

Eficacia de Tratamientos Psicológicos a Víctimas de Abuso Sexual Infantil: Una Revisión
Documental

Presentado Por:

Kathrin Emireya Villamizar Rincón

Gladys Teresa García Montes

Universidad de Pamplona

Facultad de Salud

Departamento de Psicología

San José Cúcuta

II-2018

Eficacia de Tratamientos Psicológicos a Víctimas de Abuso Sexual Infantil: Una Revisión
Documental

Presentado Por:

Kathrin Emireya Villamizar Rincón

Gladys Teresa García Montes

Tesis

Director: Ps. Stella María Rolón Díaz

Eps. Desarrollo humano Univ. La sabana

Mg. Universidad de Pamplona

Universidad de Pamplona

Facultad de Salud

Departamento de Psicología

San José Cúcuta

II-2018

Tabla de contenido

Planteamiento del Problema	1
Pescripción Del Problema	1
Formulación del Problema.....	3
Justificación	3
Objetivos.....	4
General	4
Específicos	5
Estado del Arte.....	5
Internacionales	5
Nacionales.....	7
Locales.....	10
Marco Teórico.....	10
Capítulo I: Infancia.....	10
Periodos del desarrollo de la niñez.....	11
Teorías Psicosexuales de Freud	12
Desarrollo Psicosocial de Erik Erikson	14
Capítulo II: Abuso Sexual Infantil	19
Contexto histórico del abuso sexual infantil ASI.....	19
Definición de abuso sexual	20
Repercusiones del abuso sexual infantil en la victima	22
Capitulo III: Intervención Psicológica	26
Definición de intervención psicológica	26
Clases de Intervenciones Psicológicas en víctimas de ASI	27
Intervenciones psicológicas desde los diferentes modelos.	29
Capítulo IV: Practica Basada En La Evidencia	34
En que consiste la práctica basada en la evidencia.	34
Intervenciones Psicológicas para Víctimas de ASI.....	37
Intervenciones Psicológicas para Víctimas de ASI Basadas en la Evidencia.....	39
Marco Legal.....	42
Marco Metodológico	44
Tipo de Investigación	44
Diseño	45

Instrumentos.....	46
Participantes.....	46
Procedimiento	46
Discusión y Resultados	47
Conclusiones.....	52
Recomendaciones	53
Delimitación y Limitaciones	54
Referencias bibliográficas	55
Anexo: Referencias bibliográficas de los documentos empleados	60

AGRADECIMIENTO

Agradecer a Dios por la vida y por permitir que cada obstáculo presente en el camino con él se pudiese vencer, así también inmensamente agradecida por encontrar personas maravillosas que han sido de apoyo, para cumplir esta meta de investigación.

Agradecer por otra parte a la familia, que con amor y entusiasmo creyeron que si se alcanzaría lo propuesto, a ellos Mil Gracias.

También agradecer a las docentes Yihad Ordoñez y Stella María Rolón y quienes con paciencia y sabiduría nos guiaron para realizar una excelente investigación, quienes han dedicado tiempo y constancia en ampliar sus conocimientos y entregarlos con esmero, a ellas muchas gracias y Dios les bendiga.

Planteamiento del Problema

El abuso sexual infantil ASI ha existido a lo largo de los siglos, aceptado y propiciado de distintas formas en muchas culturas; actualmente indica UNICEF (2016), es una forma de violencia a la infancia con dolorosas implicaciones a corto y largo plazo. Donde el tratamiento psicológico es una valiosa herramienta para minimizar las secuelas ocasionadas; Por ello la psicología como ciencia que interviene al ser humano debe someterse a una continua revisión de la eficacia en técnicas y tratamientos. Por consiguiente es de gran importancia que desde la investigación surjan estudios sobre los tratamientos y su eficacia basados en la evidencia, por medio de metodologías como la revisión documental, que permite la recopilación de estos estudios en forma descriptiva.

Descripción Del Problema

De acuerdo a UNICEF (2016), el abuso sexual de niños, niñas y adolescentes NNA es una de las peores formas de violencia contra la niñez y adolescencia, este ocurre cuando un NNA es utilizado para la estimulación y/o gratificación sexual de su agresor (adulto conocido o desconocido, pariente u otro NNA), por ello implica toda interacción sexual con un menor de 14 años en la que el consentimiento no existe o no puede ser dado, por la inmadurez biológica-emocional propia del NNA, independientemente de si entiende la naturaleza sexual de la actividad e incluso cuando no muestre signos de rechazo. Asimismo indica que el contacto sexual entre un adolescente y un niño o una niña más pequeños también puede ser abusivo si hay una significativa disparidad en la edad, el desarrollo, el tamaño o si existe un aprovechamiento intencionado de esas diferencias.

En cuanto a víctimas de ASI, en América latina, 1 de cada 5 niños son abusados por un familiar cercano; en más del 50% hay evidencias de situaciones incestuosas; el 80% son amigos, vecinos o parientes, Rodríguez. (2012). Por otra parte en Colombia el Instituto de Medicina Legal indicó que en el 2017 ocho de cada diez víctimas son niñas y en la mayoría de los casos el agresor está en el entorno familiar, en los casos denunciados en el 2015 reflejan que en promedio 52 personas son abusadas sexualmente al día en el país, siendo el mayor número las violaciones de niñas entre 10 y 14 años, y niños entre los 5 y 9 años. Del mismo modo en la zona metropolitana de San José de Cúcuta, el 20 Marzo 2018 el periódico la Opinión refirió que 435 niños fueron

abusados sexualmente en el 2017 y que las cifras van en constante aumento cada año a comparación de los años anteriores.

En relación a las consecuencias psicológicas de ASI, es un factor de riesgo innegable para el desarrollo de trastornos psicopatológicos en la edad adulta, donde las secuelas psicológicas pueden perdurar a lo largo del ciclo evolutivo y configurarse en la edad adulta, con problemas emocionales, de relación, de funcionamiento, dificultades sexuales, de conducta y adaptabilidad social, Echeburúa, Guerricaechevarría, (2000). Asimismo Rodríguez (2012), señala una peor salud mental general en víctimas de ASI; donde hay probabilidad cuatro veces mayor de desarrollar trastornos de personalidad, es posible que la víctima no desarrolle problemas aparentes durante la infancia y que éstos aparezcan como problemas nuevos en la adultez.

Con respecto al proceso de acompañamiento que se le hace a la víctima, medicinal legal indica que a partir de conocer una denuncia por estos hechos, un conjunto de autoridades como la Policía, el Centro de Atención a Víctimas de Abuso Sexual CAIVAS, de la Fiscalía y miembros del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) brindan el acompañamiento al menor para que se reestablezcan sus derechos y para la intervención psicológica pertinente son remitidos a la entidad de salud al cual pertenece la víctima.

En relación con los tratamientos psicológicos en víctimas de ASI en Colombia, la ley 1146 del 2007, expide normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente. Les otorga desde la entidad de salud a la que pertenece 10 sesiones de intervención a las víctimas, el cumplimiento de objetivos, alcances y logros es supervisado por la secretaria de salud.

En esta temática hay variedad de estudios sobre enfoques, técnicas y demás, pero muy pocos son basados en la evidencia de su eficacia; lo que conlleva a seguir aplicando tratamientos sin saber su efectividad, lo que puede conllevar a que muchos pacientes a pesar de haber tenido intervención psicológica, aun presenten secuelas que le generan malestar en su diario vivir a través de los años. Por lo cual, para el abordaje adecuado de esta problemática es necesario conocer la eficacia de la intervención psicológica basada en la evidencia.

Por ello la intención de esta investigación, es hacer una revisión documental de tratamientos basados en la evidencia en víctimas de ASI; y se espera que el presente estudio pueda servir como soporte que repercuta en la práctica de intervenciones psicológicas e iniciar una evaluación de las intervenciones aplicadas a víctimas de ASI en Colombia.

Formulación del Problema

¿Qué intervenciones psicológicas son eficaces basadas en la evidencia, en el tratamiento para víctimas de Abuso sexual infantil?

Justificación

La tasa de prevalencia de algún tipo de abuso sexual en menores en la población general de diversos países es de un 7.4% en el caso de los niños y de un 19.2% en el de las niñas, el abuso sexual, con contacto físico, con carácter repetido es una interferencia claramente negativa en el desarrollo emocional del menor, Echeburúa, E y Guerricaechevarría, C. (2011). En Colombia las cifras que se conocen de víctimas de ASI son alarmantes, sin contar aquellas que no han denunciado, la violencia sexual en cualquiera de sus formas se ha constituido en un verdadero problema de salud pública dejando secuelas físicas, sociales y psicológicas que repercuten en la salud mental de la víctima y que en muchas ocasiones permea generaciones completas.

En conjunto, las víctimas de ASI pueden experimentar en la vida adulta una tasa de trastornos mentales 2.4 veces mayor que las personas no expuesta a ASI, la afectación se da en el funcionamiento físico, psicológico, social, con alteraciones psicopatológicas como confusión, ansiedad, culpa, angustia, depresión, ideación suicida, baja autoestima, dependencia emocional, mayor aislamiento, dificultades para dormir y pesadillas recurrentes, utilización de drogas y alcohol, automutilación, y prostitución, aparición de desórdenes múltiples de personalidad y desórdenes en la alimentación, Maniglio, R (2009).

El impacto psicológico del ASI va a depender de la frecuencia, de la duración, de la gravedad del abuso y de la relación con el agresor, pero también de la fase del desarrollo psicológico de la víctima en la que tuvo lugar el suceso, Briere y Elliott, (2003).

Por tal motivo es de gran importancia conocer no solo las muchas implicaciones y consecuencias en la salud mental-emocional de la víctima, sino también como psicólogos se hace indispensable conocer basados en la evidencia los tratamientos más eficaces en estas víctimas; la adquisición de este conocimiento nos dará elementos convenientes para la eficacia de los tratamientos evitando perder tiempo valioso de recuperación de la víctima usando tratamientos sin

conocer su efectividad. Frente a esta necesidad la práctica profesional debe partir de la evidencia científica de su eficacia como premisa fundamental.

Para este propósito la revisión documental de los tratamientos psicológicos, es una herramienta primordial, que permiten sintetizar los resultados de numerosas investigaciones, para determinar cuáles son los tratamientos o intervenciones más usados y con mejores resultados en la superación de los traumas como consecuencia del abuso sexual en la infancia; siendo de gran utilidad al profesional que intervenga esta población pues tendrá mayor certeza en elegir y aplicar el tratamiento que la evidencia de la práctica ya ha demostrado su efectividad, favoreciendo la salud mental individual y social de los pacientes.

Precisamente, en el manual deontológico (2016) de la práctica profesional psicológica, se encuentra el principio rector de no-maleficencia el cual formula la obligación moral de no lesionar la integridad de un ser humano, razón por la cual el profesional está obligado a realizar buenas prácticas, con conocimientos acordes a la necesidad de sus pacientes y de la sociedad. Se considera que la acción o el proceder correcto no sólo es aquel que provoca el mayor bienestar posible, sino el que evita o disminuye el riesgo de daño. En los casos de víctimas de ASI el saber la eficacia en los tratamientos nos permitirá dar cumplimiento a esta obligación moral y ética.

Para concluir, lo que pretende esta investigación es obtener una categorización cualitativa de la eficacia en los tratamientos psicológicos en víctimas de ASI que se han puesto en evidencia. Esta revisión documental aportara información crucial, que utilizada adecuadamente contribuye a optimizar la práctica profesional y por ende el mejoramiento de la salud mental de las víctimas de ASI y sus familias.

Objetivos

General

Analizar la eficacia de las intervenciones psicológicas en víctimas de abuso sexual infantil, a través de una revisión documental, fortaleciendo los tratamientos.

Específicos

Identificar la eficacia de las intervenciones psicológicas en víctimas de abuso sexual infantil desde el modelo cognitivo conductual.

Conocer la eficacia de las intervenciones psicológicas en víctimas de abuso sexual infantil desde el modelo psicodinámico.

Detallar la eficacia de las intervenciones psicológicas en víctimas de abuso sexual infantil desde el modelo sistémico.

Explorar la eficacia de las intervenciones psicológicas en víctimas de abuso sexual infantil desde el modelo fenomenológico o humanismo.

Estado del Arte

Durante la revisión documental, se encontró abundante información de las consecuencias a corto, mediano y largo plazo del ASI, también sobre pautas preventivas, pero de la eficacia en la intervenciones psicológicas en víctimas de ASI desde los enfoques cognitivo, conductual, psicoanalítico, fenomenológico o humanista, es más reducido los estudios encontrados.

Internacionales

Dentro de los estudios encontrados sobre la eficacia en otros países tenemos el estudio realizado por Sánchez., Alcázar, A., y López, C. (2011), que lleva como título “Tratamiento psicológico del abuso sexual en niños y adolescentes: un estudio meta-analítico” de España que incluye la revisión de 33 artículos, señalan que los tratamientos cognitivo conductuales centrados en el trauma, combinados con terapia de contención y con elementos psicodinámicos (terapia de juego) generan mejores resultados. El objetivo principal de este estudio fue examinar los efectos de tratamientos desde diferentes enfoques para mejorar las secuelas del abuso sexual en niños y adolescentes.

La metodología aplicada fueron diversas técnicas terapéuticas, de entre las que se incluyen el modelado, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, la exposición gradual, el

procesamiento cognitivo y afectivo y la educación sobre el abuso sexual, sexualidad sana y habilidades de seguridad personal

Los resultados revelaron que las mayores mejoras en el bienestar psicológico de los niños se consiguen en la combinación de TCC centrada en el trauma, terapia de apoyo y, en menor medida, la terapia psicodinámica. En general, mostró buenos resultados, son los que obtienen mejores resultados en la disminución de sintomatología asociada al ASI, principalmente en las conductas sexualizadas, la ansiedad, la depresión, los problemas de autoestima y los problemas de conducta.

Otro estudio realizado por Sarasua, B. Zubizarreta, I. Corral, P. y Echeburúa, E. (2013) cuyo título es “Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo.” Con la universidad de Murcia España; el objetivo del estudio fue la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual individual en 12 sesiones de una hora de duración con una periodicidad semanal y que tiene una duración aproximada de 3 meses.

Se aplicó una metodología con un programa que consta de 2 partes. La primera se centra en los aspectos motivacionales; y la segunda en las consecuencias psicopatológicas derivadas de los sucesos traumáticos vividos, con una muestra de 121 sujetos que participaron voluntariamente. Se utilizó un diseño de medidas repetidas con seguimientos de 1, 3, 6 y 12 meses.

Los resultados de este estudio arrojaron una tasa de éxitos en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático fue del 90.7% en las víctimas que completaron el tratamiento. A pesar de la pérdida de pacientes en los seguimientos (25.58%), se mantuvieron en las pacientes evaluadas en los cuatro periodos establecidos (un 74.42% al cabo de 12 meses), con una alta reducción de las recaídas. Sin embargo, hubo un nivel más bien alto de rechazos y de abandonos.

El estudio realizado en Chile, por Valeria Arredondo (2016) que tiene como título “Psicoterapia en abuso sexual infantil: ¿Una tarea pendiente en Chile?” que tiene como objetivo general el analizar la producción nacional de estudios referidos a la psicoterapia con víctimas de abuso sexual infantil. La metodología para este estudio cuenta con una muestra que la componen ocho revistas y seis instituciones chilenas que trabajan con víctimas. De los solo 19 trabajos en el área, la mayoría se corresponden a la sistematización de experiencias de intervención.

Llegando a los siguientes resultados: los trabajos descritos aportan información y reflexión importante para el conocimiento del ASI, pero la investigación referida a la psicoterapia con este tipo de víctimas es escasa pues mayoritariamente se aborda la sistematización de experiencias de intervención generales y las muestras son reducidas para la generalización de los resultados, aspecto de alta relevancia para nutrir el trabajo de los psicoterapeutas chilenos en este ámbito específico.

Esta insuficiencia de estudios muestra el desequilibrio entre la práctica de la intervención reparatoria y la investigación que debiera respaldarla. Las instituciones especializadas han hecho esfuerzos por sistematizar y publicar sus prácticas de intervención, las investigaciones empíricas que reporten datos fiables sobre la efectividad de estas intervenciones o de los factores que inciden en ello son escasas.

Nacionales

Álvaro Roberto Vallejo Samudio y Martha Isabel Córdoba Arévalo de la universidad Javeriana en Colombia, realizaron un estudio en el año 2012, que llevo como título “Abuso sexual: tratamientos y atención” cuyo objetivo fue: Rastrea las publicaciones disponibles en materia de acciones encaminadas al apoyo de sobrevivientes de abuso sexual, por parte de los sistemas de salud pública en algunos países, y los tratamientos de origen psicológico mas recomendados para la reparación de la salud mental de las víctimas de abuso sexual.

De los resultados obtenidos se muestran que el pasar del tiempo no alivia los síntomas en sobrevivientes de traumas por abuso, sino se requieren con urgencia tratamientos psicológicos que contribuyan a su mejoría; cuanto menor sea el tiempo transcurrido entre el evento de abuso sexual y el inicio de la terapia, mejores serán los resultados de los tratamientos en síntomas como la depresión, la rabia, la disociación y el aislamiento; por el contrario, las personas que pasan mayor tiempo sin ser intervenidos presentan una sintomatología mayor.

Los aportes investigativos internacionales han abierto camino respecto a propuestas de tratamientos e intervenciones en personas con esta problemática, partiendo de un enfoque multidisciplinar, los tratamientos más exitosos combinan diferentes técnicas y modalidades terapéuticas.

El estudio realizado por Quintero Andrea, Bonilla Francisco, Otero Andrea, Campo Gerardo & Valencia Henry (2013) Abuso sexual infantil: ¿territorio omitido o inadvertido en Colombia? en la ciudad de Bogotá. Colombia.

Tiene como objetivo señalar una oportunidad de investigación que no ha sido explotada en el país: el abuso sexual infantil y especialmente sus consecuencias psiquiátricas y psicológicas. También pretende invitar a los editores de la Revista a impulsar el trabajo en este campo y señalar brechas de conocimiento alrededor de este tema.

La metodología utilizada es clasificar el abuso sexual según las condiciones en las que se dé y sus consecuencias, de esta forma se eliminan la exclusión de una u otra población afectada y se evita la imprecisión en resultados de estudios que tengan definiciones demasiado amplias o restrictivas de abuso sexual.

Según el anterior estudio mostro los siguientes resultados: Colombia reúne varios de los factores establecidos para el riesgo de abuso sexual infantil. La violencia intrafamiliar, el abandono, el estrés, las situaciones de crisis y la disfunción familiar están entre ellos; están también en mayor riesgo los menores que sufren o tienen en su ambiente más próximo (hogar, comunidad, escuela) adicciones, especialmente a sustancias psicoactivas que generan alta dependencia, como la heroína, el crack o la cocaína¹, por esta razón se incluye a los menores de edad que viven en situación de indigencia o extrema pobreza, porque tienden a sumar el último factor; y la baja escolaridad también se ha demostrado asociada a mayor número de abusos sexuales en menores (Quintero , Bonilla , Otero , Campo , & Valencia , 2013).

Algunos menores son más vulnerables al abuso, los menores con discapacidades, en situaciones de negligencia, los internaliza dos por condiciones especiales de salud y los menores cuyos padres biológicos están separados (el perpetrador puede ser un progenitor, padrastro, madrastra u otro).

Franco Álvaro & Ramírez Luis (2016), en su tesis de Postgrado en Psiquiatría Infantil titulada “Abuso sexual infantil: perspectiva clínica y dilemas ético-legales”, de la Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia. Esta investigación tuvo como objetivo principal revisar la literatura reciente en torno a los principales factores que generan las condiciones para la ocurrencia del abuso sexual de menores de edad y discutir las implicaciones ético-legales y algunos dilemas que este fenómeno genera. Se aplicó como método la realización de revisión de artículos publicados en los últimos 5

años y se presenta un caso hipotético paradigmático que genera algunos de los dilemas ético-legales de difícil resolución.

Se obtuvo como resultado la integración de las principales características del abuso sexual contra los menores y se ofrece una argumentación integral para manejar este tipo de situaciones. Para concluir se considera que los referentes teóricos y los cursos de acción previsibles, permite concluir la importancia de individualizar cada caso y sus circunstancias, donde la prudencia y la objetividad clínicas, así como el conocimiento de la norma, se convierten en requisitos indispensables para un correcto proceder (Franco & Ramírez, 2016).

Esta investigación muestra como el abuso sexual infantil deja secuelas serias en los ámbitos psicológicos, biológicos y sociales de quien lo padece, para esto es necesario una intervención integral a la víctima y su entorno puede favorecer un mejor pronóstico, para lo que hay que tener en cuenta que no existen casos “puros” donde el abuso es la única entidad a tratar.

En Manizales Colombia, en el año 2016, se llevó acabo otra investigación por Valeria Arredondo; Carolina Saavedra; Consuelo Troncoso y Cristóbal Guerra. El artículo titulado “Develación del abuso sexual en niños y niñas atendidos en la Corporación Paicabi”. El objetivo del estudio fue describir las características del ASI en función de la forma en que éste ha sido develado (detección vs. revelación) y de su latencia (temprana, intermedia o tardía).

En cuanto a la metodología se tomaron los datos de 191 niños/as menores de 10 años, estos datos fueron extraídos del sistema de gestión de casos de la institución que les brindó tratamiento, se analizaron las particularidades de los distintos tipos de ASI con tablas de contingencia. Los resultados dan cuenta de que los procesos de revelación y detección son diferentes entre sí, se observa que a mayor complejidad del ASI (intrafamiliar, crónico, con penetración y parte de una polivictimización) la revelación es menos frecuente y de mayor latencia, se muestran la necesidad de una mayor diversificación de las estrategias orientadas a una develación temprana del ASI. En la mayoría de los participantes el abuso fue detectado, lo que nos lleva a considerar la importancia de fortalecer la formación de los adultos en el desarrollo de estrategias de prevención (detección precoz).

Locales

Valencia Julio, Parra Jimmy, Rey Edwin, Escalante Blanca, & Delgado María (2014) en su trabajo de grado titulado “Causas del embarazo adolescente en los municipios de Acacías, Cúcuta, Pasto y Yopal durante el primer semestre del año 2014”. El objetivo principal de esta investigación fue investigar las causas e incidencias más predominantes de los embarazos precoces en los municipios de Cúcuta, Yopal, Acacias y Pasto, a fin de concienciar a la población joven del manejo adecuado de la sexualidad en busca de disminuir los embarazos no deseados mostrándoles cómo planificar sus vidas y capacitar acerca de los riesgos que conllevan un desorden en sus vidas.

Entre los aspectos psicosociales es el abuso sexual a las adolescentes, lo que repercute en sus vidas un daño psicológico, y a su vez al bebe que traerán al mundo. El método utilizado para la recolección de los datos fue una encuesta de diez preguntas a 101 personas seleccionadas con la problemática de embarazos en los diferentes municipios Acacias, pasto, Ibagué, Yopal y Cúcuta.

Como resultado de esta investigación se concluyó: que se debe incluir la educación sexual como materia en todos los centros de enseñanza en las escuelas, colegios y universidades tanto públicos como privados, por personas capacitadas en este ámbito, para así asegurar la enseñanza de los deberes y derechos de los adolescentes para con su sexualidad y también es necesario dar talleres de educación sexual a los padres de familia de Jóvenes estudiantes para que ellos desde su hogar, orienten a sus hijos a promover una vida sexual responsable y que sea satisfactoria a su vida futura. (Valencia , Parra , Rey , Escalante , & Delgado , 2014).

Marco Teórico

Capítulo I: Infancia

La infancia es un periodo de vida único y lleno de acontecimientos, que constituyen una base importante para la adultez, y que es notoriamente distinta de ésta. Se puede agregar que la mayor parte de los modelos actuales sobre la niñez identifican distintos periodos en los que los niños dominan habilidades y tareas específicas que los preparan para la adultez. La niñez ya no es considerada como un incómodo periodo de espera durante el cual los adultos deben sufrir la incompetencia de los pequeños. Hay que decir que cuando se valora la niñez invirtiendo recursos

como en cuidar y educar, el crecimiento y cambios producidos darán mejor rentabilidad para la misma sociedad.

Periodos del desarrollo de la niñez.

Estos periodos abarcan rangos de edades aproximadas como a continuación se describe, según el libro de desarrollo infantil:

El periodo prenatal.

Va de la concepción al nacimiento y dura aproximadamente nueve meses, este tiempo sorprendente donde una sola célula se convierte en un organismo completo, con un cerebro y capacidades conductuales. (Santrock, 2007).

La infancia.

Es el periodo del desarrollo que se extiende desde el nacimiento hasta alrededor de los 18 meses a los 24 meses de edad. La infancia es una época de gran dependencia de los adultos, donde muchas actividades psicológicas están iniciando, como es la capacidad de hablar, también de coordinar las sensaciones con los movimientos físicos, de pensar con símbolos, de imitar y de aprender de los demás.

Niñez temprana.

Es el periodo del desarrollo que va desde el final de la infancia hasta los 5 o 6 años de edad; en ocasiones se conoce como edad preescolar. Durante esta época, los niños aprenden a ser autosuficientes y a cuidar de si mismos; en esta época se desarrollan habilidades que los preparan para la escuela (seguir instrucciones, identificar letras), en este tiempo pasan muchas horas jugando con sus pares, este periodo llega al final al terminar el primer grado de primaria.

Niñez intermedia y tardía.

Este periodo va desde los 6 hasta los 11 años de edad, también conocido como los años de la escuela primaria, donde los niños dominan la lectura, la escritura y la aritmética, donde quedan

expuestos al mundo y a la cultura. El rendimiento escolar es el centro de atención en el mundo del niño y el autocontrol aumenta.

Adolescencia.

Es el periodo del desarrollo que marca la transición de la niñez a la adultez temprana, e inicia entre los 10 y 12 años de edad, y termina alrededor de los 18 a los 22 años de edad. Inicia con cambios físicos rápidos, incremento del peso y la estatura, cambios en la apariencia del cuerpo y el desarrollo de características sexuales como el crecimiento de los senos, el desarrollo del vello púbico y facial, y cambios en la voz, además de la búsqueda de la independencia y de la identidad propias de este periodo. Donde los adolescentes pasan más tiempo fuera de la familia y al mismo tiempo el pensamiento se vuelve, abstracto, idealista, y lógico.

Hay que decir que los desarrollistas no consideran que el cambio termina en la adolescencia, sino que lo describe como un proceso de toda una vida (Baltes, 2003), pero los diferentes teóricos han descrito estos periodos del desarrollo como interacción del proceso biológico, cognoscitivos y socioemocionales.

Teorías Psicosexuales de Freud

Sigmund Freud trabajo en esta teoría basándose en pacientes con enfermedades mentales y creía que la personalidad tiene tres estructuras como son: El ello, el yo y el superyó, las cuales denomino estructuras de la personalidad, donde cada una cumple una función. Freud, (1939)

El ello, es el recipiente de la energía psíquica del individuo, es el instinto, lo inconsciente, que no tiene contacto con la realidad y lo relaciona con el área sexual. El yo, es la estructura que se enfrenta a las demandas de la realidad, es también denominada la rama ejecutiva de la personalidad, pues usa la conciencia para tomar decisiones. El ello y el yo no tienen moralidad, es decir si algo es correcto o incorrecto. Por otra parte, está el superyó que es la estructura según Freud encargada de los aspectos morales; de lo correcto o incorrecto.

Freud hizo hincapié en la motivación sexual, afirmando que “si la necesidad de placer en cualquier etapa no se gratifica o se gratifica en exceso, el individuo puede quedar fijado o atrapado

en esa etapa del desarrollo” generando patologías y malestar psicológico. Donde cada etapa de desarrollo tiene un centro específico de placer.

Etapa oral.

Es la primera etapa del desarrollo, y tiene lugar durante los primeros 18 meses de vida, donde el placer del bebe se centra alrededor de la boca, como son masticar, succionar y morder, estos actos reducen la tensión del infante. A través de la estimulación de sus labios y boca satisface su pulsión de nutrición, obteniendo el correspondiente placer y estableciéndose así esta parte del cuerpo como zona erógena: “los labios del niño se comportaron como una zona erógena, y la estimulación por el cálido aflujo de leche fue la causa de la sensación placentera. Al comienzo, claro está, la satisfacción de la zona erógena se asoció con la satisfacción de la necesidad de alimentarse. El quehacer sexual se apuntala primero en una de las funciones que sirven a la conservación de la vida, y sólo más tarde se independiza de ella.” (1905: p. 164-165)

Etapa anal.

Se presenta entre el año y medio hasta los tres años de edad, aquí es donde el niño experimenta el mayor placer en la zona del ano con la funciones de eliminación asociadas a él y que el ejercicio de los músculos anales reducen la tensión, esta función corporal es importante para la autoconservación, “el valor erógeno de este sector del cuerpo es originariamente muy grande” (1905; p. 168), de manera que la estimulación de la mucosa intestinal por las heces provoca sensaciones voluptuosas y placenteras en el niño. Estudios realizados ha encontrado que los primeros años de vida del infante aún no se ha erigido el asco como barrera que impida sentir tal placer, sus excrementos no son motivo de repugnancia, sino al contrario, son valorados y considerados como parte del propio cuerpo del cual es difícil desprenderse.

Etapa fálica.

Tercera etapa del desarrollo se presenta entre los 3 y 6 años de edad, su nombre proviene de la palabra latina Phallus, que significa pene; el placer se enfoca en los genitales, conforme los niños y niñas descubren que la automanipulación es agradable, los genitales les produce curiosidad, y buscan conocer las diferencias entre hombres y mujeres, niños y niñas, empezando por las evidentes disimilitudes en la forma de los genitales y terminando en intereses, modos de ser y de vestir. Freud, (1933)

Durante este periodo surge el complejo de Edipo, que consiste en el intenso deseo por parte del niño, de reemplazar al padre del mismo sexo y disfrutar del efecto del padre del sexo opuesto; el niño de 5 o 6 años de edad reconocen que el padre del mismo sexo podría castigarlo por los deseos incestuosos y es donde se puede reducir este deseo identificándose con el padre del mismo sexo y trata de ser como él o como ella. Sin embargo, si el conflicto no se resuelve, el individuo puede quedar fijado en la etapa fálica.

Etapa de latencia

Tiene un lugar aproximadamente de los 6 años hasta la pubertad. El niño reprime todo interés por la sexualidad y desarrolla habilidades sociales e intelectuales. Esta actividad canaliza gran cantidad de energía del niño en áreas emocionales seguras y lo ayudan a olvidar los conflictos tan estresantes de la etapa fálica. Esta etapa se asocia a la aparición del pudor y la vergüenza relacionada con la sexualidad, que se constituyen a partir de la represión mecanismo protector que resguarda a la conciencia del afloramiento de una moción de deseo discordante con otras aspiraciones del sujeto y la formación reactiva, defensa que consiste en la trasmutación de determinada aspiración, por lo general sexual, en su contraria, y que más adelante inhibirán la pulsión sexual (Freud, 1905).

Etapa genital.

Es la quinta etapa del desarrollo y se presenta de la pubertad en adelante, esta etapa es un periodo de reactivación sexual en sus diferentes manifestaciones, donde la fuente de placer sexual reside en una persona fuera de la familia.(Eagle,2000)

Desarrollo Psicosocial de Erik Erikson

Erik Erikson, elaboró una teoría sobre el desarrollo de la personalidad que tiene en cuenta la influencia socio-cultural en las diferentes etapas. Cada cambio lo explica como procesos necesarios que conducen a la evolución y el cambio, llamados crisis evolutivas y cada estadio del ser humano envuelve una crisis y un conflicto. La crisis es considerada una oportunidad para el desarrollo del individuo, de la no resolución de la crisis, emerge una patología que pasa a ser de la

vida de la persona. Las primeras cuatro etapas constituyen la base del sentimiento de identidad del niño. Cueli, (1974)

Primera etapa. Infancia: confianza (esperanza) vs desconfianza.

Esta etapa sucede desde el nacimiento hasta el primer año de vida, el lactante afronta su primer desafío importante se encuentra con el dilema de confiar o desconfiar de la gente que lo rodea, el sentido de confianza se desarrolla si las necesidades del lactante se satisfacen sin demasiada frustración. Esto se da en su relación con la madre., cuya victoria ejerce un efecto profundo en todos sus desarrollos posteriores. Si ésta satisface sus necesidades orales y las demás, y provee amor, afecto y consistencia, ayudará a que el niño tenga confianza en el mundo que lo rodea, manifieste fe en el ambiente, optimismo ante el porvenir y seguridad en sí mismo, además, percibirá todo lo que lo rodea como predecible y congruente. Erikson cree que, si la relación entre madre e hijo es mutuamente satisfactoria y armónica, el niño recibe aparentemente un sentido de "bienestar interno", que no necesita reafirmarse continuamente. La madre que armoniza con las necesidades de su hijo engendra en él un sentido de ser aceptable, bueno y adorable y éstos son los ingredientes esenciales de la confianza básica.

Por otro lado, el sentido de desconfianza se revela en la suspicacia, la introversión y una temerosa y angustiada preocupación respecto a la seguridad, el fracaso en cualquier aspecto puede producir trastorno, los niños que parecen inseguros o angustiados cuando sus madres los abandonan, aun cuando sea por un segundo, es por su falta de sentido de confianza en sí mismos.

Segunda etapa. Primera infancia: autonomía (valor, autocontrol y fuerza de voluntad) vs vergüenza y duda.

Desde el primer año de vida hasta los tres años, Con el desarrollo de habilidades perceptuales y musculares, el niño consigue una creciente autonomía de acción.

Dos formas de enfrentarse a su ámbito se vuelven maneras dominantes de comportamiento: aferrarse a las cosas y desprenderse de ellas. Este paso es importante para afirmar el ego y a menudo las demandas del niño se oponen a las de los demás. En el entrenamiento del control de esfínteres, es capaz de rehusarse a cooperar con los deseos de la madre. También puede

abandonarse a actitudes hostiles y agresivas, creando fricción y conflictos. Su inmadurez tal vez lo haga en extremo vulnerable a los sentimientos de vergüenza y duda.

En este caso, vergüenza significa el sentimiento de ser inaceptable para los demás, mientras duda es el temor a la autoafirmación. El niño puede generar un sentido de duda en sí mismo si, al luchar por satisfacer las demandas del ambiente, se encuentra con frecuentes fracasos, frustraciones y rechazos. Como resultado tendrá tendencias obsesivas y compulsivas, es decir, duda de sus propias habilidades y rutinariamente hace sólo lo que es seguro y lo que entra en los límites marcados por las personas significativas en su vida.

En otro extremo el niño puede impulsar tendencias agresivas, hostiles y reaccionar negativamente ante todos los controles externos e internos. Por lo tanto, es posible que desarrolle un verdadero odio hacia sus padres y generalizarlo a toda autoridad y restricción de cualquier clase: reglas, patrones y leyes. La vergüenza es una forma indeseable de autoconciencia, una lesión a la autoestima, producida por la censura y la desaprobación de los demás: por lo tanto, se prueba en evaluaciones externas más que por autoevaluaciones.

Es decir, lo que digan los demás es muy importante. Por esto los padres, profesores o niños mayores no deben menospreciar o degradar los logros del niño. Si así lo hacen, éste puede sentirse inútil, sucio, malo y comenzar a creer que nada de lo que produce tiene sentido. Esta actitud fundamenta un profundo sentido de duda en sí mismo, vergüenza e inferioridad.

En muchas ocasiones los padres fomentan estos sentimientos porque son impacientes con el nivel de ejecución de su hijo; continuamente lo regañan por hacer mal las cosas o lo castigan por cosas que rebasan sus capacidades. Como resultado a veces el pequeño se burla insensiblemente de ellos. La conciencia proporciona una fuente de control interno y un modelo de conducta deseable. Antes de desarrollarse, domina las regulaciones y los controles externos. Si se obedece estas fuentes de control internas y externas, puede en gran medida evitarse dudas, vergüenza y culpabilidad. El impulso de autonomía compite con la voz de la conciencia.

El conflicto entre ambas se ve, por ejemplo, en la terquedad y la rigidez, en la toma de decisiones o en los rasgos sanos como la cooperación y la conformidad con las expectativas. Antes de desarrollarse la conciencia, la sociedad y la cultura proporcionan, por lo general, un código de leyes para regular la conducta del niño. De esta manera lo ayudan a alcanzar una medida limitada de autonomía, y tratan de evitarle dudas y vergüenzas.

Esta formación depende del grado de éxito con que se resuelva la crisis y cómo salga de ella el ego. Por lo tanto, si una persona desarrolla un sentido de autonomía a un grado inusitado, demostrará las virtudes de valor, autocontrol y poder de la voluntad. En esta etapa el ritualismo es sensatez contra legalismo. El individuo aprende a discriminar lo correcto de lo erróneo, lo aceptable de lo inaceptable, para minimizar la duda en sí mismo y el sentido de vergüenza y darse cuenta que poder expresarse libremente requiere sensibilidad para la aprobación y desaprobación de los demás.

Erikson se refiere a la ritualización de este periodo como sensatez, la cual tiene que ver con las leyes, reglas, reglamentos, prácticas honradas y formalidad en la vida diaria, es decir, lo que se enseña en los códigos de conducta aceptable.

En esta etapa el niño adquiere nuevas capacidades tanto en lo cognoscitivo, lo muscular y locomotor, como una mayor facilidad para interactuar con los demás. Sólo los niños que gozan de un sentido de autonomía, conocen las reglas y papeles apropiados. Esto fomenta un gran placer en el pequeño al ejercer su propia voluntad y sentirse capaz y justificado para usarla.

Por otro lado, el ritualismo de esta etapa es el legalismo, que se refiere al niño que tiene un sentido de duda o vergüenza y que puede fácilmente sujetarse a reglas muy exageradas. Algunas anormalidades pueden ser, por ejemplo, rehusar exponerse a riesgos o abstenerse de participar en las interacciones sociales. La sensatez en un adulto que fuese abogado, sería utilizar las normas y reglas apropiadamente para determinar si la persona es culpable o inocente. El que se guía por el legalismo se siente satisfecho cuando humilla o castiga a otros al aplicar la ley sin compasión.

Tercera etapa. Edad de juegos: iniciativa (determinación) vs culpa.

Entre los tres y cinco años de edad, la necesidad de autonomía cobra una forma más vigorosa; se vuelve más coordinada, eficiente, espontánea y dirigida hacia un objetivo.

En este periodo, el principal logro del ego es el sentido de iniciativa y fracasar en esta tarea produce culpabilidad. Si en la etapa pasada, la duda de sí mismo y la vergüenza son el resultado del fracaso de adquirir un sentido de autonomía, un sentido profundo y constante de culpa e indignidad es el resultado del fracaso de adquirir un sentido de iniciativa. En esta etapa el niño puede hacer cosas esenciales sin ningún esfuerzo, como caminar, correr y levantar cosas.

Por lo que utiliza su energía de modo más eficiente. El niño parece crecer en conjunto, es decir, parece más auténtico, más cariñoso, relajado y lúcido en sus juicios, más activo y activador.

Los niños con un sentido de iniciativa bien desarrollado pueden ser sinceros y actuar auténticamente mediante reglas culturales aceptables para su sexo, edad, posición y ambiente. Por el contrario los que imitan hacen un intento por impresionar a los demás con papeles artificiales, carecen de espontaneidad, son celosos, desconfiados y evasivos.

Cuarta etapa. Edad escolar: laboriosidad (competencia y método) vs inferioridad.

De los seis hasta los once años, en ella las fantasías e ideas mágicas de la infancia ceden el paso a la tarea de prepararse para papeles aceptables en la sociedad. El niño se familiariza con el mundo de las "herramientas" en el hogar y la escuela. En esta etapa se espera el trabajo productivo y los logros reales, aunque el juego aún continúa. Es preciso que adquiera habilidades y conocimientos. El pequeño es un aprendiz que debe aprender las tareas de la edad adulta. Sabemos que esto no es fácil, es un periodo de adiestramiento prolongado porque se espera demasiado de cada individuo.

Para Erikson la escolaridad anula la creatividad del pequeño ya que lo forza a entrar en un molde. El niño aprende a ganar recompensas y alabanzas, haciendo cosas que son más que facsímiles de los logros reales; por lo tanto, si todo va bien, comenzará a desarrollar dos virtudes importantes: método y competencia.

En esta etapa el ritualismo es formalidad contra formalismo. La ritualización de la formalidad ocurre durante la edad escolar cuando el niño aprende maneras eficaces de hacer las cosas, es decir, habilidades apropiadas, métodos diferentes y patrones de perfección.

Quinta etapa. Adolescencia: identidad (amor y devoción) vs confusión de papeles.

Se refiere a la pubertad y adolescencia, alrededor de los doce hasta los veinte años, etapa en que la "búsqueda de la identidad" alcanza su punto crítico ya que en este periodo hay muchos cambios significativos en toda la persona, especialmente en el ego. La identidad se refiere a una integración de papeles. En las sociedades occidentales, generalmente la adolescencia es un periodo de turbulencia y desorden en donde le cuesta trabajo definir sus papeles, así como al adulto le cuesta trabajo entenderlo.

Para Erikson, la identidad del ego es una continuidad o igualdad interna y la incapacidad de lograr un sentido de identidad se denomina según el autor confusión de papeles. Los primeros

intentos de establecer un sentido de identidad se basan en el logro: el niño es alabado y recompensado por hacer ciertas cosas, como beber en una taza, manejar solo una bicicleta o hacer su tarea sin ayuda; sin embargo, la formación del sentido de identidad del niño puede verse en forma adversa: puede experimentar sentimientos de inferioridad debido a que comprende que las actividades de juego son sólo juego y que ser un adulto es una posición mucho más deseable.

La formación de la identidad es un proceso altamente complejo que se lleva a cabo en un largo periodo; sin embargo, la identidad se relaciona con la elaboración de compromisos a largo plazo. Por otro lado a menudo el individuo es víctima de circunstancias que no controla y ello propicia difusión y confusión de los papeles, Erikson atribuye dos virtudes humanas muy importantes a la consecución de un sentido sano de identidad: devoción y fidelidad. Sin un firme sentido de identidad la persona no puede ser leal a nada ni nadie.

Capítulo II: Abuso Sexual Infantil

Contexto histórico del abuso sexual infantil ASI

Lloyd de Mause en 1974 realizó una investigación acerca de la historia de la infancia, que recopiló en el libro homónimo, mostrando diversos horrores en el trato hacia los niños, tales como muertes, maltrato físicos y abusos sexuales a los cuales eran sometidos por sus padres o cuidadores; Esto se debía en gran parte a que el ser humano no consideraba que debiera cuidar su descendencia y además se tenía en poco valor la etapa de la niñez. El tomar conciencia de la necesidad de cuidarlos, protegerlos y tratarlos bien ha sido un proceso paulatino y no es muy antiguo.

Una tradición propia de la Antigüedad era considerar que si el niño lloraba demasiado podía convertirse en un engendro, y entonces debía ser atado o fajado durante largos períodos, le suministraban opio y bebidas alcohólicas para que dejaran de llorar a fin de evitar que se convirtiese en un ser malvado. El infanticidio, el abandono y comercialización de niños eran prácticas aceptadas, tanto así que los filósofos de la época decían que el hombre podía hacer lo que quiera con sus hijos ya que si se liberaba de los piojos y saliva por qué no hacerlo de ellos que no servían de nada Rozanski, (2003).

Como vemos el abuso sexual infantil ha existido a lo largo de los siglos, propiciado de distintas formas, en Grecia y Roma los jóvenes eran utilizados como objetos sexuales por hombres

mayores; era común la castración de los niños para llevarlos a burdeles. Estas prácticas también eran comunes entre los judíos, quienes consideraban que copular con niños menores de nueve años no era un acto sexual, y solo castigaban con pena de lapidación la sodomía con niños mayores de esa edad. En Londres, era una creencia popular que tener sexo con menores de edad curaba las enfermedades venéreas Mause (1974)

El concepto diferente del niño como un ser puro e inocente, alejado del conocimiento y la comprensión de lo que eran los placeres carnales empezó con el cristianismo; reprobar moralmente el contacto sexual de adultos con niños se dio en el renacimiento pero se consideraba que detener tales avances sexuales era obligación del niño. Ya en los siglos XVII y XVIII surgieron ciertas consideraciones sobre algunas formas de violencia hacia los niños, en especial la física y sexual.

El paradigmático caso de *Mary Ellen* (1874) marcó de alguna manera el comienzo de la protección de los niños como una causa en sí misma, continuando por el trabajo de Henry Kempe, con su estudio y descripción del síndrome del niño apaleado o maltratado, de 1962. En 1968 se firma la declaración internacional de los derechos del niño (ONU). La Organización Mundial de la Salud declara el maltrato infantil como una enfermedad y la ingresa dentro del CIE 9 como entidad nosológica

Definición de abuso sexual

UNICEF (2016), indica que el abuso sexual ocurre cuando un niño es utilizado para la estimulación sexual de su agresor (adulto conocido o desconocido, pariente u otro NNA) o la gratificación de un observador. Implica toda interacción sexual en la que el consentimiento no existe o no puede ser dado, independientemente de si el niño entiende la naturaleza sexual de la actividad e incluso cuando no muestre signos de rechazo.

“El contacto sexual entre un adolescente y un niño o una niña más pequeños también puede ser abusivo si hay una significativa disparidad en la edad, el desarrollo, el tamaño o si existe un aprovechamiento intencionado de esas diferencias” (Berlinerblau, 2016,p.9)

Una definición abarcadora, es la que se usa en el ámbito federal en los Estados Unidos, establecida por el Acta para la Prevención y el Tratamiento del Maltrato Infantil, The U. S. Department of Health and Human Services, (2012). En ella se considera abuso sexual infantil:

a. la utilización, la persuasión, la inducción, la seducción o la coerción de un niño o niña para realizar o participar de cualquier tipo de conducta sexual explícita, o la simulación de dicha conducta con el fin de producir una representación visual de esta. Incluida la ayuda a otra persona asimétrica al menor.

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

En la publicación hecha por UNICEF (2012) explica que un problema asociado a la definición del abuso sexual infantil radica en algunos preconceptos que circulan en la sociedad que suelen deformar la definición misma de lo que constituye una conducta sexual abusiva, y su resultado es una minimización de la gravedad de la situación. Como:

- Homologar el abuso sexual a la violación.
- Desestimar el abuso sexual porque no hubo penetración.
- Minimizar el abuso sexual por el tipo de conducta (fue solo un manoseo).
- Minimizar el abuso sexual por la frecuencia de la conducta (solo fueron algunas veces).

Nos sigue indicando que una forma de erradicar estos preconceptos consiste en entender qué conductas constituyen abuso sexual infantil las cuales son:

- La utilización del niño y/o su cuerpo desnudo para la obtención de material pornográfico aunque no haya contacto directo del adulto con su víctima.
- Tocar al niño en sus genitales, zona anal y/o pechos, por encima de la ropa o por debajo de ella.
- Hacer que el niño toque al adulto en sus genitales, zona anal y/o pechos (en el caso de mujeres ofensoras), por encima de la ropa o por debajo de ella.
- Contacto oral-genital del adulto al niño y/o del niño al adulto.
- Contacto genital del adulto sin penetración (frotamientos contra el cuerpo del niño o alguna parte de este, con el objetivo de lograr excitación sexual y eventualmente un orgasmo).
- Penetración vaginal y/o anal con dedo/s y/u objetos.
- Coito.

Una característica propia de la conducta sexual abusiva es ser progresiva, hay una serie de conductas previas incluso al primer tocamiento, que preparan el terreno para un acceso más

intrusivo al cuerpo de la víctima. Y así lo confirman testimonios de víctimas y sobrevivientes adultas de abusos sexuales en su infancia.

Ochotorena y Arruabarrena (1996) plantean que hay tres tipos de asimetría presentes en todo acto sexualmente abusivo:

Asimetría de poder: Se da por diferencia de edad, de roles, de fuerza física entre el ofensor y la víctima, donde la víctima está en un alto estado de vulnerabilidad y dependencia.

Asimetría de conocimientos: Mayores conocimientos que la víctima sobre la sexualidad y las implicancias de un involucramiento.

Asimetría de gratificación: En la gran mayoría de los casos el objetivo del ofensor sexual es la propia y exclusiva gratificación sexual; aun cuando intente generar excitación en la víctima, esto siempre se relaciona con el propio deseo y necesidad, nunca con los deseos y necesidades de la víctima.

Otra implicación que agrava la asimetría es cuando el ASI toma la connotación es la explotación sexual comercial infantil (ESCI), donde el ASI es acompañada del pago en efectivo. La Organización Internacional del trabajo (OIT) considera que la explotación sexual comercial infantil es una grave violación de los derechos humanos de niños, niñas y adolescentes, y una forma de explotación económica análoga a la esclavitud y al trabajo forzoso, que constituye además un delito por parte de los que utilizan a niñas, niños y adolescentes para el comercio sexual.

La ESCI comprende todos los aspectos siguientes: La utilización de niños y niñas en actividades sexuales remuneradas, en efectivo o en especie, (conocida comúnmente como prostitución infantil) en las calles o en el interior de establecimientos, en lugares como burdeles, discotecas, salones de masaje, bares, hoteles y restaurantes, entre otros; la trata de niños, niñas y adolescentes con fines de explotación sexual; el turismo sexual infantil; la producción, promoción y distribución de pornografía que involucra niños, niñas y adolescentes, y el uso de niños en espectáculos sexuales públicos o privados. OIT (1999)

Repercusiones del abuso sexual infantil en la victima

El abuso sexual infantil es una problemática frecuente y de gran impacto, que tiene muchas implicaciones en la dignidad de la persona, efectos morales, sociales, psicológicos, etc. Además

las estadísticas indican claramente que el ámbito más frecuente donde se da el ASI es el familiar que en contraste debe ser el espacio de protección, amor y cuidado para el NNA.

El ASI está enmarcado dentro del maltrato infantil con graves consecuencias que pueden durar toda la vida, se considera que las consecuencias negativas no afectan solamente a los niños que padecen el maltrato, sino a las sociedades en su conjunto, por cuanto los efectos sociales y laborales negativos pueden retrasar el desarrollo económico y social de los países, debido a los altos costos acarreados por las necesidades de atención en salud física y mental (muchas veces derivadas de la prevención tardía o inadecuada de situaciones de violencia, así como de las intervenciones fallidas), la pérdida de productividad, la pérdida de días laborables, la incidencia en el rendimiento escolar y académico, etc. OMS (2014).

Las repercusiones psicológicas del abuso sexual: sean explicado desde diferentes perspectivas, Sánchez, Alcázar y López (2011), entre los cuales se encuentran.

Modelo del trastorno de estrés postraumático: Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) consideran las consecuencias del abuso sexual como una forma de trastorno de estrés postraumático, ya que cumple los criterios exigidos por el DSM V como: La reexperimentación que se refiere a la exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático y recuerdos y sueños angustiosos recurrentes e intrusivos del suceso traumático. Las alteraciones cognitivas y del estado anímico relacionado con la incapacidad para recordar un aspecto importante del suceso traumático (amnesia disociativa). Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás y el mundo. Percepción distorsionada persistente de la causa o de las consecuencias del suceso traumático que hace que el individuo se acuse así mismo o a los demás. Estado emocional negativo persistente (miedo, terror, vergüenza, enfado o culpa), sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás y disminución en actividades placenteras. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

También se encuentra la evitación de los estímulos relacionados con el trauma, como reacciones disociativas (escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático, por lo cual se da la evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetivos, situaciones) que despierten recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos asociados al suceso traumático. Y por último aumento de la activación fisiológica en los que se encuentra comportamiento irritable y arrebatos de furia

que se expresan como agresión verbal o física contra personas u objetos y comportamiento imprudente o autodestructivo y respuesta de sobresalto exagerada e hipervigilancia.

Por otro lado el modelo traumatogénico en el cual Cantón y Cortés (2000,) proponen la existencia de cuatro factores que estarían en la base de la dinámica traumatogénico, es decir, el desarrollo de los síntomas y la desestructuración que sufren las víctimas de abuso sexual. Estas dinámicas perturban la disposición emocional y cognitiva del niño hacia la visión del mundo y de sí mismo. Entre ellas se tiene la sexualización traumática, que refleja en el proceso de desarrollo inapropiado y disfuncional de la sexualidad del menor, debido a que el niño ha sido recompensado en numerosas ocasiones por la conducta sexual del abusador, por lo tanto el menor aprenderá concepciones erróneas sobre la sexualidad y la moral sexual. También se encuentra la Traición o pérdida de confianza, esta dinámica proviene cuando el menor se da cuenta que la persona en la que confiaba le ha causado daño, a consecuencia de ello puede generalizar la traición no sólo al agresor, sino también al resto de familiares y el contexto relaciones interpersonales. Flórez, (2012).

El siguiente es la indefensión, los sentimientos de indefensión producen en el menor la pérdida de autocontrol y la capacidad para frenar el abuso generando inhibición y pasividad en la conducta del sujeto. Además, incrementa la posibilidad de que el menor vuelva a experimentar sucesos abusivos, y no tenga control sobre sí mismo y sobre lo que sucede. Todo ello le genera un sentimiento de soledad y una desconfianza hacia el futuro. Sánchez, (2016). Y por último se encuentra la estigmatización, que se refiere a las características negativas que le son transferidas al menor (maldad, vergüenza y culpa) por parte del abusador, quien tiene el poder de culpabilizar al niño de la actividad abusiva. La estigmatización se verá reforzada por las actitudes que aprende de sus familiares y por guardar el secreto de haber sido víctima de abuso sexual.

Este modelo traumatogénico concede un enfoque más global de la dinámica psicológica del individuo abusado y explica por qué algunos sobrevivientes manifiestan ciertos comportamientos y otros no. Gracias a esta comprensión, existen numerosas implicaciones para poder llevar a cabo un tratamiento eficaz, ya que permite una orientación específica en lugar de un tratamiento general.

Por otro lado Rodríguez, (2012) como resultado de su investigación presenta a una clasificación de los efectos psicológicos del ASI a largo plazo en 5 áreas.

Problemas emocionales: trastornos depresivos, bipolares, ansiedad, trastorno por estrés postraumático; trastorno límite de la personalidad; conductas autodestructivas y auto-lesivas; baja

autoestima, esto se evidencio en el 72% de la muestra con la presencia variada de uno y otro problema emocional.

Problemas de relación: se encontró dificultades en el establecimiento de relaciones con los coetáneos y dificultades con los padres y pareja; mayor aislamiento y ansiedad social, menor cantidad de amigos, de interacciones sociales, bajos niveles de participación en actividades comunitarias.

Problemas de conducta y adaptación social: Se observan mayores niveles de hostilidad y presencia de conductas antisociales y trastornos de conducta.

Problemas funcionales: puntaron los dolores físicos sin razón médica que los justifique, cefaleas, fibromialgias, trastornos de la conducta alimentaria, gastrointestinales, trastorno de conversión, la presencia de crisis convulsivas no epilépticas, el trastorno de somatización. Trastornos disociativos donde existe una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Desórdenes ginecológicos, particularmente dolores pélvicos crónicos, menopausia temprana, trastornos relacionados con el abuso de sustancias.

Problemas sexuales: se evidencio la sexualidad des-adaptativa, sexualidad insatisfactoria y disfuncional, conductas promiscuas y de riesgo sexual y la revictimización.

Y aunque la Transmisión intergeneracional no está dentro de esta clasificación sí que constituye una problemática pues un niño maltratado tiene alto riesgo de ser perpetrador de maltrato en la etapa adulta a su pareja o a sus hijos, de forma similar en el ASI se han obtenido cifras de la posible transmisión intergeneracional situadas entre el 20% y el 30% de los casos, no pueden considerarse definitivos esto sigue siendo un tema de estudio.

Wolfe (1989) establecieron dentro de las consecuencias del abuso sexual el trastorno de estrés postraumático, actualmente en el DSM V, el TEPT se engloba dentro de la categoría de “Trastornos relacionados con estresores y traumas”. Los síntomas característicos de dicho trastorno son pensamientos intrusivos, evitación de estímulos relacionados con la agresión, alteraciones del sueño, irritabilidad y dificultades de concentración, incluye además miedo, ansiedad, depresión, sentimientos de culpabilidad y problemas sexuales; la gran mayoría presentes en víctimas de abuso sexual.

Capítulo III: Intervención Psicológica

Definición de intervención psicológica

La intervención Psicológica son los procedimientos que aplicados en este campo tienen como objetivo integrar acciones psicoterapéuticas que redunden en el tratamiento integral de los pacientes, mediante la caracterización y prevención de reacciones emocionales asociadas a los eventos médicos y a los eventos de la población en riesgo psicosocial, además de aminorar las consecuencias que impactan al evento médico en aquellos casos en que un trastorno mental se encuentra establecido, ofreciendo en ambos casos una respuesta operativa para el manejo del paciente durante el curso de su atención por parte del equipo de salud en general (INPIER, 2006).

Según Morales & Díaz (2000) han destacado que una de las características de la intervención psicológica debe cumplir con el propósito de integración al equipo o grupo social para satisfacer las demandas de la institución y de la población que atiende. Es decir, el profesional de la salud mental se inserta dentro del equipo o grupo social para brindar apoyo en aquellos casos en que las alteraciones emocionales constituyen una barrera para el tratamiento eficaz, así como para la detección y prevención tanto de complicaciones médicas como emocionales del paciente.

Se reconocen tres grandes grupos que pueden ameritar atención clínica; éstos son:

- 1) Cuando la problemática psicológica altera patrones de conducta en la vida del paciente directa o indirectamente a su padecimiento.
- 2) Cuando el padecimiento, motivo de atención repercute sobre la estabilidad emocional, individual, de pareja y/o familiar.
- 3) Si existe riesgo psicológico potencial respecto de su salud global.

La evaluación del estado emocional de la paciente requiere de personal especializado debido a que son múltiples las variables para definir si una persona se encuentra en riesgo psicológico o si sus características psicológicas impactarán el curso de la enfermedad y/o el evento obstétrico. No obstante, existen condiciones que de ser observadas pueden facilitar al personal de salud la toma de decisiones para derivar a la paciente a atención psicoterapéutica.

Considerando el contexto institucional, Morales & Díaz (2000) indican que la referencia oportuna de las pacientes en la práctica cotidiana puede llevarse a cabo sin la realización de un examen especializado por parte del psicólogo. Para ello, se han implementado estrategias de tamiz

mediante la investigación de variables predictores de problemática emocional, las cuales pueden ser fácilmente identificadas por el personal no especializado en su práctica cotidiana.

Hay que tener presente que el objetivo de la intervención siempre es proteger la integridad psicofísica y garantizar el bienestar de niños/as y adolescentes, por lo cual dentro de los propósitos del tratamiento psicológico en víctimas de abuso sexual infantil, se encuentra evitar la revictimización y detener el abuso sexual, de igual forma se centra en tratar de las repercusiones psicológicas ocasionadas entre las que se busca la fortalecer los autos, disminución de sentimientos de culpa, vergüenza y estimación, además dotar a la víctima de habilidades y herramientas de afrontamiento y resignificación que le permitan la superación del trauma. Por lo cual Gallardo (1997), indica además que el tratamiento debe ir encaminado a optimizar aquellas potencialidades que han quedado afectadas y a eliminar aquellas que favorecen el descontrol.

Clases de Intervenciones Psicológicas en víctimas de ASI

Velázquez (2012) en su estudio Abuso Sexual Infantil, Técnicas Básicas Para Su Atención, indica que de acuerdo a este marco de realidad, de las repercusiones de ASI, 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, encaminados a la evaluación del daño sexual sufrido, con la intención básica de amortiguar la crisis desencadenada; es decir, intervenir estratégicamente sobre ese estado cargado de fuerte peso emocional que puede generar una dificultad para lidiar con las circunstancias propias de la vida y las consecuencias producidas por el abuso, aunado a una incapacidad para tomar decisiones importantes, ya que los sentimientos de miedo e impotencia no lo permiten.

Se considera que los infantes cuando son expuestos a situaciones de este tipo, en las que se experimentan crisis permeadas por la desorganización emocional, la confusión personal, pueden desarrollar una perturbación en su estructura de carácter, que le impida madurar adecuadamente, y por ende limite el adecuado crecimiento, a este tipo de crisis se le llama crisis circunstanciales, según Slaikeiu (1998), deben ser atendidas con oportunidad para evitar los problemas mencionados.

Por lo cual, una de las formas de intervención, es la que ha encontrado Martínez (1993) a través de la atención a nivel grupal, las cual ayuda a los menores a superar el evento traumático, dando

beneficios en su autoestima, aminora la estigmatización, mejora las relaciones humanas, e incrementa la confianza por la forma en cómo se relaciona e identifica con los demás, a través de esta modalidad se promueve la cohesión e intimidad entre los miembros en donde se comparte el espacio para hablar de lo sucedido sin ser enjuiciadas.

Por otra parte, Rodríguez (2003) mencionan que en los casos de abuso sexual infantil es necesario la intervención interdisciplinaria en sus tres modalidades: individual, grupal y familiar, en los que se deba de trabajar mediante la utilización de técnicas de entrenamiento en relajación, desensibilización y visualización; acompañadas de un equipo interdisciplinario que incluya a los abogados que les expliquen a los menores como se va presentar su juicio penal, el médico y psicológico para atender sus afectaciones en su salud física y mental, la atención por parte de trabajador social para contextualizar su medio social y familiar.

A nivel individual Onno Van der Hart (2001) realizó un estudio sobre el tratamiento de los recuerdos traumáticos en pacientes con trastornos disociativos complejos, encontrando que algunos de los eventos traumáticos era el abuso sexual en la infancia, denotando una memoria traumática la cual se trabajaba inicialmente con inducción hipnótica formal y profunda, que permitían a los pacientes identificar el trauma, además de trabajar con sesiones individuales donde se incluía el trabajo con un sentido de sí mismo a largo del tiempo y de los contextos, que se realizaba a través de la síntesis guiada que era la exposición sistemática, rápida o fraccionada, de partes de la personalidad, promoviendo la síntesis de las memorias y previniendo la re-disociación u otras formas de evitación mental.

En el contexto de la psicoterapia individual, el terapeuta ejerce hacia el niño el rol de un adulto con el que se puede relacionar de manera sana y segura. De esta manera se pretende que el niño recupere la confianza básica en sí mismo y aprenda a relacionarse de manera adaptativa con otros adultos y con sus iguales, Urquiza y Winn, (1994).

La terapia individual es el recurso de intervención más utilizado con menores. El tratamiento de la víctima, debe, en nuestra opinión, ser diseñado “a medida” teniendo en cuenta la evaluación inicial y los problemas que manifiesta esa persona en concreto. Ahora bien, existen unas normas generales en estos tratamientos a las que haremos referencia, como son: En cualquier tipo de tratamiento infantil debemos mostrar empatía, hacer saber al niño que conocemos sus sentimientos y expresarle nuestro afecto. Ayudar al niño a reconocer sus sentimientos. El terapeuta debe inspirar confianza pues en ella se basa parte de su tarea. Cornejo (1996) indica que a veces el terapeuta

pone todo su empeño en diseñar y planificar actividades para el tratamiento, y aunque esto es necesario, es más importante aún, que el niño sienta que estamos dispuesto a ayudarlo, que puede contar con nosotros y que tendrá una ayuda sistemática en la que puede confiar.

Intervenciones psicológicas desde los diferentes modelos.

Retomando, que el objetivo del tratamiento se centran en ayudar al menor a entender, integrar y resolver aquellas experiencias que afectan a su desarrollo, a sus pautas de interacción con el entorno y, a su seguridad. Basado en este principio Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) proponen como objetivos de las intervenciones, los siguientes:

- a) Como objetivo de la terapia psicoanalítica sería la “catarsis emocional” que consiste en favorecer la comunicación del paciente de las experiencias vividas
- b) Objetivos de la psicoterapia cognitiva serían: la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento de estrés.
- c) Objetivos del tratamiento conductual serían aumento o implantación de conductas deseables y reducción o eliminación de las indeseables.

De acuerdo al enfoque sistémico, es necesario trabajar las intervenciones psicológicas con el modelo multisistémico de terapia, donde haya un entrenamiento a padres en numerosas situaciones, puede presentar serias limitaciones cuando se aplica como la principal estrategia terapéutica para los múltiples problemas de las familias donde existe el maltrato. El modelo multisistémico de terapia, desarrollado por Henggeler (1982), es sin embargo, consistente con el modelo ecológico del maltrato. Frente al entrenamiento conductual de padres, en donde las conceptualizaciones son relativamente mecanicistas y lineales, un acercamiento sistémico expresa la causalidad circular y subraya la importancia del contexto ecológico en el desarrollo de los problemas de conducta.

Desde este punto de vista, el modelo multisistémico es similar a los acercamientos de terapia familiar, Minuchin, Families and family therapy., (1974) en su supuesto de que los problemas de conducta deben ser comprendidos dentro de un contexto sistémico. Sin embargo, en contraste con gran número de modelos de terapia familiar, el modelo multisistémico también expresa el rol de las variables cognitivas y de las variables extrafamiliares en el mantenimiento de los problemas de conducta. En este sentido, los modelos sistémicos de cambio pueden ofrecer la flexibilidad

necesaria para intervenir en niveles múltiples y con procesos cognitivos, emocionales o instrumentales.

Desde el modelo multisistémico se asume que los problemas de conducta están multideterminados y que son multidimensionales, y que la intervención puede dirigirse a cualquiera de ellos o a la combinación de sistemas, dependiendo de la fuerza o debilidad de los sistemas implicados. No obstante, desde esta perspectiva, se utiliza en todos los casos la reestructuración, la reunificación y tareas prescritas para cambiar los modelos de interacción familiares (Minuchin, *Families and family therapy.*, 1974) (Minuchin & Fishman, H. , 1984).

Por otra parte, y en función de los índices de severidad evaluados para cada sistema se desarrollan distintos tipos de estrategias interventivas: educación parental informal en relación con las estrategias de control del niño más efectivas y expectativas congruentes con el nivel de desarrollo y conducta del niño. Programas de entrenamiento dirigidos a desarrollar la capacidad de realizar funciones ejecutivas y lograr una mayor flexibilidad en los casos de negligencia y abuso respectivamente. Terapia familiar. Cambios en la relación de la madre con la familia extensa. Entrenamiento y apoyo emocional en la relación de los iguales con niños y padres.

Finalmente, en la mayoría de los casos, los terapeutas actúan como nexo de unión con los agentes externos para resolver dificultades de la familia, y potenciar las habilidades de toma de perspectiva social de los miembros familiares. Es importante destacar, también en este caso, las ventajas que reporta el contexto donde se desarrolla la intervención. En este modelo, la intervención se realiza con cada familia separadamente, bien en su casa o en un contexto clínico, lo cual facilita la generalización de las habilidades aprendidas en el tratamiento y permite encaminarse más directamente a los problemas de interacción familiar (Halperin, 1981).

Desde este punto de vista, la evaluación de este programa demuestra su efectividad en la reducción de aquellos problemas experimentados comúnmente en las familias abusivas y negligentes, observándose una reducción del estrés, una mejora en los problemas individuales, cambios positivos en los patrones de interacción familiar, así como un incremento en la efectividad de los intentos de control de la conducta de los hijos (Henggeler, 1982); (Brunk, Henggeler, & Whelan, 1987)

Desde el modelo cognitivo conductual, hay pruebas de que la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es eficaz, donde el tratamiento cumple diversas funciones: la reducción de

los síntomas, la comprensión del significado de la experiencia vivida, la prevención de nuevos abusos y la ayuda a la familia para expresar sus sentimientos, buscar apoyo y hacer frente a los problemas planteados. Se propone un enfoque integrador en el que se tiene en cuenta tanto a los niños, niñas o adolescentes como a los familiares.

Entre las conductas que se manifiestan en los afectados por ASI, se puede describir el rencor, la ira y los deseos de venganza los cuales se expresan con frecuencia en estos casos y son de difícil manejo a nivel clínico. Se trata de alteraciones que angustian a los afectados por la situación traumática en su lucha interna por controlarlos y no dejarse llevar por ellos, ya que los consideran malas personas. Por esta razón, es importante abordar estas emociones negativas a través de una serie de pasos. En primer lugar, el familiar afectado debe aceptar que constituyen emociones lógicas tras un impacto semejante y que son habituales en muchas personas en sus mismas circunstancias. En segundo lugar, el familiar no debe resistirse a la hostilidad y la rabia, que son reacciones esperables, sino aprender a canalizarlas adecuadamente.

Y, por último, en consonancia con lo anterior, se debe llevar a cabo un entrenamiento específico en control de impulsos y una reestructuración cognitiva para hacer frente a las ideas disfuncionales que el sujeto irá poniendo en práctica de forma habitual en su vida cotidiana. Es necesario aplicar técnicas de relajación para lograr la reestructuración cognitiva. Para lograr eliminar los sentimientos de culpa y de vergüenza del menor se aborda mediante estas técnicas cognitivas encaminadas a reevaluar y modificar las ideas distorsionadas que los producen para ajustarlas a la realidad de los hechos, Deblinger, Mannarino, Cohen, Runyon, & Steer, (2010).

Por otro lado el modelo Psicodinámico, donde la intervención psicológica evalúa el desempeño psicodinámico de los niños, niñas y adolescentes, ya que en su entorno están presentes los factores de riesgo y los factores de protección son dinámicos y pueden ocurrir cambios en el desempeño de las personas, en las circunstancias familiares o en la dinámica de las familias que disminuyan o aumenten los niveles de riesgo. Como muestra de esas fluctuación son los cambios que pueden ocurrir en las capacidades físicas, emocionales o mentales de alguno de los integrantes; las pérdidas de relaciones con personas significativas del entorno; la fluctuación en la colaboración o en el apoyo recibido; las dificultades económicas; la interrupción o el abandono de la colaboración y los contactos con los/as profesionales intervinientes (Hackett, 2004).

Los factores de protección son aquéllos que parecen modificar, mejorar o cambiar la posibilidad de que el niño/a sea dañado/a en el futuro (Hackett, 2004).

Se consideran factores protectores aquéllos que se relacionan con las fortalezas del niño/a y de la familia, tales como:

- En lo personal (características individuales de los padres y de los/as niños/as): autoestima alta, buena salud, habilidades interpersonales y/o cognitivas adecuadas, capacidad para predecir situaciones peligrosas y evitar el daño o protegerse (por ejemplo: la capacidad del padre no agresor para proteger a los/as hijos/as cuando ocurren episodios de violencia doméstica) (Hackett, 2004).

- En lo familiar: relaciones de colaboración y apoyo entre sus integrantes; normas y rutinas coherentes y adecuadas; vínculos de apego fuerte entre el niño/a y, al menos, una de las figuras parentales; habilidad de solicitar y buscar ayuda ante circunstancias estresantes - Redes sociales y comunitarias: familia extensa y amigos cercanos, participación en actividades y encuentros extracurriculares, posibilidad de acceder a servicios disponibles dentro de la comunidad. Cuando se evalúa una situación de riesgo para los/as niños/as se debería incluir información que permita predecir si la capacidad de protección de los padres o responsables puede mejorar de manera significativa en un tiempo razonable. En tal sentido, resulta de gran utilidad explorar y eventualmente, trabajar sobre la percepción que tiene la familia de sus puntos fuertes, de sus debilidades y de la aceptación por parte de los integrantes adultos de su responsabilidad para generar cambios (Hackett, 2004).

Por lo cual desde el modelo psicoanalítico, existe un intento explicativo con relación al padre abusador. Esta explicación proviene de la teoría de la seducción de Freud, que relaciona la seducción sexual de un menor por parte de un adulto, generalmente el padre, con la histeria en la etapa adulta. En parte porque esta teoría sugería una alta prevalencia de abuso sexual infantil, Freud la reformuló como fantasías reprimidas y no satisfechas relacionadas con la sexualidad del menor. En la actualidad, la teoría psicoanalítica se centra más en las características del abusador, a quien percibe como alguien que posee dificultades en la conformación del self y en el proceso de separación-individuación (Gallo, 2012).

Desde las perspectivas de las teorías sociológicas de Freud, se destaca su interpretación sobre el incesto. Desde su perspectiva, en los neuróticos subyacen condiciones infantiles de sexualidad que hacen que la libido se fije o regrese a la elección primaria del objeto sexual, elección que es de naturaleza incestuosa (madre o hermana, padre o hermano); posteriormente, y a partir de la resolución del complejo de Edipo, surge la prohibición del incesto que determina la renuncia a los objetos de la elección primaria (padres y hermanos) y la búsqueda de un objeto de amor por fuera

del contexto familiar. Todo lo anterior determina la aparición del tabú del incesto, que es universal y marca la pauta para la aparición de las interdicciones étnicas de las relaciones sexuales vigentes en la civilización occidental (Vázquez , 2005). Según lo planteado por Fox (1967), citado por (Vázquez , 2005), en el tabú del incesto, los hechos de la vida con que el hombre se ha tenido que enfrentar en el proceso de adaptación y que tienen un alcance inmediato para estudiar el parentesco y el matrimonio, se reducen a cuatro aspectos:

1. Las mujeres engendran niños
2. Los hombres fecundan a las mujeres
3. Los hombres mandan
4. Los parientes primarios no se casan entre sí.

De todo lo anterior, Fox concluye que: “En el fondo de toda organización social existen la gestación, la fecundación y la evitación del incesto” Fox (1967), citado por (Vázquez , 2005). Postura que es por demás acorde con el planteamiento de Freud, quien señala que el incesto es el puente entre la animalidad y la humanidad. Otra de las explicaciones desde el psicoanálisis con relación al abuso sexual intrafamiliar es la que se plantea desde la perspectiva de relaciones objétales. En este caso, se enfatiza la importancia del significado para el niño/a de sentirse traicionado-abandonado por uno o más objetos tempranos.

Por ultimo desde el modelo Fenomenológico, interpreta el abuso sexual infantil como un fenómeno, que tradicionalmente se ha mantenido oculto en la sociedad y que, aunque en la actualidad despierta un creciente interés y una enorme preocupación, aún permanece invisible en la gran mayoría de los casos.

Según un reciente metaanálisis de Pereda, Guilera, Forns y Gómez-Benito (2009), la tasa de prevalencia de algún tipo de abuso sexual en menores es de un 7,4% en el caso de los niños y de un 19,2% en el de las niñas. Si bien el abuso sexual grave, con contacto físico, con carácter repetido y con implicaciones negativas en el desarrollo emocional del menor, es más reducido, estas cifras dan idea de la gravedad de este hecho en diferentes países. Las consecuencias de la victimización a corto plazo son, en general, muy negativas para el funcionamiento psicológico de la víctima, sobre todo cuando el agresor es un miembro de la misma familia y cuando se ha producido una violación.

Las consecuencias a largo plazo son más inciertas, si bien hay una cierta correlación entre el abuso sexual sufrido en la infancia y la aparición de alteraciones emocionales o de

comportamientos sexuales inadaptados en la vida adulta. No deja de ser significativo que un 25% de los niños abusados sexualmente se conviertan ellos mismos en abusadores cuando llegan a ser adultos. El papel de los factores amortiguadores familia, relaciones sociales, autoestima, etc. en la reducción del impacto psicológico parece sumamente importante, pero está aún por esclarecer (Cortés, Cantón-Cortés y Cantón, 2011; Echeburúa y Corral, 2006; Pereda, Gallardo-Pujol y Jiménez Padilla, 2011).

En cuanto a la intervención clínica, no todas las víctimas requieren ser tratadas psicológicamente. La terapia puede implicar, al menos en algunos casos, una segunda victimización. El tratamiento está indicado en los niños afectados por síntomas psicopatológicos intensos, tales como ansiedad, depresión, pesadillas o alteraciones sexuales, o por un grado de inadaptación significativo a la vida cotidiana. En los demás casos, el apoyo familiar, las relaciones sociales y la reanudación de la vida cotidiana son suficientes como factor de protección al menor. El papel del terapeuta en estos casos puede limitarse a servir de orientación y apoyo a la familia y a evaluar periódicamente el desarrollo psicológico del menor (Horno, Santos y Molino, 2001). Y en el caso de que la terapia para la víctima sea necesaria, quedan aún por clarificar el momento adecuado de la misma y el establecimiento de unas guías de tratamiento adaptadas a la edad y a las necesidades específicas de cada víctima. Ya se ha comenzado a dar los primeros pasos en esta dirección (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2006) (Echeburúa, Guerricaechevarría, & Amor, 2002).

Capítulo IV: Practica Basada En La Evidencia

En que consiste la práctica basada en la evidencia.

Se considera, que es un movimiento reconocido mundialmente como una posibilidad de obtener los mejores resultados en la atención a los pacientes, a través de asegurar que se toman las mejores decisiones clínicas procedentes de haber localizado y evaluado las mejores evidencias científicas, conjugado con la expertez clínica de las enfermeras y con las preferencias y valores de los pacientes. Pues como lo han señalado McGynty y Anderson y Williams, la PBE mejora la salud, seguridad, costo-beneficio y disminuye la morbimortalidad. (Morán, 2011)

Si bien, prevalecen algunas ideas del origen, es importante reconocer que en la Enfermería, la Práctica Basada en Evidencia, es considerada ahora como un paradigma que implica un proceso

integral para la mejora del cuidado al paciente, que provee alternativas adicionales para resolver problemas, que cambia comportamientos inefectivos, crea las bases científicas de la práctica cotidiana y modifica maneras de pensar y actuar.

Por lo anterior, considero que no es pertinente reducir el constructo Práctica Basada en Evidencia sólo a saber localizar y evaluar críticamente las informaciones procedentes de las revisiones sistemáticas.

La PBE consiste en un método de resolución de problemas, que a través de la investigación secundaria, ayuda a los clínicos a tomar decisiones acerca del uso de las mejores evidencias para resolver problemas de los pacientes o de los grupos de personas en contextos de salud.

Ingersoll definió la PBE como "el uso juicioso, explícito y consciente de la teoría derivada de información procedente de la investigación para la toma de decisiones acerca del cuidado prestado a los individuos o grupos de pacientes, en consideración de sus preferencias y valores individuales"

Ferro, (2004) Explica los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en la intervención psicología; la efectividad de una intervención tiene que ver con el grado de satisfacción del cliente o paciente con la misma. Esto plantea un problema que nos lleva directamente a la eficacia, es decir, a la pregunta: ¿realmente sirve la intervención? Para dar respuesta hay que demostrar de manera válida la efectividad de una intervención. La cuestión primordial aquí sería la elección de las variables dependientes del estudio, es decir, lo que se va a medir.

Para ello el investigador debe seleccionar variables medibles y que señalen realmente el cambio que resulta de la intervención. También es necesario el uso de un diseño de caso único, como mínimo de un diseño con una medida pre-intervención y otra pos-intervención de la variable o variables dependientes seleccionadas. Los diseños de este tipo, de un solo sujeto con repeticiones sistemáticas en las más variadas poblaciones y contextos, permiten demostrar la efectividad (o la falta de ella) de la intervención. Además, los resultados deben mantenerse por un periodo largo; es decir, se necesita un seguimiento de la intervención. Con este tipo de metodología, se hace un análisis de las diferencias individuales.

La eficacia hace referencia a la capacidad que tiene un tratamiento de producir cambios psicológicos en la dirección esperada que sean claramente superiores a los de la no intervención, a los de otros tratamientos estándar disponibles o incluso a los de algunos de sus componentes aislados. La diferencia con la efectividad radica en que ésta no contempla la comparación de los

efectos de la intervención con nada, mientras que la eficacia implica la comparación de la intervención con la ausencia de intervención, para centrarse en los cambios que se observen con el paso del tiempo.

Los estudios se hacen en situaciones muy controladas, con pacientes voluntarios que no suelen pagar, con tratamientos estándar, en un tiempo fijado, con procedimientos doble ciego, etc. Esto nos lleva directamente a la pregunta: ¿son válidos estos resultados para la población general? La respuesta vendría dada por los estudios de efectividad, ya que ésta está relacionada con la validez externa de la intervención. Es decir, un tratamiento con validez externa produce efectos medibles en poblaciones y ámbitos clínicos. Por ejemplo, en el caso de la bulimia se ha demostrado que el tratamiento más eficaz es la terapia cognitivo-conductual, como señalan, entre otros, pero no es igual de efectiva en la bulimia nerviosa. Ferro (2004)

En otras palabras: aunque algunos estudios sobre la eficacia de los tratamientos aporten datos sobre el tipo de tratamiento con mejores resultados en un trastorno concreto, estos datos no garantizan que ese tratamiento sea efectivo en todos los casos.

Por último, la eficiencia. Según Pérez Álvarez y García Montes, este término se refiere a la relación coste/beneficio de la propia intervención. Estos mismos autores apuntan que el análisis de la eficiencia se realiza a tres niveles: el coste directo del tratamiento para el paciente o el sistema proveedor del servicio, el coste directo para la comunidad y el coste indirecto para la sociedad. Sería sencillo adivinar el tipo de metodología empleada: «contar» el coste de la intervención, comparándolo con el de la ausencia de intervención y sus consecuencias, o con el de otras intervenciones estándar.

Aunque casi todas las psicoterapias tienen efectividad social, en no todas se ha comprobado su eficacia clínica y no todas son eficientes. Como lo explica Echeburua (2001) en su investigación eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica; la práctica clínica basada en la evidencia implica la integración de la experiencia clínica con los resultados de la investigación pero lamentablemente gran parte la variabilidad en la práctica clínica no está relacionada con evidencia científica.

En este tiempo se ha incrementado el interés por tratamientos cortos y efectivos donde ya no se trata solo de demostrar que una terapia es eficaz para un determinado trastorno sino que es lo más efectivo comprado a otras alternativas y en unas mejores condiciones (más breve, ambulatorio etc).

Continuando con Echeburua (2001) indica que para entender el significado de mejoría terapéutica se deben conocer los distintos momentos de intervención que de acuerdo a Kuper (1991) son:

Respuesta: reducción de los síntomas en un 50% en comparación al inicio del tratamiento.

Remisión: disminución significativa de los síntomas, con retorno a un nivel de funcionamiento normal, donde ya no se cumplen los criterios diagnóstico clínico.

Recuperación: remisión mantenida durante un periodo de 6 a 12 meses.

Recaída: Aparición de sintomatología durante la remisión o recuperación.

Recurrencia: Aparición de sintomatología después de la recuperación.

Se entiende de mejoría terapéutica, referida a la eficacia de una terapia en un paciente, cuando este se encuentra en la fase de recuperación.

Por otro lado Arredondo (2016) refiere que la tradición investigativa de la psicoterapia basada en la evidencia empírica busca identificar tratamientos específicos apropiados para tratar trastornos psicológicos determinados. Esta línea propone procedimientos para evaluar y clasificar los tratamientos según la evidencia de su efectividad (Fernández & Pérez, 2001).

Intervenciones Psicológicas para Víctimas de ASI

A nivel internacional, existen diversos enfoques en el estudio de la práctica de la psicoterapia con víctimas de ASI. Varios estudios se centran en los factores que pudiesen nutrir el trabajo psicoterapéutico. Por ejemplo, dado que la sintomatología en distintas víctimas presenta una variación importante (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2005), una serie de estudios aportan modelos explicativos sobre las condiciones específicas más probables que conducen a un cierto tipo de sintomatología en los niños víctimas de ASI. Estos estudios hacen referencia a variables que median o moderan la relación entre la experiencia de ASI y la presencia de sintomatología.

Uno de los modelos de mayor aceptación internacional es el de Finkelhor y Browne (1985), que destacan la sexualización traumática, la sensación de traición, la impotencia y la estigmatización del niño como las variables que median entre el ASI y sus consecuencias. Este tipo de estudios entrega importante información a la hora de diseñar las intervenciones reparatorias pues destaca elementos relevantes.

La Intervención psicológica se realiza directamente a las víctimas, en este caso a niños, niñas y adolescentes en el caso indicado cuando hay una presencia pronunciada de síntomas que obstruyen negativamente en su vida cotidiana, cuando se encuentra en un contexto de crisis (salida del hogar, proceso judicial, etcétera) y cuando sus capacidades cognitivas lo permiten. Como en cualquier otra intervención en la infancia, es imprescindible crear una buena relación terapéutica con la víctima y favorecer un clima de confianza en el que el menor perciba la consulta como un espacio acogedor de ayuda y superación.

Al igual que en el caso de los familiares, en la intervención psicológica con los menores pueden diferenciarse dos ejes fundamentales: uno, educativo-preventivo y, otro, propiamente clínico o terapéutico.

Pautas urgentes de afrontamiento al margen de que antes de la intervención con el menor se haya podido tratar a sus familiares, puede ser importante ayudar al menor a hacer frente a la situación de estrés derivada de la revelación. Hay que dotarle de las estrategias adecuadas para evitar posibles situaciones de agresión y, en todo caso, de las habilidades necesarias para informar de su ocurrencia (Echeburúa & Guerricaechevarría, Abuso sexual de menores. Manual de victimología , 2006) (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2000).

Pautas urgentes de actuación ante el abuso por parte de los familiares del menor (Echeburúa, Guerricaechevarría, & Amor, 2002)

Garantizar la terminación de los abusos sexuales y la separación física entre la víctima y el agresor.

Asegurar, por parte de los cuidadores del niño —la madre fundamentalmente—, la determinación de protegerlo en adelante.

Capacitar a la víctima para informar de manera inmediata de ulteriores episodios de abuso.

Enseñar a la víctima a identificar y comprender su propia sexualidad y la del adulto de una forma sencilla y objetiva.

Darle pistas claras e inequívocas de cuándo un acercamiento de un adulto tiene una intencionalidad erótica.

Adiestrar al menor en técnicas de evitación de situaciones que suponen un claro riesgo de abusos sexuales, según las experiencias pasadas.

Enseñar al niño modos eficaces de asertividad para rechazar peticiones no deseadas en el ámbito erótico.

Además, el terapeuta debe tratar de purificar, en la medida de lo posible, el confusionismo psicológico y el proceso psicosocial/judicial complejo en el que se encuentra, así como proporcionarle habilidades específicas que le ayuden a recorrer dicho proceso con eficacia y sin perder su autoestima. De la misma manera, el terapeuta ha de considerar los cambios específicos que se hayan derivado de la revelación y proporcionar, al menor, estrategias específicas de afrontamiento.

Se trata de facilitarle la adaptación a su nueva situación, tanto si ha abandonado el domicilio familiar para integrarse en una familia de acogida o en un piso tutelado como si se mantiene en un entorno familiar que está conmocionado por el conocimiento de lo sucedido y en donde hay repercusiones a distintos niveles (conflictos y/o ruptura de relaciones familiares, afectación emocional de los diferentes miembros o cambios en las rutinas diarias) (Echeburúa y Corral, 2007).

Intervenciones Psicológicas para Víctimas de ASI Basadas en la Evidencia.

La tradición investigativa de la psicoterapia basada en la evidencia empírica busca identificar tratamientos específicos apropiados para tratar trastornos psicológicos determinados por ello propone procedimientos para evaluar y clasificar los tratamientos según la evidencia de su efectividad (Fernández & Pérez, 2001).

Se tiene evidencia de que los tratamientos basados en la exposición (Baguena, 2001) y de que la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011) son efectivos para enfrentar eventos traumáticos.

En el meta-análisis de 33 artículos, de Sánchez-Meca, Rosa-Alcázar y López-Soler (2011) señalan que los tratamientos cognitivo conductuales centrados en el trauma, combinados con terapia de contención y con elementos psicodinámicos (ej. terapia de juego) son los que obtienen mejores resultados en la disminución de sintomatología asociada al ASI (principalmente en las conductas sexualizadas, la ansiedad, la depresión, los problemas de autoestima y los problemas de conducta).

Intebi, I. (2012) Indica que las intervenciones reparadoras más eficaces son las interdisciplinarias, multimodales e intersectoriales/interdepartamentales que combinan actuaciones socioeducativas y psicoterapéuticas, dirigidas no sólo a las víctimas sino también a la familia y a los/as agresores/as. La afirmación anterior se basa en criterios que consideran que el mejor lugar

para la crianza de los/as niños/as es la propia familia. El hecho de que en el seno de las familias ocurran agresiones sexuales y/o no se proteja adecuadamente a las personas menores de estas situaciones no determina que la única solución posible sea la separación definitiva de los/as hijos/as. Por el contrario, aún en casos de gravedad donde se haya producido dicha separación, los/as técnicos/as de los PIF trabajarán con el objetivo específico de producir modificaciones en los/as adultos/as y en el grupo familiar de manera tal que desaparezcan o disminuyan sustancialmente las condiciones de desprotección.

Por lo cual con fines prácticos se clasifican las intervenciones reparadoras de la siguiente manera:

- Intervención psicoterapéutica propiamente dicha
- Intervención socioeducativa
- Intervención en crisis
- Evaluación en intervención

Las diferencias entre las distintas modalidades de intervención no se fundan en los aspectos técnicos o en los recursos que se ofrecen, sino en el contexto (los motivos) por el que se propone un plan -y no otro- y en los objetivos que el equipo se propone conseguir con las actuaciones.

Las intervenciones psicoterapéuticas propiamente dichas y las intervenciones socioeducativas son los principales componentes de las actuaciones tendientes al logro de:

- Generar conciencia de problema y motivación de cambio en los/as adultos/as protectores/as
- Optimizar la capacitación parental
- La reunificación familiar
- El complemento familiar
- El apoyo específico al menor
- El apoyo a la vida independiente y el apoyo a la emancipación

Por la magnitud de la crisis familiar que se desencadena a partir de la revelación y la confirmación de abusos sexuales intrafamiliares es frecuente que los/as adultos/as protectores/as intenten minimizar o justificar lo sucedido así como buscar explicaciones que descarten la posibilidad de que ese tipo de agresiones hayan ocurrido dentro de su familia. En numerosas ocasiones también se encuentran inmersos/as en conflictos de lealtades o en actitudes ambivalentes hacia el agresor/a.

Por ello, es competencia de los/as técnicos/as del Programa de Intervención Familiar trabajar estas dificultades con los/as adultos/as protectores/as ya que la evolución de los/as niños/as victimizados/as dependerá en gran medida de la actitud de las personas significativas, así como de su fortaleza y de su persistencia en las conductas protectoras que suelen involucrar cambios muy importantes y drásticos en los vínculos familiares y en la interrupción de contactos habituales en el pasado.

Qué significa “optimizar la capacitación parental” Ante situaciones de abusos sexuales intrafamiliares, los/as adultos/as protectores/as se encuentran sometidos/as a exigencias y a presiones muy poco habituales y para las que ninguna persona se encuentra preparada: acompañar a niños/as que, a veces, presentan sintomatología muy grave en el proceso de reparación; atender a las necesidades de sus otros/as hijos/as; continuar desempeñando su rol laboral, social y familiar; etc.

Además, es bastante común que haya habido situaciones de desprotección –de diversos niveles de gravedad – preexistentes que deben ser abordadas, sobre todo para que puedan registrar y responder adecuadamente ante las necesidades de sus hijos/as.

Por otro lado la “reunificación familiar” en los casos en que hubo que tomar medidas de separación, reunir al grupo familiar no significa que el agresor/a pueda volver a convivir con la(s) víctima(s). Tanto en casos de agresores/as adultos/as como en el caso de agresores/as juveniles previo a poder tomar una decisión que implique reanudar la convivencia, tendrán que haber recibido tratamiento enfocado en estas cuestiones (en los casos de agresores/as juveniles) y tratamiento especializado (en los casos de agresores/as adultos/as). Si ese paso no se lleva a cabo, la convivencia familiar está totalmente contraindicada por más que la víctima haya hecho una excelente evolución en relación a los efectos sufridos y/o que solicite o no muestre su desacuerdo con volver a convivir con el agresor/a.

Son los/as técnicos/as de los Servicios de Protección Infantil quienes deben tomar la decisión valorando el nivel de riesgo que la convivencia implica y la protección que puedan garantizar los factores identificados.

Las intervenciones tempranas con niños víctimas de abuso sexual ayudarían a la prevención de consecuencias negativas en la salud mental de adultos. Cohen, Deblinger, Mannarino y Steer (2004) han documentado la eficacia de un modelo de tratamiento cognitivo-conductual centrado en el trauma para los niños víctimas de abuso sexual para ayudarles a superar sentimientos de

vergüenza. El terapeuta puede ayudar a reducir los sentimientos de vergüenza en los niños que han sido abusados usando y ayudándolos a usar palabras directas para la experiencia de abuso como utilizar el término “abuso sexual” en lugar de “lo que pasó”. El lenguaje indirecto contribuye a reforzar la idea de que el abuso es demasiado vergonzoso para discutirlo abiertamente.

Marco Legal

En busca de proteger la infancia en Colombia se creó el Código de infancia y adolescencia contemplado en la Ley 1098 del 2012, algunos de sus artículos son:

Artículo 1. Finalidad Este código tiene por finalidad garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna.

Artículo 2. Objeto. El presente código tiene por objeto establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, en la Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento. Dicha garantía y protección será obligación de la familia, la sociedad y el Estado.

Artículo 7. Protección Integral. Se entiende por protección integral de los niños, niñas y adolescentes el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior. La protección integral se materializa en el conjunto de políticas, planes, programas y acciones que se ejecuten en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal con la correspondiente asignación de recursos financieros, físicos y humanos.

Artículo 9. Prevalencia De Los Derechos. En todo acto, decisión o medida administrativa, judicial o de cualquier naturaleza que deba adoptarse en relación con los niños, las niñas y los adolescentes, prevalecerán los derechos de estos, en especial si existe conflicto entre sus derechos fundamentales con los de cualquier otra persona. En caso de conflicto entre dos o más disposiciones legales, administrativas o disciplinarias, se aplicará la norma más favorable al interés superior del niño, niña o adolescente.

Artículo 20. Derechos De Protección. Los niños, las niñas y los adolescentes serán protegidos contra:

1. El abandono físico, emocional y psicoafectivo de sus padres, representantes legales o de las personas, instituciones y autoridades que tienen la responsabilidad de su cuidado y atención.

2. La explotación económica por parte de sus padres, representantes legales, quienes vivan con ellos, o cualquier otra persona. Serán especialmente protegidos contra su utilización en la mendicidad.

3. El consumo de tabaco, sustancias psicoactivas, estupefacientes o alcohólicas y la utilización, el reclutamiento o la oferta de menores en actividades de promoción, producción, recolección, tráfico, distribución y comercialización.

4. La violación, la inducción, el estímulo y el constreñimiento a la prostitución; la explotación sexual, la pornografía y cualquier otra conducta que atente contra la libertad, integridad y formación sexuales de la persona menor de edad.

5. El secuestro, la venta, la trata de personas y el tráfico y cualquier otra forma contemporánea de esclavitud o de servidumbre.

6. Las guerras y los conflictos armados internos.

7. El reclutamiento y la utilización de los niños por parte de los grupos armados organizados al margen de la ley.

8. La tortura y toda clase de tratos y penas crueles, inhumanas, humillantes y degradantes, la desaparición forzada y la detención arbitraria.

9. La situación de vida en calle de los niños y las niñas.

10. Los traslados ilícitos y su retención en el extranjero para cualquier fin.

11. El desplazamiento forzado.

12. El trabajo que por su naturaleza o por las condiciones en que se lleva a cabo es probable que pueda afectar la salud, la integridad y la seguridad o impedir el derecho a la educación.

13. Las peores formas de trabajo infantil, conforme al Convenio 182 de la OIT.

14. El contagio de enfermedades infecciosas prevenibles durante la gestación o después de nacer, o la exposición durante la gestación a alcohol o cualquier tipo de sustancia psicoactiva que pueda afectar su desarrollo físico, mental o su expectativa de vida.

15. Los riesgos y efectos producidos por desastres naturales y demás situaciones de emergencia.

16. Cuando su patrimonio se encuentre amenazado por quienes lo administren.

17. Las minas antipersonales.
18. La transmisión del VIH-SIDA y las infecciones de transmisión sexual.
19. Cualquier otro acto que amenace o vulnere sus derechos.

En la constitución Colombiana encontramos las siguientes leyes en caso abuso sexual.

Ley 1236 del 2008

Artículo 205. ACCESO CARNAL VIOLENTO. El que realice acceso carnal con otra persona mediante violencia, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años".

Artículo 206. ACTO SEXUAL VIOLENTO. El que realice en otra persona acto sexual diverso al acceso carnal mediante violencia, incurrirá en prisión de ocho (8) a dieciséis (16) años.

Artículo 207. ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL EN PERSONA PUESTA EN INCAPACIDAD DE RESISTIR. El que realice acceso carnal con persona a la cual haya puesto en incapacidad de resistir o en estado de inconsciencia, o en condiciones de inferioridad síquica que le impidan comprender la relación sexual o dar su consentimiento, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años. Si se ejecuta acto sexual diverso del acceso carnal, la pena será de ocho (8) a dieciséis (16) años".

Artículo 208. ACCESO CARNAL ABUSNO CON MENOR DE CATORCE AÑOS. El que acceda carnalmente a persona menor de catorce (14) años, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años".

Las personas condenadas por cometer delitos sexuales con menores de edad no tienen ningún beneficio en su pena de prisión, por el agravante del delito.

Marco Metodológico

Tipo de Investigación

El tipo de investigación de la tesis es cualitativa, que permite interpretar con profundidad y detalle lo que está sucediendo con un objeto de estudio que parte de la realidad pero que dicha interpretación se hace de manera integral, donde el sujeto investigador hace parte del fenómeno u objeto que está estudiando (Cerde, 2012)

Actualmente la investigación cualitativa es utilizada para explorar la realidad de fenómenos sociales, teniendo como base las experiencias subjetivas de los objetos que se encuentran inmersos en un determinado contexto; a decir de Martínez (2011), existen múltiples realidades que se constituyen en la relación entre el sujeto y la realidad en la cual viven, de modo que no se puede hablar de una sola verdad, sino que ésta es una significación de las diversas percepciones que los sujetos extraen de las situaciones en las cuales se desenvuelven.

Según dichos autores, la investigación cualitativa es holística, debido a que en su enfoque interpreta a los contextos, sujeto y grupos desde un punto de vista unificador, que considera que todo funciona bajo una lógica integral que es propia de la organización, comunidad o contexto específico que se está estudiando, este tipo de investigación tiene en cuenta las relaciones simbólicas y sociales que se establecen dentro del contexto, sin olvidar factores transcendentales, como son las situaciones históricas vivenciadas por el sujeto o el grupo, yendo desde su pasado hasta su presente, contrayendo de esta manera una situación social de referencia. (Chaves, 2014)

Diseño

La revisión documental es considerada como un estudio de investigación detallado, selectivo de los documentos que tratan dicho tema y crítico que integra la información esencial en una perspectiva unitaria llamadas unidad de análisis, que lo entendemos como un texto individual (cualquiera sea su carácter: libro, artículo, ensayo, tesis, etc.) y que engrosa el conjunto de cada núcleo temático y que delimita el campo de conocimiento (Icart y Canela, 1994)

No es una publicación original y su finalidad es examinar la bibliografía publicada y situarla en cierta perspectiva (Ramos et al, 2003) recoge datos (en la forma de artículos previos), los analiza y extrae una conclusión. El objetivo fundamental de la revisión documental es que intenta identificar qué se conoce del tema, qué se ha investigado y qué aspectos permanecen desconocidos. (Josep Adolf Guirao-Goris, 2008)

Se pretende, en síntesis, ofrecer una visión global del estado actual del conocimiento que parte de una ubicación textual hacia una comprensión contextual o, en términos de Foucault: “leer el texto en el contexto”.

Instrumentos

No aplica

Participantes

Se usaron 30 documentos, entre artículos, tesis, monografías y protocolos de los cuales hay 6 meta-análisis, que reúnen 153, para un total de 177 estudios de intervenciones psicológicas basadas en la evidencia en víctimas de abuso sexual infantil.

Procedimiento

El procedimiento que se utilizó en el proceso investigativo se dio a través de las siguientes fases propuestas por la (Consuelo Hoyos Botero, 2000)

Fase preparatoria.

Tiene como fin orientar expresamente al colectivo de investigadores, con sustento teórico, sobre cómo habrá de realizarse el estudio cuál es el objeto de investigación que se pretende abordar cuáles los núcleos temáticos comprendidos en el tema central; cuál es el lenguaje básico común a utilizar, así como los pasos a seguir a través de la investigación.

Fase descriptiva

Comprende el trabajo de campo que se realiza con el fin de dar cuenta de los diferentes tipos de estudios que se han efectuado sobre el tema y sub – temas, cuáles sus referentes disciplinares y teóricos con qué tipo de sujetos se han realizado, bajo cuáles delimitaciones espaciales, temporales y contextuales se han llevado a cabo, qué autores las han asumido qué perspectivas metodológicas se han utilizado.

Fase interpretativa por núcleo temático.

Esta fase permite ampliar el horizonte de estudio por unidad de análisis y proporciona datos nuevos integrativos por núcleos temáticos, en tanto trasciende lo meramente descriptivo que conduce al planteamiento de hipótesis o afirmaciones útiles para la siguiente fase.

Fase de construcción teórica global.

Comprende un balance del conjunto que parte de la interpretación por núcleo temático, para mirar los resultados del estudio como vacíos, limitaciones, dificultades, tendencias y logros

obtenidos con el fin de presentar el estado actual de la investigación de manera global que permita orientar líneas de investigación. Cada una de estas fases tiene sus objetivos o logros sus actividades para realizar, un tiempo determinado para llevarlas a cabo y el producto final requerido como fruto del trabajo realizado, que en esta parte teórica no detallamos pero que van incluidos en la guía práctica de la tercera parte.

Fase de extensión y publicación.

Consiste en la posibilidad de divulgar la obra, bien en forma oral mediante conferencias, disertaciones, paneles, seminarios, mesas redondas, etc., bien en forma escrita (publicación). La importancia de esta fase estriba en poner en circulación un nuevo conocimiento que permite la interlocución con otros grupos y comunidades académicas científicas.

Fase de análisis de contenido.

El análisis de contenido es un proceso de investigación hace referencia a la interpretación de los datos recolectados en el transcurso de toda la indagación y que han sido registrados en diversos instrumentos para facilitar su estudio. Aquí se revisan los textos o discursos con las anotaciones que ha hecho el investigador.

El análisis de contenido es una de las técnicas mas usadas desde finales del siglo XX y que han adquirido importante relevancia en el desarrollo de todas las ciencias sociales.

Cuando se habla de análisis de contenido, se da por entendido que hay un significado oculto o guardado detrás de los hechos que hacen prioritaria su develación para que surja una interpretación que permita ese nuevo conocimiento que se está buscando, a través del discernimiento.

El propósito de realizar un análisis de contenido en las ciencias sociales es conseguir la manifestación de aquel sentido latente que procede de los hechos atravesados por las representaciones mentales que subyacen a los actos humanos tanto a nivel individual como social. (Bautista, 2011)

Discusión y Resultados

El objetivo fundamental del presente trabajo fue realizar el análisis de la eficacia de las intervenciones psicológicas en víctimas de abuso sexual infantil, a través de una revisión documental, desde los enfoques cognitivo conductual, psicodinámico, sistémico y

fenomenológico. Después de una búsqueda extensa de la literatura nacional e internacional se seleccionaron 30 estudios sobre esta temática, de los cuales 6 son meta-análisis evaluativos de la eficacia de tratamientos psicológicos en menores víctimas de abuso sexual, los cuales recopilan 153 documentos.

Desde el enfoque de la Psicología basada en la evidencia, se entiende que los tratamientos tienen que poseer apoyo empírico para que pueda ser recomendada su utilización rutinaria en la práctica profesional, en caso de víctimas de ASI el tratamiento se centran en ayudar al menor a entender, integrar y resolver aquellas experiencias que afectan su desarrollo, sus pautas de interacción y su seguridad, Gallardo (1997), indica además que el tratamiento debe ir encaminado a optimizar aquellas potencialidades que han quedado afectadas y a eliminar aquellas que favorecen el descontrol.

Por lo tanto, en los resultados de esta investigación, se encontró que de los modelos propuestos para esta pesquisa, el que mayor estudios presenta es el enfoque cognitivo-conductual, con 8 documentos entre ellos dos meta-análisis que recopilan 47 estudios. Siendo la primera categoría las técnicas cognitivas-conductuales, Como su nombre lo indica, implica las intervenciones derivadas de las tradiciones cognitivas y conductuales, desde el modelo cognitivo, el objetivo de la psicoterapia es la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento de estrés y desde el enfoque conductual el tratamiento busca aumento o implantación de conductas deseables y reducción o eliminación de las indeseables. En lo que respecta al tratamiento de menores víctimas de abuso sexual, actualmente, el modelo cognitivo-conductual ha recibido un claro apoyo basado en la evidencia.

Una de las técnicas más usadas desde el enfoque cognitivo-conductual, es la reestructuración cognitiva, primera sub-categoría, la cual parte de que en las conductas inadecuadas o en los síntomas, existen atribuciones causales y pensamientos distorsionados que los generan. El objetivo que persigue esta técnica es modificar el modo en que se interpreta las experiencias, los pensamientos negativos que surgen automáticamente y las valoraciones subjetivas que provocan malestar. Echeburúa y Guerricaechevarría, (2000). Por lo cual se centra detectar y a modificar esos pensamientos, que afectan la percepción de la realidad y la creencia en los propios recursos de afrontamiento de la víctima, en relación con la situación de maltrato y abuso, por medio de la detención del pensamiento, distracción cognitiva etc.

Esta técnica se basa en el modelo A-B-C, donde A son las experiencias que se tienen, B son las cogniciones o pensamientos acerca de estas experiencias y C es cómo se reacciona y cómo se sienten con respecto a estas. Por tanto, dependiendo de cómo sea B, se tendrán mejores o peores reacciones, estas cogniciones son modificables. La forma en la que se estructuran los pensamientos influye en cómo se ve el mundo, en cómo se entienden las experiencias, y por consiguiente, en las emociones que se siente. García (2017).

Muy relacionada a este modelo encontramos la segunda sub-categoría Inoculación de Estrés (IE), en el que se entrena a la persona en un conjunto de habilidades específicas para hacer frente a situaciones estresantes, donde aprende a interpretar su problema desde un modelo específico, la IE funciona como una “vacuna”, es decir, una vez adquiridas las habilidades de enfrentamiento, se somete a la persona a situaciones estresantes similares a las problemáticas con intensidad moderada, en las que se espera que ponga en marcha dichas habilidades. Las principales habilidades a aprender son todas aquellas que permitan un control efectivo de la tensión o activación emocional, la modificación de los contenidos cognitivos por medio de auto-verbalizaciones, auto-instrucciones, que ocurren antes, durante y después del enfrentamiento con las situaciones problema.

La tercera sub-categoría es la técnica es la desensibilización sistemática (DS), usada para el manejo de la ansiedad, fobias y miedos instaurados en la víctima, técnica desarrollada por Joseph Wolpe en 1958, que tiene como objetivo enseñar cómo enfrentarse a objetos y a situaciones que le son particularmente amenazadoras, exponiéndose de forma real o imaginaria a los estímulos que producen una respuesta ansiógena. Se trata de aprender a relajarse mientras se imaginan escenas que, progresivamente, van provocando mayor ansiedad, donde la repetida presentación del estímulo hace que éste pierda progresivamente su capacidad de evocar ansiedad y en consecuencia malestar físico, emocional o cognitivo. Bastida (2018)

La cuarta sub-categoría es la técnica de relajación, de la cual existe distintos tipos, dependiendo de los efectos que se quieran conseguir, como las observacionales que busca darse cuenta del estado físico, mental y psicológico; de tipo cognitivo como las visualizaciones, mindfulness o reducción del estrés basado en atención plena, compuestas por técnicas de respiración, meditación, entrenamiento autógeno, imaginación guiada, relajación progresiva como la de Jacobson Etc. La relajación se usa como complemento de otras técnicas como las de afrontamiento, como las autoinstrucciones, semáforo, círculo de control, usadas en el tratamiento de víctimas de ASI.

Por otra parte, en la segunda categoría está el enfoque fenomenológico o humanístico, cuyo autor es Carl Rogers, el cual indica que cada persona tiene una manera propia y única de captar la realidad, de pensar, procesar lo que sucede y de actuar conforme a las percepciones, a las vivencias previas, las creencias y valores; Es cómo el ser humano integra la realidad para formar su propio Yo.

Para Rogers la conducta está mediada por elementos internos, como la tendencia a la actualización y la evaluación de experiencias, donde el ser humano trata de encontrar su lugar en el mundo, sintiendo autorrealización con ello y basándose la concepción de éste en el crecimiento personal. Cuando el auto-concepto y la realidad se contradicen el ser humano intenta reaccionar a través de diferentes reacciones que permitan reducir la contradicción, lo cual se da en las víctimas de ASI. Es en este momento es donde pueden surgir reacciones patológicas como la negación o la disociación, según la reacción defensiva no sea suficiente o bien esté desorganizada, cosa que pueden conllevar la aparición de trastornos mentales al desintegrar la personalidad del individuo. Castillero (s.f)

La técnica más usada en este modelo es la sub-categoría del diálogo consigo misma y con el mundo, que permita la auto-aceptación y la auto-regulación. Rogers recomienda situarse en el punto de vista del cliente, quien es definido como aquella persona que responsablemente busca un camino y participa del proceso terapéutico de la misma manera, consciente de su capacidad de desarrollo no utilizada. No es quien va en busca de ayuda, sino quien trata de ayudarse a sí mismo. La escuela rogeriana suprime términos tales como paciente, enfermo y curación porque connotan dependencia, limitación e, incluso, falta de respeto por la persona.

Con relación a los enfoques psicodinámico y sistémicos, en la revisión realizada no se encontraron estudios de intervenciones psicológicas de manera específica con estos enfoques, pero si en combinación con otros, por lo cual surge una categoría emergente en esta investigación, donde se relacionan las diferentes teorías y técnica de los modelos psicológicos estudiados.

La tercera categoría está en el modelo ecléctico es el que mayor estudios presenta, con 17 documentos de los cuales 4 son meta-análisis que recopilan 97 estudios. En algunos artículos no se especificaba el modelo, pero por la combinación de técnicas se tomó como ecléctico. Este es un enfoque conceptual que no se sostiene rígidamente a un paradigma o un conjunto de supuestos, sino que se basa en múltiples teorías, estilos, e ideas para obtener información complementaria, aplica diferentes teorías en casos particulares. También pretende conciliar las diversas teorías y

corrientes existentes, tomando de cada una de ellas lo más importante aceptable, permitiendo romper las contradicciones existentes. En la psicología del siglo XX surgieron modelos e intervenciones que no se adherían estrictamente a una orientación teórica, sino que combinaban las aportaciones de varias, El eclecticismo promueve marcos explicativos y aplicados que pretenden superar las limitaciones de las perspectivas tradicionales.

El eclecticismo técnico, consiste en utilizar técnicas de distintas orientaciones. Lazarus, uno de los pioneros del eclecticismo técnico, argumentó que la integración teórica no es factible por las contradicciones de las distintas perspectivas, pero si muchas herramientas distintas pueden ser útiles en determinadas condiciones, teniendo como criterio habitual el nivel de eficacia demostrado empíricamente. En este caso se busca encontrar los tratamientos más adecuados para cada situación, según la investigación científica. Figueroba (sf)

De las técnicas usadas desde este enfoque encontramos algunas anteriormente nombradas y explicadas, como lo son la reestructuración cognitiva, la inoculación de estrés, desensibilización sistemática, la relajación y otras relacionadas o inmersas en estas, como lo son las auto-instrucciones, respiración profunda, modelamiento, reforzadores conductuales, inundación, extinción etc.

Otras técnicas que sobre sale en el enfoque ecléctico, es la sub-categoría de la psicoeducación a la víctima y a la familia en relación al abuso sexual. La psicoeducación es un modelo de tratamiento integral de las enfermedades mentales, que se plantea desde los factores de vulnerabilidad, elementos genéticos, bioquímicos y cognitivos, además de los sucesos estresantes contingentes que se puedan presentar en la vida cotidiana y que pueden ser de difícil solución para el individuo, como en el caso de abuso sexual en la infancia, proporcionando información específica acerca de la enfermedad, tratamiento y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema, Albarrán y Macías (2007). Esta técnica es efectiva en los niños, adolescentes y adultos, porque facilita la comprensión de la enfermedad y del tratamiento.

También Bulacio (2004) refiere que la psicoeducación es el proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo. El profesional de la salud que imparte psicoeducación tiene por objeto orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, la resolución o tratamiento más

adecuado y favorecer la calidad de vida, de allí la importancia de implementar procesos psicoeducativos en víctimas y familiares.

Otra sub-categoría desde este enfoque es la EMDR Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares, autora Francine Shapiro 1987, es un método psicoterapéutico para tratar dificultades emocionales que fueron causadas por experiencias difíciles en la vida del sujeto (recuerdos traumáticos), desde guerras, asaltos y desastres naturales hasta fobias, ataques de pánico, abuso sexual o incidentes traumáticos en la infancia. También se usa EMDR para aliviar la angustia de hablar en público, para mejorar el rendimiento en el trabajo, en los deportes y en las interpretaciones artísticas.

Este modelo está basado en la filosofía de que los seres humanos son capaces, bajo condiciones apropiadas, de moverse naturalmente hacia una mayor salud e integración. El EMDR es usado para resolver material emocional perturbador derivado de eventos perturbadores o traumáticos y también como un medio para potenciar estados emocionales positivos, con el fin de facilitar el crecimiento natural y el proceso curativo. Martínez (2018)

Dentro de otras técnicas menos fuerte en su recurrencia pero también usadas se encuentran la hipnosis, técnicas de arte como el dibujo, musicoterapia, juegos, escritura, psicodramas, juego de roles etc. Que usadas en conjunto generan beneficios en la recuperación de las víctimas de ASI.

Conclusiones

De los modelos psicológicos tomados para este estudio, el enfoque cognitivo conductual presenta mayor número de técnicas basadas en la evidencia para el tratamiento en víctimas de ASI, estas subcategorías son usadas en otros modelos de intervención, como el ecléctico, entre las que se encuentra la reestructuración cognitiva, la inoculación de estrés, desensibilización sistemática y la relajación.

En la categoría del modelo humanista, se encuentra pocos estudios de la práctica en el tratamiento a víctimas de ASI.

Desde los modelos psicodinámico y sistémico, en esta revisión documental no se encontraron estudios específicos de estos en el tratamiento de abusos sexual infantil, pero si algunas sus técnicas combinadas con otras en el modelo ecléctico.

La categoría emergente del modelo ecléctico, es la que más documentación aporta en esta revisión, por lo cual permite analizar las nuevas perspectivas para el tratamiento en víctimas de abusos sexuales en la infancia, siendo adaptable a las necesidades particulares de cada caso.

Otro aspecto a tener en cuenta de acuerdo a la revisión documental realizada, en la importancia de realizar intervención individual y grupal con la víctima y familiar. Sin dejar de lado la importancia del grupo interdisciplinario cuando el caso lo requiera.

El éxito de cualquier psicoterapia en víctimas de ASI, dependerá en gran parte de que se den las condiciones de protección y apoyo social.

Entre más pronto se realice la intervención después de suceso, serán mejores los resultados.

Recomendaciones

A la Universidad de Pamplona, habilitar un mayor acceso a las diferentes bases de datos, para poder realizar análisis más profundos, encontrando estudios a los cuales no se tiene fácil acercamiento, que permita la obtención de más resultados en esta clase de investigaciones.

Se hace una invitación al personal profesional de psicología, que realizan intervención individual y grupal a víctimas de abuso sexual infantil, a establecer investigaciones que sean publicadas o dadas a conocer a la comunidad de psicología que permita realizar un análisis de mayores proporciones.

Promover la prevención del abuso sexual infantil, a través de la capacitación en talleres psicoeducativos a la comunidad, instituciones educativas, padres, docentes, redes sociales entre otros, con el fin de disminuir este flagelo.

Delimitación y Limitaciones

Los artículos, libros, ensayos, estudios, repositorios tomados en cuenta son de diferentes países y en idiomas inglés y español de los tratamientos psicológicos a víctimas de ASI y AS. Por otro lado en las limitaciones se encuentran poca documentación sobre la eficacia en las intervenciones psicológicas en víctimas de ASI sobre todo en Colombia y países suramericanos.

Posibles colaboradores

ICBF

Nombre de funcionaria: Gabriela Zarate

Estudio: Entrevista en restablecimiento de derechos

Cargo: Psicóloga.

CAIVAS

Nombre de funcionaria: Yaneth Contreras Lindarte

Estudio: Investigación psicosocial en ASI

Cargo: trabajadora social

Recursos Disponibles

Recurso	presupuesto
Trasporte	300.000
Papelería	100.000

Referencias bibliográficas

Albarrán, A & Macías, M. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray. *Investigación en Salud*, vol. IX. Guadalajara, México.

Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29, 647-657.

Briere, J. y Elliott, D.M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse and Neglect*, 27, 1205-1222.

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

Flórez, N. E. (2012). Reflexiones en torno al abuso sexual. *Psicoespacios: Revista virtual de la Institución*

Universitaria de Envigado, 6(9), 157-182.

Arrieta , K., Díaz , S., & González , F. (2014). Maltrato infantil: conocimientos, actitudes y prácticas de estudiantes de Odontología de Cartagena, Colombia. . *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(2), 103-111.

Azcárate, M. M. (2007). Trastorno de Estrés Postraumático, daño cerebral secundario a la violencia. España: Díaz de Santos.

The U.S Department of Justice. (2012). NSOPW. Educación y prevención. Recuperado de <https://www.nsopw.gov/es/Education>

Bados, lopez Arturo. (2008). Intervención psicologica características y modelos. *Universidad de Barcelona*, 7-28.

Rodríguez, C. A.L. (2003). “Intervención interdisciplinaria en casos de abuso sexual infantil” *Revista de Psicología* Núm. 2. Bogotá: Universidad de Psicología.

Bastida, A. (2018). Estrés y ansiedad: Técnica De Desensibilización Sistemática. Recuperado de <https://www.psicologia-online.com/estres-y-ansiedad-tecnica-de-desensibilizacion-sistemica-2323.html>

Martínez, J.M. (1993). “Terapia de Grupo para Niños Maltratados”, trabajo presentado en el Encuentro Internacional de Psiquiatría de Lactantes, Niños y Adolescentes”, realizado en Punta del Este, Uruguay. 8-10 pág.

Onno Van Hart (2001) “Running head: treatment of traumatic memories, the treatment memories in patients with complex dissociative disorders”. Atlanta: Department of Clinic and Health Psychology; 25 de enero de 2012, <http://revibapst.com/TSDPENGLISH.pdf>

Slaikeu, K. (1998). Intervención en crisis: Manual para su práctica e investigación. México: Manual Moderno.

Bautista, N. P. (2011). Analisis de contenido. En B. Nelly, *Proceso de la investigacion cualitativa PDF (epistemologia-metodologia-aplicaciones)* (pág. 187). Bogotá: El Manual Moderno.

Sánchez, T., & Téllez, A. (2016). Hipnoterapia y terapia breve centrada en soluciones aplicada a síntomas por abuso sexual infantil: Un estudio de caso. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(1), 67-75.

Brunk, M., Henggeler, S., & Whelan, J. (1987). Comparison of Multisystemic Therapy and Parent training in the Brief Treatment of Child and Neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 52(2), 171-178.

Cornejo, L. (1996). Manual de terapia infantil gestáltica. Bilbao

Gallardo, J.A. (1997). El maltrato infantil en la familia. En M. Jiménez (Ed.), *Psicopatología infantil* (pp.245-257). Málaga: Aljibe.

Urquiza, A.J. y Winn, C. (1994). Treatment for abused an neglected children: Infancy to age 18. US Government Printing Office. US Department of Health and Human Services, National Center of Child Abuse and Neglect, Washington

Bulacio , J. M., Vieyra , M. C., Alvarez , D. C., & Benatuil , D. (2004). El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.

OIT Organización Internacional del Trabajo. (1999). Explotación sexual comercial infantil

Explotación sexual comercial infantil. Recuperado de:
<https://www.ilo.org/ipec/areas/CSEC/lang--es/index.htm>

Cantón, J., & Cortés, M. (2000). Guía para la evaluación del abuso sexual infantil . *Pirámide*, 266.

Castillero, O. (sf). La teoría fenomenológica de Carl Rogers. Recuperado de:
<https://psicologiamente.com/clinica/teoria-fenomenologica-carl-rogers>

Cerda, H. (2012). Los elementos de la investigación. *Logos, ciencia y tecnología*, 220-221.

Chaves, M.-Z.-A. (2014). Investigación Cualitativa: Una Reflexión Desde La Educación. *Universitaria*, 86-100.

Consuelo Hoyos Botero. (2000). Revisión Documental. En C. H. Botero, *Un Modelo Para La investigacion Documental* (págs. 52-56). Medellin: Señal Editora.

Deblinger, E., Mannarino, A., Cohen, J., Runyon, M., & Steer, R. (2010). Trauma-focused cognitive behavioural therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and Anxiety*,, 28, 67-75.

Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*. . Barcelona: Ariel.

Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2006). *Abuso sexual de menores. Manual de victimología* . Valencia: Tirant lo Blanch.

Echeburúa, E., Guerricaechevarría, C., & Amor, P. (2002). *Indicaciones terapéuticas para los menores víctimas de abuso sexual. Abusos sexuales en la infancia. Abordaje psicológico y jurídico*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C.(2000). Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/sergioyruben/tratamiento-psicologico-en-nios-abusados-sexualmente-12660199>

Font, P. (1998). *Desarrollo psicosexual* . Barcelona: Instituto de Estudios de la Sexualidad y la Pareja .

Ferro Rafael Garcia . (2004). Un análisis de los conceptos de efectividad,. *Panacea*, 97-99.

Franco , Á., & Ramírez, L. (2016). *Abuso sexual infantil: perspectiva clínica y dilemas ético-legales* . Tesis de Postgrado en Psiquiatría Infantil, Universidad El Bosque,, Bogotá- Colombia. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45n1/v45n1a09.pdf>

Figueroba, A.(sf). Eclecticismo en Psicología: 6 ventajas e inconvenientes de esta forma de intervención. Recuperado de: <https://psicologiamente.com/clinica/eclecticismo-en-psicologia>

García, A. (2017), Reestructuración cognitiva (RC) paso a paso ¿cómo se aplica?. Cognifit, Salud, Cerebro & Neurociencia, recuperado de <https://blog.cognifit.com/es/reestructuracion-cognitiva-rc/>

Gallo, H. (2012). *Agresividad, violencia intrafamiliar y malestar social*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

Gallardo, J.A. (1997). Intervención y tratamiento en el maltrato infantil.

Gamboa , A., Muñoz , P., & Ortiz, J. (2016). Violencia en contextos escolares: percepción de docentes sobre manifestaciones de violencia en instituciones educativas en Cúcuta-Norte de Santander. *Psicogente*, 20(37), 89-98. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v20n37/0124-0137-psico-20-37-00089.pdf>

Guzmán, C. (2008). *Desarrollo psicosexual en Freud*. Chile.

Hackett, S. (2004). *What works for children and young people with harmful sexual behaviours?* Inglaterra: Barnardo's.

Halperin, S. (1981). Abused and non-abused childrens' perception of their mothers, fathers, and siblings: implications for a comprehensive family treatment plan. *Family Relations*, 30, 89-96.

Henggeler, S. (1982). Delinquency and adolescent psychopathology: a family-ecological systems approach. *Wright-PSG*.

INPIER. (2006). *Manual de normas y procedimientos del Departamento de Psicología*. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de Mexico.

Josep Adolf Guirao-Goris, A. O. (2008). El artículo de revisión . *Revista Iberoamericana de enfermería comunitaria*, 4.

Martínez , M., Robles, C., Utria , L., & Amar , J. (04 de 2014). Legitimación de la violencia en la infancia: un abordaje desde el enfoque ecológico de Bronfenbrenner. *psicología desde el caribe*, 31(1).

Martínez, O. (2018). EMDR Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares. Recuperado de: http://terapiapsicologica.mex.tl/914365_Que-es-EMDR.html

Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.

Minuchin, S., & Fishman, H. , H. (1984). *Técnicas de terapiafamiliar*. Ciudad de Mexico: Paidós.

Morales, F., & Díaz, E. (2000). Algunas consideraciones sobre la psicología en las instituciones médicas. *Perinatol Reprod Hum*, 14, 83-173.

Morán, L. (2011). La práctica basada en evidencia, algunos desafíos para su integración en el currículum del pregrado de enfermería. *Scielo*.

Orduz, F. (2015). Victimización y violencia sexual en el conflicto armado en Colombia. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 19(2), 173-186. Obtenido de <http://www.scielo.org.ar/pdf/spc/v19n2/v19n2a09.pdf>

Pereda, N. (2009), “Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil”. *Papeles del Psicólogo*, 30 (2), 3-13.

Cohen, J.A., Deblinger, E. Mannarino, A.P. y Steer, R.A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sex abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393-402.

Quintero, A., Bonilla, F., Otero, A., Campo, G., & Valencia, H. (2013). Abuso sexual infantil: ¿territorio omitido o inadvertido en Colombia? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 234-235.

Rahed, c. (s.f.). *características en el desarrollo de la infancia*.

Santrock, J. W. (2007). *Desarrollo Infantil*. México: McGrawHill Interamericana.

Valencia, J., Parra, J., Rey, E., Escalante, B., & Delgado, M. (2014). *Causas del embarazo adolescente en los municipios de Acacías, Cúcuta, Pasto y Yopal durante el primer semestre del año 2014*. Trabajo de Grado, UNAD, Cucuta. Obtenido de <file:///D:/Documents/Desktop/SR%20YECID/UNAD.pdf>

Vázquez, B. (2005). *Credibilidad del testimonio en abuso sexual infantil*. Madrid: Síntesis.

Vallejo, A. Córdoba, M. (2012). *Abuso sexual: tratamientos y atención*. Colombia. *Revista de Psicología (PUCP)*, 30(1), 19-46. Recuperado en 3 de abril de 2018, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472012000100002&lng=es&tlng=es.

Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integra-dor. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 19, 469-486.

Anexo: Referencias bibliográficas de los documentos empleados

(S.A).(2012). Tratamiento psicológico en niños abusados sexualmente. Recuperado el 5 febrero del 2018 de:<https://es.slideshare.net/sergioyruben/tratamiento-psicologico-en-nios-abusados-sexualmente-12660199>.

Agudelo, F. Mendoza, U. Tejada, P. Báez, L.(2004). Aproximación narrativa a las intervenciones en salud para mujeres y niñas supervivientes de violencia sexual en la Red Suroccidental de Bogotá, 2003-2004. Colombia.

Alvarez, P. Socorro, A. Capella, C. (2012) Influencia de una intervención grupal para madres en el cambio psicoterapéutico de sus hijos/as víctimas de agresiones sexuales. Chile.

Araya, D. Almendras, Y. Ramírez, A. Vásquez, D. Magun, A. (2006). “Ya no tengo nada que esconder” experiencias de reparación con niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial. Chile.

Beiza, G. Capella, C. Dussert ,D. Rodríguez , L. Águila, D. Gutiérrez, C. Lama, X. (2015). Adolescentes Institucionalizados En La Terapia: Narrativas de la psicoterapia y la curación de abuso sexual. Chile.

Capella, C. & Gutiérrez, C. (2014). Psicoterapia con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: Sobre la reparación, la resignificación y la superación. *Psicoperspectivas*, 13(3), 93-105. Disponible en <http://www.psicoperspectivas.cl> doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE3-

César, A. Pérez A. (2017). Intervención en casos de abuso sexual infantil, una mirada desde la academia. Antioquia, Colombia.

Claramunt, M. (2000) abuso sexual en mujeres adolescentes. San José de Costa Rica.

Crempien, C. Martínez, V.(2010). El Sentimiento de Vergüenza en Mujeres Sobrevivientes de Abuso Sexual Infantil: Implicancias clínicas. Buenos Aires, Argentina. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, vol. XIX, núm. 3, noviembre, , pp. 237-246

Cueli, J. (1974). Teorías de la personalidad. Reidl., 1-16.

Echeburúa1, E. Guerricaechevarría.C. (2013). Tratamiento Psicológico De Las Víctimas De Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar: Un Enfoque Integrador. España.

Ehring, T. Welboren, R. Morina, N. Wicherts, J.(2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. Germany.

Guerra, C. (2017). Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma. Santo Tomás, Chile. Revista de Psicología, 26(2), 1-13. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2017.47952>.

Gutiérrez, A. (2013). Intervención con víctimas de abuso sexual infantil. España.

HabigzangI, L. Stroehel, F. Hatzenberger, R. Cassol, R. Ramos, M. Koller, E. (2009) Cognitive behavioral group therapy for sexually abused girls. Porto Alegre, Brasil

Hernández,T. (2016). “Propuestas de intervención para el abordaje del abuso sexual”. Salamanca, España.

<http://diosonrio.org.co/wp-content/uploads/2017/10/Intervenci%C3%B3n-en-casos-de-abuso-sexual-infantil.pdf>

Ibaceta, F.(sf) Agresión Sexual en la Infancia y Viaje al Futuro: Clínica y Psicoterapia en la Edad Adulta. Chile.

Intebi, I. (2012) Estrategias y modalidades de intervención en abuso sexual infantil intrafamiliar. España.

Pereda, N. (2009) Resiliencia en niños víctimas de abuso sexual: el papel del entorno familiar y social. Barcelona, España.

Pérez, G. (1989). El Desarrollo del Ego. Mexico: <http://www.unam.mx/rompan/50/rf50d.html>

Pozo, P. Vial, V. (2009). Intervención en Abuso Sexual Infantil y del Adolescente: Un estudio exploratorio-descriptivo acerca del abordaje en abuso sexual infanto-juvenil en la Clínica Psiquiátrica Universitaria como contexto privado de la red de salud mental. Chile.

Prieto, M. (2015). Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y de la TCC-Focalizada en el Trauma en infancia maltratada Autor. Murcia, España.

Ramírez, C. Fernández, A.(2011). Abuso sexual infantil: una revisión con base en pruebas empíricas1. España.

Rull, J. Pereda,N. (2011). Revisión sistemática de los programas de tratamiento psicológico aplicados a víctimas adultas de abuso sexual en la infancia. Barcelona, España.

Salas, L. (sf). Intervención en crisis en el Abuso sexual.

Sánchez, J. Alcázar, A. López, C. (2011). El tratamiento psicológico del abuso sexual en niños y adolescentes: Un meta-análisis. Murcia, España.

Sánchez, J. Alcázar, R. López, C. (2011). Tratamiento psicológico del abuso sexual en niños y adolescentes: un estudio meta-analítico. Murcia, España.

Sarasua, B. Zubizarreta, I. Echeburúa, E. Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo. Murcia, España.

Tapias, B. Libar, J. Gómez, H. (2015). Revisión teórica acerca de las estrategias de intervención clínica en el abordaje del abuso sexual infantil intrafamiliar. Pereira, Colombia. <http://repositorio.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/10785/3278/1/DDEPCEPNA3.pdf>

Vallejo, A. Córdoba, M. (2012). Abuso sexual: tratamientos y atención. Colombia. Revista de Psicología (PUCP), 30(1), 19-46. Recuperado en 3 de abril de 2018, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472012000100002&lng=es&tlng=es.

Velázquez, M. Gpe, L. Guzmán, D. González, L. (2012). Abuso Sexual Infantil, Técnicas Básicas Para Su Atención. Mexico.

Ventosa, M. López, R. (2007). Perfil clínico e intervención en salud mental con mujeres supervivientes a abuso sexual infantil intrafamiliar. España. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134593407732773>.