

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN A NIÑOS ABUSADOS SEXUALMENTE
QUE ASISTEN AL INSTITUTO DE SERVICIO E INVESTIGACIÓN
PSICOPEDAGÓGICA “MAYRA VARGAS FERNÁNDEZ” ISIPs”. CENTRO
UNIVERSITARIO METROPOLITANO CUM, CIUDAD DE GUATEMALA 2015”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
POR**

**ALCIRA JOSEFINA GONZÁLEZ GUDIEL
MIRNA ELIZABETH CHUTAN SOSA**

**PREVIO A OPTAR TÍTULO DE
PSICÓLGAS**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADAS**

GUATEMALA, AGOSTO 2015

**CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CINENCIAS PSICOLOGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE LOS DE GUATEMALA**



**LICENCIADO ABRAHAM CORTEZ MEJÍA
DIRECTOR**

**LICENCIADO MYNOR ESTUARDO LEMUS URBINA
SECRETARIO**

**LICENCIADA DORA JUDITH LÓPEZ AVEDAÑO
LICENCIADO RONALD GIOVANNI MORALES SÁNCHEZ
REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES**

**MARÍA CRISTINA GARZONA LEAL
EDGAR ALEJANDRO CORDÓN OSORIO
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

**LICENCIADO JUAN FERNANDO PORRES ARELLANO
REPRESENTANTE DE EGRESADOS**

c.c. Control Académico
CIEPs.
Reg. 060-2014
CODIPs. 1101-2015

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

01 de junio de 2015

Estudiantes

Alcira Josefina González Gudiel
Mirna Elizabeth Chutan Sosa
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto VIGÉSIMO (20º.) del Acta VEINTICUATRO GUIÓN DOS MIL QUINCE (24-2015), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 01 de junio de 2015, que copiado literalmente dice:

VIGÉSIMO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: “PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN A NIÑOS ABUSADOS SEXUALMENTE QUE ASISTEN AL INSTITUTO DE SERVICIO E INVESTIGACIÓN PSICOPEDAGÓGICA “MAYRA VARGAS FERNÁNDEZ ISIPs””, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Alcira Josefina González Gudiel
Mirna Elizabeth Chutan Sosa

CARNÉ N. 2003-20472
CARNÉ No. 2005-18134

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Karin Yanira Asencio González, y revisado por la Licenciada Janeth Nolasco. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Licenciado Mynor Estuardo Lemus Urbina
SECRETARIO



/Gaby

CIEPs. 068-2015
REG: 060-2014

INFORME FINAL

Guatemala, 19 de Mayo 2015

Señores
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que la licenciada **Janeth Nolasco** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN A NIÑOS ABUSADOS SEXUALMENTE QUE ASISTEN AL INSTITUTO DE SERVICIO E INVESTIGACIÓN PSICOPEDAGÓGICA “MAYRA VARGAS FERNÁNDEZ ISIPS”.

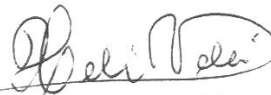
ESTUDIANTES:
Alcira Josefina González Gudiel
Mirna Elizabeth Chutan Sosa

CARNE No.
2003-20472
2005-18134

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 19 de Mayo del año en curso por el Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. Se recibieron documentos originales completos el 20 de Mayo del 2015, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



M.A. Helvín Velásquez Ramos
Coordinador

Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.
“Mayra Gutiérrez”



c.c archivo
Andrea

CIEPs. 038-2015
REG. 060-2014

Guatemala, 19 de Abril 2015

M.A Helvin Velásquez Ramos
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs
Escuela de Ciencias Psicológicas

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

“PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN A NIÑOS ABUSADOS SEXUALMENTE QUE ASISTEN AL INSTITUTO DE SERVICIO E INVESTIGACIÓN PSICOPEDAGÓGICA “MAYRA VARGAS FERNÁNDEZ ISIPs”

ESTUDIANTES:
Alcira Josefina González Gudiel
Mirna Elizabeth Chutan Sosa

CARNÉ No.
2003-20472
2005-18134

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 19 de abril 2015, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

X 
Licenciada Janeth Nolasco
DOCENTE REVISORA



As/archivo

Guatemala, 05 de Marzo 2015

Licenciado, Helvin Velásquez
Coordinador del Departamento de
Investigación CIEPs
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

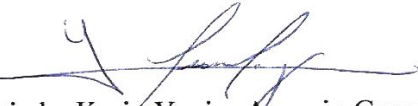
Respetable Licenciado:

A través de la presente, informo que he procedido a la revisión de contenido del informe final de la investigación titulada **“programa para la atención de niños abusados sexualmente que asisten al Instituto de Servicio e Investigación Psicopedagógica “Mayra Vargas Fernández” ISIPs,** elaborada por:

Alcira Josefina González Gudiel
Mirna Elizabeth Chutan Sosa

carné 200320472
carné 200518134

Sin otro particular, atentamente,


Licda. Karin Yanira Asencio González
Colegiado 6587
ASESORA DE CONTENIDO



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
INSTITUTO DE SERVICIO E INVESTIGACIÓN
PSICOPEDAGÓGICA –ISIPs–
“MAYRA VARGAS FERNÁNDEZ”



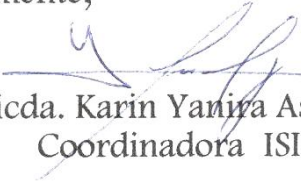
ISIPs 28-2015
Guatemala, 05 de marzo 2015

Licenciado, Helvin Velásquez
Coordinador del Departamento de
Investigación CIEPs
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Respetable Licenciado:

A través de la presente, informo que las estudiantes Alcira Josefina González Gudiel, carné 200320472 y Mirna Elizabeth Chutan Sosa, carné 200518134, realizaron el trabajo de campo de la investigación “programa para la atención de niños abusados sexualmente que asisten al Instituto de Servicio e Investigación Psicopedagógica “Mayra Vargas Fernández” ISIPs. Ubicado en el Centro Universitario Metropolitano CUM, durante el periodo del 02 de Agosto al 11 de Octubre del 2014.

Sin otro particular, atentamente,


Licda. Karin Yanira Asencio
Coordinadora ISIPs



C.c.: Archivo/nh

¡Trabajemos por la niñez guatemalteca!

PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR ALCIRA JOSEFINA GONZÁLEZ GUDIEL

CLAUDIA ANTONIETA DEL CID ALONSO
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
COLEGIADO No.249

LESVIA IRACEMA HERNÁNDEZ SOTO
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
COLEGIADO 4,711

POR MIRNA ELIZABETH CHUTAN SOSA

LUIS GUILLERMO CHUTÁN REYES
LICENCIADO EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES, ABOGADO Y NOTARIO
COLEGIADO No.12, 902

ANA LUISA CHUTÁN SOSA
INGENIERA EN CIENCIAS Y SISTEMAS
COLEGIADO No. 9,627

DEDICATORIA

POR ALCIRA GONZÁLEZ GUDIEL

ACTO QUE DEDICO:

- A Dios Por brindarme sabiduría, dedicación, amor y paciencia en el transcurso de la carrera y realización de esta investigación.
- A mis padres Por darme la vida, cariño, amor e inculcarme valores. Especialmente a mi madre por ser un pilar fundamental en mi vida, tus enseñanzas y apoyo incondicional hicieron que alcanzará esta meta.
- A mi hermana Por estar a mi lado en todo momento. He aprendido tantas cosas de ti, eres la mejor hermana.
- A mi familia Abuelita, y Papá Victor Q.E.P.D por cada uno de sus sabios consejos, Ena porque me has apoyado en todo momento, Ari, tía Eva, Mily, Marvin y familia Carranza Guerra por sus consejos y estar conmigo siempre.
- A mis amigos y amigas Mirna, Marielita, Di, Ana, Ely, Mara, Rosario y Jeny por su linda amistad, sabiduría, consejos y por cada momento en el que reímos, disfrutamos, nos enojamos y lloramos. A mi amiga de infancia Glorita, como también a Braily, Sandra, Lesvia, Gio y Jairo por estar en las buenas y en las malas, por su cariño, apoyo incondicional y consejos, los quiero amigos.
- A nuestra asesora Licda. Karin Asencio, por la confianza y apoyo en la realización de este proyecto.

DEDICATORIA

POR MIRNA CHUTAN SOSA

ACTO QUE DEDICO:

- A Dios Por haberme permitido llegar a culminar esta meta, por demostrarme su amor y misericordia cada día, sé que sin Él esto no sería posible.
- A mi padre Por ser mí ejemplo de lucha y constancia, por haber creado conmigo este proyecto de vida, por darme su apoyo, creer que podía y darme fuerzas para seguir, por nunca dejarme y sobre todo por creer en mí.
- A mi madre Porque a pesar de la distancia sus consejos nunca me faltaron, por escucharme cuando nadie más lo hacía, por ayudarme a tener siempre presente esta meta y su amor.
- A mi familia *A mis abuelitos por darme un hogar y el amor que necesite especialmente a mi abuelita por todo su apoyo, sus oraciones y por creer en mí gracias por estar conmigo. A mis hermanas por sus consejos y por su ejemplo de lucha.*
- A mi prometido Por tenerme paciencia, escucharme cuando más lo necesité, por creer en mí y sobre todo por su amor.

AGRADECIMIENTOS

POR

ALCIRA GONZÁLEZ GUDIEL

MIRNA CHUTAN SOSA

Universidad De San Carlos De Guatemala Por abrirnos las puertas al conocimiento y así lograr ser profesionales de éxito.

Escuela de Ciencias Psicológicas Por darnos la oportunidad de convivir, compartir y crecer en todos los aspectos de nuestra vida.

ISIPs Por confiar en nosotras y permitir un acercamiento al instituto, ya que sin su apoyo, este proyecto no se hubiese llevado a cabo.

Asesora Licda. Karin Asencio por apoyarnos al momento de realizar este proyecto.

Revisora Licda. Janeth Nolasco por su dedicación, orientación, paciencia y acompañamiento en esta investigación.

ÍNDICE

	Página
Dedicatorias	
Agradecimientos	
Resumen.....	1
Prólogo.....	2
CAPÍTULO I	
1. INTRODUCCIÓN	
1.1 Planteamiento del problema y marco teórico.....	4
1.1.1 Planteamiento del problema.....	4
1.1.2 Marco teórico.....	6
1.1.2.1 Antecedentes.....	6
1.1.2.2 Reseña histórica instituto de servicio e investigación psicopedagógica -ISIPs-.....	8
1.1.2.3 La familia.....	9
1.1.2.4 Patrones de crianza.....	17
1.1.2.5 Tipos de maltrato	18
1.1.2.6 Abuso sexual.....	20
1.1.2.7 Psicoterapia.....	29
1.1.2.8 Método de abordamiento.....	35
1.1.2.9 Técnicas de intervención.....	38
1.2 Delimitación.....	41
CAPÍTULO II	
2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	
2.1 Técnicas.....	43
2.1.1 Técnicas de muestreo.....	43
2.1.2 Muestra aleatoria simple.....	43

2.2 Instrumentos.....	44
CAPÍTULO III	
3. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	
3.1 Características del lugar y la población.....	45
3.1.1 Características del lugar.....	45
3.1.2 Características de la población.....	45
3.2 Presentación, análisis e interpretación de resultados.....	45
3.2.1 Análisis cuantitativo.....	45
3.2.2 Análisis cualitativo.....	50
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
4.1 Conclusiones.....	58
4.2 Recomendaciones.....	59
5. BIBLIOGRAFÍA.....	60
6. ANEXOS.....	63
<i>(Cuestionario. Entrevista. Programa de atención. Diario de campo. Cuadro de evolución terapéutico.)</i>	

RESUMEN

“Programa para la atención de niños abusados sexualmente que asisten al Instituto de Servicio e Investigación Psicopedagógica “Mayra Vargas Fernández” ISIPs”. Alcira Josefina González Gudiel y Mirna Elizabeth Chutan Sosa.

En la presente investigación se planteó como objetivo general la elaboración de un programa para la atención a niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual, que asisten al Instituto de Servicio e Investigación Psicopedagógica “Mayra Vargas Fernández” –ISIPs-. Del centro Universitario Metropolitano –CUM-.

Como objetivos específicos Identificar las necesidades de abordamiento en casos de abuso sexual en niños y niñas que asisten al programa de seguimiento en ISIPs, determinar los signos y síntomas en niños y niñas que han sufrido abuso sexual e implementar un programa terapéutico con técnicas en la atención de niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual.

Para recolectar la información necesaria se utilizaron las siguientes técnicas e instrumentos: Entrevista, encuesta, evaluación, ficha de admisión, planificación, diario de campo y cuestionario, obteniendo como resultado la implementación del programa para niños y niñas abusados sexualmente que a consecuencia de la problemática anteriormente mencionada tienen dificultades en el área psicopedagógica, conductual y emocional. La metodología que se utilizó en este proyecto fue la cuali-cuantitativa, teniendo como técnica de muestreo el no aleatorio simple pues se escogieron a diez pacientes en los cuales se encontraban dos niños y tres niñas que fueron víctimas de abuso sexual y a los padres de los antes mencionados, recolectando los datos a través de un cuestionario a los diez alumnos practicantes del programa de seguimiento que asisten al Instituto de Servicio e Investigación Psicopedagógica “Mayra Vargas Fernández” ISIPs”, revisión documental y elaboración de un programa psicoterapéutico siendo ejecutado del 02 de agosto al 11 de octubre del 2014 en ocho sesiones los días sábado, con horario de 8.00 a 12.00 horas. Al momento de la realización se pudo hacer evidente que existe resistencia por parte de los padres de niños que han sufrido de este tipo de abuso negando esta problemática ante la sociedad, encubriéndola únicamente como un problema psicopedagógico.

Se espera que este programa sea de beneficio para el centro de investigación Psicopedagógica “Mayra Vargas Fernández” ISIPs”, la Universidad De San Carlos De Guatemala así como a otros centros que quieran brindar este servicio, también a los alumnos que quieren aumentar sus conocimientos sobre dicha problemática.

PRÓLOGO

El Instituto de Servicio e Investigación Psicopedagógica “Mayra Vargas Fernández” -ISIPs- es un organismo académico de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, encargado de brindar atención a la población guatemalteca, por medio de actividades en el campo psicopedagógico. Fue creado el 11 de Septiembre de 1977 por estudiantes y docentes de la Escuela de Ciencias Psicológicas. Desde su fundación, hasta el año 2008, dicha institución fue conocida como Centro de Servicio Psicopedagógico “Mayra Vargas Fernández” CENCEPs.

El propósito de esta investigación fue elaborar un programa para la atención a niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual que asisten al Instituto de Servicio e Investigación Psicopedagógica “Mayra Vargas Fernández” ISIPs; pues este no contaba con un programa dedicado especialmente a niños y niñas con esta problemática, siendo atendidos en diversos programas psicopedagógicos y conductuales en los que no se profundizaba las consecuencias de un abuso sexual, por lo que mas adelante estos niños podrían presentar nuevamente estos síntomas a consecuencia de la inadecuada atención, con este programa se pretende no solo eliminar los síntomas sino que la causa de los mismos.

Como realizadoras de esta investigación estamos conscientes de los beneficios que traerá a los estudiantes en formación, psicólogos, padres y niños que asisten a ISIPs, ya que los objetivos fueron cubiertos en su totalidad, beneficiando así a profesionales, como también a la niñez guatemalteca.

El interés de realizar este proyecto de investigación se debió a que los estudiantes en formación del Instituto de Servicio e Investigación

Psicopedagógica “Mayra Vargas Fernández” ISIPs no contaban con los métodos y técnicas de abordaje en casos de abuso sexual, y por lo tanto, esta población tenía que ser referida a instituciones privadas, que por falta de recursos económicos no podían acceder a este tipo de instituciones y contar así con un proceso terapéutico.

Logrando a través de este programa la aceptación de haber sido víctima de abuso sexual tanto de los padres como de los niños ya que este se da mayoritariamente dentro del núcleo familiar así mismo el perdón del abusador, el conocimiento del término autoestima y como lograr tenerla, el enfrentamiento de miedos y temores, que los niños y niñas conocieran el valor y el respeto a sí mismos y los demás, que expresarán sentimientos y lograrán el control de sus emociones, se les brindó técnicas adecuadas para la relajación y liberación de sentimientos ocultos, como también se les enseñó a los niños y niñas el rol correcto de los adultos aprendiendo a no temerles, a que cosas no someterse y a quien recurrir en alguna circunstancia de dificultad.

Entre las limitantes para esta investigación tenemos la impuntualidad de la población, feriados que coincidieron con las fechas de realización del trabajo de campo. Así mismo la falta de colaboración de algunos padres y encargados a consecuencia de la negación de la problemática desencadenada en sus hijos debido a que fueron víctimas de abuso sexual, ya que esto les causaba vergüenza y culpabilidad, aunque se trató de brindarles ayuda a los padres desistieron de la misma y prefirieron seguir en un programa exclusivamente psicopedagógico.

CAPÍTULO I

I. INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

1.1.1 Planteamiento del Problema

Se ha observado que actualmente el Instituto de Servicio e Investigación Psicopedagógica ISIPs “Mayra Vargas Fernández” no se cuenta con un programa dedicado especialmente a niños y niñas que han sido abusados sexualmente, por lo tanto, no brinda una atención adecuada a los niños y niñas con esta problemática. Los casos en su mayoría han sido identificados por la supervisora del programa de seguimiento, frecuentemente el motivo de consulta es el de bajo rendimiento escolar, conducta inadecuada en clase y agresividad, siendo estos los tres motivos principales por los que acuden a este centro, se evidencia que muchos de estos niños presentan ciertas problemáticas como consecuencia del “abuso sexual”¹.

El programa es necesario pues es frecuente que cualquier comportamiento de abuso sexual en el seno de la familia sea ocultado. El abuso sexual infantil constituye un problema difícil de abordar, generalmente trae consigo sentimiento de culpa, dolor y secreto por parte de la víctima, así mismo, graves consecuencias tanto para el niño o la niña, como también para el entorno familiar y académico, ya que el rendimiento escolar es deficiente, se aíslan de las actividades escolares y sociales, y presentan miedo excesivo. La víctima de abuso sexual comienza a experimentar síntomas de miedo, fobias, así mismo se genera una situación de mucho estrés, conductas autodestructivas, e incluso el suicidio. Las consecuencias del abuso sexual, las heridas que no les permiten seguir en paz con sus vidas, deben ser sanadas mediante un tratamiento

¹ La agencia federal norteamericana, Centro Nacional de abuso y negligencia infantil (NCCAN) define el abuso sexual como: “los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual también puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando (el agresor) está en una posición de poder o control sobre otro menor”.

psicológico, es necesario pedir ayuda y asesoramiento de los profesionales especializados en el área.”

“El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) estima que cada hora un niño o niña es víctima de violencia sexual en Guatemala y sólo en el 2012 el Ministerio Público (MP) recibió 4 mil 367 denuncias relacionadas con este delito.”² Algunos de los signos y síntomas pueden ser los siguientes: el niño puede tener problemas para dormir o pesadillas, depresión o aislamiento de sus amigos y de su propia familia, tiene un comportamiento seductor hacia niños de su propia edad o mas pequeños que él, de tal forma que ese pequeño niño ahora puede llegar a ser un factor de riesgo para otros niños; el niño dice que tienen el cuerpo sucio o dañado, es muy característico, tiene miedo de que haya algo malo en sus genitales, el niño se niega a ir a la escuela, se vuelve en cierta forma antisocial, retraído, individualista y le cuesta trabajo el contacto social, los niños que son abusados sexualmente de pequeños y que no se les da la atención adecuada, tienen mayores probabilidades de llevar una vida dentro del contexto de la delincuencia, o que tengan problemas de conducta. El tratamiento ha de diseñarse teniendo en cuenta implementarlo de forma individual o grupal; dirigido a la víctima principal que es el niño, niña, o bien, si es dirigido a la familia completa. Por lo que se dio respuesta a las siguientes interrogantes ¿Qué elementos teóricos, técnicos y terapéuticos deben incluirse al momento de elaborar un programa para la atención a niños con abuso sexual, y así capacitar a profesionales en formación?, ¿Cuáles son los métodos de abordaje en casos de abuso sexual infantil?, ¿Cuáles son los signos y síntomas en los niños y niñas abusados sexualmente?, ¿Cuáles son las técnicas adecuadas para la atención a niños que han sido victimas del abuso sexual?

² CERIGUA (centro de reportes informativos de Guatemala) febrero de 2013, disponible en internet <http://cerigua.org/1520/index.php?option=com_content&view=article&id=12331:cada-hora-un-nino-o-nina-es-victima-de-violencia-sexual-en-guatemala-&catid=12:ninez&Itemid=10>

1.1.2 MARCO TEÓRICO

1.1.2.1 Antecedentes:

De acuerdo al Tesario de la escuela de Ciencias Psicológicas se encuentran los siguientes trabajos de tesis relacionados al abuso sexual:

Autores: Verónica Elizabeth Chávez Pérez.

Título del Trabajo: “Problemática del abuso sexual en niños atendidos en el departamento de pediatría del hospital general San Juan de Dios, en los años 1993 – 1994”.

Año de realización: 1993 – 1994.

Objeto de Estudio: Niños y Niñas de 3 a 10 años de edad.

Técnicas e instrumentos utilizados: Revisión de expedientes de casos de abuso sexual atendidos por trabajo social, visitas domiciliarias y entrevistas. También se realizaron exámenes médicos.

Conclusiones:

- ✓ El abuso sexual en niños, es una forma de maltrato, que se da cuando un adulto o adolescente seduce a un niño a realizar actos sexuales deshonestos lo cual tiene graves repercusiones en la vida futura del menor, si este no recibe tratamiento profesional adecuado.
- ✓ En Guatemala no existen hasta el momento instituciones especializadas que brinden una atención integral a niños que son abusados sexualmente, así mismo de profesionales especializados en el tratamiento a menores en crisis.
- ✓ La asistencia psicológica a los niños agredidos sexualmente es escasa, considerándose que las consecuencias emocionales que presentan en un futuro perjudican de alguna manera su personalidad.

Recomendaciones:

- ✓ Que las autoridades de pediatría del Hospital General San Juan de Dios, proporcionen el apoyo necesario al comité de prevención al maltrato

infantil, para que este pueda realizar una mejor función y pueda dar una atención integral especialmente a los niños que han sufrido abuso sexual.

- ✓ Es importante dar seguimiento a los niños que han sido abusados sexualmente, para lo cual se recomienda la formación de un grupo de niños con dicha problemática en donde se les brinde tratamiento psicológico y social.
- ✓ Se recomienda la creación de centros especializados en brindar atención integral a niños que han sido abusados sexualmente.

Autores: Ingrid Karola Gatica Díaz.

Título del Trabajo: “Programa Psicosexual Para La Prevención Del Abuso Sexual En Niños Del Área Rural”.

Año de realización: 2005.

Objeto de Estudio: Niños, Niñas y Adolescentes.

Técnicas e instrumentos utilizados: Análisis Cualitativo. Evaluación diagnóstica, Test de la Figura Humana de Machover, Programa de prevención, Evaluación final para evaluar la eficacia del programa.

Conclusiones:

- ✓ Durante el proceso de investigación se verificó que un programa psicosexual es eficaz para desarrollar actitudes preventivas de abuso sexual en niñas/os del área rural.
- ✓ Como respuesta al programa psicosexual para la prevención hay indicadores de cambios significativos con relación a la concepción sexual, relacionados con los estereotipos asignados a la mujer y al hombre.
- ✓ Después del programa se evidenció un cambio positivo de actitudes hacia la sexualidad por parte de los niños/as.

Recomendaciones:

- ✓ Al establecimiento incluir dentro de la orientación un programa de educación sexual de acuerdo a la necesidad de la población.

- ✓ A la escuela de Ciencias Psicológicas introducir una temática sobre sexualidad infantil, vista desde el ángulo psicológico y terapéutico para una mejor preparación profesional.
- ✓ A los practicantes de la carrera de psicología de Santiago Sacatepéquez; que continúen impartiendo los talleres sobre la prevención del abuso sexual en los niños/as.

Diferencias: El trabajo que se realizará se diferencia de estas investigaciones en que es un programa para orientar a los psicólogos en formación al momento de identificar a un niño o niña que ha sido abusado sexualmente, proporcionándoles a los estudiantes en formación elementos teóricos y técnicos que sean aplicables en la intervención de pacientes con abuso sexual.

1.1.2.2 Reseña histórica instituto de servicio e investigación psicopedagógica -ISIPs-

Instituto de Servicio e Investigación Psicopedagógica -ISIPs- es un organismo académico de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, encargado de brindar atención a la población guatemalteca, por medio de actividades en el campo psicopedagógico.

“Fue creado el 11 de septiembre de 1977 por estudiantes y docentes de la Escuela de Ciencias Psicológicas y autorizado por la Comisión Administradora (hoy Consejo Directivo) de la Escuela según acta número 35-77 punto 2º. Desde su fundación en 1977 hasta el año de 2008 dicha institución fue conocida con el nombre de Centro de Servicio Psicopedagógico “Mayra Vargas Fernández” – CENSEPs- , sin embargo luego de varios años de intentos por convertirse en Instituto, en el mes de noviembre del año 2008 se nombra oficialmente a CENSEPs como Instituto de Servicios e Investigación Psicopedagógica –ISIPs-. En la actualidad brindan atención psicopedagógica a niños entre las edades de 6 a 12 años, maestros y padres de familia a través de sus diferentes programas

psicopedagógicos, siendo éstos: Plan 24 “A” y “C”, Pigmalión, Seguimiento grupal e individual., PAPs. M (Jornada Sabatina y Matutina), Admisión archivo, referencia y evaluación”.³ Clínica médica.

ISIPs como institución entiende la importancia de un abordaje psicopedagógico oportuno, principalmente cuando éste es dirigido a niños y niñas con algún tipo de dificultad en el aprendizaje. Entendiendo la Psicopedagogía como la ciencia aplicada que estudia la conducta humana en situaciones socioeducativas. En ella se interrelacionan la psicología evolutiva, la psicología del aprendizaje, la didáctica, la epistemología, la psicolingüística, etc. Son relevantes sus aportaciones en los campos de la educación especial, terapias educativas, diseño curricular, diseño de programas educativos y política educativa.

1.1.2.3 La familia

“La familia es un grupo de personas relacionadas por la herencia; como padres, hijos y sus descendientes. Se da también por el vínculo y las relaciones de parentesco, así como los roles que se desempeñan. Se ubica dentro del sistema socioeconómico cultural de una sociedad.”⁴

En el proceso de socialización, la familia tiene un rol trascendental ya que no sólo transmite valores propios de la cultura donde se desarrolla, sino que también sirve para determinar los lineamientos que permiten interacción cotidiana de los miembros dentro de la sociedad.

De la misma manera dentro de ella es necesario que se cumpla con los requisitos mínimos de cuidado y atención, que permitan la satisfacción de las necesidades físicas, biológicas, afectivas y materiales de sus integrantes. La

³ PÉREZ, José Roberto. *Trifoliar informativo*. Guatemala: Centro de Servicios Psicopedagógicos “Mayra Vargas Fernández” - CENSEPs, 2007, 2 páginas.

⁴ ESCORZA, Miguel, *Dinámica de la familia, un enfoque psicológico sistémico*, primera edición, México: editorial Pax México, 2003, p 140.

familia debe de administrar los cuidados y el apoyo a sus miembros, ofreciéndoles un ambiente óptimo para que ellos puedan desarrollar la personalidad de manera individual, así como los roles asignados dentro de este núcleo o los papeles esperados socialmente.

La familia está cargada, como ente principal de la composición de una sociedad, de desarrollar los procesos básicos que lleven al progreso, y al desarrollo individual y colectivo de sus miembros. Las conductas, comportamientos y enfermedades pueden delinarse de la interacción de los participantes de una familia.

“Finalmente, las familias parte de un grupo social mayor, y está inmersa en un campo muy amplio de influencias culturales, tales como el carácter de diversas organizaciones complejas, cambios históricos y conflictos de valores debidos a diferencias étnicas, religiosas y de clase social; la familia de uno u otro tipo ha existido a lo largo de la historia y todo evento humano es parte intrínseca de esa historia y evolución.”⁵

Tipos de Familia

Familia de soporte

Se delega autoridad a los hijos mayores para que cuiden a los hermanos pequeños. La madre se desgasta, pues ella nunca puede ser la misma. Se delega autoridad a los hijos más grandes, para que cuiden a los hermanos más pequeños.

En algunos hijos se delega responsabilidades para entonces, promueven habilidades ejecutivas. El niño se siente excluido de los demás hermanos, se polarizan los hermanos del poder, y los que se consideran hermanos, pero no totalmente aceptados por los padres.

⁵ JUÁREZ PÉREZ, José Francisco, *La familia formadora de ciudadanos*, primera edición, Caracas Venezuela: editorial Texto C. A., 2008, pp 204.

Necesitan regularmente ser cuidados, necesitan cuidados tiernos de los padres, pero a la vez nos bloquean.

Familias huéspedes

El niño llega a una familia temporalmente. No hay apego del niño. El niño si se apega siente pérdida emocional. Tiene un período de adaptación.

La familia donde entra el niño, tiene sus problemas y entra en crisis ante el huésped un perseguido en nuestra familia una pareja toma la decisión, el niño llega a usurpar algún lugar, porque el cónyuge, aceptó al niño, le da un trato especial, por lo que la pareja e hijos tienen celos del huésped, pero huésped tiene ganancias secundarias, porque maneja al cónyuge que lo aceptó, crea crisis y problemas con los demás y le permite regresar a su casa. Si bien el niño cambia constantemente de familia no llega a establecer vínculos emocionales duraderos y profundos de por vida.

Familia “normal”

Para describir este tipo de familia, es necesario considerar las variaciones culturales de cada contexto.

Este tipo de familias, se adapta a las circunstancias cambiantes. Esta acomodación le permite mantener una continuidad y un crecimiento psicosocial en cada miembro.

Dentro de su dinámica, se presenta el padre como un individuo maduro y masculino que acepta papel de padre y se siente cómodo con él. Respeta a su esposa y establece un hogar adecuado en el cual forma una familia.

Por otro lado, la madre es una persona femenina que acepta y satisface sus funciones como esposa y madre. Respeta su esposo, así como este la respeta a ella. Cada uno de ellos depende de lo otro, pero cada cual conserva cierto grado de independencia. No existe un padre especialmente autoritario y ninguno es

particularmente pasivo conseguido son, dos individuos adultos que representan un clima consistentemente firme y también un enfoque positivo cariñoso.

A pesar de que ocurren discrepancias entre los padres y los niños, saben que no reflejan una visión real en la relación entre padre y la madre. Los niños adquieren la noción de que la relación parental es sólida e indivisible.

Esta familia podrá tener un hijo o varios, y ser acaudalada por escasos ingresos, pero sus rasgos importantes son que los padres están unidos por un fuerte vínculo y son capaces de proporcionar una administración parental segura y consistente a estos hijos.

Estos padres no educan a sus hijos ateniéndose a reglas, sino que son capaces de responder correctamente cada situación en particular, y lo suficientemente flexibles para satisfacer las demandas de los hijos de ambos sexos y cualquier edad. Los padres maduros comprenden intuitivamente que el niño necesita afecto y amor, como también disciplina y ciertas limitaciones. Reconoce la necesidad de cierta conformidad en el niño y son capaces de proveer esta disciplina en un clima de aceptación positiva y real.

Familia invertida

Esta familia es en donde la madre es casi la autoridad absoluta en el hogar, las decisiones concernientes a los niños las adopta ella y por lo menos ante estos, aparece como el oficial comandante porque es la que impone la mayoría de los castigos. La madre aborrece su feminidad y el padre aceptaba a medias su papel masculino.

Las responsabilidades de la madre son grandes y las cumple con una determinación un tanto sombría. Tiene poco de la pasividad femenina normal y en realidad su papel como madre o esposas no le agrada. Fracasado como un hombre que sucumbe gradualmente sus innumerables demandas, que critica y empequeñece constantemente.

De la misma manera, el padre considera que su papel ante los hijos es secundario y dedica gran parte de sus energías a su trabajo u otras actividades no concernientes a la familia. Desarrolla la sensación de que él no es más importante en el hogar y delega a su esposa la mayoría de los asuntos relacionados con la casa y con los niños.

El clima emocional de la familia hace que los niños esperen que su madre adopte todas las decisiones importantes y sea la figura autoritaria y predominante.

Familia agotada

Es una familia donde ambos padres viven intensamente ocupados en actividades de afuera, dejan el hogar emocionalmente estéril.

Raras veces puede ocurrir que los padres conserven un hogar emocionalmente sano; si bien la calidad de la relación entre los progenitores y niños es más importante que la cantidad, cuando ambos padres trabajan, muchas veces queda poco tiempo o energías para dedicarles a sus hijos.

Con frecuencia los padres trabajan para adquirir más flujos, otro automóvil, un televisor más grande o alguna otra comunidad presidido estas ganancias materiales raras veces contribuyen a favorecer el desarrollo emocional de los hijos, a los cuales abandona o cerveza en la compañía de otros adultos, quienes no presentan interés emocional en su formación.

Los padres se cansan, viven agotados e irritables, y eventualmente empiezan a demandar a los niños la misma sombría dedicación al trabajo que ellos mismos tienen.

Familia hiperemotiva

Este tipo de familia presenta una gama de expresión emotiva más amplias de lo común. La hiper emoción es un tipo de ajuste inmaduro en ciertos segmentos de la sociedad.

Tras el niño o el adulto permanezcan en un medio compuesto por individuos similares, su ajuste parecerá adecuado, pero en cuanto los niños establecen contacto con otras personas cuyos antecedentes son más maduros y no reflejan estas turbulencias emocionales, no se podrán ajustar cómodamente.

En su dinámica, todos, padres y niños por igual, dan rienda suelta a sus emociones en mayor medida de lo común. Si los padres enfurecen entre ellos, expresan abiertamente sus resentimientos con sonoros insultos. Todos los sentimientos se expresan libre y excesivamente, inclusive el amor, la depresión, la excitación y la ira.

Los niños nacidos en una familia hipermotiva, aprenden al poco tiempo a gritar para hacerse oír, presencian violentas discusiones entre los padres y en ocasiones hasta fuertes golpes. En consecuencia, copian este comportamiento y en la juventud no están preparados para tratar con personas ajenas a su situación hogareña, ya que son emocionalmente volubles según las normas del mundo externo.

Familia ignorante

La familia ignorante es aquella donde ambos padres, por uno u otro motivo, carecen de conocimientos generales sobre el mundo que nos rodea. Ya sea por deficiencia mental o por otras razones, los adultos están cargados de prejuicios, son tendenciosos, tienen puntos de vista limitados y exponen a sus hijos o tienen un concepto cerrado de individuo con el mundo y de la gente que nos rodea. En estos padres no siempre hay retardo mental ni un fondo educativo limitado, pero muchas veces intervienen ambos factores.

Estos padres inculcar a sus hijos ciertas verdades a medias o falsedades, que para los niños es difícil despojarse de estas concepciones erróneas.

Los primeros maestros de todo niño son sus propios padres, y resulta sumamente difícil que cualquiera, sea un docente profesional u otro, trate de

borrar posteriormente los errores conceptuales previos con limitaciones causadas por prejuicios involucrados con anterioridad.

Si en esta familia prevalece la mordida aceptación, es probable que los jóvenes posean suficiente flexibilidad como para ajustarse debidamente. En caso contrario, prevalecen sentimientos negativos, controversias y grandes inseguridades, los prejuicios y las actitudes malsanas de los niños serán más permanentes.

Familia serena e intelectual

En esta familia los padres son extraordinariamente híbridos en la expresión de sus sentimientos y se distinguirán actividades intelectuales. Fomentar la actividad intelectual en sus hijos, combaten activamente todo pliegue normal de sentimientos, aunque ello atente contra sus propias actitudes. Muchas veces, este tipo de padres tienen mucha educación y cada cual se dedica su propio interés intelectual.

Familias ensambladas

“Son aquellas familias compuestas por adultos divorciados, separados en los cuales tienen cabida los hijos menores o adolescentes de cada uno de ellos; los cuales vuelven a armar una pareja como otra persona también separada en su misma situación con hijos y hasta nietos.”⁶

Incluyen relaciones mucho más complejas que las tradicionales, puesto que lógicamente se presentara aquí la interacción de las personas, cada una de ellas con vidas pasadas diferentes.

⁶ DE PALMA, María Esther y FERNANDEZ E. Graciela. *Familias ensambladas*. <http://www.terapiafamiliar.org.ar/archivos/De%20Palma%20Fernandez%20Familias%20ensambladas.pdf>, consultada 26 de Abril de 2012.

Cuando dos personas vuelven a vivir en pareja, se puede afirmar que se estará comenzando recorrer un camino que muy posiblemente incluirá situaciones difíciles, especialmente en sus inicios.

La llegada de un nuevo hijo a la familia ensamblada, podría unir a la familia, ya que el bebé será algo que todos tendrán en común.

Durante los primeros momentos, será muy importante que la disciplina y el orden de la casa serán aplicadas por el adulto que se encuentra presente en el momento, ya que es importante que los chicos sepan qué autoridad continuarán partiendo de los adultos, y no de los chicos. Para esto, será fundamental que los nuevos cónyuges acuerden entre sí qué tipo de arreglos impondrán.

Los puntos de partida de esta familia son dos: la muerte de uno de los cónyuges, o el divorcio previo de uno o los dos cónyuges. En ambos casos constituyen pérdidas para el resto de las familias, de manera que la primera tarea de la familia constituida será la de aprender a manejarse con las pérdidas y los cambios.

La familia extensa

Se compone de más de una unidad nuclear, se extienden más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo los padres, niños, abuelos, tíos, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

La familia de madre soltera

Familia en que la madre desde un inicio asume sólo la crianza de sus hijos. Generalmente, es la mujer que la mayoría de las veces asume el rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. En este tipo de familia se debe tener presente que las distinciones pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta.

Familia psicossomática

“Uno de los miembros está constantemente enfermo y utiliza la enfermedad para mantener la familia unida. Tiende a cuidar excesivamente el enfermo. El niño es vinculante en la familia, la niña es debilitada.

En el momento en que tienen que mejorar, se comportan así:

- Vuelven a enfermar al niño. Ponen estresores fuertes.
- La familia busca su nuevo termo.
- La familia funciona óptimamente cuando alguien está enfermo. Existe sobreprotección hacia el niño que tiene el problema. Incapacidad de resolver conflictos. Hay una enorme necesidad de mantener paso evitar conflictos. Se mantiene una enorme rigidez.”⁷

Aparenta ser una familia normal ideal y buenos vecinos, cuenta sus problemas. El niño usaba su matización como manipuleo y búsqueda de afecto.

1.1.2.4 Patrones de crianza

Crianza Autoritaria: “Es la imposición inflexible de normas y disciplina, independientemente de la edad de los hijos sus características y diferentes circunstancias de la vida.”⁸

Los padres que utilizan este tipo de crianza: a) Tratan de estar siempre en control y ejercerlo sobre sus hijos, buscan a que se adapten a estándares previa y rígidamente determinados. b) Tienden a expresar poco afecto y baja comunicación. c) Usualmente no toman en cuenta, las necesidades e intereses de los hijos.

⁷ SANCHEZ DÍAZ Monserrat, *Terapia familiar sistémica*, Jalisco México, Boletín “Enlace del Psicólogo”, año 2, No. 10 2008.

⁸ SHAFER, David y KIPP Katherine, *Psicología del desarrollo, infancia y adolescencia*, séptima edición, México: editorial Thomson, 2007, 623páginas.

Crianza permisiva: “Se caracteriza por permitir a los niños regir y dirigir sus propias actividades. Los padres que utilizan este tipo de crianza: a) Casi nunca castigan a sus hijos. b) No son exigentes, ni controladores. c) Son cariñosos. d) Poseen escaso control sobre la conducta de sus hijos, lo que influye sobre su inseguridad parental.”⁹ El niño es el que tiene el control dentro de la familia y los padres suelen doblegarse frente a sus requerimientos y caprichos.

Crianza disciplinaria: estos padres son exigentes, amorosos y corrigen cuando es necesario.

Crianza Abusiva: Padres que disciplinan mediante medidas de corrección físicas o verbales inadecuadas.

Crianza no involucrada: Paternidad no exigente, combinada con una conducta indiferente o de rechazo. Los padres muestran poco compromiso en el cuidado del niño.

Crianza Democrática: “Padres que tratan de dirigir las actividades de sus hijos en forma racional, prestando atención a su edad y sus circunstancias particulares.”¹⁰

1.1.2.5 Tipos de maltrato

“El maltrato infantil se define como acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza y/o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden

⁹ Ibídem, página 604.

¹⁰ HIDALGO MORENO, M. *La crianza y educación en el contexto familiar*, primera edición, Madrid España: editorial Visión Libros, 1996, 211 p.

ser personas, instituciones o la propia sociedad”.¹¹ Entre los tipos de maltrato se encuentran:

Maltrato físico: Es cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoquen daño físico. Pueden ser causados con cinturones, cables, cigarrillos, palos, la mano u otros.

Maltrato psicológico: Se refiere a ocasionar daño en las áreas afectivo e intelectual del niño, que afecta su autoestima por medio de palabras o acciones, insultos, humillaciones, burlas o degradación de la integridad del niño.

Abuso sexual: Cualquier clase de contacto sexual con un niño por parte de un familiar o tutor adulto, con el fin de tener excitación y/o gratificación sexual del adulto. La intensidad del abuso puede variar desde la exhibición sexual, tocamientos hasta la violación.

Explotación: Aprovechamiento indebido de la persona y/o trabajo al menor. Lucra con el esfuerzo del menor, obteniendo beneficio económico indebidamente.

Negligencia: Es la condición en la cual el responsable del cuidado del menor con intención, permite que el niño experimente sufrimiento y falla en proveerle uno o más de los ingredientes esenciales para el buen desarrollo físico, intelectual y emocional. Entre los tipos de negligencia se encuentran:

- **Negligencia Médica:** Cuando los padres hacen caso omiso de enfermedades serias que afectan al niño.

¹¹ HORNO Goicoechea, Pepa. *Abuso Sexual Infantil: Manual de formación para profesionales*, primera edición, editorial Save the Children, 2001.

- Negligencia Seguridad: Cuando el pequeño sufre lesiones debido a la falta de atención.
- Privación Emocional: Es el rechazo por parte de los padres para reconocer, entender o aliviar alguna preocupación o miedo del niño.
- Negligencia Educativa: Es cuando los niños tienen problemas escolares y los padres no aceptan el tratamiento o no asisten a la escuela.
- Negligencia Física: Se refiere a casos de niños que viven bajo condiciones de falta de comida, ropa y cobija que son dañinas para el desarrollo del menor.
- Negligencia Social: El que a los niños se les prive de socializar en su familia, vecindario u otro.

Desamparo: Situación por la cual un menor no cuenta con familiares que puedan atender transitoriamente o por causas graves y temporales.

Riesgo: Es un estado de peligro constante, que se encuentre siempre en la posibilidad de sufrir daños en su integridad personal, su desarrollo e incluso la vida.

Abandono: Situación por la cual un menor no cuenta con familiares que lo puedan atender por causas graves.

1.1.2.6 Abuso sexual

“Es un delito que consiste en un atentado contra la libertad sexual de una persona, que no presta su consentimiento para la práctica. Cuando se utiliza simplemente la palabra abuso, suele referirse al trato deshonesto a una persona de menor poder, fuerza o experiencia.”¹²

¹² CANTON DUARTE, Jose y CORTES ALBOLEDA, María del Rosario, *Evaluación principal de los abusos sexuales en la infancia*, tercera edición, España: editorial Biblioteca Nueva, 2002, 135 p.

“Abuso sexual es cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal, con contacto y sin contacto físico realizado sin violencia o intimidación y sin consentimiento. Puede incluir: penetración vaginal, oral y anal, penetración digital, caricias o proposiciones verbales explícitas.”¹³ “El abuso sexual también puede ser cometido por una persona menor de 18 años cuándo esta es significativamente mayor que el niño o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro.”¹⁴

En Guatemala el sistema de justicia social atraviesa una severa crisis ya que en nuestra legislación dentro del Código Penal Guatemalteco no ha incluido este delito y actualmente dentro del Código Penal en el título tercero, capítulo tercero; que trata únicamente sobre los abusos deshonestos, no lo regula.

Sin embargo en el ámbito educacional hay un vacío legal, ya que no hay ninguna ley que sancione el delito de acoso sexual cometido en contra de los menores de edad por los docentes, mentores o tutores, que por alguna razón empiezan a insinuar, comentar, manosear y por supuesto el ofrecer algún beneficio en cuanto a su punteo en la materias, el grado, o bien la preferencia con respecto a sus compañeros, que bien por miedo o necesidad de no perder una materia, este llegue a aprovecharse de la situación.

Por eso se pretendió que las secuelas y consecuencias sean penalizadas y no queden impunes y que el responsable de dichos actos repetitivos sean castigados con todo el rigor de la ley con la imposición de la pena para la persona que cometa y la resolución de dicho acto.

“Existen diferentes formas de abuso sexual, destacando las siguientes categorías:

¹³ ECHEBURÚA, Enrique y ECHEVARRÍA, Cristina, *E abuso sexual en la infancia, víctimas y agresores*, primera edición, España: editorial Ariel, 2000, 95 pp.

¹⁴ Definición aportada por National Center of Child Abuse and Neglect (1978).

1. Incesto: los contactos sexuales realizados por familiares directos u otro adulto que ejerce la función de padre o tutor (padraastro, madrastra, padres adoptivos).
2. Violación: Acto sexual realizado por un adulto no familiar.
3. Contacto físico, manoseo, toqueteos al niño o del niño hacia el adulto.
4. Agresión sexual: Cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal con violencia o intimidación y sin consentimiento.
5. Explotación sexual infantil: Exposición del niño a la visualización de películas, revistas pornográficas o exhibicionismo; en la que el abusador persigue un beneficio económico. Dentro de explotación sexual infantil, existen diferentes modalidades a tener en cuenta, puesto que presentan distintas características e incidencia:
 - Tráfico sexual infantil.
 - Turismo sexual infantil.
 - Prostitución infantil.
 - Pornografía infantil.”¹⁵

El niño sexualmente indefenso: muchos niños parecen colaborar con el ofensor en la victimización cuando este se les acerca al no tomar acciones que puedan ser auto protectoras. Aceptan las insinuaciones del adulto, aceptan acompañar al adulto a algún lugar, permiten que la situación continúe y no toman una acción para evitar la perturbación, estos niños tienen pocos amigos, una revisión pasiva, todo lo cual los hace particularmente vulnerables. “Es poco usual en el caso de abuso sexual de los niños y niñas el grado de impotencia que el analista de la precipitación de la víctima ha asumido la idea de que las víctimas de asesinato, provoca su propio fallecimiento, se desarrolla diariamente en ese campo y tuvo un efecto moderado en la comprensión del homicidio en

¹⁵ Diccionario Enciclopédico Interactivo, *Oceano uno color*, volumen I, Editorial Océano Grupo, 2000, disco compacto.

contraste, la idea de que el niño es responsable de su propia seducción ha estado en el control de casi todos los escritos sobre abuso sexual.”¹⁶

El niño sexualmente provocado: algunos niños actúan de manera que animan activamente a los adultos a un acercamiento sexual. Estos niños son los que tienen relaciones muy pobres con sus padres, que se sienten necesitados en otras maneras, descubriendo así que pueden obtener atención y afecto por parte de un adulto al iniciar sus impulsos sexuales.

Teorías sobre el contexto familiar: las investigaciones más recientes descubren que gran parte del abuso sexual de los niños tenía lugar entre los miembros de la familia, pero eso solo hasta hace poco que se ha implicado en este problema a los familiares, en vez de los miembros de la familia. Esto requerían la disposición para hablar a todos los miembros de la familia en su vez de solamente a aquellos que estaban más a la mano. El descubrimiento de la terapia familiar como un método de tratamiento clínico, así como el creciente interés por parte de los sociólogos hacia el problema, han ayudado al avance de un acercamiento a la familia en el abuso sexual. Ha sido más fácil identificar la dinámica familiar en el caso del incesto, el incesto padre - hija ha sido el tipo de incestos sobre el cual se teoriza más dado que se observa con mayor frecuencia. Aquí el abuso sexual se da en el corazón del núcleo familiar y el proceso grupal puede ser más fácilmente analizado.

El aislamiento social, los papeles de confusión y el ambiente de abandono; son teorías que explicaran detalladamente el incesto padre – hija y el reversamiento de los papeles de madre – hija.

Aislamiento social: el incesto ocurre en las familias caracterizadas por un alto grado de aislamiento social. Dentro del estereotipo, tales familias vienen de

¹⁶ Boletín informativo, ECPAT, Guatemala, febrero 2001.

lugares muy apartados; son pobres y de carácter híbrido. El aislamiento parece refregar y reforzar varias fuerzas que promueven el incesto; estas familias se apartan de la interacción social y se meten dentro de sí misma. Como punto natural del proceso, las aberraciones sexuales que ordinariamente se desarrollan con personas fuera de la familia; ocurren aquí dentro de la familia y no existen canales externos, ni se buscan tampoco una investigación muestra cómo se puede desarrollar el incesto en tales familias debido a que en respuesta a las crisis familiares y a los cambios en la vida, se meten haciendo dentro, mientras que otras familias puedan buscar hacia fuera algún tipo de ayuda del exterior.

El aislamiento social, trae un clima en donde la desviación pueda surgir más liberadamente. Asimismo, tales familias están aisladas, además al contar con modelos disponibles, el comportamiento incestuoso puede llegar a ser aceptado como normal.

Papeles de confusión: el incesto y otro tipo de sexo entre adultos y el niño son formas de confusión de un cierto papel, y que como tales son eminentemente problemas de una psicópata más que de una psicopatología. En el sexo adulto - niño, los adultos colocan a los niños en papeles sexuales adultos. Un padre actúa con su hija como si esta fuera su esposa. Hermanos y hermanas se tratan como si fueran amantes y no parientes. Irónicamente, este punto de vista psicológico sobre la patología familiar, que el incesto es un problema de confusión de papeles en la familia, ha sido elaborado más bien por psiquiatras y no psicólogos. En teoría, el incesto padre - hija es una especie de adaptación funcional a un grave forzamiento de papeles. Los padres en estas familias usualmente tienen matrimonios infelices y el sexo entre ellos es desagradable o simplemente no existe. Con frecuencia los padres son autoritarios y abusan físicamente dentro de la familia pero son incompetentes como suministradores. Las madres por su parte no están dispuestas o no pueden satisfacer las funciones que la corresponden a los padres, además de la tensión con su

esposa, han formado y desequilibrado las relaciones con sus hijas. En esta situación el incesto es un posible resultado y algunas veces hasta la situación del dilema familiar; pero al momento de encontrarse deprimidas, incapacitadas, y subordinadas, muchas de estas madres no pueden proporcionarles protección a sus hijas.

Son miembros periféricos de la familia, en una situación donde el lazo padre-hija es el eje emocional más fuerte de la familia que eventualmente lleva el sexo, en caso en que la madre esta incapacitada, es alcohólica o se encuentra ausente, la hija asume muchos de los cuidados de la casa y las responsabilidades de cuidado de los niños y la desplaza sexualmente como una extensión natural.

Algunas madres llegan a decir que se sienten contentas de haber sido aliviadas de sus obligaciones familiares y sexuales el resultado de esto es un revestimiento de papeles de madre e hija, producido por la tensión y el rompimiento de las relaciones familiares normales.

El ambiente del abandono: el incesto puede ocurrir como respuesta a un agudo clima emocional dominado por el miedo al abandono. En tales familias donde cada uno de los miembros teme ser abandonados por los otros, la sexualidad puede ser un medio final utilizado para tratar de romper ese trauma. Existen dos características que parecen ser particularmente de las familias donde este tipo de crisis lleva al incesto la primera es que poseen un record de abandono que domina la historia familiar. En segundo lugar, los personajes dentro de la familia parecen estar cambiando constantemente. Con frecuencia los padrastros o hijastros se mezclan dentro del círculo familiar y las fronteras familiares parecen ser borradas y mantenerse difícilmente; regularmente los padres de tales familias tienen estilos de vidas normales y están lejos de la familia por periodos de tiempo largo, como resultado ya sea del servicio militar, de las exigencias de su trabajo o de incompatibilidad marital.

Se trata de un intento desesperado por dar cierta prominencia a ligas familiares tan endeble que otra manera parece ser que no podrían mantenerse. “Para explicar que una hija tolere y en algún caso hasta coopere en que sedé una relación incestual que pueda extenderse por meses o a un año, un factor que se cita con frecuencia es que la hija pueda estar recibiendo un tipo de atención y afecto que de otro modo no podría obtener. Así mismo las hijas pueden obligar la noción probablemente cierta de que sin la relación incestuosa no habría familia.”¹⁷ Por supuesto que una vez que se da el incesto esta fantasía se vuelve aún más real puesto que él revela o termina con la relación traerá virtualmente la crisis de disolución familiar que todo el tiempo se ha temido, en el momento en que las autoridades intervienen para meter a la cárcel al ofensor o para poner en un hogar adoptivo a la víctima.

Victimización sexual el caso más general: las 3 teorías ya mencionadas explican el incesto padre- hija, y no la victimización sexual infantil en general uno de los mecanismos hipotéticos, el reversamiento de los papeles de madre- hija, se aplica primordialmente y especialmente a la familia nuclear, pero las otras teorías, el miedo al abandono y el aislamiento social, pueden aplicarse al abuso sexual en general, gran parte del abuso sexual que es reportado tienen lugar entre los miembros de la extensión familiar: abuelos, tías, primos y otros parientes de la periferia familiar, debido a:

1. Aislamiento social como su subcultura, que son más tolerante del sexo intrafamiliar.
2. El miedo al abandono también puede acercar a miembros de la familia extensiva a una relación sexual prohibida.

¹⁷ FINKELHOR David. *Abuso sexual al menor*. Editorial PAX, Primera Reimpresión 2005, México 1980, P 121.

Conflictos familiares: los conflictos maritales pueden provocar en el niño una vulnerabilidad hacia la victimización sexual por parte de cualquier persona, en dos sentidos. Primero los somete con frecuencia a mensajes contradictorios sobre el sexo; la confusión sexual resultante traba su habilidad de manejar un abuso sexual potencial, en segundo lugar, el conflicto puede pesar en el niño de tal manera que le provoque inseguridad sobre donde buscar protección cuando un niño se siente desprotegido, el o ella se encontraran más aptos a enredarse en una situación sexual con un adulto donde el o ella se sienten indefensos.

Sobresexualización: se ha sugerido que algunas familias están sobre sexualización y que los niños de estas familias son encuentran más vulnerables al abuso sexual, aun afuera de la familia. Los niños de tales familias tienen modelos sexuales inapropiados y una socialización sexual poco comunes, además son estímulos sexuales por sus propios padres, probablemente no directamente, pero como resultado de las pláticas o la exposición a conductas sexuales poco comunes. Estos factores los hacen vulnerables a involucramiento sexual con adultos.

Supervisión deficiente: los niños son vulnerables al abuso sexual cuando tienen una supervisión deficiente. Esta teoría es un eco de las ideas expresadas por las dos teorías presentes excepto que esta es más general. Cualquier situación, no solamente el conflicto familiar o una Sobresexualización, que tenga como resultado la negligencia hacia el niño, pueda llevar a una vulnerabilidad.

Fuentes sociales y culturales: la victimización sexual infantil no es universal, existen sociedades donde no se sabe que ocurra, e indudablemente hay partes de nuestra sociedad donde es menos común. Desdichadamente, sabemos muy poco sobre la demografía del abuso sexual. A pesar de que la antropología ha

tenido un vivo interés sobre él por qué el incesto ha sido un tabú universal, le han dedicado poca atención a la siguiente pregunta relacionada con la anterior.

La supremacía masculina: la victimización sexual puede ser tan común en nuestra sociedad debido al grado de supremacía masculina que existe. Es la manera en que los hombres, el grupo de calidad dominante ejerce control sobre la mujer, para mantener este control, los hombres necesitan un vínculo por medio del cual la mujer pueda ser castigada, puesta en orden y socializada dentro de una categoría subordinada. La victimización sexual y su amenaza son útiles en mantener intimidada a la mujer. Inevitablemente el proceso comienza en la infancia con la victimización de la niña, ya sea que funcione o no para mantener la dominación masculina, como se argumenta, ciertamente resulta más fácil la explotación sexual de mujeres y niños dentro de una sociedad dominante por los hombres.

En cualquier sociedad el sexo es una commodity de valor, y un grupo dominante como lo pueden ser los hombres, trataran de arreglar las cosas de modo que puedan maximizar su acceso a ellos, las creencias culturales que sostienen un sistema de dominio masculino, contribuyen a hacer que los niños vulnerables sexualmente, a medida que los miembros de una familia son vistas con posesiones, en ese grado los hombres pueden tomarse libertades, raras y comúnmente no detectados con reacción a ellos.

“El hecho de que la urgencia sexual masculina es vista como predominante y necesaria de ser satisfecha, la permite al hombre reaccionar, a escapar, hacia conductas antisociales, tales como el abuso sexual; pero en un sistema de desigualdad sexual y generacional grave, las mujeres y los niños no cuentan con los medios para defenderse contra tal victimización sexual.

Fragmentación social: Esta teoría se dice que el abuso sexual es algo común en esta sociedad debido al creciente aislamiento de individuos y de familias.

Compañeros de mayor edad: mitos o realidades con respecto al perturbador de niños.”¹⁸

1.1.2.7 Psicoterapia

Se puede definir la psicoterapia como un tratamiento informado y planificado a través de técnicas derivadas de principios psicológicos claramente establecidos. Estas generalmente utilizan la interacción verbal y pueden ser empleadas en el tratamiento de los diversos trastornos mentales, trastornos de la personalidad y cualquiera otra condición que sea considerada mal adaptativa para el individuo. Este tratamiento debe ser realizado por personas que comprenden esos principios y que poseen el entrenamiento y la experiencia para la aplicación de tales técnicas.

En este sentido, “la psicoterapia tiene como marco de referencia el contexto nosológico psiquiátrico. Aun cuando la psicoterapia contribuye a un crecimiento personal, o bien a una ampliación de la conciencia de los conflictos, su finalidad es el alivio o la curación de trastornos mentales.”¹⁹ Este solo aspecto de la definición de psicoterapia acota enormemente su campo de acción. Por otra parte, cada técnica psicoterapéutica está estrechamente ligada a una teoría psicológica particular, otorgando a cada forma un sello característico, y al mismo tiempo determina objetivos específicos. Esto hace que algunos autores clasifiquen las psicoterapias en tres grandes grupos:

“a) Psicoterapia de apoyo (terapia ocupacional, reaseguramiento). b) Psicoterapia reeducativa (terapia cognitiva, conductual). c) Psicoterapia reconstructiva (terapia psicoanalítica).”²⁰

¹⁸ Ibídem, pagina 91.

¹⁹ FERNÁNDEZ VALDIVIESO, Sergio. *Fundamentos y límites de la psicoterapia*. Boletín No.2 Escuela de Medicina, Universidad Católica. Chile: 1994. P 97.

²⁰ Ibídem, P 99

Sin embargo, todos los autores reconocen que cualquier forma de psicoterapia comparte elementos de apoyo, de educación y de elaboración de conflictos profundos de la personalidad, si bien alguno de estos elementos puede ser privilegiado.

Proceso psicoterapéutico y sus fases

1ª Fase: momento de énfasis en el contacto.

En este primer momento del proceso psicoterapéutico se debe principalmente tratar de: establecer rapport, descubrir el sufrimiento de la persona que acude a solicitar ayuda y mostrar compasión, explorar los niveles de introspección de esa persona y demostrar pericia.

Se podría dividir esta fase en tres etapas: 1º el momento social, de saludo y toma de datos; 2º el planteo de la queja por parte del paciente, que se logra mediante una pregunta abierta, esta etapa es muy importante para el rapport por que permite al terapeuta compadecerse del paciente, mostrar empatía, sentir con él, aquí se busca también un marco de referencia, acerca del paciente y su problema; y por último, la 3ª etapa, que se trata de definir lo más concretamente posible el problema.

Según Fisch y Weakland, “el objetivo primordial del terapeuta a lo largo de la entrevista inicial consiste en recoger la adecuada información sobre los factores que consideramos esenciales para cada caso: naturaleza de la enfermedad, cómo se está afrontando el problema, objetivos mínimos del cliente, y actitud y lenguaje del cliente”.²¹

El rapport es un factor esencial en la terapia, ya que, lo primero que se debe buscar es que tanto el paciente o cliente y el terapeuta se sientan cómodos, seguros, confiados de manera que el clima sea propicio para llevar a cabo una

²¹ CARO, Isabel. *Manual de psicoterapias cognitivas: estado de la cuestión y procesos*, tercera edición, Barcelona España: Editorial Paidós Ibérica, 1997, 466 páginas.

terapia efectiva. Para lograr un buen rapport se deben tener en cuenta muchos aspectos.

“Es importante durante la entrevista establecer una buena relación terapeuta-paciente, pues de esto depende mucho el éxito o fracaso de la evaluación y del tratamiento. El terapeuta debe procurar que el paciente hable de su problema o historia con sus propias palabras y conservar un ambiente natural y relajado. Tanto paciente como terapeuta deben estar tranquilos, comenzar la entrevista con una conversación fácil ayudará a eso. Su primer objetivo es simplemente formarse un juicio del paciente e iniciar una buena relación, sin llegar a un diagnóstico inmediato”.²²

Primero, el terapeuta debe presentarse y preguntar luego el nombre del paciente, luego en una conversación amena, el terapeuta debe tratar de captar el lenguaje del paciente, y utilizarlo, ayudará al establecimiento del rapport. Hay que reconocer señales del paciente: “un signo es el del lenguaje no verbal de la cara, el cuerpo y la voz, que a menudo es difícil de controlar, indican los sentimientos del paciente sin utilizar palabras”.²³ Leer estas señales lleva a entablar una buena relación.

Luego de captar el lenguaje del paciente y sus señales y utilizarlas, para hacerlo sentir cómodo, se debe explorar el sufrimiento del paciente: “Hay en general dos aspectos en los problemas del paciente: los hechos y las emociones asociadas. Los hechos son síntomas y las emociones son los sentimientos que estos hechos suscitan en el paciente y le hacen sufrir”.²⁴ Para establecer una buena relación se deben explorar no sólo los hechos sino también los sufrimientos, valorándolos, demostrando que le interesan y que quiere saber más acerca de ellos. También se debe responder con empatía: “Cuando el paciente exteriorice

²² Ibídem

²³ Ibídem

²⁴ Ibídem

su sufrimiento, transmítale que le comprende, muestre su empatía, exprese su compasión. Para que el paciente exprese su sufrimiento, el terapeuta debe mostrar empatía”.²⁵

Según el DSM IV el terapeuta debe establecer dos objetivos, uno que se discute con el paciente y otro “terapéutico”, basado en la naturaleza de la enfermedad.

2ª Fase: momento de énfasis en el diagnóstico:

Las funciones del diagnóstico son: organizar datos recibidos, entender o captar lo significativo, predecir el curso, ayudar a seleccionar las estrategias más adecuadas de intervención y facilitar la comunicación entre los trabajadores de la salud. “El diagnóstico debe estar al servicio de la preparación específica de un tratamiento. El diagnóstico puede ser, por lo tanto, valorado según la ayuda que preste a la aplicación efectiva de un determinado tratamiento”²⁶

El diagnóstico comprende:

- Obtener datos referentes a la conducta humana o los efectos de la conducta.
- Interpretar los datos obtenidos. Sobre la base de las interpretaciones, deducir las consecuencias para aquellos de quienes proceden los datos.
- Ejercitar estas actividades dentro de un papel con exigencias profesionales”.²⁷

Además un diagnóstico debe tener en cuenta los siguientes aspectos del paciente: edad, situación vital, rasgos de personalidad, nivel de instrucción, habilidades y capacidades. Se debe analizar las circunstancias en que el diagnóstico puede convertirse en inseguro, arriesgado y problemático. La

²⁵ Ibídem CARO, Isabel. Página 112.

²⁶ GORSKI, T, y Miller, M, *Enfoques y modalidades en psicoterapia*, www.cij.gob.mx/Publicaciones/pdf/CAPITULO_VII.pdf, consultada 29 de septiembre de 2011.

²⁷ Ibídem

recogida de datos al igual que el proceso de producción de datos pueden dificultar y repercutir negativamente en el diagnóstico cuando los datos se emiten durante un largo período de tiempo y/o en una sucesión muy densa. “Los datos cognitivos pueden introducir cierta inseguridad en el proceso diagnóstico debido a su diversidad y maleabilidad lo que hace que sus deformaciones resulten a veces muy difíciles de comprobar”²⁸

3ª Fase: momento de énfasis en las intervenciones fundamentales:

Para producir cambio el terapeuta debe intervenir, y para poder intervenir es necesario planificar el caso, establecer objetivos, planificar estrategias de solución e intervenciones. Dicha planificación está sujeta a cambio, a medida que el tratamiento avanza necesita ser “reconsiderada”.

“Las intervenciones generales son más amplias, se utilizan para comunicar una postura general y preparar el terreno para una intervención específica posterior, pero se pueden usar en casi cualquier momento de la terapia y comúnmente son suficientes para solucionar por sí mismas el problema del cliente.”²⁹

4ª Fase: momento de énfasis de la conclusión del proceso.

La terminación del tratamiento debe ser tomada como un acontecimiento especial, y debe prestársele mucha atención porque a lo largo del tratamiento, terapeuta y paciente han ido desarrollando una relación que termina con el tratamiento.

²⁸ RUIZ SÁNCHEZ Juan José y Cano Sánchez Justo José, *Manual de psicoterapia cognitiva*. www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual.htm, consultada 02 de Octubre de 2011.

²⁹ FISCH R., WEAKLAND J.H. y SEGAL L., *La táctica del cambio*, primera edición, Barcelona: Editorial Herder, 1984, 106 páginas.

Es importante tener en cuenta los motivos de dicha terminación, ya que un tratamiento puede acabarse porque el problema ya se solucionó, porque el paciente desea poner fin al tratamiento sin que el problema haya sido solucionado o porque considera que ya se resolvió, o porque el terapeuta desea ponerle fin (ya sea porque considera solucionado el problema, o por alguna otra razón). En algunas ocasiones sucede que los pacientes no se sienten capaces de suspender el tratamiento aun a pesar de que lo que el psicoterapeuta indica es, precisamente, la terminación del mismo. En otros casos, sin embargo, cuando el psicoterapeuta considera que es realmente necesario continuar con el tratamiento, el paciente decide suspenderlo.

Lo ideal sería que el terapeuta sugiera el momento adecuado para poner fin al tratamiento y que el paciente esté de acuerdo, pero no siempre las cosas ocurren de esa manera. En este caso, son los padres y madres de familia que desean poner fin al tratamiento por muchos motivos, ya sea por observar en su hijo u hija una mejoría y considera que su problema se ha solucionado, pero puede ocurrir lo contrario, que estén insatisfechos con el tratamiento, porque aun no han observado cambios significativos en sus hijos. Por otro lado también pueden surgir circunstancias que impidan la continuación del tratamiento como problemas económicos, falta de transporte, desastres naturales, mudanza, entre otros por parte del niño y niña que asiste a la institución. Además “los tratamientos con un límite temporal prefijado acaban automáticamente una vez realizado el número de sesiones convenido”³⁰

Hay algunos pacientes que buscan problemas constantemente para no dejar la terapia, en ese caso, es necesario analizar detenidamente si es conveniente o no dar por terminado el tratamiento. Una salida es por ejemplo, trabajar con el hecho mismo de que el paciente esté buscando excusas para no dejar la terapia, ya que el terapeuta se debe asegurar de que la persona esté afectivamente

³⁰ Ibídem, P 46.

preparada para dejarla. Hay veces que las personas logran mejorar sustancialmente sus problemas pero temen no poder proseguir solos.

Al hacer un cierre o terminación de un tratamiento se debe realizar una evaluación de los logros, analizar lo que se logró y lo que no se logró. Enfatizar los logros como producto del trabajo en equipo y de la colaboración del consultante (no como resultado de las habilidades del terapeuta) y las fallas atribuir las al terapeuta o a las limitaciones de la terapia en sí.

Si se lograron los objetivos propuestos no es conveniente procurar “mejorar la mejoría”, es decir buscar otros aspectos que podrían mejorar por ejemplo. Es mejor, distinguir los logros, y en todo caso, sugerir hacer una pausa antes de tratar problemas nuevos. Del mismo modo si se no se lograron los resultados, se debe poder admitir el fracaso y no hacer mayores esfuerzos por continuar con la terapia. Proponer entrevistas de seguimiento mantiene la posibilidad de ayuda del terapeuta y da seguridad al paciente para consolidar los resultados.

1.1.2.8 Método de abordamiento

“Al enfrentarse ante un caso de abuso sexual infantil, deben tomarse medidas que protejan y resguarden al niño desde lo físico y psicológico hasta lo emocional; dejándole claro que no es responsable ni culpable del abuso, al contrario, es una víctima más del mismo”.³¹

El tratamiento directo a las víctimas menores se proporciona cuando hay una presencia acentuada de síntomas que interfieren negativamente en su vida cotidiana, cuando se encuentra en una situación de crisis y cuando sus

³¹ ECHEBURÚA Enrique, GUERRICAECHEVARRÍA Cristina, *Tratamiento Psicológico De Las Víctimas De Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar: Un Enfoque Integrador*, Madrid España, 2000.

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.

Independientemente de la edad del menor o de las medidas urgentes psicosociales es necesaria la intervención psicológica u orientación a los familiares de la víctima, ya que ellos también afrontaran una situación dolorosa de la problemática por la cual está atravesando su hijo, hija o encargado.

Terapia breve

La Terapia Breve es un nuevo modelo de terapia que busca solucionar los problemas de la manera más rápida, eficiente y poco dolorosa. Busca atacar el problema que determine el paciente como el causante de su conflicto "Aquí y Ahora". En contraposición al Psicoanálisis tradicional que su enfoque se basa en el pasado, la Terapia Breve acude al pasado únicamente en dos casos: cuando el paciente lo considera importante para solucionar su problemática actual, o cuando el terapeuta estime obtener recursos adicionales y útiles para ampliar la gama de posibles soluciones al problema planteado.

Si bien la Terapia Breve como lo indica su nombre, implica tratamientos mucho más cortos respecto a otras técnicas tradicionales, esto no significa que la Terapia Breve sea fácil. "Su principal enfoque involucra cambiar de una forma e pensar lineal (causa-efecto) a uno sistémico (sistemas, subsistemas y sus interacciones), es decir, no se trata al individuo y su problema en forma aislada, sino que lo considera dentro de su contexto actual y sus interrelaciones".³² Esta

³² DURAN, Estela. *El modelo de terapia breve*, <http://www.terapiabreve.com/A-TerapiaBreve.html>, consultada 23 de Abril de 2012.

filosofía es la que permite a la Terapia Breve aplicarse adecuadamente tanto al tratamiento de familias, como de parejas, individuos, u otros sistemas de interacción humana.

La Terapia Breve es dinámica y flexible, en donde se identifican los problemas y la gama de posibles soluciones, de igual forma se analizan los intentos de solución pasados, para fijar metas y alcances del tratamiento y diseñar las intervenciones adecuadas a cada caso. Esto convierte al proceso de terapia en un esquema totalmente interactivo en donde se complementan las dos partes expertas: el experto en técnicas de Terapia Breve (el terapeuta) y el experto en su problemática (el paciente).

“Para que la terapia resulte exitosa, es necesario definir claramente el problema que el paciente desea solucionar, es decir se debe estructurar el problema en términos de las conductas, las interacciones, y/o la comunicación implicada en el mismo, además de cuando ocurre, en donde, con qué frecuencia, a quién le afecta el problema, desde cuando es problema, cómo lo vive cada miembro del sistema, etc.”³³

Por ejemplo, el término "depresión" puede significar para una persona un conjunto de ciertas manifestaciones, tales como: la pérdida de apetito, insomnio y apatía; mientras que para otra persona el mismo término podría percibirse mediante otro grupo de manifestaciones distintas con el llorar continuamente, la distracción o la falta de decisión. Las metas de terapia se definen en relación a cambios concretos que se desean lograr, comenzando con cambios pequeños

³³ HEWITT RAMÍREZ, Nohelia, Gantiva Díaz, Carlos Andrés, 2009, *La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva*, Redalyc (Sistema de Información Científica), Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, volumen 27, Número 1, pp 166.

en los subsistemas los cuales acarrear grandes y notorios cambios que repercuten en todo el sistema.

1.1.2.9 Técnicas de intervención

Frecuentemente se suele optar por una intervención ecléctica a la hora de elegir un tratamiento.

Existen técnicas que sin cumplir unos requisitos estrictos de pertenencia a una escuela de psicoterapia determinada o sin cumplir ciertos criterios, son usuales y de eficacia en los tratamientos con niños: por ej. el reforzamiento positivo, que suele utilizarse en cualquier intervención terapéutica, o la relajación. Más que técnicas pueden considerarse como un complemento de todas ellas.

Exponemos a continuación algunas técnicas usuales en psicoterapia infantil.

Conversaciones y Actitudes Con El Niño

Se asume que el tratamiento debería incluir una serie de conversaciones y actitudes con el niño, en las que conviene tener en cuenta lo siguiente:

a) En cuanto al abuso sufrido:

- Explicar que ellos no son culpables del abuso, aunque así lo crean.
- Es preciso asegurar al niño que el abuso no se repetirá, puesto que se han tomado las medidas oportunas. Significa además dotar al niño de estrategias para la prevención y para afrontar el abuso si volviese a ocurrir.
- Decirle que saldrá adelante, asegurando también la ayuda necesaria. Explicarle que el abuso podrá superarse y que no determinará toda su vida. El terapeuta debe ocuparse de que el niño no quede atascado en su identidad de víctima. Las experiencias difíciles no pueden ser totalmente olvidadas y quizás no deberían olvidarse completamente, pero sí deben ser asimiladas, integradas y transformadas, pasando de ser algo

insoportablemente vergonzoso a un triste recuerdo que no tiene por qué suponer una memoria constante y un tormento sin fin.

- Motivarle para que hable del suceso y/o los sucesos de abuso que el niño ha sufrido, diciéndole que es conveniente para él, aunque sin obligarle a que lo haga. No juzgar cuando el niño relate los hechos e insistir en que ellos no son culpables.

En cuanto a conductas sexuales:

Hay que tener en cuenta que, cuando los niños han sido víctimas de abuso es posible que se den en ellos conductas de precocidad sexual o que se conviertan a su vez en abusadores, e incluso, lo que es más grave, que continúen manteniendo una relación con el abusador/a. Por esto, además, de una adecuada educación sexual ajustada a su edad y nivel cognitivo, es necesario hablar con el niño de los siguientes temas:

- La sexualidad en relación con otros.
- Las relaciones sexuales pueden darse entre personas adultas, no entre niños.
- Es conveniente que sean entre personas de aproximadamente la misma edad.
- Deben ser con consentimiento mutuo.
- Fuera del ámbito de la familia.
- En una relación de pareja estable.
- La conducta sexual de la masturbación:

Es conveniente explicar al niño que estas conductas son íntimas y no deben manifestarse en público.

Arruabarrena (1996) expresa que “la intervención terapéutica en este tipo de problemas se centra en corregir las distorsiones cognitivas del niño respecto a la conducta sexual, reforzar las inhibiciones internas y los controles externos en relación a las conductas sexuales inaceptables, y asegurar que el niño adquiera las habilidades necesarias para controlar su tratamiento psicológico de niños

víctimas de abuso, conducta y satisfacer sus necesidades sexuales de una manera culturalmente aceptable.”³⁴

Una vez que el niño ha dicho “no”

Puede aparecer un tema más sutil y que quizás pueda ser entendido por niños mayores. Se trata del tema del acoso sexual. En el acoso, el abusador intenta conseguir los favores sexuales de la víctima, quizás de forma abierta o tal vez de forma solapada. Cuando recibe el rechazo suele pasar a otra forma de acoso, que podría ser el acoso moral.

Juego libre y dirigido

Puede recibir el nombre de ludoterapia. “Existen dos modalidades de esta técnica, la no directiva y la planificada. La forma de trabajo, en la primera, sería decir al niño que puede trabajar o jugar como él quiera, y también que puede explicar todo lo que se le ocurra durante el tiempo en que lo está haciendo, tanto del dibujo como de lo que él quiera hablar.”³⁵

En la forma planificada el terapeuta interviene indicando al niño el contexto en el que debe jugar o la forma en que debe hacerlo. Tanto en una como otra, el terapeuta, puede intervenir en el juego reconduciéndolo hacia lo que considere necesario.

Para las distintas actividades debe diseñarse un programa de actuación que incluya: preparación del lugar de trabajo con distintas clases de objetos lúdicos tales como títeres, juguetes tanto de figuras humanas como de objetos; y objetos que no siendo juguetes puedan despertar la creatividad del niño o el deseo de jugar como lápices y hojas para dibujar, o escribir, etc.

³⁴ ARRUABARRENA MADARIAGA, María I y J. Paul, *Maltrato a los niños en la familia*, primera edición, Madrid España: editorial Piramide, S.A. 1999.

³⁵ MUÑOZ QUINTERO, José, *Juego libre y dirigido*, revista Temas para la Educación, volumen 2, No.3, 2009.

En el caso del abuso, que estamos tratando, los juguetes pueden ser muñecos con atributos sexuales bien definidos si se pretende que el niño se exprese y libere.

Psicodrama

“El psicodrama es un método de investigación de la verdad a través de métodos dramáticos. Se pretende, la expresión y verbalización de los sentimientos.

La técnica consiste en montar secuencias teatrales donde se expresan libremente los sentimientos que se desean, esta técnica es difícil en tratamiento individual, siendo más fácil en tratamiento grupal, no obstante puede emplearse una variante de la misma: la silla vacía. En la silla, se supone que se encuentra la persona a la que tenemos que dirigirnos, naturalmente con nuestros conflictos. Después se invierten los papeles y el niño pasa a ocupar la silla que estaba vacía y se dirige al que se supone está en el lugar que él ha abandonado.”³⁶

Dibujos libres

El dibujo, a la vez que ayuda a evaluar el maltrato que el niño ha sufrido (Test del Dibujo de la Figura Humana – Goodenough y Machover, Test de la Familia, Test del Árbol, Test del Dibujo Casa-Árbol-Persona, etc.), puede servirle también para que exprese y se libere de sus conflictos emocionales. En este aspecto, se afirma que los dibujos pueden ser expresiones del inconsciente y a la vez base para la terapia. Pueden servir pues, tanto de mecanismos auxiliares de terapia como de instrumentos de diagnóstico.

Redacciones

Se trabaja con las redacciones, iniciando cada día una página en la que coloca una frase como enunciado. Por ejemplo: “Me pone triste que”. Es conveniente

³⁶ MORENO, J. L., *Conceptos fundamentales en psicodrama*, <http://escuelapsicodramaclasicoconceptos.blogspot.com/2011/05/definicion-de-psicodrama.html>, consultada 26 de Abril de 2012.

obligar a algunos niños a que escriban esta especie de diario y motivar con formatos divertidos si el niño se resiste.

Relajación

Se dice que el interés principal de la relajación, estriba en que los estados alcanzados por medio de ella son incompatibles con la ansiedad y sus estados asociados.

Musicoterapia

“Consiste en utilizar audiciones musicales, actividad rítmica simple, exploración de diferentes sonidos con el fin de relajar o evitar ciertas dolencias. La psicoterapia actual considera la música como una técnica capaz de influir sobre las emociones, para conseguir un determinado estado de ánimo o incluso para curar. Lo importante no es la calidad de la música, sino que ésta determine la relajación de la persona.”³⁷

1.2 DELIMITACIÓN

El trabajo de campo se realizó en el Instituto de Servicio e Investigación Psicopedagógica “Mayra Vargas Fernández” ISIPs, llevándose a cabo en ocho sesiones los días sábado, con horario de 8:00 a 12:00 horas. Se trabajó con diez psicólogos en formación, cinco pacientes con características de abuso sexual en las cuales se encontraban dos niños y tres niñas, y padres de los antes mencionados.

Durante la realización del mismo surgieron algunas limitantes, entre las cuales se encuentran: impuntualidad a terapia, cierre de instalaciones sin previo aviso, e inasistencia de una paciente debido a poco apoyo familiar

³⁷ LOPERA, Juan José, *El uso de la música para curar*, primera edición, Barcelona España: editorial Amarú, 1998.

CAPÍTULO II

II TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2. 1 TÉCNICAS

2.1.1 Técnica de muestreo

2.1.1.1 Muestra aleatoria simple

Por una parte se trabajo con una muestra no aleatoria de diez pacientes, entre los cuales se encontraban tres niñas y dos niños contemplados entre los siete y trece años que fueron víctimas de abuso sexual, así mismo con sus padres y encargados; tomando en cuenta el rango de edades y género fueran adecuados para que la aplicación posterior con población mayoritaria del programa psicoterapéutico fuera efectivo. Ejecutado del 02 de agosto al 11 de octubre del 2014 con un total de ocho sesiones los días sábado, con horario de 8.00 a 12.00 horas.

De igual forma se trabajo con diez estudiantes practicantes del programa de Seguimiento que asisten al instituto de servicio e investigación psicopedagógica Mayra Vargas Fernández ISIPs, pues ellos en la actualidad trabajan con pacientes en el área emocional y conductual, por lo cual les correspondería la aplicación del programa para la atención a niños abusados sexualmente. Aplicado el día viernes 18 de Julio del 2014, en horario de 16.00 a 17.00 horas.

2.2 Instrumentos

- Ficha Admisión: Sirvió para obtener información sobre el motivo de consulta de la población que asiste a ISIPs, para posteriormente ser referidos al programa para la atención a niños abusados sexualmente en dicha institución. Esta fue aplicada el día lunes 28 de Julio del 2014, en horario de 2:30 a 5:00 de la tarde.
- Cuestionario: fue de utilidad para obtener información acerca del nivel de conocimiento de los alumnos practicantes acerca del abuso sexual y

como tratarlo. Esta fue aplicada el día martes 29 de Julio del 2014, en horario de 3:00 a 4:00 de la tarde.

- Diario de campo: Utilizado para registrar el comportamiento de la población durante la cada una de las sesiones realizadas. Para obtener dicho registro la información fue recabada del 02 de Agosto al 11 de Octubre del 2014, en ISIPs, en horario de 8:00 a 12:00 del día.
- Figura humana: sirvió para facilitar los sentimientos subjetivos de los niños y niñas a través del dibujo. Esta fue aplicada el día sábado 02 de agosto en el transcurso de 8:00 a 12:00 de acuerdo al horario de cada paciente.
- Terapias: se llevaron acabo ocho sesiones con los niños y niñas y dos conjuntamente con los padres; realizándose los días sábados en horario de 8.00 a 12.00 horas. Fueron elaboradas el día martes 6 de Mayo del 2014 y reestructuradas en el transcurso de la misma semana.

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS			
OBJETIVOS	ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIO DE ELABORACIÓN	CRITERIO DE EVALUACIÓN
Detectar el conocimiento previo de los estudiantes practicantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento sobre abuso sexual. • Tipo de terapia a utilizar. • Dificultades en la atención a la población. 	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso sexual. • Tipos de terapia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Respuestas abiertas.
Estimar los cambios en el comportamiento de sus hijos.	Cambios emocionales y comportamentales después del programa.	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios conductuales • Efectividad del proceso terapéutico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Respuestas abiertas.

CAPÍTULO III

III. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

3.1 Características del lugar y la población

3.1.1 características del lugar

El proyecto de investigación se realizó en el Instituto de Servicio e Investigación psicopedagógica “Mayra Vargas Fernández”- ISIPs- , contando con instalaciones en la planta baja del edificio “A” del Centro Universitario Metropolitano CUM; ubicado en la 9 Av. 9-45 Zona 11, Guatemala.

3.1.2 características de la población

Se trabajó con diez psicólogos en formación, cinco pacientes con características de abuso sexual en las cuales se encontraban dos niños y tres niñas, y padres de los antes mencionados, todos pertenecientes al Instituto de Servicio e Investigación Psicopedagógica “Mayra Vargas Fernández” ISIPs.

3.2 Presentación, análisis e interpretación de resultados

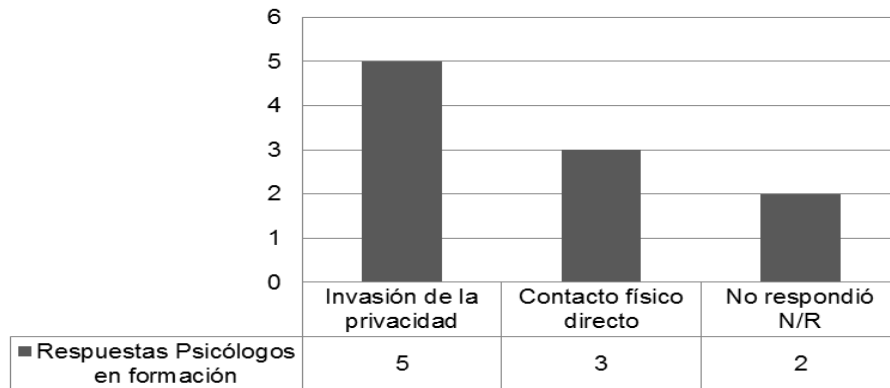
3.2.1 Análisis cuantitativo

A continuación se presentan los resultados del cuestionario dirigido a alumnos practicantes del instituto de servicio e investigación psicopedagógica -ISIPs-

Presentación de cuestionario a alumnos practicantes

Gráfica No.1

¿Qué entiende por abuso sexual infantil?

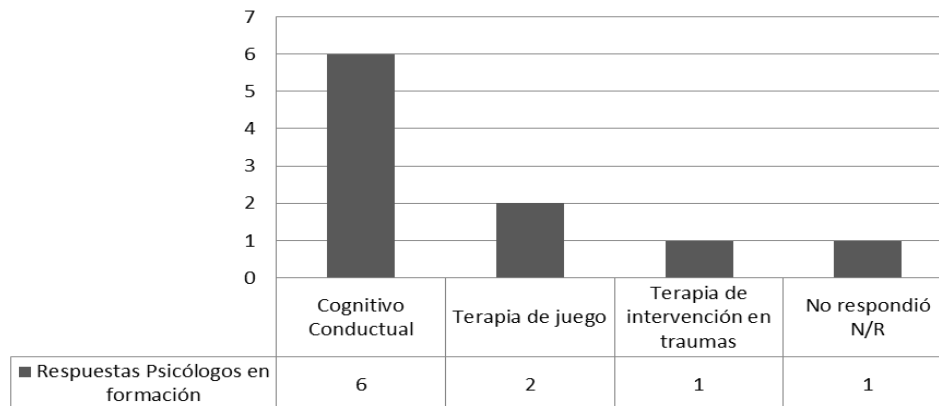


Fuente: Encuesta realizada en el Instituto de Servicio e Investigación psicopedagógica "Mayra Vargas Fernández" ISIPs.

Interpretación: El 50% de los psicólogos en formación entienden el abuso sexual como invasión de la privacidad, el 30% creen que es cuando se da el contacto físico y 20% no respondió.

Gráfica No. 2

¿Qué tipo de terapia se utiliza para tratar el abuso sexual infantil?

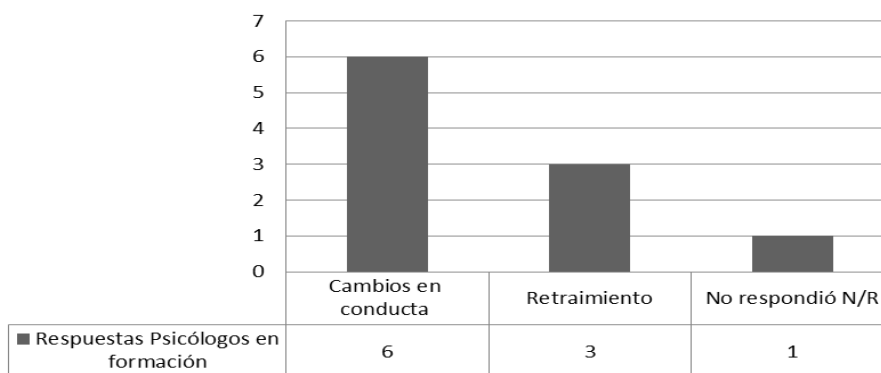


Fuente: Encuesta realizada en el Instituto de Servicio e Investigación psicopedagógica "Mayra Vargas Fernández" ISIPs.

Interpretación: El 60% de los psicólogos en formación consideran utilizar la terapia cognitivo conductual para tratar el abuso sexual infantil, 20 % utilizarían terapia de juego, 10% terapia de intervención en traumas, y otro 10% no respondió.

Gráfica No. 3

¿Cómo detecta a un niño o niña que ha sido víctima de abuso sexual?

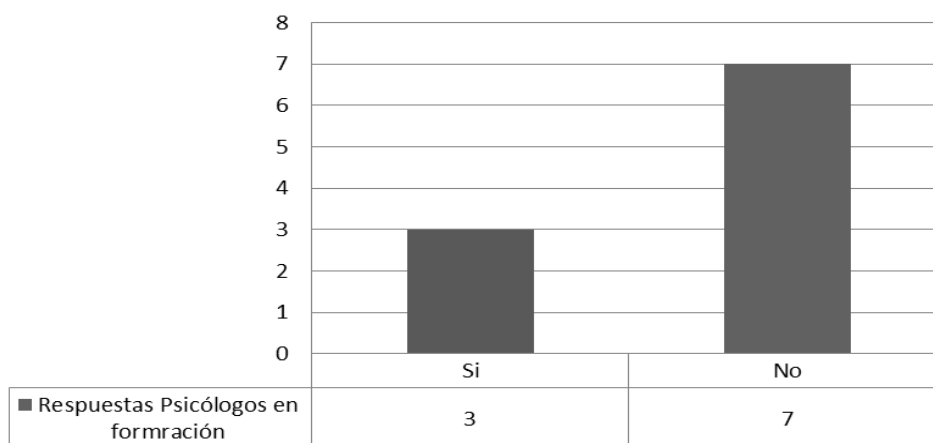


Fuente: Encuesta realizada en el Instituto de Servicio e Investigación psicopedagógica "Mayra Vargas Fernández" ISIPs.

Interpretación: El 60% de los psicólogos en formación detectan que un niño o niña ha sido víctima de abuso sexual por cambios en la conducta, 30% por retraimiento y el 10% no respondió.

Gráfica No. 4

¿Su centro de práctica cuenta con un área para atender a niños y niñas con abuso sexual?

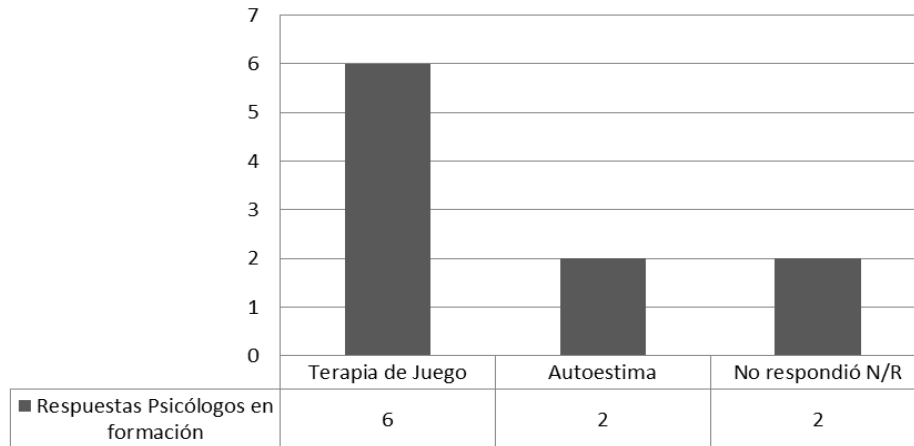


Fuente: Encuesta realizada en el Instituto de Servicio e Investigación psicopedagógica "Mayra Vargas Fernández" ISIPs.

Interpretación: El 30% de los psicólogos en formación cuenta con un área específica para atender a niños y niñas con abuso sexual, el 70% no cuenta con dicha área.

Gráfica No.5

¿Qué técnicas aplicarías para tratarlo?

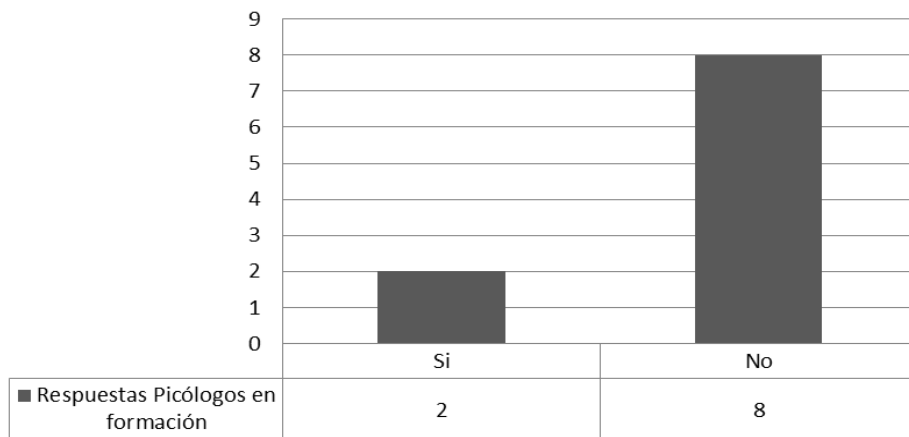


Fuente: Encuesta realizada en el Instituto de Servicio e Investigación psicopedagógica "Mayra Vargas Fernández" ISIPs.

Interpretación: El 60% de los psicólogos en formación aplicarían terapia de juego para tratar el abuso, el 20% trataría la autoestima y otro 20% no respondió.

Gráfica No. 6.

¿Ha atendido a un niño o niña con abuso sexual?

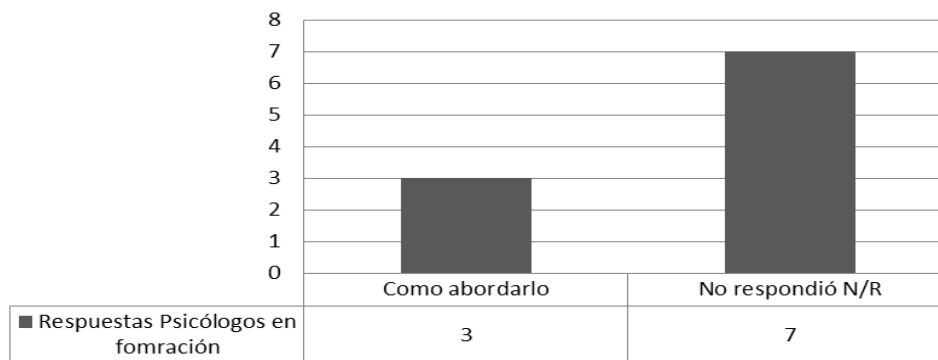


Fuente: Encuesta realizada en el Instituto de Servicio e Investigación psicopedagógica "Mayra Vargas Fernández" ISIPs.

Interpretación: 20% de los psicólogos en formación han tenido la oportunidad de atender a un niño o niña con abuso sexual, el 80% restante carece de haber dado dicha atención.

Gráfica No. 7

¿Cuáles son las dificultades que ha encontrado al momento de atender a un niño que ha sido abusado sexualmente?

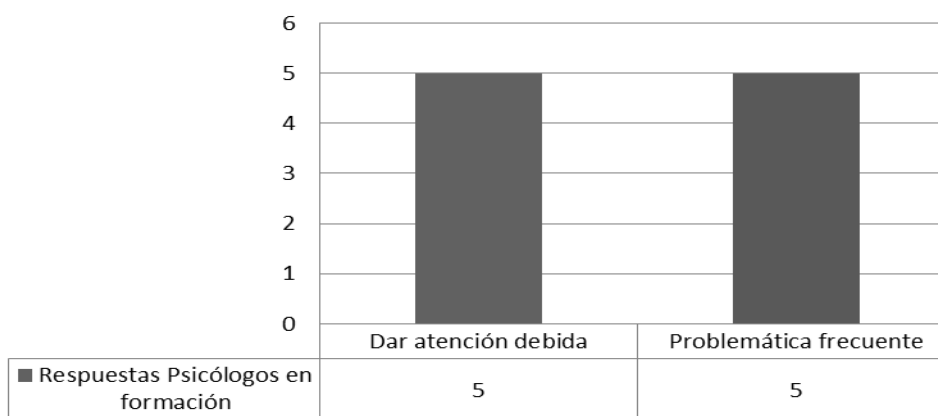


Fuente: Encuesta realizada en el Instituto de Servicio e Investigación psicopedagógica "Mayra Vargas Fernández" ISIPs.

Interpretación: El 30% de los psicólogos en formación consideran que la mayor dificultad al momento de atender a un niño que ha sido víctima de abuso sexual es como abordarlo, el 70% no respondió.

Gráfica No. 8

¿Porqué considera necesaria un área encargada para atender esta problemática?



Fuente: Encuesta realizada en el Instituto de Servicio e Investigación psicopedagógica "Mayra Vargas Fernández" ISIPs.

Interpretación: El 50% de los psicólogos en formación considera necesaria un área específica para dar la atención debida a esta problemática, el otro 50% de los psicólogos en formación consideran necesaria un área debido a que esta problemática se da con frecuencia en la sociedad guatemalteca.

3.2.2 Análisis cualitativo

Presentación de la evaluación a padres

Al iniciar los padres coincidieron en que sus hijos y/o hijas iniciaron con: “baja autoestima, timidez, depresión, rebeldes, negativos, dependientes y llenos de ira, terror para quedarse solos, que tienen un conocimiento avanzado sobre sexualidad para la edad que poseen, así como la masturbación y que dentro de sus juegos expresaban mucho su sexualidad al punto de llegarles a parecer incomodo a ellos”.

Al finalizar los padres coincidieron que sus hijos finalizaron el programa de otra forma: “su autoestima ha mejorado, se volvieron un poco más independientes, obedientes y colaboradores, tienen mayor control de sus emociones, son más positivos, menos tímidos, ya no expresan tanto su sexualidad”.

Presentación del resultado de evaluación a los pacientes

Esta parte de la evaluación atiende a los rasgos presentes en los pacientes que asistieron a terapia.

Diario de campo

Desarrollo: durante la primera sesión la población asistió puntualmente, siendo los pacientes “E” de sexo femenino de 10 años, “K” de sexo masculino de 12 años, “H” de sexo masculino de 8 años, “B” de sexo femenino de 9 años y “D” de 10 años.

Primera sesión

Durante la misma el niño “H” se mostro tímido, poco participativo, en su semblante reflejaba tristeza. El niño “K” también se mostro poco participativo, solo que, a diferencia del anterior paciente, “K” tuvo actitud grosera tanto para las terapeutas como para sus encargados. Poca aceptación a la terapia.

La niña “E” se mostro entusiasmada, participativa y más sociable; colaborando en cada una de las actividades. La niña “B” se mostro triste, tímida, poco accesible a las terapeutas. La niña “D” se mostro colaboradora, y más accesible realizando comentarios personales, de familia y de la escuela.

Segunda sesión

El niño “H” a diferencia de la primera sesión estuvo más participativo, aunque tuvo momentos de enojo y manipulación hacia la terapeuta. Al inicio de esta sesión el niño “K” se mostro con ira y enojo. Luego su actitud cambio, mostrándose más participativo. La niña “E” se mostro participativa, realizando comentarios acerca de su familia, especialmente de su hermano mayor, quien refiere “E”, se dirige a ella abusivamente. La niña “B” al iniciar la sesión se mostro con aspecto plano, al pasar el tiempo fue dirigiéndose y expresándose con la terapeuta. La niña “D” se mostro colaboradora al inicio, luego cambio notablemente, se rehusó a hacer las actividades.

Tercera sesión

El niño “H” estuvo participativo, en una de las actividades expreso cada uno de sus miedos, soltándose en llanto por cierto tiempo. Luego de realizar las actividades respectivas, “H” se mostro más tranquilo. En esta sesión el niño “K” se mostro más participativo, empezando a expresar cuales son sus principales temores. La niña “E” expreso ampliamente sus miedos, de igual forma la tristeza al no tener a sus padres cerca. La niña “B” fue poco expresiva, argumentando que “no quiero recordarme de todo lo malo, me da mucha tristeza”. La niña “D” a diferencia de todos los niños, fue la que expreso ampliamente cuales eran sus miedos y temores

Cuarta sesión

El niño "H" se mostro inquieto, al paso del tiempo estuvo atento a cada una de las actividades, refiriendo "me voy a portar bien, no quiero que mi mamá se enoje conmigo". El niño "K" participo en cada una de las actividades sorprendiendo así a la terapeuta con una actitud menos agresiva y más participativa. La niña "E" reflejo su interés y participación en cada una de las actividades. La niña "B" se mostro más expresiva y participativa, dando a conocer que ha sufrido de faltas de respeto tanto en la escuela como alrededor de su casa. La niña "D" también expreso las faltas de respeto sufridas por sus familiares, refiriendo "me gustaría que mi papá ya no me grite y no me pegue".

Quinta sesión

En esta sesión el niño "H" dio a conocer cuales son sus aspectos positivos, los rasgos físicos que le agradan y cuales son sus capacidades, entre las cuales se encuentran "jugar futbol, ayudar a mamá en casa". El niño "K" refirió sentirse inferior a todos los miembros de su casa, pero que algún día le gustaría ser alguien importante y así poder agradar a su familia. La niña "E" se mostro colaboradora refiriendo que entre los rasgos físicos que más le gusta esta su rostro, y algo que también le agrada es cuando mamá la elogia cuando hace actividades del hogar y de la escuela. La niña "B" refirió sentirse con pocas cualidades principalmente en la escuela, ya que varias de sus compañeras se burlan de ella y no la toman en serio, tampoco le gusta como algunos hombres se le quedan viendo. La niña "D" refirió que lo que más le gusta de ella es su sonrisa y también cuando hace las cosas bien en casa para que mamá no le grite.

Sexta sesión

En esta sesión el niño "H" no se presento a su terapia. El niño "K" se mostro más amigable, sociable y colaborador expresando a través de las actividades

sentimiento de enojo y tristeza por la agresión sufrida. La niña “E” también se mostro participativa y sonriente, refiriendo que “cuando juego con otros niños no me gusta que se me acerquen ni que me pongan las manos en los hombros”. La niña “B” comento con tristeza a la terapeuta cuáles habían sido las partes de su cuerpo que el agresor había tocado, y que en ese momento se sintió indefensa y desprotegida. La niña “D” refirió que “mi papá y mamá no me creían que lo que me había pasado, papá decía que eran inventos míos”.

Séptima sesión

El niño “H” se presento cinco minutos tarde, refiriendo la madre que “había mucho trafico y no pasábamos”, el niño expreso dos situaciones difíciles por las cuales había pasado, pero le fue difícil que solución darles, por lo que la terapeuta fue de apoyo para poder convertir esa situación en algo positivo. El niño “K” estuvo bastante participativo, expresando dos situaciones difíciles, que al contrario de “H”, “K” encontró lado positivo a estas situaciones y las expreso sin problema alguno. “E” expreso cuatro situaciones difíciles por las cuales había pasado, pero intento darles solución a tres, la terapeuta le apoyo, y “E” encontró solución a esa dificultad que le estaba causando mucha tristeza. “B” encontró dos situaciones difíciles una relacionada con la escuela y otra con su familia, “B” pidió ayuda a la terapeuta, luego de esta actividad “B” refirió sentirse desahogada y más tranquila. La niña “D” no se presento a terapia.

Octava sesión

Esta sesión se llevó a cabo de forma grupal niños – padres. La mamá de “H” se mostro atenta a la charla y participativa en la actividad, así mismo fue notoria la atención que ella brinda a “H”. La mamá de “K” se mostro participativa e interesada en cada una de las actividades, de igual forma refirió sentirse más tranquila porque estaba viendo cambios en su hijo. El papá de “E” en un inicio se mostro tímido y poco participativo, luego fue involucrándose en las actividades.

La mamá de “B” se mostro participativa refiriendo que tanto para ella como para su hija las terapias han sido de mucha ayuda. La mamá de “D” se mostro sería y poco participativa refiriendo “mi esposo ya no quiere que traiga a “D” porque el quiere que sea algo más rápido, dice que se han tardado mucho y ya no quiere perder su tiempo”, luego mamá de “D” refirió que “a mi no me importa lo que él diga porque yo estoy viendo cambios en “D” y aunque me cueste la seguiré trayendo”.

Novena sesión

En esta sesión “H” expreso sentirse más tranquilo, ahora se porta mejor con mamá y también en la escuela. “K” estuvo participativo refiriendo que se siente mejor, pero que hay ciertas cosas que le disgustan y que en ocasiones le cuesta controlar. La niña “E” refirió sentirse alegre porque ha dejado de hacer cosas que solo causan daño a ella y su familia. La niña “B” refirió que en ocasiones siente que sus compañeras aun le hacen burla y que no le gusta como la trata la familia paterna. “D” comentó que le ha gustado asistir a las terapias, pero que su papá aun es muy enojado y no deja que ella asista, “con mi mamá tenemos que salir a escondidas”.

Decima sesión

Esta terapia se realizó de manera grupal niños – padres. La mamá de “H” se mostro agradecida expresando que “antes “H” era más rebelde conmigo y no oía algún consejo que le daba, ahora ya me hace más caso y estoy contenta por eso. Quisiera que no se acabara”. “H” abrazó y demostró con palabras de afecto el cariño hacia su mamá. La mamá de “K” refirió sentirse contenta y agradecida por los cambios que vio en su hijo, “K” era un niño muy agresivo y enojado, no lo ha superado del todo, pero si ha disminuido bastante. Si el otro año continúan quisiera traerlo para completar su proceso. Agradezco a las terapeutas por la ayuda que le brindaron a mi hijo y a mi familia”. El papá de “E” refirió ver

cambios en su hija “E” es más cariñosa, ya no pelea tanto con su hermano y nos hace más caso; esta poniendo de su parte para salir mejor en la escuela, muchas gracias por todo”. La mamá de “B” refirió que “he visto pequeños cambios en “B” pero han sido de bastante ayuda, me siento feliz por eso y les agradezco mucho, el otro año quisiera llevarla a terapia para ayudarla un poquito más. La mamá de “D” refirió que “hice un gran esfuerzo por traerla y ha valido la pena, mi esposo nunca estuvo de acuerdo que trajera a la nena porque dice que ella no esta loca, pero la verdad que les agradezco bastante todo lo que han hecho por mi hija”

Test de la figura humana (koppitz)

“E” de sexo femenino de 10 años los rasgos presentes en el dibujo fueron: figura pequeña siendo esta indicador emocional de inseguridad, retraimiento y preocupación con relación al ambiente. Brazos cortos que indica que tiene tendencia al retraimiento con dificultades para abrirse al exterior y con las otras personas. A si mismo cabe mencionar con respecto al nivel de capacidad mental de este paciente según el test dio resultados de normal bajo para su edad cronológica.

“K” de sexo masculino de 12 años los rasgos presentes en el dibujo fueron: figura pequeña que es indicador emocional de inseguridad y preocupación con las relaciones interpersonales, adición de nubes que es indicador de niños muy ansiosos y de dolencias psicósomáticas y autoagresión y manos seccionadas que es indicador de niños tímidos, sentimientos de culpa por no poder actuar correctamente. A si mismo cabe mencionar con respecto al nivel de capacidad mental de este paciente según el test dio resultados de normal para su edad cronológica.

“H” de sexo masculino de 8 años los rasgos presentes en el dibujo fueron: ausencia de nariz que es indicador de conducta tímida y de escaso interés social, omisión de brazos que indica ansiedad y culpa por conductas sociales y líneas fragmentadas que indica que ansiedad y negativismo. A si mismo cabe mencionar con respecto al nivel de capacidad mental de este paciente según el test dio resultados de normal bajo para su edad cronológica.

“B” de sexo femenino de 9 años los rasgos presentes en el dibujo fueron: ausencia de la nariz que es indicador emocional de conducta tímida y retraída, omisión de piernas que es indicador de conflicto en el área sexual y ansiedad. A si mismo cabe mencionar con respecto al nivel de capacidad mental de este paciente según el test dio resultados de normal para su edad cronológica.

“D” de 10 años de sexo femenino los rasgos presentes en el dibujo fueron: asimetría que es indicador emocional de agresividad, líneas fragmentadas que es indicador de temor, inseguridad y negativismo. A si mismo cabe mencionar con respecto al nivel de capacidad mental de este paciente según el test dio resultados de normal bajo para su edad cronológica.

Análisis general

La realización de esta investigación surgió porque en el Instituto de Servicio e Investigación Psicopedagógica “Mayra Vargas Fernández” -ISIPs- no se ha podido brindar atención a niños y niñas que han sido abusados sexualmente, debido a que no cuenta con un programa diseñado para tratar a este tipo de población.

Entre los aspectos positivos están: el apoyo del Instituto de Servicio e Investigación Psicopedagógica “Mayra Vargas Fernández” ISIPs; agradecimiento de los padres y pacientes, mejora comportamental de los

pacientes, puntualidad de la mayoría de la población atendida, como también de las tesis.

Al terminar este programa se observó que los pacientes tuvieron cambios significativos tanto para ellos como para sus familias.

La mitad de la población muestra se mostró interesada en continuar con el proceso psicológico de sus hijos el otro cincuenta por ciento se niegan a tratar a sus hijos por este tipo de problema psicológico, argumentan “se le tiene que quitar solo” “tiene que entender” “no quiero que los demás se enteren” dicen que les da vergüenza que los demás se enteren de los problemas del hogar.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

Se pudo evidenciar a través del trabajo, que las principales necesidades de abordaje en el programa psicopedagógico, a víctimas de abuso sexual, son aquellas que ayuden al control de la ira, agresividad reprimida, culpabilidad, ansiedad e inseguridad y a mejorar sus relaciones sociales.

Se ha mejorado el conocimiento que se posee sobre el tratamiento para niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual, a través de la realización del programa –PANAS-.

Algunos de los padres de familia de los niños y niñas que asistieron al programa -PANAS-, tratan de encubrir, negar o invisibilizar el abuso que han sufrido sus hijos por temor al rechazo social por lo que prefirieron desistir.

Los principales síntomas que evidencian los niños y niñas que asistieron al programa –PANAS- fueron: timidez, agresividad reprimida y culpabilidad.

Se evidencia por medio del programa que los familiares son parte fundamental para apoyar en la recuperación del niño que ha sido víctima de abuso sexual.

4.2 Recomendaciones

Al instituto de Servicio e Investigación Psicopedagógica “Mayra Vargas Fernández”:

Que motiven a los estudiantes a poner en práctica el programa creado para la atención a niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual.

Continuar con la facilitación a los estudiantes de la carrera de psicología, de sus instalaciones para la implementación del programa creado.

A los estudiantes de la licenciatura en psicología:

Ampliar el programa para niños y niñas que han sido víctima de abuso sexual, creado para el Instituto de Servicio e Investigación Psicopedagógica “Mayra Vargas Fernández”

Crear un programa para la atención a los padres de niños que han sido abusados sexualmente para que así estos no sientan vergüenza y no dejen de asistir a las terapias.

A la población:

Que los padres de los pacientes afectados sean integrados a un programa psicoterapéutico para la mejora del ambiente familiar del paciente.

A futuras investigaciones similares:

Ser emprendedores y proactivos no temer a crear programas para la atención a niños con problemáticas que no se abordan con frecuencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. ARRUABARRENA, María. y Paúl, J. *Maltrato a los niños en la familia. evaluación y tratamiento*. Editorial Pirámide. Madrid: 1994, pp 25-44.
2. BAIN, Ouaine; Sanders, Maureen. *Abusos sexuales en la infancia*. 2006, pp 149.
3. Behavioral Psychology, *Psicología Conductual*, Vol. 19, Nº 2, 2011, pp. 469-486.
4. Boletín informativo, ECPAT, Guatemala, febrero 2001.
5. CANTÓN Duarte, José y Cortes Alboleda, María del Rosario, *Evaluación principal de los abusos sexuales en la infancia*, tercera edición, España: editorial Biblioteca Nueva, 2002, pp 115-137.
6. CARO Isabel. *Manual de psicoterapias cognitivas: estado de la cuestión y procesos*. Editorial Paidós, tercera edición, Barcelona España: 1997, pp 464.
7. ECHEBURÚA Enrique, GUERRICAECHEVARRÍA Cristina, *Tratamiento Psicológico De Las Víctimas De Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar: Un Enfoque Integrador*, Madrid España, 2000, pp 489
8. FERNÁNDEZ Valdivieso Sergio. Fundamentos y límites de la psicoterapia. Boletín No.2 Escuela de Medicina, Universidad Católica. Chile: 1994, pp 97 - 102

9. FINKELHOR David. abuso sexual al menor. Editorial PAX, Primera Reimpresión 2005, México1980, pp 304.
10. FISCH R., J.H. Weakland Y L Segal. *La táctica del cambio: cómo abreviar la terapia*. Editorial Herder, Barcelona España: 1984, pp 289.
11. GONZÁLEZ Menéndez R. *La psicología en el campo de la salud y la enfermedad*. La Habana: Editorial Científico Técnico; 2004, pp 152.
12. HIDALGO Moreno, M. *la crianza y educación en el contexto familiar*, primera edición, Madrid España: editorial Visión Libros, 1996; pp 373
13. HORNO, P., Santos, A., Del Molino, C. *Abuso sexual infantil*, editorial Save The Children, 2001, pp 31 – 38.
14. HORNO Goicoechea, Pepa. *Abuso Sexual Infantil: Manual de formación para profesionales*, primera edición, editorial Save the Children, 2001, pp 26.
15. INTEBI, V Irene. *Abuso sexual infantil: en las mejores familias*. Ediciones Granica S.A, 1998, pp 335
16. LOPERA, Juan José, *El uso de la música para curar*, primera edición, Barcelona España: editorial Amarú, 1998, pp 16- 30.
17. MUÑOZ Quintero, José, *Juego libre y dirigido*, revista Temas para la Educación, volumen 2, No.3, 2009, pp 129 – 136.

18. PADILLA Eduardo, *familias violentas* Revista Criterio No.2175, Buenos Aires, Argentina. Mayo 1996.
19. SÁNCHEZ Díaz Monserrat, *Terapia familiar sistémica*, Jalisco México, Boletín "Enlace del Psicólogo", año 2, No. 10 2008, pp 157.
20. Trifoliar informativo Centro de Servicios Psicopedagógicos "Mayra Vargas Fernández" - CENSEPs - , ciclo 2007.
21. ZARATE Mario, *Heridas emocionales*. Editorial UPS. La Paz- Bolivia, 2000, pp 58 pp 143.

Egrafía

http://www.cij.gob.mx/Publicaciones/pdf/CAPITULO_VII.pdf consultada el 29 de Septiembre de 2011.

<http://www.psicologiaonline.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual.htm>, consultada el 02 de Octubre de 2011.

<http://escuelapsicodramaclasicoconceptos.blogspot.com/2011/05/definicion-de-psicodrama.html>, consultada 26 de Abril de 2012.

<http://www.terapiafamiliar.org.ar/archivos/De%20Palma%20Fern%E1ndez%20%20Familias%20ensambladas.pdf>, consultada 26 de Abril de 2012.

<http://www.zonapediatrica.com/psicologia/abuso-sexual-infantil-definicion.html> consultada el 26 de Abril de 2013

ANEXOS



“PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN A NIÑOS ABUSADOS SEXUALMENTE QUE ASISTEN AL
INSTITUTO DE SERVICIO E INVESTIGACIÓN PSICOPEDAGÓGICA “MAYRA VARGAS FERNÁNDEZ”
ISIPs”

Objetivo: Elaborar un programa para la atención a niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual,
que asisten al Instituto de Servicio e Investigación Psicopedagógica “Mayra Vargas Fernández” –ISIPs-
Investigadoras: Alcira González. / Mirna Chutan

CUESTIONARIO PARA ESTUDIANTES PRACTICANTES

Instrucciones: Lea las preguntas atentamente, conteste según su criterio y conocimientos acerca del tema.

Grado/ Centro de Práctica _____

1. ¿Qué entiende por abuso sexual infantil? _____

2. ¿Qué tipo de terapia se utiliza para tratar el abuso sexual infantil? _____

3. ¿Cómo detecta a un niño o niña que ha sido víctima de abuso sexual? _____

4. ¿Su centro de práctica cuenta con un área para atender a niños y niñas con abuso sexual? _____

5. ¿Qué técnicas aplicaría para tratarlo? _____

6. ¿Ha atendido a un niño o niña con abuso sexual? _____

7. ¿Cuáles son las dificultades que ha encontrado al momento de atender a un niño que ha sido abusado sexualmente?_____

8. ¿Considera necesaria una área encargada para atender esta problemática y por qué?_____



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



“PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN A NIÑOS ABUSADOS SEXUALMENTE QUE ASISTEN AL INSTITUTO DE SERVICIO E INVESTIGACIÓN PSICOPEDAGÓGICA “MAYRA VARGAS FERNÁNDEZ” ISIPs”.

Objetivo: Elaborar un programa para la atención a niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual, que asisten al Instituto de Servicio e Investigación Psicopedagógica “Mayra Vargas Fernández” –ISIPs-
Investigadoras: Alcira González. / Mirna Chutan

ENTREVISTA

Nombre:	Edad:
Fecha de Nacimiento:	
Escolaridad:	
Establecimiento Educativo:	
Nombre del padre o encargado	Edad:
Escolaridad:	Ocupación:
Fecha de entrevista:	

Motivo de consulta: _____

Historia del Desarrollo

Embarazo planificado _____ Atención prenatal _____

A término _____ Cesaría _____ Duración del parto _____

Primera impresión de la madre al ver a su hijo _____

Primera impresión del padre al ver a su hijo _____

Lactancia materna _____ Pacha _____ Otros _____

Inquieto para dormir _____ porque _____

Resistencia para ir a dormir _____ porque _____

Temor a oscuridad _____ porque _____

Temor a quedarse solo _____ porque _____

Controla esfínteres _____ Edad que empezó ir al baño _____

Quien le enseñó a ir al baño _____

Como le enseñaron a ir al baño _____

Balbuceo _____ Gorjeo _____ Edad de primeras palabras _____

Edad empezó a unir palabras o decir frases _____

Edad en la que asistió por primera vez a escuela o guardería _____

Rendimiento escolar _____

Relación con Maestro/a _____

Relación con compañeros de clase _____

El niño/a es cariñoso/a _____ porque _____

Reacción de temor ante extraños _____

Presenta berrinches _____ porque _____

Juguetes favoritos _____

Juegos que le interesan _____

Responsabilidad de la conducta del niño/a en casa _____ porque _____

Quien se relaciona de forma más cercana con el niño/a _____ porque _____

Reconoce partes de su cuerpo _____ Se ha tocado alguna parte del cuerpo _____

Cuáles _____

Reacción extraña cuando un familiar, vecino u otro toca una parte de su cuerpo _____

Golpes, marcas, cicatrices u otros _____

Tiene amigos/as _____ Tiene un mejor amigo/a _____

Evento significativo _____

Grupo familiar

Nombre_____ Parentesco_____ Edad_____

Nombre_____ Parentesco_____ Edad_____

Nombre_____ Parentesco_____ Edad_____

Nombre_____ Parentesco_____ Edad_____

Nombre_____ Parentesco_____ Edad_____

Nombre_____ Parentesco_____ Edad_____

Padre o encargado que proporcionó datos_____



PROGRAMA PSICOPEDAGÓGICO PARA LA ATENCIÓN A NIÑOS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL –PANAS-

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Este programa está diseñado para niños y niñas de 7 a 13 años que han sido víctimas de abuso sexual, que presentan bajo rendimiento escolar a causa del mismo, que asisten al Instituto de Servicio e Investigación Psicopedagógica “Mayra Vargas Fernández” –ISIPs-.

OBJETIVO GENERAL

Que los niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual desarrollen actividades que les ayuden a mejorar su bienestar psicológico y su rendimiento escolar.

METODOLOGÍA

La población será atendida por medio de terapias individuales y grupales.

1ª Fase: momento de énfasis en el contacto.

En este primer momento del proceso psicoterapéutico se debe principalmente tratar de: establecer rapport, descubrir el sufrimiento de la persona que acude a solicitar ayuda y mostrar compasión, explorar los niveles de introspección de esa persona y demostrar pericia.

Se podría dividir esta fase en tres etapas: 1º el momento social, de saludo y toma de datos; 2º el planteo de la queja por parte del paciente, que se logra mediante una pregunta abierta, esta etapa es muy importante para el rapport por que permite al terapeuta compadecerse del paciente, mostrar empatía, sentir con él, aquí se busca también un marco de referencia, acerca del paciente y su

problema; y por último, la 3ª etapa, que se trata de definir lo más concretamente posible el problema.

Según Fisch y Weakland, “el objetivo primordial del terapeuta a lo largo de la entrevista inicial consiste en recoger la adecuada información sobre los factores que consideramos esenciales para cada caso: naturaleza de la enfermedad, como se está afrontando el problema, objetivos mínimos del cliente, y actitud y lenguaje del cliente”.

El rapport es un factor esencial en la terapia, ya que, lo primero que se debe buscar es que tanto el paciente y el terapeuta se sientan cómodos, seguros, confiados de manera que el clima sea propicio para llevar a cabo una terapia efectiva. Para lograr un buen rapport se deben tener en cuenta muchos aspectos.

“Es importante durante la entrevista establecer una buena relación terapeuta-paciente, pues de esto depende mucho el éxito o fracaso de la evaluación y del tratamiento. El terapeuta debe procurar que el paciente hable de su problema o historia con sus propias palabras y conservar un ambiente natural y relajado. Tanto paciente como terapeuta deben estar tranquilos, comenzar la entrevista con una conversación fácil ayudará a eso. Su primer objetivo es simplemente formarse un juicio del paciente e iniciar una buena relación, sin llegar a un diagnóstico inmediato”.

Primero, el terapeuta debe presentarse y preguntar luego el nombre del paciente, luego en una conversación amena, el terapeuta debe tratar de captar el lenguaje del paciente, y utilizarlo, ayudará al establecimiento del rapport. Hay que reconocer señales del paciente: “un signo es el del lenguaje no verbal de la cara, el cuerpo y la voz, que a menudo es difícil de controlar, indican los sentimientos del paciente sin utilizar palabras”. Leer estas señales lleva a entablar una buena relación.

Luego de captar el lenguaje del paciente y sus señales y utilizarlas, para hacerlo sentir cómodo, se debe explorar el sufrimiento del paciente: “Hay en general dos aspectos en los problemas del paciente: los hechos y las emociones asociadas. Los hechos son síntomas y las emociones son los sentimientos que estos hechos suscitan en el paciente y le hacen sufrir”. Para establecer una buena relación se deben explorar no sólo los hechos sino también los sufrimientos, valorándolos, demostrando que le interesan y que quiere saber más acerca de ellos. También se debe responder con empatía: “Cuando el paciente exteriorice su sufrimiento, transmítale que le comprende, muestre su empatía, exprese su compasión. Para que el paciente exprese su sufrimiento, el terapeuta debe mostrar empatía”.

Según el DSM IV el terapeuta debe establecer dos objetivos, uno que se discute con el paciente y otro “terapéutico”, basado en la naturaleza de la enfermedad.

2ª Fase: momento de énfasis en el diagnóstico:

Las funciones del diagnóstico son: organizar datos recibidos, entender o captar lo significativo, predecir el curso, ayudar a seleccionar las estrategias más adecuadas de intervención y facilitar la comunicación entre los trabajadores de la salud. “El diagnóstico debe estar al servicio de la preparación específica de un tratamiento. El diagnóstico puede ser, por lo tanto, valorado según la ayuda que preste a la aplicación efectiva de un determinado tratamiento”

El diagnóstico comprende:

- Obtener datos referentes a la conducta humana o los efectos de la conducta.
- Interpretar los datos obtenidos. Sobre la base de las interpretaciones, deducir las consecuencias para aquellos de quienes proceden los datos.
- Ejercitar estas actividades dentro de un papel con exigencias profesionales”.

Además un diagnóstico debe tener en cuenta los siguientes aspectos del paciente: edad, situación vital, rasgos de personalidad, nivel de instrucción, habilidades y capacidades. Se debe analizar las circunstancias en que el diagnóstico puede convertirse en inseguro, arriesgado y problemático. La recogida de datos al igual que el proceso de producción de datos puede dificultar y repercutir negativamente en el diagnóstico cuando los datos se emiten durante un largo período de tiempo y/o en una sucesión muy densa. “Los datos cognitivos pueden introducir cierta inseguridad en el proceso diagnóstico debido a su diversidad y maleabilidad lo que hace que sus deformaciones resulten a veces muy difíciles de comprobar”

3ª Fase: momento de énfasis en las intervenciones fundamentales:

Para producir cambio el terapeuta debe intervenir, y para poder intervenir es necesario planificar el caso, establecer objetivos, planificar estrategias de solución e intervenciones. Dicha planificación está sujeta a cambio, a medida que el tratamiento avanza necesita ser “reconsiderada”.

“Las intervenciones generales son más amplias, se utilizan para comunicar una postura general y preparar el terreno para una intervención específica posterior, pero se pueden usar en casi cualquier momento de la terapia y comúnmente son suficientes para solucionar por sí mismas el problema del cliente.”

4ª Fase: momento de énfasis de la conclusión del proceso.

La terminación del tratamiento debe ser tomada como un acontecimiento especial, y debe prestársele mucha atención porque a lo largo del tratamiento, terapeuta y paciente han ido desarrollando una relación que termina con el tratamiento.

Es importante tener en cuenta los motivos de dicha terminación, ya que un tratamiento puede acabarse porque el problema ya se solucionó, porque el

paciente desea poner fin al tratamiento sin que el problema haya sido solucionado o porque considera que ya se resolvió, o porque el terapeuta desea ponerle fin (ya sea porque considera solucionado el problema, o por alguna otra razón). En algunas ocasiones sucede que los pacientes no se sienten capaces de suspender el tratamiento aun a pesar de que lo que el psicoterapeuta indica es, precisamente, la terminación del mismo. En otros casos, sin embargo, cuando el psicoterapeuta considera que es realmente necesario continuar con el tratamiento, el paciente decide suspenderlo.

Lo ideal sería que el terapeuta sugiera el momento adecuado para poner fin al tratamiento y que el paciente esté de acuerdo, pero no siempre las cosas ocurren de esa manera. En este caso, son los padres y madres de familia que desean poner fin al tratamiento por muchos motivos, ya sea por observar en su hijo u hija una mejoría y considera que su problema se ha solucionado, pero puede ocurrir lo contrario, que estén insatisfechos con el tratamiento, porque aún no han observado cambios significativos en sus hijos. Por otro lado también pueden surgir circunstancias que impidan la continuación del tratamiento como problemas económicos, falta de transporte, desastres naturales, mudanza, entre otros por parte del niño y niña que asiste a la institución. Además “los tratamientos con un límite temporal prefijado acaban automáticamente una vez realizado el número de sesiones convenido”.

Hay algunos pacientes que buscan problemas constantemente para no dejar la terapia, en ese caso, es necesario analizar detenidamente si es conveniente o no dar por terminado el tratamiento. Una salida es por ejemplo, trabajar con el hecho mismo de que el paciente esté buscando excusas para no dejar la terapia, ya que el terapeuta se debe asegurar de que la persona esté afectivamente preparada para dejarla. Hay veces que las personas logran mejorar sustancialmente sus problemas pero temen no poder proseguir solos.

Al hacer un cierre o terminación de un tratamiento se debe realizar una evaluación de los logros, analizar lo que se logró y lo que no se logró. Enfatizar los logros como producto del trabajo en equipo y de la colaboración del consultante (no como resultado de las habilidades del terapeuta) y las fallas atribuir las al terapeuta o a las limitaciones de la terapia en sí.

Si se lograron los objetivos propuestos no es conveniente procurar “mejorar la mejoría”, es decir buscar otros aspectos que podrían mejorar por ejemplo. Es mejor, distinguir los logros, y en todo caso, sugerir hacer una pausa antes de tratar problemas nuevos. Del mismo modo si se no se lograron los resultados, se debe poder admitir el fracaso y no hacer mayores esfuerzos por continuar con la terapia. Proponer entrevistas de seguimiento mantiene la posibilidad de ayuda del terapeuta y da seguridad al paciente para consolidar los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

RUIZ SÁNCHEZ Juan José y Cano Sánchez Justo José, *Manual de psicoterapia cognitiva*, www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/Manual/manual.htm, consultada 02 de Octubre de 2013.

FISCH R., WEAKLAND J.H. y SEGAL L., *La táctica del cambio*, primera edición, Barcelona: Editorial Herder, 1984, 106 páginas.

GORSKI, T, y Miller, M, *Enfoques y modalidades en psicoterapia*, www.cij.gob.mx/Publicaciones/pdf/CAPITULO_VII.pdf, consultada 29 de Septiembre de 2013.



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



"PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN A NIÑOS ABUSADOS SEXUALMENTE QUE ASISTEN AL INSTITUTO DE SERVICIO E INVESTIGACIÓN PSICOPEDAGÓGICA "MAYRA VARGAS FERNÁNDEZ" ISIPs".

HOJA DE PLANIFICACIÓN ACTIVIDADES				
TIEMPO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
45 minutos	<ul style="list-style-type: none">Facilitar la proyección de los sentimientos subjetivos de los niños y niñas a través del dibujo.	<ul style="list-style-type: none">Bienvenida: Proporcionar gafetes que identifiquen a la población, dar palabras de bienvenida y realizar actividades de convivencia: (cantos y dinámicas rompe hielo.)Test de la Familia (Machover): Él terapeuta indicara al niño que en una hoja realice el dibujo de la familia, como él quiera dibujarla.Dibujo libre: se le dará a cada niño una hoja papel y crayones para que hagan el dibujo que deseen.Organización: Organizar a la población en cada uno de los horarios de acuerdo a su edad.	<ul style="list-style-type: none">Sillas.Gafetes.Protocolo historia clínica.Hojas t/carta.Lapiceros, lápices.	

<p style="text-align: center;">45 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que los niños y niñas expresen como se sienten con respecto a su autoestima. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida: Proporcionar gafetes que identifiquen a la población, dar palabras de bienvenida y realizar actividades de convivencia: (cantos y dinámicas rompe hielo.) • Plática: se le dará al paciente una plática breve explicándole que es el autoestima y que las personas pueden tener autoestima alta y baja. • ¿Conozco mi cuerpo? Se deberá proporcionarles a los pacientes un dibujo del cuerpo humano (con ropa) de acuerdo a su sexo e indicarles que señalen cada una de las partes del cuerpo, posteriormente deberán de pintar de rojo las áreas de su cuerpo que les desagradan y de azul las que más les agradan. Al terminar el terapeuta deberá elevar el autoestima del paciente, hablando con él y haciendo énfasis en que todos somos diferentes y que las diferencias nos hacen ser especiales. • Ejercicio de autoestima: se le hará entrega de una hoja indicándoles que representa su autoestima, luego se les leerán frases que describan a personas con autoestima baja, cuando el terapeuta lea cada frase, el paciente deberá arrancar un pedazo de papel de acuerdo al tamaño que representa ese problema en su autoestima. Luego indicarle que 	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas. • Gafetes. • Imágenes cuerpo humano. • Lapiceros. 	
--	--	--	--	--

		reconstruya su autoestima juntando los pedazos de papel para armar de nuevo la hoja, para concluir se deberá preguntarle al niño cómo se siente con respecto a su autoestima, el terapeuta deberá reforzar nuevamente las cosas buenas que tiene el paciente.		
45 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Que los niños y niñas relaten actividades que les ayuden a enfrentar sus miedos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida: Proporcionar gafetes que identifiquen a la población, dar palabras de bienvenida y realizar actividades de convivencia: (cantos y dinámicas rompe hielo.) • Mis miedos: se deberá proporcionarles a los niños y niñas hojas en blanco, en las cuales deberán realizar dibujar y pintar algo que les recuerde un suceso que les haya dado miedo luego deberán de decir lo que no les gustó de ese día y que cuenten lo que recuerdan al respecto, al finalizar el terapeuta platicará con el paciente haciendo énfasis en que es normal sentir miedo y que todos sentimos miedo alguna vez. Posteriormente deberán de hacer un listado de cosas que les producen miedo. Por cada cosa que les produzca miedo deberán de decir algo de cómo enfrentar esos miedos. El terapeuta deberá de explicarle que los miedos se pueden enfrentar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas. • Papel bond en pliegos. • Crayones, lápices y lapiceros. 	

<p style="text-align: center;">2 horas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que los niños y niñas indiquen maneras en las que pueden hacer que los respeten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida: Proporcionar gafetes que identifiquen a la población, dar palabras de bienvenida y realizar actividades de convivencia: (cantos y dinámicas rompe hielo.) • Charla: Los niños y niñas recibirán breve charla de los valores y la educación hacia ellos mismos y hacia los demás. • Respeto: Se les indicará a los niños colocarse en pareja, luego deberán decirse lo que no les gusta que le hagan o que les digan, después deberán de compartir las con todos, para finalizar esto el terapeuta deberá explicarles como es la forma correcta de comportarse y como se deben de comportar con ellos, y explicarles que nadie les puede obligar a hacer cosas que no son correctas incluso ningún adulto. • Receso • Valores y Educación: Se les proporcionara un globo el cual tendrán que inflar, para luego reventarlo. Adentro del globo se encuentran papelitos que contienen escritos los valores. Los niños tendrán que expresar lo que saben acerca de ese valor, posteriormente el terapeuta deberá de explicarles para que sirven los valores y como estos pueden ayudarlos al convivir con los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas. • Carné. • Títeres. • Crayones. • Papel. • Tijeras • Goma 	<p>La terapia se realizará de manera grupal.</p>
---	--	---	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Teléfono Descompuesto: todos los niños formaran una fila, el niño que encabeza la fila pasará información contará alguna ocasión en la que le faltaron el respeto, el ultimo niño tendrá divulgar la información. Todos los niños deberán encabezar la fila una vez para compartir. Cada vez que un niño comparta entre todos deben de encontrar una manera de hacer que esa persona no les vuelva a faltar el respeto. 		
<p>45 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que los niños reciban habilidades para mejorar su autoestima. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida: Proporcionar gafetes que identifiquen a la población, dar palabras de bienvenida y realizar actividades de convivencia: (cantos y dinámicas rompe hielo.) • Frente a frente: Se dará hojas en blanco, en las cuales deberá escribir las características positivas que él posee, rasgos físicos que le agraden y capacidades. Luego tendrá que sentarse frente al terapeuta y compartir lo antes escrito y por último el terapeuta dará elogios. • Se culminara leyendo el cuento del patito feo y realizando preguntas a cada niño o niña sobre el cuento el terapeuta hablará sobre la moraleja que deja el cuento haciendo énfasis en que existen diversos tipos de bellezas y que se deben de valorar a sí mismos como son. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas. • Gafetes. • Hojas en blanco. • Lapiceros. 	

<p>45 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que el niño exprese los sentimientos generados por el abuso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida: Proporcionar gafetes que identifiquen a la población, dar palabras de bienvenida y realizar actividades de convivencia: (cantos y dinámicas rompe hielo.) • Charla: el terapeuta dará una plática breve sobre la culpabilidad deberá hacer énfasis en que nada ni nadie puede hacerlos sentir culpables en situaciones donde ellos no han hecho nada malo. • "Este es nuestro cuerpo": Se les proporcionará dibujos de niños y adultos con distintos trajes distintos los cuales deberá pintar, recortar y pegar, para que quede como títere, luego se les pedirá que señalen las zonas donde no les gustaría ser acariciado. El terapeuta les recordará lo que han hablado sobre el respeto y les ayudará proporcionándoles alternativas de lo que pueden hacer si alguien intentará tocarles partes en las que ellos no quieren. El terapeuta debe preguntarle al paciente si quiere compartir alguna experiencia similar, respetando si no quiere hacerlo. Si el paciente llegara a compartir una situación de estas se le recordará los conocimientos de autoestima y valor sobre si mismo haciendo énfasis en que nada que haya sucedido lo debe de hacer sentir culpable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas. • Carné. • Títeres. • Crayones. • Papel • Tijeras • Goma 	
--------------------------	--	--	--	--

<p>45 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que el niño aprenda a visualizar situaciones agradables. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida: Proporcionar gafetes que identifiquen a la población, dar palabras de bienvenida y realizar actividades de convivencia: (cantos y dinámicas rompe hielo.) • Charla: el terapeuta dará una breve platica sobre los sentimientos y emociones y cómo manejarlas. • ¿Lo cuentas o no?: se le indica al niño que piense en dos situaciones difíciles por las cuales haya tenido que pasar y que aún están guardadas. Luego se le pedirá que escriba una carta con ellas si puede escribir, si no que las dibuje para posteriormente compartirlas con el terapeuta, él le preguntará que malos sentimientos le traen esas situaciones y le ayudará a visualizar una situación agradable por cada sentimiento malo, le explicará que si vuela a sentir esas emociones mala visualice las cosas buenas que aprendió. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas • Gafetes • Papel • Sobres • Imágenes 	
<p>2 horas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que los niños y niñas distingan el rol correcto de los adultos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida: Proporcionar gafetes que identifiquen a la población, dar palabras de bienvenida y realizar actividades de convivencia: (cantos y dinámicas rompe hielo.) • Charla: Los niños y niñas recibirán breve charla el rol correcto de los niños y adultos en la escuela y en su casa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas • Títeres • Teatro 	<p>La terapia se realizará de manera grupal.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Receso • “Teatro”: Se les dará cuatro títeres, (1 niño, 1 niña, 2 adultos los que habían hecho con anterioridad) luego los colocaran en el teatro para desarrollar su propia obra de teatro. Los títeres tienen opción de colocárseles la ropa que ellos deseen. Se les dirá que representen su escuela y su casa formaran en tríos para y cada uno dirigirá un tema distinto. En ellos deberán expresar como es el rol de los adultos en su vida diaria y posteriormente como debería de ser. Al finalizar el terapeuta les recordará que el rol del adulto es el de protegerlos y guiarlos, que aunque no todos siguen su rol siempre pueden acudir a un adulto de confianza. 		
45 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Que los niños y niñas recuerden lo que han aprendido con anterioridad en las terapias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida: Proporcionar gafetes que identifiquen a la población, dar palabras de bienvenida y realizar actividades de convivencia: (cantos y dinámicas rompe hielo.) • Repaso: se recordarán los temas que se han enseñado en las terapias anteriores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas. • Lapiceros. 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Redacciones”: se les proporciona una hoja con imágenes de las siguientes emociones: triste, enojado, asustado, alegre, luego se les indicará que desarrollen situaciones con las emociones antes mencionadas. El terapeuta le recordará que es normal sentir todo tipo de emociones y que las malas pueden ser sustituidas con visualizaciones, el terapeuta hará visualizaciones con el paciente. 		
<p>45 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que los niños o niñas liberen los sentimientos que aún no han podido expresar a través de la música y pintura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida: Proporcionar gafetes que identifiquen a la población, dar palabras de bienvenida y realizar actividades de convivencia: (cantos y dinámicas rompe hielo.) • ”Musicoterapia”: Se les dará un pliego de papel indicándoles que expresen sus sentimientos pintando con temperas y sus dedos el papel al ritmo de la música. Se le pondrá distintos tipos de música que le hagan expresar diferentes emociones durante 20 minutos. Cuando hayan terminado de pintar, se les indica que compartan el sentimiento que les proporcionó hacer la pintura, se les explicará que esta es otra forma de liberar sus sentimientos. El terapeuta les hablará de la importancia de expresar lo que se siente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas. • Carné. • Papel bond en pliegos. • Crayones. • Grabadora. • CD musical 	

<p style="text-align: center;">2 Horas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que los niños y niñas logren dar un cierre a las actividades terapéuticas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida: Proporcionar gafetes que identifiquen a la población, dar palabras de bienvenida y realizar actividades de convivencia: (cantos y dinámicas rompe hielo.) • Cambios: Se les proporcionará a los padres o encargados una hoja en la que llenaran un cuadro de los cambios que observaron en su hijo/a. Luego compartirán dichos cambios, a través de la dinámica de la "papa caliente". • Charla: se les dará una charla motivacional enfocándose en la unidad familiar y su importancia para superar adversidades. • Receso • Carta: se les pedirá a los niños que hagan una carta a la persona que más les hizo daño expresándole todo lo que sienten y sintieron, posteriormente se amarrará a un globo de helio y junto con su padre o encargado lo dejarán ir. El terapeuta les explicará que todo lo malo que han vivido hay que dejarlo ir y sentirse libres, • ¿Lo que no sabía?, ¿Lo que aprendí? Y ¿Para qué me servirá?: A los padres o 	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas. • Hojas cuadro de cambios. • Lapiceros. • Globos. • Maracas. • Frases. <p>Refrigerio.</p>	<p>La terapia se realizará de manera grupal</p>
---	--	--	--	---

		<p>encargados se les proporcionará una hoja, en la cual deben escribir lo que no sabían sobre sus hijos u abuso sexual, lo que aprendieron y para que les servirá. Luego compartirán lo escrito y él o los terapeutas darán palabras de reflexión tanto a padres como a niños.</p> <ul style="list-style-type: none">• Agradecimientos: Se les dará las gracias a la población por la colaboración en el proyecto. Así mismo se tomaran fotografías de la actividad, se les dará una frase• Refrigerio: se les proporcionará un pequeño refrigerio		
--	--	---	--	--

DIARIO DE CAMPO

Fecha: Sábado 2 de Agosto de 2014 – Sábado 11 de Octubre de 2014

Hora: 8:00 – 12:00 hrs.

Lugar: Instituto de Servicio e Investigación psicopedagógica ISIPs.

Observadoras: Alcira González / Mirna Chutan.

Temática: “PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN A NIÑOS ABUSADOS SEXUALMENTE QUE ASISTEN AL INSTITUTO DE SERVICIO E INVESTIGACIÓN PSICOPEDAGÓGICA “MAYRA VARGAS FERNÁNDEZ” ISIPs”.

DESARROLLO	PERCEPCIÓN
<p>Durante la primera sesión, la población asistió puntualmente.</p> <p>Se atendieron a niños de 8 y 12 años; y niñas entre 9 y 10 años.</p> <p>Los niños se mostraron tímidos, a diferencia de las niñas, que fueron más participativas y colaboradoras.</p> <p>En la segunda sesión se incorporó el hermano de “E”, “K”, quien mostro ira, enojo y poca aceptación a la terapia. “E” se sintió intimidada porque su hermano le contestaba abusivamente.</p> <p>El niño “H” también mostro enojo y manipulación. La niña “B” mostro aspecto plano.</p>	<p>Pacientes llegaron con timidez, baja autoestima, bajo autoconcepto de sí mismo, agresividad, frustración y poco seguimiento de instrucciones.</p> <p>Al terminar este programa se observó que los pacientes tuvieron cambios que fueron significativos tanto para ellos como para sus familias.</p> <p>El cincuenta por ciento de la población está interesada en continuar con el proceso psicológico de sus hijos.</p>

En una de las actividades realizadas en la tercera sesión, la niña "B" se soltó en llanto. La niña "E" mantiene actitud burlista ante su hermano, por lo tanto "K" tiene actitud grosera y pesada hacia "E". También hubo inasistencia del 50% de la población.

En la cuarta sesión el niño "H" mantiene actitud negativa ante una de las actividades. Los hermanos "K" y "E" continúan con los disgustos y peleas entre ellos mismos.

En la quinta sesión los hermanos "K" y "E" tienen un momento en el que no realizan peleas, sino todo lo contrario, disfrutan y comparten de las actividades entre ellos mismos.

La mamá de la niña "D" manifiesta inconformidad ante la terapia, ya que quiere que su hija reciba únicamente terapia para la mejora del aprendizaje. Llega diez minutos tarde de la hora citada.

En la sexta sesión el niño /H/ no asiste a terapia. La niña "D" llega puntualmente a su terapia. La niña "B" llega en compañía de abuela materna.

En la séptima sesión, las instalaciones del Centro Universitario Metropolitano CUM se encuentran cerradas por fiestas de

independencia. Se les llamo a los pacientes para informar el cierre de las instalaciones.

En la octava sesión la mamá de “D” manifiesta que su hija ya no continuara en dicho proceso, ya que el papá de “D” piensa que no le es provechosa la terapia, porque su hija no necesita terapia emocional.

En la novena sesión los hermanos “K” y “E” tienen mejor relación, no discuten y demuestran más afecto. La niña D” ya no asiste a terapias.

En la novena sesión los pacientes tienen más afecto, demuestran importancia hacia ellos mismo, como también seguimiento de instrucciones.

En la última sesión los pacientes llegaron puntualmente. Los padres o encargados manifestaron los cambios que notaron en sus hijos, de igual forma los pacientes expresaron las pequeñas diferencias que observaron en ellos, desde que iniciaron a la fecha.

Los padres o encargados manifestaron interés para continuar con el proceso terapéutico de sus hijos, como también agradecimiento hacia las encargadas del programa por el apoyo brindado a sus hijos.



Universidad De San Carlos De Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas



“PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN A NIÑOS ABUSADOS SEXUALMENTE QUE ASISTEN AL INSTITUTO DE SERVICIO E INVESTIGACIÓN PSICOPEDAGÓGICA “MAYRA VARGAS FERNÁNDEZ” ISIPs”

CUADRO DE EVOLUCIÓN TERAPÉUTICO

Instrucciones: a continuación encontrará un cuadro el cual deberá llenar de acuerdo a los cambios observados en sus hijos ya sea emocional o comportamental después de asistir al programa.

Nombre del Paciente _____ Edad: _____

INICIO	FINAL