V: Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

- Se pudo diagnosticar a través de los test aplicados, y la observación personal a través de las sesiones desarrolladas que la paciente padecía de ansiedad crónica nivel medio, inseguridad, poca expresión de sus emociones por lo que su terapia se enfocó a tratar estos traumas.
- Para el tratamiento se desarrollaron 12 sesiones individuales de psicoterapia cognitivo conductual validadas por la UNICEF, a través de un manual de manejo público para el tratamiento de víctimas sobrevivientes al abuso sexual, las técnicas propuestas en este manual fueron adaptadas al caso de nuestra paciente y con las cuales a través de las sesiones de intervención llevadas a cabo durante 6 semanas se contribuyó en la superación de los traumas psicológicos mencionados anteriormente y que fueron sufridos por la víctima del abuso sexual de la fundación Santa María de la Esperanza, de la comuna Olón de la provincia de Santa Elena.
- A través de asistencias de psicoterapia se han empleado técnicas de autoconfianza, autovaloración, reestructuración cognitiva, relaciones sociales dando óptimos resultados ya que la adolescente actualmente puede tener una mejor expresión de sus necesidades, se relaciona con mayor facilidad, pero aún existen secuelas debido al abuso vivido que con el tiempo podrá ir afrontando. Por lo que se puede determinar que ha existido un impacto positivo al aplicar la psicoterapia cognitiva conductual para contrarrestar los traumas psicológicos que presentaba la víctima del abuso sexual de la investigación.
- La presente investigación se centra en el caso específico de la víctima, por lo que sería interesante una investigación que involucre capacitación a los padres o cuidadores de paciente como parte del proceso de apoyo e intervención en el mejoramiento y bienestar de un ASI. Por lo general las intervenciones entre psicólogo y paciente suceden una o dos veces por semanas, mientras que con sus padres o cuidadores la víctima estará la mayoría del tiempo, en este

sentido es fundamental que el círculo primario seguro, pueda conocer los alcances y problemas por lo que está atravesando la víctima y cómo puede ayudar.

- Sería muy útil un diseño de un programa de medidas de prevención de abusos sexuales por rango de edades, por lo general cada rango de edad tiene cierta exposición que hace a los menores vulnerables en determinados entornos, siendo que, según los estudios se demuestra que entre un 65 a 85% de ASI pertenece al grupo comprendido entre 10 a 14 años, por lo que resultaría interesante establecer un patrón específico de las causas más comunes en cada grupo y de esta forma establecer medidas de protección encaminadas para prevenirlos de forma más acertada.
- Existen múltiples varias pruebas proyectivas que pueden ser aplicadas para la detección de un abuso sexual en menores, lo cual es muy útil, pero no se desarrollan más allá de los resultados del test, por lo que para detectar los traumas específicos asociados al caso se debe recurrir a otros test con estructura generalizada para medirlos, por lo que resultaría interesante el diseño de un test psicológico integral especializado específicamente en la detección de ASI que permitiera identificar todos los elementos involucrados, desde determinar si un paciente ha sido abusado, sus síntomas asociados, traumas desarrollados a partir del suceso, severidad y otros componentes relacionados concretamente en ASI.

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda a las personas encargadas del cuidado de la menor en la fundación Santa María de la Esperanza, continuar evaluando la sintomatología psicológica que presenta la víctima, a fin de verificar que siga progresando.
- Se recomienda que la menor siga reforzando los ejercicios que contribuyen a su autoconfianza, los ejercicios de relajación y respiración, entre otros desarrollados durante las sesiones de psicoterapia cognitivo conductual.

- Se recomienda a la fundación Santa María de la Esperanza implementar las sesiones de psicoterapia a otros casos que lo requieran dentro la organización, adaptando los ejercicios de acorde al diagnóstico particular del o los pacientes que necesiten atención de este tipo.

Referencias bibliográficas

- Ávila Espada, A. (2003). ¿Hacia dónde va la psicoterapia?: Reflexiones sobre las tendencias de evolución y los retos profesionales de la psicoterapia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (87), 67-84.
- Barb, J. (2021). *Manual para el tratamiento de niños, niñas y adolescentes víctimas sobrevivientes de agresiones sexuales*. Panamá: Grafimundo.
- Benedith, L. (2015). *Comportamiento clínico y epidemiológico del abuso sexual en niños y niñas*. Managua: UNAN.
- Bandura, A. (1961). Psychotherapy as a learning process. *Psychological Bulletin*, 58(2), 143–159. doi:10.1037/h0040672
- Bernardi, R., Defey, D., Grbarino, A., Tutté, J., & Villalba, L. (2004). Guía clínica para la psicoterapia. *Revista de Psiquiatría el Uruguay*, 68(2) 99-146.
- Berrios, Y., Medina-Sustache, E., & Rodríguez-Díaz, G. (2019). Reflexión Metodológica sobre los Retos en la Implementación con Niños Puertorriqueños Víctimas de Abuso Sexual del Modelo Basado en la Evidencia Terapia Cognitiva-Conductual Focalizada en el Trauma. *Revista Salud y Conducta Humana*, 5(1), 22-33.
- Buriticá Plata, A., López Cifuentes, C. J., & Velásquez Mejía, L. M. (2021). Alteraciones en el desarrollo integral del niño: intervención en los procesos de reparación, resignificación y superación en el marco del abuso sexual.
- Calvo, G., & Camacho, R. (2018). La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enfermería Global*. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100022
- Cárdenas, R. P., & de Orientación Educativa, E. (2004). Tratamiento psicológico de niños víctimas de abuso sexual. *Dificultades durante el proceso de vinculación y apego en las familias adoptivas*, 3(2), 61.
- Castro Cadena, A. E. (2018). *Análisis de la estructura perversa en infractores que han cometido abuso sexual a menores de edad. Estudio realizado en base a informes periciales del Instituto de Criminología "Julio Endara" en el periodo 2017-2018* (Bachelor's thesis, PUCE).
- Centro de psicoterapia y asesoramiento psicológico. (2022). *La Psicoterapia*. Obtenido de <https://www.cop.es/colegiados/ca00088/pag7.htm>

- Consejo Nacional para la igualdad Intergeneracional. (19 de abril de 2018). Datos actuales de la violencia contra niños niñas y adolescentes en El Ecuador. Obtenido de https://issuu.com/cnna_ecuador/docs/violencia_contra_nna_ec2018_cnii
- Cortés, F. (2014). Debate en la medicina griega sobre la sangría. Obtenido de Dicciomed: <https://dicciomed.usal.es/palabra/flebotomia>
- Derecho Ecuador. (17 de 04 de 2019). Violencia sexual infantil. Obtenido de <https://derechoecuador.com/violencia-sexual-infantil/#:~:text=Introducci%C3%B3n%3A-,El%20abuso%20sexual%20de%20menores%20se%20refiere%20a%20cualq,ui%20conducta,posibilidad%20de%20relaci%C3%B3n%20libremente%20consentida.>
- Dirección Distrial de Educación 24D01. (2019). Rendición de cuentas 2019. Santa Elena.
- Dirección Provincial de Santa Elena. (2022). Rendición de cuentas 2021. Santa Elena: Consejo de la Judicatura.
- Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Psicología conductual*, 19(2), 469.
- Escudero, S., Martín, L., & González, H. (2017). Intervención cognitivo - conductual en un caso de estrés postraumático debido a abusos sexuales en la infancia. *Revista de casos clínicos en salud mental*. <https://doi.org/https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6201736.pdf>
- Estrada Toledo, M. B. (2022). Significado que le atribuyen los adultos responsables de niños, niñas y adolescentes con antecedentes de haber sido víctimas de abuso sexual infantil al proceso de participación en la intervención del PRM Refugio Esperanza Curanilahue 2021.
- Figuroa, G. (2014). Los cuestionamientos de Jean-Paul Sartre a Freud ¿son aún válidos? *Filosofía y psicoanálisis en el nuevo siglo. Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 52(3), 185 - 212.
- Fiscalía General del Estado. (2020). Informe de Gestión - Santa Elena. Santa Elena: FGE.
- Fiscalía General del Estado. (2021). Informe de Gestión - Santa Elena. Santa Elena: FGE.

- Flores, M., De Lima, A., & Pastor, N. (2018). Trauma, apego y resiliencia. Conociendo el abuso sexual infantil y sus consecuencias en una víctima adulta. *Anuario de Investigaciones*, XXV(1), 1-29. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/3691/369162253051/369162253051.pdf>
- Franco, S., & Finol, M. (25 de marzo de 2020). Violencia sexual detectada en el ámbito educativo y factores de riesgo. *Dominio de las ciencias*, 6(1), 601-612. doi:<http://dx.doi.org/10.23857/dc.v6i1.2013>
- Garate, M. (2019). Derecho Ecuador.com. Obtenido de <https://derechoecuador.com/violencia-sexual-infantil/#:~:text=Introducci%C3%B3n%3A-,El%20abuso%20sexual%20de%20menores%20se%20refiere%20a%20cualquier%20conducta,posibilidad%20de%20relaci%C3%B3n%20libremente%20consentida.>
- García, L. (2008). Historia reciente de la investigación en psicoterapia. *Revista Psiencia*, 1(1), 1 - 6.
- Gómez, M. (2010). Concepto de psicoterapia en psicología clínica. *Revista Psyconex*, 2(4), 19 - 32.
- Gómez, R. (2018). Un estudio sobre la morbi-mortalidad de niños víctimas de violencia. SP.
- Goodman, S., & Bottoms, B. (2017). Effects of past abuse experience on childrens eyewitness memory. . *Law* .
- Gover, A. (2017). Child Maltreatment and adjustment to juvenile correctional institutions. *Criminal and Justice*.
- Guerra, C., & Barrera, P. (2017). Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la terapia cognitivo - conductual centrada en el trauma. *Revista de Psicología*. <https://doi.org/https://scielo.conicyt.cl/pdf/revpsicol/v26n2/0719-0581-revpsicol-26-02-00016.pdf>
- Kanter, B., & Beltrán, N. P. (2020). Victimización sexual en la infancia e intervención basada en la evidencia. *Revista de psicoterapia*, 31(115), 197-212.
- Molina, D., Jaime, E., & Gutierrez, O. (2019). Intervención Psicológica del abuso sexual en niños: revisión sistemática. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 12(3), 71-80.

- Macedo Sarmiento, D. J., & Rodriguez Polo, M. E. (2021). Efectividad de la intervención psicológica ante el estrés postraumático en víctimas de abuso sexual en la infancia: Una revisión sistemática.
- Magaña, Irene, Ramírez, Carlos, & Menéndez, Luciano. (2014). Abuso Sexual Infantil (ASI): Comprensiones y Representaciones Clínicas desde las prácticas de Salud Mental. *Terapia psicológica*, 32(2), 133-142.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000200006>
- Montoya-Salas, A. K., Osorio-Fernández, G., & Zaldúa-Rodríguez, N. C. (2022). Caja de herramientas para la intervención de secuelas psicológicas en menores víctimas de abuso sexual infantil.
- Murillo Iniesta, M. Á. (2022). El fenómeno del abuso sexual infantil (ASI): las fallas del sistema judicial y la intervención en el trauma con EMDR.
- Okeefe, M. (2018). A case of suspected child sexual abuse. *Journal of clinical Forensic Medicine*.
- Ospina López, A. P., & Nicolás, P. R. (2022). La importancia de las habilidades terapéuticas en la intervención con niños víctimas de abuso sexual.
- Orozco Molina, C. (2022). Roles de los padres, madres y cuidadores en el proceso psicoterapéutico de niños, niñas y adolescentes (NNA) víctimas de violencia sexual desde la narrativa de psicólogos clínicos.
- Pillcorema, C., & Hernández, Y. (2022). La terapia cognitivo - conductual y su aplicación en el abuso sexual infantil. *Revista de producción, ciencia e investigación*. <https://doi.org/https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol6iss42>.
- Reasco, D. (2021). La evaluación psicológica forense y su incidencia en el delito de abuso sexual infantil. Quito: USFQ.
- Roche, A., Fortin, G., & Labbé, J. (2016). The work of ambroise tardieu: the first definitive description of child abuse. . *Neglect*.
- Ruales, M. (29 de Abril de 2019). Universidad San Francisco de Quito. Obtenido de Colegio de ciencias sociales: <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/8144/1/142213.pdf>
- Sérgio, P. (2005). Informe mundial sobre la violencia contra niños y niñas. Ucrania: UNICEF/HQ.

- Sosa, S. E., & Gómez, M. M. (2012). Psicoterapia de grupo de padres: intervención en problemáticas de delitos contra la integridad sexual. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, (20), 81-90.
- Sosa, S. E., & Gómez, M. M. (2018). Psicoterapia de grupo de padres: intervención frente a la problemática de delitos contra la integridad sexual. In *Perspectiva psicoanalítica relacional-grupal del psiquismo y del abordaje terapéutico: Psicoterapia psicoanalítica de grupo en poblaciones diversas* (pp. 97-112).
- Velázquez, M., Delgadillo, L., & González, L. (2013). Abuso sexual infantil, técnicas básicas para su atención. *Reflexiones*, 92(1), 131-139.
- Vio, C. G., & Arredondo, V. (2017). Investigación sobre psicoterapia en abuso sexual infantil: ¿una tarea pendiente en Chile?. *Summa Psicológica UST*, 14(1), 1-11.
- Yauri, C. R. P., & Rodríguez, Y. D. L. C. H. (2022). La terapia cognitiva–conductual y su aplicación en el abuso sexual infantil. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 6(42), 361-372.
- Zavala Serrano, C. A. (2019). *Aplicación de Técnicas de Terapia de Duelo a Niños entre 6 y 8 años de edad Víctimas de Abuso Sexual* (Bachelor's thesis, Quito).

Anexos

Anexo 1. Ejercicio 3.2. Grupos a los que pertenezco

EJERCICIO 3.2 Grupos a los que pertenezco

Nombre: _____

Fecha: _____

Observa los dibujos de los distintos grupos a los que perteneces y responde las preguntas.



FAMILIA

Lo que me gusta _____

Lo que no me gusta _____

Lo que hacemos juntos _____

¿Tienes alguna persona favorita en este grupo? _____



ESCUELA

Lo que me gusta _____

Lo que no me gusta _____

Lo que hacemos juntos _____

¿Tienes alguna persona favorita en este grupo? _____



PARQUE

Lo que me gusta _____

Lo que no me gusta _____

Lo que hacemos juntos _____

¿Tienes alguna persona favorita en este grupo? _____



IGLESIA

Lo que me gusta _____

Lo que no me gusta _____

Lo que hacemos juntos _____

¿Tienes alguna persona favorita en este grupo? _____



TERAPIA

Ahora perteneces a un nuevo grupo

¿Qué esperas de él? _____

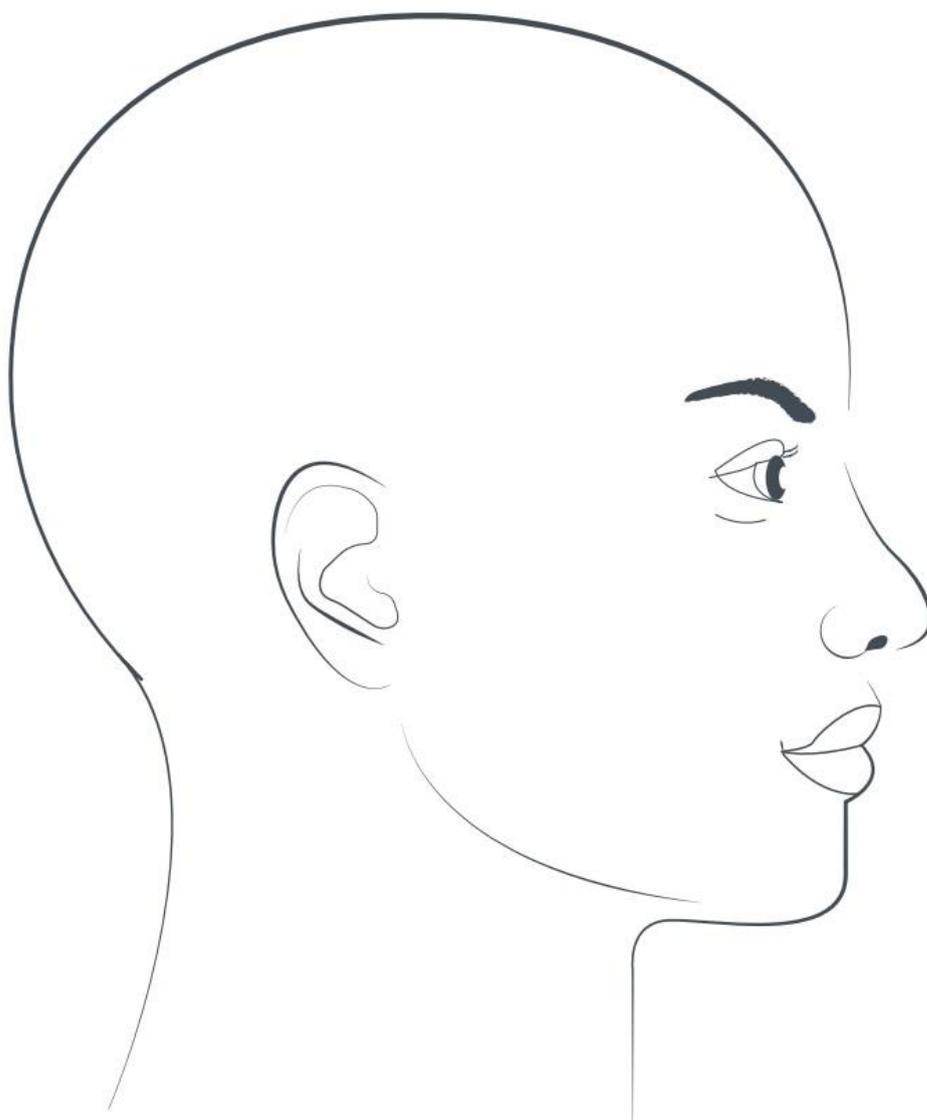
Anexo 2. Ejercicio 3.3. Autorretrato

EJERCICIO 3.3 Autorretrato

Nombre: _____

Fecha: _____

Recorta imágenes de revistas y periódicos, que representen tus sentimientos, pensamientos, gustos, intereses, valores, ideas o creencias. Pégalos dentro de la silueta del perfil. Convierte esta silueta en tu autorretrato decorándola.



EJERCICIO 3.4

Todo sobre mí

Nombre: _____

Fecha: _____

Completa la información solicitada.

Yo tengo

años

Yo mido

centímetros

Mi talla

camisa y pantalón

Yo calzo

zapato

Me gustan:

Juguete _____

Color _____

Animal _____

Comida _____

Canción _____

Película _____

Libro _____

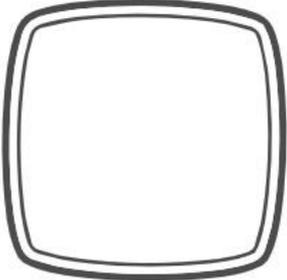
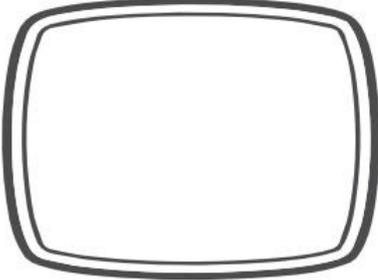
Deporte _____

Pasatiempo _____

 Mis mejores amigos



Cuando crezca quiero ser 



EJERCICIO 3.5 El pareo de mis emociones

Nombre: _____

Fecha: _____

Lee cuidadosamente cada frase y completa el pareo uniendo con una línea la frase con la emoción correspondiente.

Pareo



- | | |
|--|------------|
| 1. Como mucho cuando me siento | agradecido |
| 2. Escucho música y bailo cuando me siento | miedo |
| 3. No hago mi tarea cuando me siento | orgullosa |
| 4. Expreso mi cariño cuando me siento | triste |
| 5. Me aislo o trato de estar solo cuando me siento | amado |
| 6. Cuando gano buenas notas me siento | perezoso |
| 7. Digo palabras sucias o hirientes cuando me siento | valorado |
| 8. Ayudo en mi casa cuando me siento | enojado |
| 9. Me escondo cuando siento | alegre |
| 10. Cuando me ayudan me siento | ansioso |

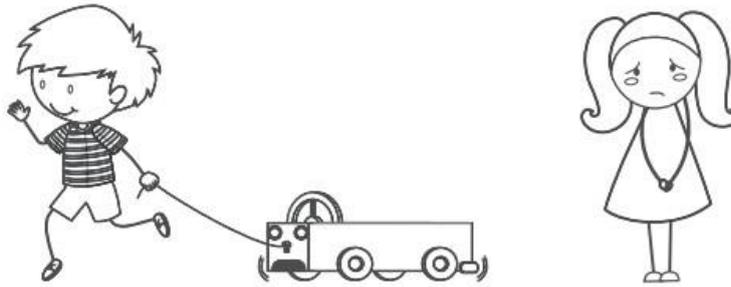
EJERCICIO 3.6 Mis emociones

Nombre: _____

Fecha: _____

Lee cuidadosamente cada oración y complétala llenando los espacios seleccionando una de las emociones que aparecen a continuación: valorado, orgulloso, avergonzado, triste, celoso, preocupado, culpable y enojado.

1. Me levanté de la silla y se me había roto el pantalón, me sentí _____
2. Mi papá y mi mamá se separaron, yo me siento _____
3. Gané cinco (5) en el ejercicio, me siento _____
4. Me hicieron una fiesta sorpresa mis amigos, me sentí _____
5. Mi mamá está enferma y no se recupera, yo me siento _____
6. Todos mis amigos van a un paseo menos yo, me siento _____
7. Mis padres le prestan más atención a mi hermano, yo me siento _____
8. Me copié en el ejercicio y la maestra se dio cuenta, me sentí _____

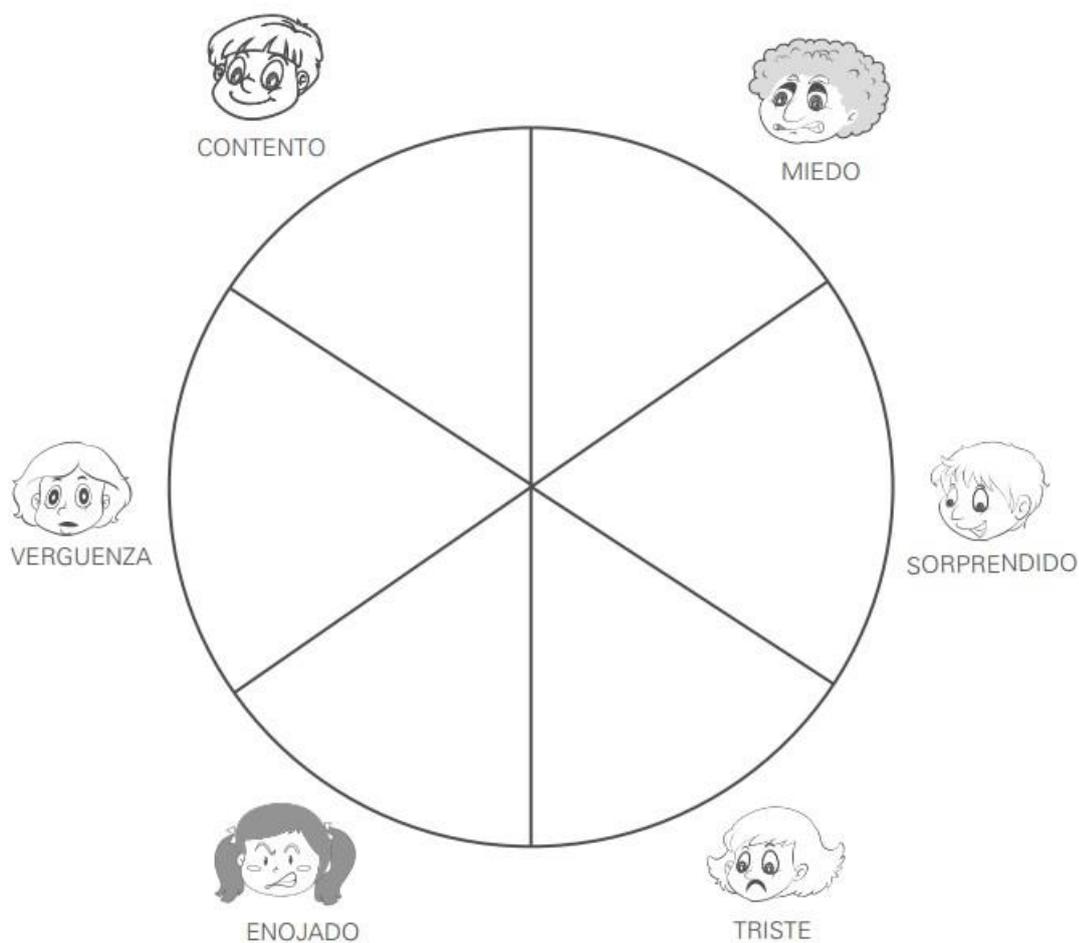


EJERCICIO 3.7 La ruleta de las emociones

Nombre: _____

Fecha: _____

Escribe en los triángulos de la ruleta una situación que te ha provocado la emoción correspondiente.



EJERCICIO 3.8 Gestionando mis emociones

Nombre: _____

Fecha: _____

Responde a las siguientes preguntas tomando en cuenta las técnicas de manejo de emociones aprendidas: relajación, frenar el pensamiento y transformar el pensamiento.

Piensa en una emoción desagradable que has sentido en las últimas dos (2) semanas.

¿Cuál fue la emoción? _____

¿Qué cambios observaste en tu cuerpo cuándo sentiste esa emoción? _____

¿Qué pensamiento negativo acompañaba a esa emoción? _____

¿Cómo aplicarías la técnica de relajación y qué relajación aplicarías? _____

¿Cómo aplicarías la técnica de frenar el pensamiento? _____

¿Cómo aplicarías la técnica de transformar el pensamiento? ¿Cuál sería el pensamiento positivo que utilizarías? _____

Nota: Aclara tus dudas si lo necesitas.



EJERCICIO 3.9

Preguntas reflexivas sobre el cuento "El cazo de Lorenzo"

Nombre: _____

Fecha: _____

Completa las siguientes preguntas reflexionando en el cuento "El cazo de Lorenzo".

¿Qué tienen de parecido o diferente tú y Lorenzo? _____

¿Qué emociones ha movido en ti este cuento? _____

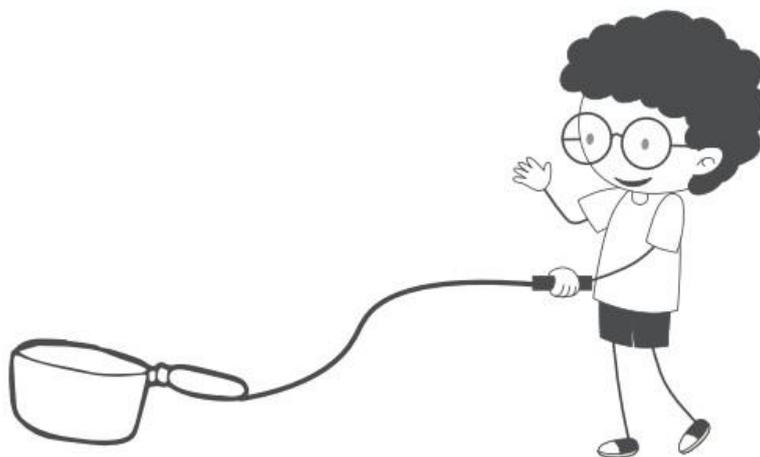
¿Qué representa el "cazo" de Lorenzo en tu vida? _____

¿Qué te gustó del cuento? _____

¿Qué no te gustó y por qué? _____

¿Qué aprendiste? _____

¿Te has encontrado con personas parecidas a las que tuvo Lorenzo a su alrededor?



EJERCICIO 3.10 Afrontando la tristeza

Nombre: _____

Fecha: _____

Este niño está triste. Escribe su historia.



Escribe tres (3) cosas que harían que este niño se sienta mejor.

1- _____

2- _____

3- _____

EJERCICIO 3.11 Afrontando la ansiedad

Nombre: _____

Fecha: _____

Esta niña está ansiosa. Escribe su historia.



Escribe tres (3) cosas que harían que esta niña se sienta mejor.

1- _____

2- _____

3- _____

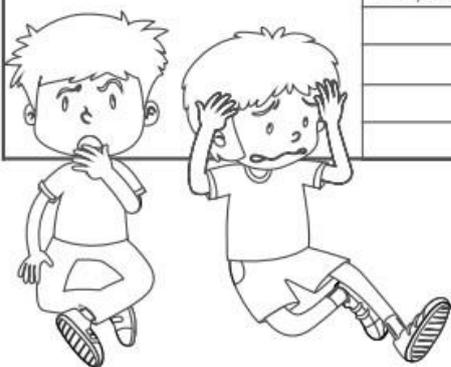
EJERCICIO 3.12 Identificando la ansiedad

Nombre: _____

Fecha: _____

Coloca un gancho a las manifestaciones de ansiedad que has sentido. Agrega cualquier otra manifestación de ansiedad que no esté en la lista.

Ansiedad	Manifestación de la ansiedad	✓	
Cuerpo	Muevo constantemente las manos y los pies		
	Camino de un lugar para el otro		
	Me muerdo las uñas		
	Como exageradamente		
	Tengo dolores estomacales o digestivos		
	Me da dolor de cabeza		
	Siento asco o náuseas		
	Siento que me falta el aire		
	Me cuesta conciliar el sueño		
Pensamientos	Me preocupa lo que me vayan a decir mis familiares o mis profesores.		
	Me preocupa que se rían de mí		
	Me da miedo hablar en voz alta frente a otras personas		
	Me preocupa que algo me pase		
	Me preocupa no agradarle a los demás		



EJERCICIO 3.13**Pescando los pensamientos positivos**

Nombre: _____

Fecha: _____

Transforma cada pensamiento negativo en uno positivo y escríbelo en el espacio en blanco.

Pensamientos negativos	Pensamientos positivos
"Soy un desastre"	
"No puedo soportar lo que está sucediendo"	
"Me siento fuera de control"	
"Todo va a salir mal"	
"No puedo controlar esta situación"	
"Lo hace a propósito"	
"Soy un bueno para nada"	
"Todo lo hago mal"	
"Tengo la culpa de que esto haya sucedido"	
"No hay manera de seguir adelante"	
"Soy responsable de que mi familia está disgustada entre sí"	
"Ahora que ocurrió esto ya no podré seguir mis planes y metas"	
"Ya no podré confiar en nadie nunca jamás"	



EJERCICIO 3.14

Señales de alarma ante el enojo

Nombre: _____

Fecha: _____

Coloca un gancho ✓ en la columna a la derecha si has experimentado estas señales de alarma ante el enojo a través de pensamientos, reacciones en el cuerpo y acciones concretas. Agrega otras señales de alarma de enojo en los renglones vacíos.

Pensamientos	"Le quiero pegar"	
	"Le odio"	
	"Es un _____"	
Cuerpo	Siento el cuerpo caliente	
	La cabeza me quiere explotar	
	El corazón me late rápidamente	
Acciones	Subo la voz	
	Digo insultos	
	Tiro cosas	



EJERCICIO 3.15

Dominando el enojo

Nombre: _____

Fecha: _____

Lee la siguiente situación y resuélvela en base a los siguientes pasos.

“Estoy jugando con mis amigos en el parque, llega otro chico, agarra la pelota para molestarnos y la tira fuera del área del parque, cayendo en el techo de una las casas de al lado. El juego se detiene”.

Detente e identifica el problema
¿Qué me hizo enojar?

Piensa antes de responder
Busca posibles soluciones
¿Qué puedo hacer?

Selecciona la mejor opción
¿Qué sucederá si..?

Pon en práctica la opción seleccionada
¿funcionó para mí?
¿funcionó para otras personas?



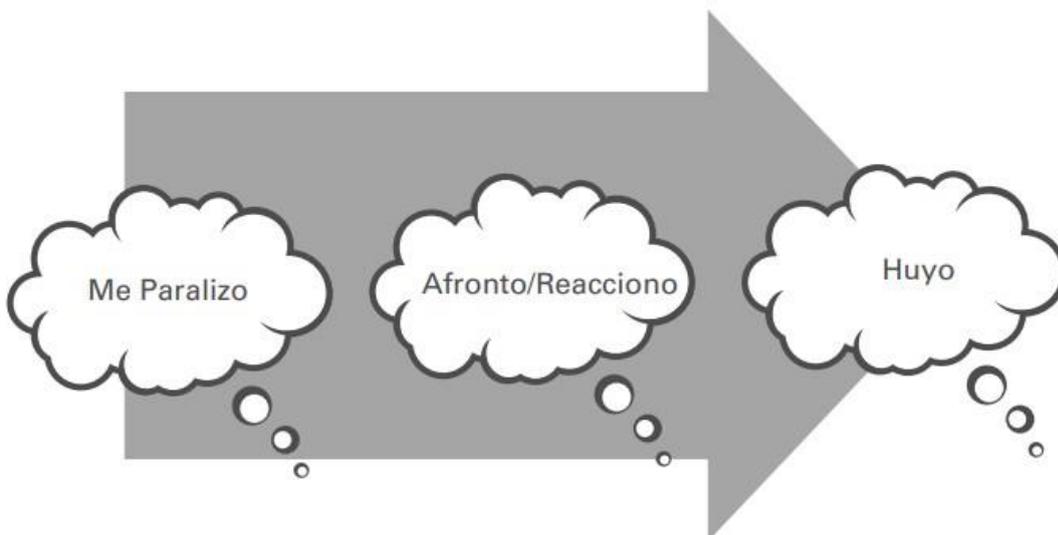
EJERCICIO 3.16

Mi reacción frente al miedo

Nombre: _____

Fecha: _____

Identifica cuál de los tres (3) mecanismos usas ante situaciones que te provocan miedo.



Escribe tres (3) situaciones en las que has reaccionado con alguno de estos tres (3) mecanismos frente al miedo.

1. _____

2. _____

3. _____

EJERCICIO 3.17 Atrapando mis miedos

Nombre: _____

Fecha: _____

Piensa en tres (3) detonantes que te provocan mucho miedo y escribe cada uno en los espacios. Agrega los pensamientos que acompañan cada uno de esos miedos.

Detonante:

Pensamientos:

Detonante:

Pensamientos:

Detonante:

Pensamientos:



EJERCICIO 3.18

Entendiendo la culpa y la vergüenza

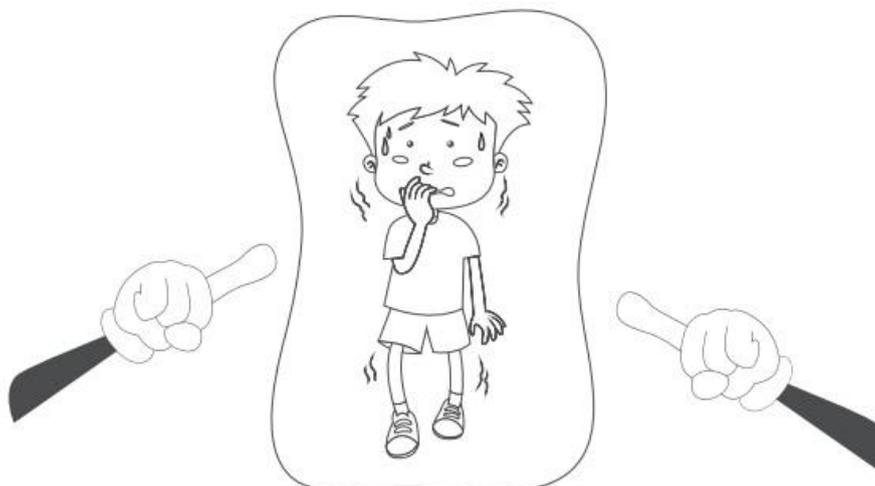
Nombre: _____

Fecha: _____

Piensa en una (1) situación que te generó las emociones desagradables de culpa y vergüenza y en los pensamientos negativos que la acompañaron. Completa el ejercicio y transforma los pensamientos negativos en positivos.

Situación que generó culpa	Pensamientos negativos	Pensamientos positivos

Situación que generó vergüenza	Pensamientos negativos	Pensamientos positivos



EJERCICIO 3.19 Proceso mis emociones

Nombre: _____

Fecha: _____

A continuación encontrarás oraciones referentes a la experiencia de abuso sexual. Lee cuidadosamente cada oración y respóndelas encerrando en un círculo la respuesta correcta.

Pienso que pude haber hecho algo para detener el abuso.

Nunca Casi nunca A veces Siempre

Cuando hablo del abuso me dan ganas de llorar.

Nunca Casi nunca A veces Siempre

No quiero que nadie se entere de lo que me pasó.

Nunca Casi nunca A veces Siempre

Pienso que yo tuve la culpa.

Nunca Casi nunca A veces Siempre

Siento que soy una buena persona.

Nunca Casi nunca A veces Siempre

Pienso en el abuso.

Nunca Casi nunca A veces Siempre

Creo que hablar de esto me va a hacer sentir mejor.

Nunca Casi nunca A veces Siempre

Me siento como si fuera la única persona que le ha pasado esto.

Nunca Casi nunca A veces Siempre

EJERCICIO 3.20 Lo que piensan de mi

Nombre: _____

Fecha: _____

Lee cuidadosamente cada frase y complétalas.

1. Me preocupa que las otras personas sepan lo que me sucedió, porque _____

2. Para mí lo más difícil al hablar de esto es _____

3. Si saben lo que me pasó ellos van a pensar que yo _____

4. Van a verme como si fuera raro/a si les cuento, porque _____

5. Si comparto con mis amigos/as mis emociones van a pensar que yo _____

6. Si cuento lo que me pasó no van a querer estar conmigo porque _____

7. Solamente puedo hablar de esto con _____

8. A veces pienso que solamente me ha pasado a mi porque _____

9. Quisiera que esto nunca hubiera pasado porque _____

10. Se que hablar del abuso me ayuda porque _____

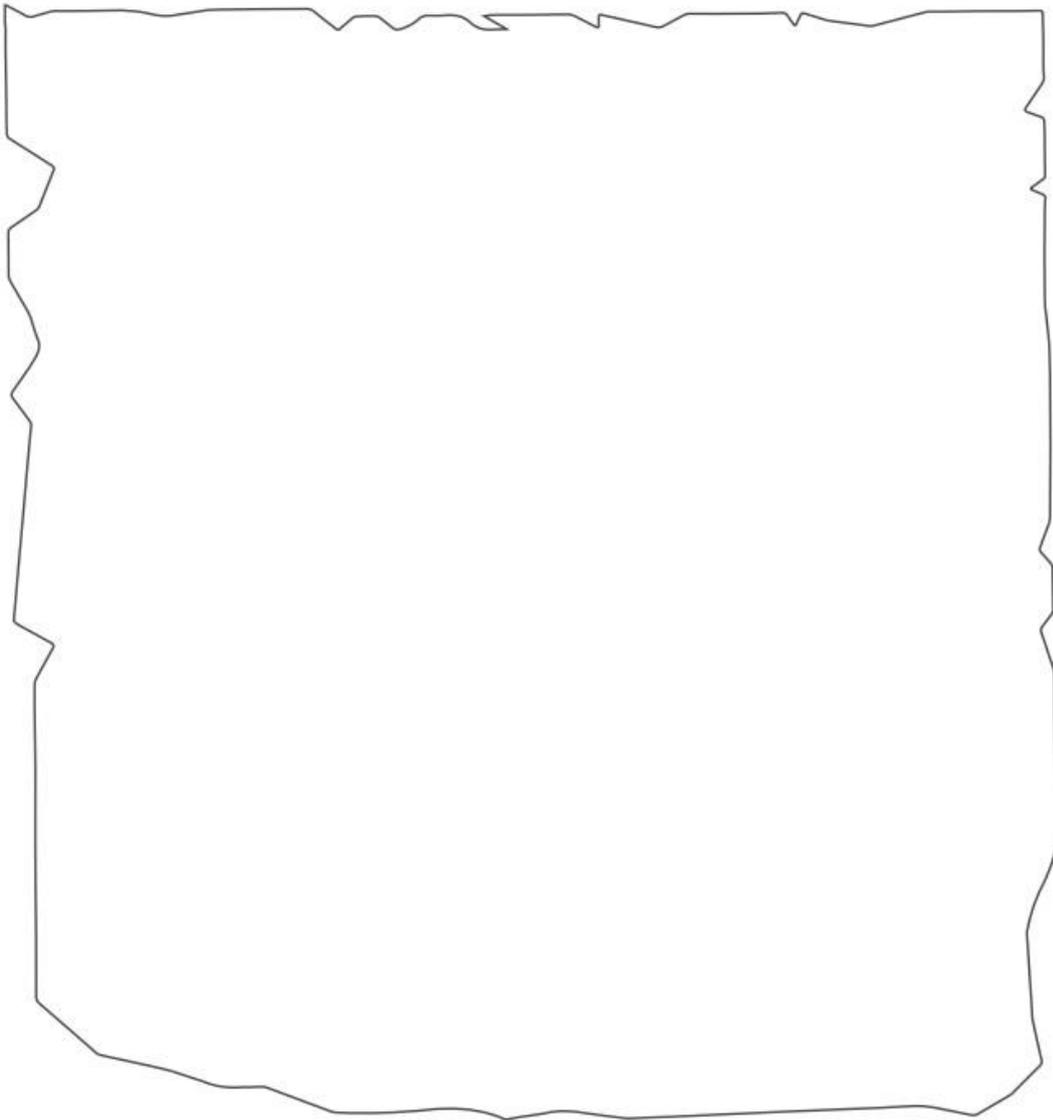
EJERCICIO 3.21 Carta al agresor

Nombre: _____

Fecha: _____

Escriba una carta al agresor/agresora, expresa todo lo que desearías decirle a esa persona.

Carta a _____



EJERCICIO 3.22 Ahora el poder lo tengo yo

Nombre: _____

Fecha: _____

Lee y responde las siguientes preguntas.

1. ¿Cómo describes al agresor/agresora?

2. ¿Qué sientes hacia el agresor/agresora?

3. ¿Qué te gustaría que le sucediera al agresor/agresora?

4. ¿Qué le dirías ahora al agresor/agresora?

EJERCICIO 3.23 Entrevista de autocuidado

Nombre: _____

Fecha: _____

Entrevista a tu compañero y marca con un gancho (✓) las medidas de autocuidado que practica y conócelas.

Entrevistado: _____

Aseo personal	Me baño todos los días	
	Cepillo mis dientes después de cada comida	
	Me corto las uñas regularmente de manos y pies	
	Me lavo las manos regularmente	
	Tiro la basura en su lugar	
Alimentación	Tomo mucha agua	
	Como frutas y verduras	
	Evito la comida chatarra y las bebidas azucaradas	
	Como carnes y lácteos	
Actividad física	Camino	
	Corro	
	Hago deporte	
Descanso	Duermo 8 a 10 horas diarias	
Esparcimiento	Leo	
	Pinto	
	Dibujo	
	Bailo	
	Otras actividades recreativas	
Actitud positiva	Soy cariñoso	
	Doy afecto	
	Sonrí	
	Soy amable	
	Ayudo y me dejo ayudar	
	Soy positivo	
	Soy feliz	
Relaciones sociales	Me reúno con mis amigos	
	Me divierto	
Visito al doctor	Controles médicos anuales	
	Voy al doctor si estoy enfermo	
Tengo buenos hábitos	No fumo	
	No tomo alcohol	
	No uso drogas	