

**Eficacia clínica de la Terapia Cognitiva Conductual de Juego  
en el tratamiento de niños guatemaltecos que han sufrido  
abuso sexual**

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA  
Facultad de Ciencias Sociales

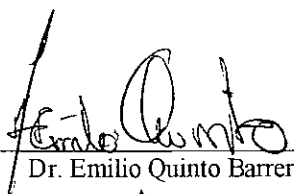
**Eficacia clínica de la Terapia Cognitiva Conductual de Juego  
en el tratamiento de niños guatemaltecos que han sufrido  
abuso sexual**

Trabajo de investigación presentado por Esli Diamantina Santos  
Gómez para optar al grado académico de Licenciada en Psicología

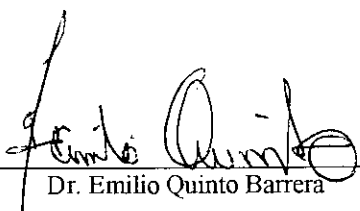
**BIBLIOTECA  
DE LA  
UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA**

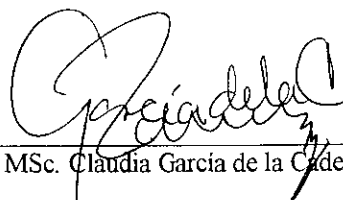
Guatemala,  
2004

Vo. Bo.

  
Dr. Emilio Quinto Barrera  
Asesor

Tribunal Examinador

  
Dr. Emilio Quinto Barrera

  
MSc. Claudia Garcia de la Cadena

  
M. A. Maria del Pilar Grazioso de Rodriguez

Fecha de aprobación:  
Guatemala, 30 de noviembre de 2004

## AGRADECIMIENTOS

A Dios: por su infinita misericordia, fidelidad y bendiciones para conmigo hasta este día.

A mis padres, en especial a mi madre Esli: por su apoyo incondicional y amor incomparable que la llevaron a dirigirme en la elaboración y culminación de esta investigación.

A mis abuelitos Rogelio y Diamantina: por sus sabios consejos y por brindarme ánimo siempre.

A mis hermanos: por su comprensión y apoyo.

A mis tíos Elvia y Gamaliel: por su ayuda incondicional.

A Daniel Tejeda: por su apoyo incondicional en la búsqueda y recopilación de datos para la elaboración de esta tesis.

Al doctor Emilio Quinto Barrera: por asesorarme sabiamente en el presente trabajo de investigación.

A la Universidad del Valle de Guatemala, centro de estudios superiores al cual debo mi formación profesional.

A mis amigos y compañeros de estudio, en especial a Mabelle, Diana, Leonor, Mercedes Flores, Flor Molina y Mery: por todos los momentos agradables que compartimos y por brindarme su amistad y cariño.

A usted que la recibe: por fortalecer este trabajo de investigación con la lectura del mismo.

## RESUMEN

La investigación que a continuación se presenta aborda el tema de la Terapia Cognitiva Conductual de Juego aplicada a niños que han sufrido abuso sexual. Para realizar este estudio se incluyó a dos niños que fueron víctimas de este problema, a quienes se les dio tratamiento utilizando técnicas cognitivas conductuales por medio del juego.

Para evaluar la eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual de Juego se utilizó el cuestionario de Impresión Global Clínica y los reportes escritos complementados por las personas encargadas de los sujetos de estudio. Los resultados demuestran que la Terapia de Juego Cognitiva Conductual es efectiva para dar tratamiento a los problemas emocionales que presentan los niños que han sido abusados sexualmente debido a que permite hacer ver a las víctimas que no son responsables del suceso ni de sus consecuencias. Se utiliza esta terapia ya que es de aplicación sencilla debido a que hace uso del juego, el cual ayuda tanto al terapeuta como a la víctima a trabajar en forma conjunta en la superación del trauma.

Quienes deseen utilizar este tipo de terapia deberán estar familiarizados, en primer lugar, con los aspectos relativos al abuso sexual y, en segundo lugar, con las técnicas cognitivas conductuales que pueden emplearse y adaptarse a la modalidad del juego.

## CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	iv
RESUMEN.....	v
LISTA DE TABLAS.....	viii
LISTA DE GRÁFICAS.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	01
II. MARCO TEÓRICO.....	02
A. Abuso sexual.....	02
1. Definición.....	02
2. Indicadores.....	05
3. Consecuencias.....	05
a. A corto plazo.....	06
b. A largo plazo.....	09
4. Factores de riesgo.....	11
5. Factores que influyen en la respuesta hacia el abuso sexual.....	13
6. Factores positivos que ayudarán a la víctima a enfrentar el abuso.....	15
7. Razones por las que no se delata el abuso sexual.....	15
a. Del niño.....	15
b. De los padres.....	16
8. Legislación guatemalteca relacionadas con el abuso sexual.....	16
a. Constitución Política de la República de Guatemala.....	17
b. Convención sobre los Derechos del Niño.....	17
c. Código Civil.....	17
d. Código Procesal Civil y Mercantil.....	17
e. Código Penal.....	18
f. Ley de Protección integral de la Niñez y Adolescencia.....	19
B. Datos estadísticos de abuso sexual en Guatemala.....	19
C. Antecedentes de la terapia.....	22
D. Tratamiento del abuso sexual.....	22
1. Terapia.....	22
2. Objetivos de la terapia.....	23

3.	Terapia Cognitiva Conductual.....	27
4.	Terapia de Juego .....	28
a.	Objetivos de la Terapia de Juego.....	30
b.	Terapia de Juego Cognitiva Conductual.....	31
c.	Técnicas utilizadas en la Terapia de Juego Cognitiva Conductual.....	33
5.	Factores que determinan el resultado de la terapia.....	36
6.	Características del terapeuta.....	36
7.	Otros aspectos de la terapia.....	36
a.	Entrevista.....	36
b.	Evaluación.....	37
c.	Revelación de su historia.....	37
d.	Terminación.....	38
III.	METODOLOGÍA .....	39
A.	Limitaciones.....	39
B.	Justificación.....	39
C.	Participantes.....	39
D.	Ambiente.....	40
E.	Instrumento.....	40
F.	Diseño.....	40
G.	Análisis de datos.....	40
Caso No. 1.....		40
Caso No. 2.....		48
IV.	DISCUSIÓN.....	56
V.	CONCLUSIONES.....	60
VI.	RECOMENDACIONES.....	62
VII.	BIBLIOGRAFÍA.....	63
VIII.	APÉNDICES.....	67
A.	Consentimiento informado y compromiso de participación.....	67
B.	Escala C. G. I. ....	69
C.	Hoja de evaluación de progreso.....	70

## LISTA DE TABLAS

Tablas:

No. 1: Formas en que se puede presentar el abuso sexual en niños.....	04
No. 2: Consecuencias a corto plazo del abuso sexual en niños.....	07
No. 3: Consecuencias a largo plazo del abuso sexual en niños.....	10
No. 4: Técnicas aplicadas con J.....	58
No. 5: Técnicas aplicadas con G.....	58
No. 6: Resultados de los niños obtenidos en la escala C. G. I.....	59

## LISTA DE GRÁFICAS

Gráficas:

No. 1: Genograma de J.....	42
No. 2: Genograma de G.....	49

## I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación pretende demostrar la eficacia clínica de la Terapia de Juego Cognitiva Conductual en el tratamiento de niños guatemaltecos que han sufrido abuso sexual.

Por la efectividad que esta terapia ha tenido en otros países, en relación con el problema, se consideró importante aplicarla al medio nacional, habiéndose obtenido un alto porcentaje de resultados positivos.

Para este fin se desarrolló una investigación documental y descriptiva, habiendo sido llevada a la práctica por medio del estudio de casos que permitió comprobar la efectividad de este tipo de terapia debido a que los sujetos de estudio fueron capaces de superar la confusión de roles y mejorar su autocontrol.

La definición del tema está referida a que el abuso sexual, como parte de la educación sexual que se recibe en el hogar y la escuela, ha sido siempre un tema tabú, que solamente es abordado por algunas personas. Sin embargo, por la información que proporcionan los medios de comunicación, cada día el abuso sexual en los niños y niñas se incrementa sin que para ello exista la protección por parte del Estado para la familia y cada uno de sus miembros. Aun así, son pocas las familias que se manifiestan interesadas por obtener ayuda terapéutica profesional cuando uno de sus integrantes ha sufrido abuso sexual, la mayoría de ellos no lo hace especialmente por miedo a represalias.

La delimitación del mismo se circunscribió a casos específicos de víctimas de abuso sexual, en donde las personas encargadas de las mismas buscaron ayuda psicológica en una clínica de Terapia Cognitiva. El proceso de la Terapia Cognitiva Conductual de Juego fue desarrollado, con cada niño, por medio de sesiones de trabajo semanales, utilizando juegos directivos. Al finalizar el tratamiento, las partes interesadas, víctimas, personas encargadas y terapeuta, evaluaron el proceso manifestando su satisfacción por los resultados obtenidos.

## II. MARCO TEÓRICO

### A. Abuso sexual

1. **Definición.** Anteriormente, los abusos a mujeres y niños no habían sido investigados, sin embargo, durante la liberación femenina, a finales de los años 70, se volvió foco de atención pública y se dio mayor atención a la victimización de mujeres y niños, empezando a recolectarse y difundirse información relacionada con este fenómeno (Asher, 1988; Knell, 1996).

Para Vernon (1999), el abuso sexual depende del tipo de familia que se tenga. Existen dos tipos de familia, las saludables y las disfuncionales. Las familias saludables son las que conforman un sistema abierto en el que sus miembros interactúan con el ambiente, son capaces de adaptarse y tienen flexibilidad. Dentro de este sistema abierto, la familia es capaz de mantener la estabilidad necesaria para permitir el desarrollo del individuo como una entidad separada, y los miembros de la familia pueden acomodarse a los cambios del ambiente. Sin embargo, en los ambientes de las familias disfuncionales fácilmente se presenta problemas para sus integrantes, tales como el abuso de sustancias, violencia doméstica, abuso de niños y psicopatología de los padres.

Entonces, el abuso de los niños se puede presentar de varias formas, tales como abuso físico, abuso emocional, abuso verbal, negligencia y abuso sexual, que colocan a los niños en alto riesgo para problemas en el futuro (Vernon, 1999; McWhirter, et al, 1998).

De acuerdo con Save the Children (1998), una de las definiciones más completas sobre este tema es la elaborada por el National Center of Child Abuse and Neglect, que enuncia que el abuso sexual se da cuando hay contactos e interacciones entre un niño y un adulto, lo cual tiene como fin estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual también puede ser cometido por un menor de 18 años cuando es significativamente mayor que la víctima o cuando está en una posición de poder o control sobre ella.

El abuso sexual es todo acto que atente contra la libertad y la dignidad de una persona, acto que se lleva a cabo mediante el uso de la fuerza, engaño o soborno, violencia psicológica o moral, con el propósito de imponer una conducta sexual en contra de su voluntad. Es una conducta intencional, preparada y con víctimas indefensas, también es un acto agresivo con el que se busca degradar, y expresar el dominio y poder que se tiene sobre una persona (Gómez y Velandía, 2004).

Empleando la esencia de las definiciones de varios autores, se puede decir que el abuso sexual es cualquier contacto físico inapropiado o comportamiento sexual entre un adulto y un niño, cuyo fin es dar placer, estimulación o gratificación sexual al adulto. Es abuso porque el niño está en desventaja, debido a que se le involucra en actividades sexuales que no puede comprender, para las que no está preparado, no puede dar su consentimiento, no tiene opción y no sabe cómo detener el abuso (Brandt, 1998; Portillo, 2004; McWhirter, et al, 1998; Vernon, 1999; Romero, 2004; Committe on Child Abuse and Neglect, 1999; Escartín, 2003).

El abuso sexual ocurre cuando un adulto o alguien físicamente superior se vale de la autoridad, del poder, del respeto, de la diferencia de edad, de su sexo, de su fuerza física, de su conocimiento o de la confianza que tiene sobre un niño o niña, para involucrarlo en actividades sexuales. El agresor puede utilizar amenazas, engaño, coerción, soborno, intimidación, trucos, fuerza física o valerse de la falta de conocimiento del niño para atraparlo y obligarlo a que mantenga el secreto (Escartín, 2003; American Academy of Pediatrics, 2004; Villareal, 2004).

La característica central de cualquier abuso es la posición dominante del adulto y aunque el motivo principal del abuso es que el agresor obtenga gratificación sexual, también se da por el deseo de obtener poder y control, o para humillar al niño. El agresor no considera las reacciones del niño ni toma en cuenta los efectos que esto causará sobre su víctima. El abuso es un tipo de violencia porque se utiliza el sexo como arma contra la persona de la que se abusa (Villareal, 2004; American Psychological Association, 2004; Whealin, 2004).

También los niños pueden abusar de otros niños o niñas de edades iguales o cercanas; es abuso porque el niño agresor fuerza a la víctima, tiene poder o está más desarrollado físicamente que su víctima, no se tiene el consentimiento para realizar dicha actividad, utiliza coerción, impone el silencio o hace uso de la fuerza física. Sin embargo, si los niños de la misma edad están viendo sus genitales o tocándose por interés mutuo, sin coerción ni a la fuerza, se considera un comportamiento normal (Romero, 2004; Escartín, 2003; Committee on Child Abuse and Neglect, 1999).

Save the Children (1998) define el abuso sexual partiendo de dos conceptos, el de coerción y el de la diferencia de edades entre el abusador y el abusado. Dentro de la coerción se puede incluir el uso de fuerza física, presión o engaño para cometer el abuso; este es un criterio suficiente para que la conducta sea vista como un abuso, independientemente de la edad del agresor. Y en cuanto al segundo factor, se plantea que la diferencia de edades impide la libertad de decisión y hace imposible una actividad sexual de mutuo acuerdo, debido a que la víctima y el agresor tienen diferentes experiencias, grado de madurez biológica y expectativas.

El abuso sexual puede incluir cualquier actividad con contacto sexual directo o indirecto. El abuso sexual con contacto directo incluye comportamientos que involucran el contacto físico con la boca, senos, genitales o cualquier otra parte corporal de la víctima. El abuso sexual sin contacto se entiende como las conductas que no implican contacto físico, pero que repercuten en la integridad psicológica o física de la víctima, al igual que el abuso sexual con contacto. Ejemplos del abuso sexual sin contacto son la exposición, el *voyeurismo* y la pornografía infantil (Gómez y Velandia, 2004; Villareal, 2004; American Psychological Association, 2004).

El abuso sexual se da en forma progresiva, el cual puede empezar por caricias sobre la ropa y juegos de tipo sexual. Escartín (2003) y otros autores, definen las actividades sexuales que puede utilizar el agresor para abusar de un niño, las cuales se describen en la Tabla No. 1: Formas en que se puede presentar el abuso sexual.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
Exhibicionismo	Se da cuando el agresor muestra sus órganos genitales al niño o niña.
Comentarios verbales	Son de tipo sexual y obsceno, que pueden aducir al cuerpo del agresor o al de la víctima.
Pornografía	Se puede mostrar literatura, fotos o videos pornográficos, o bien, involucrar al niño en actividades pornográficas.
Masturbación	El agresor puede masturbarse frente al niño, puede pedirle que lo masturbe o puede que él masturbe al niño.
Felación	Consiste en que el agresor coloque su pene dentro de la boca del niño o niña, o bien, coloca el pene del niño en su boca.
Cunilingüismo	Es cuando el agresor coloca su boca y su lengua en la vagina de la niña.
Penetración digital en el recto o vagina	Se da cuando el agresor introduce sus dedos en el recto o en la vagina de su víctima.
Sodomía	Es la penetración anal.
Voyeurismo	Puede ser que el agresor busque observar desnuda a su víctima, o bien, que pretenda que el menor lo observe mientras sostiene una relación sexual.
Caricias y besos inapropiados	El agresor proporciona al niño besos en la boca o en el cuello, le acaricia los genitales u otras partes del cuerpo.
Violación	Que incluye la penetración vaginal, anal u oral con cualquier objeto, o el coito mismo (Save the Children, 1998).
Zoofilia	Es involucrar al menor en contactos sexuales con animales (ibid).
Acoso sexual	Es la búsqueda constante del niño para involucrarlo en actividades sexuales (Villareal, 2004).
Abusos deshonestos	Es cualquier contacto sexual en el que no se utiliza la penetración (ibid).
Incesto	Es la relación sexual que se da entre parientes, entre padres e hijos, entre abuelos y nietos, entre tíos y sobrinos (ibid).

*Tabla No. 1: Formas en que se puede presentar el abuso sexual en niños*

Actualmente el número de niños que han sufrido abuso sexual es mayor que el número de casos reportados. Estudios realizados han concluido que de cada 10 casos reportados, en 8 de éstos el niño conoce a su agresor. La mayoría de abusadores son hombres, mientras que la mayoría de víctimas son mujeres (American Academy of Pediatrics, 2004; Vernon, 1999; Whealin, 2004).

Según Whealin (2004), el 60% de los abusadores conoce a la víctima, el 30% de los perpetradores son familiares y el 10% de los victimarios son personas extrañas.

Se ha encontrado que los padrastros son cinco veces más los agresores de sus hijastras, en comparación con los padres que abusan de sus hijas. La mayoría de victimización femenina ocurre dentro de la familia, mientras que los varones son más abusados por alguien conocido pero fuera del ámbito familiar (Gibson y Mitchell, 1999; Neville, 2004).

Los niños son victimizados en números similares a las niñas, sin embargo, ellos cuentan menos su historia y por lo tanto se tiene menos datos estadísticos comparados con las niñas. Esto se puede comprobar en los resultados obtenidos en varios estudios, en los que se reporta que los hombres han sufrido menos abuso que las mujeres. La mayoría de los niños varones han sufrido abuso de parte de los hombres. Las mujeres también pueden ser abusadoras, pero sólo una pequeña parte de los casos reportados involucra a mujeres agresoras. En la mayoría de estos casos, las mujeres abusadoras son las encargadas o las empleadas de los centros de cuidado infantil (Brandt, 1998; Committe on Child Abuse and Neglect, 1999).

En 1998 se estimó que a nivel mundial existía una incidencia de reportes de abuso de un 20% en mujeres y 10% en hombres (Romero, 2004).

2. **Indicadores.** Existen algunos síntomas asociados al abuso sexual, aunque éstos no determinan que realmente esté sucediendo. Puede haber indicadores físicos, conductuales y emocionales.

En los niños preescolares, los indicadores físicos de abuso sexual son el aumento o pérdida repentina de peso, dolor abdominal, vómitos e infecciones del tracto urinario (Asher, 1988).

También pueden ser indicadores físicos: el sangrado en los genitales o el ano, fisuras anales, moretones, infección urinaria, dolor al sentarse o al caminar, problemas del sueño, problemas de la alimentación, secreción inusual del ano o la vagina, enfermedades de transmisión sexual, frecuentes infecciones urinarias en las niñas, contusiones en la parte inferior de la pelvis, rasguños, daños en la vagina o ano, presencia de fluidos seminales en el cuerpo, presencia de fluidos corporales en la ropa del menor (Save the Children, 1998, American Academy of Pediatrics, 2004; Cullari, 2001; SBS, et al, 2001).

Un signo de advertencia de que está ocurriendo abuso sexual es que existe un cambio repentino e inesperado en el comportamiento, el cual generalmente se vuelve peor. Las conductas que también pueden alertar sobre la existencia del abuso son el aislamiento social, la desconfianza, la práctica de conductas sexuales no propias de su edad, lenguaje sexual, masturbación excesiva, agresión hacia otros, problemas escolares, realización de dibujos que muestran actos sexuales, orinarse en la cama o pérdida del control de esfínteres, conciencia repentina de los órganos genitales, preguntas sobre la actividad sexual que no son apropiadas para su edad, cambios en los hábitos de dormir, regresiones a un estado anterior de desarrollo, problemas con la higiene y la apariencia, sueños diurnos, pérdida de concentración, cambios abruptos en los hábitos de cambio de ropa, del control de esfínteres y de ducharse, conocimiento de actividades sexuales a edad inapropiada, juego sexual persistente e inapropiado, comportamiento sexual agresivo, conducta seductora, interés sexual y el repetir el abuso con otro niño (Prendergast, 1996; Save the Children, 1998; American Academy of Pediatrics, 2004; SBS, et al, 2001; American Psychological Association, 2004).

Sus emociones también se pueden alterar presentando síntomas de ansiedad, terrores nocturnos, depresión, sentimiento de culpa, miedo a los adultos o a un adulto específico, agresión, conflictos familiares o con amigos, temor hacia ciertos lugares y reaccionar de forma anormal cuando se le pregunta si alguien lo ha tocado (Save the Children, 1998; American Academy of Pediatrics, 2004).

3. **Consecuencias.** Según Finkelhor y Browne (citados por Knell, 1996), los factores que causan el trauma emocional distorsionando el autoconcepto, la forma de ver el mundo y la vida, y las capacidades afectivas son: la sexualización traumática, la estigmatización, la impotencia o el sentirse desprotegido, y la traición (Gallo-Lopez, 2000).

La sexualización traumática se refiere a la forma en que la sexualidad de un niño se desarrolla de forma inapropiada a su edad y en formas interpersonales disfuncionales. Ésta puede provocar el comportamiento sexualizado, conductas manipuladoras, puntos de vista confusos y mal concebidos sobre el comportamiento sexual y la moralidad, recuerdos atemorizantes asociados con la actividad sexual, masturbación compulsiva y juegos sexuales, preocupaciones sexuales, conocimiento y comportamientos sexuales inapropiados para su edad. Algunos niños, especialmente los varones, pueden volverse sexualmente agresivos (Neville, 2004).

La estigmatización se refiere a los mensajes negativos que el niño interioriza sobre sí mismo. La estigmatización que sufre el niño puede provocar vergüenza y culpa, baja autoestima y un sentimiento de ser diferente de los demás. Así también, puede provocar sentimientos de deserción, humillación, autorepugnancia y autoaislamiento social (ibid).

El niño se siente desprotegido porque se ha invadido su espacio corporal en contra de su voluntad, ha sido sometido a violencia, coerción y amenaza. El sentirse desprotegido hace que el niño sienta miedo y ansiedad, lo cual está asociado a sentirse vulnerable. Puede tener pérdida del control, fobias, problemas para dormir, pesadillas, respuestas somáticas y dificultad para expresar las emociones. Para compensar esta pérdida de poder y autonomía, la víctima puede desarrollar una actitud agresiva, controladora y dominante, lo cual puede volverlo abusador. Presenta también dificultad con el control de impulsos y puede tener poca habilidad para esperar la gratificación, resistir impulsos y considerar las consecuencias de sus actos (ibid).

La traición que sienten los niños que han sufrido abuso sexual puede llevarlos a una depresión, la cual conlleva a la desilusión y pérdida de la figura de confianza. Esto puede provocar una dependencia extrema, se perjudica la habilidad para evaluar la confianza en otras personas, provoca enojo y hostilidad. Pueden adoptar actitudes de forma auto destructiva y tener intentos de suicidio (ibid).

Los factores anteriores pueden presentarse en las consecuencias a corto y a largo plazo, provocadas por el abuso sexual.

a. A corto plazo. Los efectos a corto plazo son los que se presentan durante los dos años siguientes a la agresión. Estas consecuencias varían dependiendo de los factores que influyen en la respuesta hacia el abuso sexual (*vid.* Apartado I.A.5.) (Save the Children, 1998; American Psychological Association, 2004).

Existen diferencias de reacción de sexo hacia el abuso sexual. En general, las niñas manifiestan depresión y ansiedad, mientras que los niños se vuelven más agresivos, pueden convertirse en abusadores de otros niños, tienen mayor fracaso escolar y problemas de socialización (Portillo, 2004; Save the Children, 1998).

La Tabla No. 2: Consecuencias a corto plazo del abuso sexual en niños, amplía la descripción de estos síntomas. Es importante recordar que no todos los síntomas se presentan en un niño, y que éstos se manifestarán de forma diferente en cada niño.

CONSECUENCIAS	SÍNTOMAS	LITERATURA
Hacia sí mismo	<p>Vergüenza, culpa ante la posibilidad de denunciar el abuso, destrezas sociales pobres, problemas de dominio y control, incapacidad de desarrollar ciertas tareas propias de su edad, inhabilidad para funcionar, repugnancia, desamparo, sin control de su cuerpo, recordar el abuso, desvalorización personal, sentirse responsable por el abuso, auto castigo, pueden odiarse, confusión de roles, percepción de ser un "artículo defectuoso", auto demigración, deseo de desaparecer o morir, súbitas preocupaciones por la pulcritud personal, vestimenta excesiva para cubrir su cuerpo, percepción negativa del futuro.</p> <p>Exceso de curiosidad, precocidad de conductas, prostitución, fantasías sobre contacto físico y sexual, evitar todo lo relacionado a la sexualidad, perspectiva anormal de la sexualidad, avanzado conocimiento sexual, necesidad fuerte de negar el abuso, mostrar excitación sexual, incapacidad de decidir sobre su propio cuerpo (quién lo toca, cómo, cuándo y dónde), conductas sexuales inapropiadas para la edad, utilización del tema sexual en los juegos, historias, fantasías y dibujos, masturbación exagerada, juegos de contacto sexual, levantan las faldas de las niñas o bajan los pantalones de los niños, tocan los genitales de otros niños, lenguaje sexual inapropiado para la edad, conductas de exhibicionismo, pueden volverse agresores, pueden tener necesidades de privacidad exageradas (para tocarse y masturbarse), pueden insertarse objetos en la vagina o el ano, erotización de vínculos.</p>	<p>Save the Children, 1998; Knell, 1996; Villarreal, 2004; Portillo, 2004; American Academy of Child &amp; Adolescent Psychiatry, 1998; Gallo-Lopez, 2000; Knell, 1996; Prendergast, 1996; Cullari, 2001; Children's Law Office, 2004; Escartín, 2003; Whealin, 2004; APA, 2004; Gómez y Velandia, 2004.</p> <p>Save the Children, 1998; Villarreal, 2004; American Academy of Child &amp; Adolescent Psychiatry, 1998; Gallo-Lopez, 2000; Knell, 1996; Prendergast, 1996; Cullari, 2001; Children's Law Office, 2004; Escartín, 2003; Whealin, 2004; APA, 2004; Gómez y Velandia, 2004.</p>
Problemas físicos	<p>Problemas del sueño (tener pesadillas con el abuso e insomnio), problemas alimenticios (pérdida del apetito, comer en exceso, anorexia, bulimia, obesidad), enfermedades de transmisión sexual, dolor al sentarse o al participar en deportes, moretones, autolesiones, contusiones, quemaduras, cortadas, arañazos en el cuerpo, problemas de control de esfínteres, VIH/SIDA, presencia de semen, encopresis, emuresis, embarazo en niñas muy pequeñas, y dolores de estómago, cabeza, pecho y piernas, decir que tienen el cuerpo sucio o dañado, enfermedades somáticas, dificultad para hablar, problemas de memoria.</p> <p>El área genital y el ano pueden estar: magullados, inflamados, sangrantes, con dolor, picazón, irritación, fisuras, desgarres, cuerpitos extraños, perforaciones, mal olor, y flujo de sangre u otra materia.</p> <p>Pueden volverse extremadamente sensibles a las caricias de las personas y pueden tener baños frecuentes.</p>	<p>Save the Children, 1998; Villarreal, 2004; Escartín, 2003; Portillo, 2004; American Academy of Child &amp; Adolescent Psychiatry, 1998; Gallo-Lopez, 2000; Knell, 1996; Escartín, 2003; Prendergast, 1996; Whealin, 2004; Asher, 1988.</p>

Tabla No. 2: Consecuencias a corto plazo del abuso sexual en niños.

CONSECUENCIAS	SÍNTOMAS	LITERATURA
Problemas emocionales	Pérdida de la niñez, ansiedad, depresión, inestabilidad, falta de concentración, síntomas disociativos, síntomas de estrés post-traumático, sueños atemorizantes, distorsiones cognitivas, agresividad, baja autoestima, confusión, tristeza, irritabilidad, auto reproche, dificultad en las relaciones de apego, impulsividad, labilidad, desórdenes del ánimo, ansiedad de separación, pérdida del deseo de cambiar su mal comportamiento, pérdida del auto respeto, auto imagen negativa, pérdida de la motivación para triunfar, enojo, pérdida de geminidad, pérdida de asertividad, pérdida de resiliencia, vulnerabilidad, falsos recuerdos, ira, confusión, impaciencia, fobias, llanto sin provocación, mal genio.	Save the Children, 1998; O'Donohue et al, 1998; Wheatin, 2004; National Crime Victims Research and Treatment Center, 2004; Portillo, 2004; Gallo-Lopez, 2000; Knell, 1996; Gibson y Mitchell, 1999; Prendergast, 1996; Cullari, 2001; Children's Law Office, 2004.
Problemas conductuales	Conducta antisocial, rechazo a ir a lugares predilectos, conductas compulsivas, conductas autodestructivas (incluyendo el daño a sus genitales), conductas regresivas, cambios bruscos en la conducta, hiperactividad, conducta inhibida, comportamiento seductor, delincuencia, secretividad, comportamiento suicida, pérdida de las destrezas que ya tenía, comportamientos altamente sexualizados, comportamientos no balanceados (o son muy condescendientes o son muy agresivos), comportamientos que reflejan la confusión del rol adulto-niño, haraganería, crueldad y juego repetitivo en el que se expresan los aspectos del abuso, comportamiento agitado, permanecer encerrado.	Save the Children, 1998; Villareal, 2004; Escartín, 2003; Portillo, 2004; Walker y Bolkovatz, 1988; American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1998; Gallo-Lopez, 2000; Knell, 1996; O'Donohue et al, 1998; Prendergast, 1996.
Miedos	A la oscuridad, a lo desconocido, a una persona determinada (ya sea pariente o amigo), a la soledad, a dormir solo, a ser castigados si revelan el secreto, a que no les crean, a ser culpados, a ser abandonados, a ser rechazados por su familia, a tener algo malo en sus genitales, a caminar solos por determinados lugares.	Villareal, 2004; Asher, 1998; Escartín, 2003.
Problemas escolares	Negarse a ir a estudiar, aumento de distracción, fallas escolares, dificultad para participar en tareas escolares, bajas notas.	American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1998; Gallo-Lopez, 2000; Knell, 1996.
Hacia familiares	Abandono del hogar, aislamiento, temor de destruir la familia si el padre es el agresor, aferramiento a la madre, culpar a la madre por no defenderlo.	Save the Children, 1998; Villareal, 2004.
Hacia el agresor	Desconfianza, miedo, hostilidad, sentimientos ambivalentes.	Save the Children, 1998; Prendergast, 1996.
Hacia otras personas	Desconfianza hacia personas de ambos sexos, especialmente hacia personas del sexo del agresor, establecimiento de relaciones sobre una base sexual, pérdida de relaciones interpersonales, sentir que no son tan buenos como sus compañeros, sentir que no merecen la amistad y el amor de otras personas, querer hacer a otras personas lo que a él le hicieron, problemas de socialización, abrazan y besan a los adultos conocidos y desconocidos de forma inapropiada para su edad.	Portillo, 2004; American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1998; Gallo-Lopez, 2000; Knell, 1996; Gibson y Mitchell, 1999; Prendergast, 1996; Escartín, 2003.

Continuación Tabla No. 2: Consecuencias a corto plazo del abuso sexual en niños.

Las conductas sexualizadas se presentan más en niños pequeños, en niños que sufrieron abuso a corta edad y cuando los niños son examinados relativamente cerca de cuando ocurrió la experiencia abusiva (Putnam, 2003).

Otra de las consecuencias a corto plazo para los niños que han sufrido abuso sexual es la revictimización. Asher (1988) plantea que la revictimización se debe a la falta de supervisión adecuada y carencia de protección de los padres, falta de información sexual, falta de asertividad, ignorancia y ausencia de comportamientos autoprotectores.

Algunos de los niños que han sufrido abuso pueden creer que no merecen atención y que su seguridad y protección no es importante, pueden creer que no son vulnerables y por lo tanto tomar riesgos que pueden ser dañinos, pueden no preocuparse por las consecuencias de sus conductas o pueden intentar dañarse a sí mismos. Otros niños pueden actuar de forma seductora o hacer comentarios inapropiados para probar las reacciones del terapeuta y ver si le responde de forma sexual (National Clearinghouse on Child Sexual Abuse and Neglect Information, 2004).

Conforme las víctimas se van acercando a la adolescencia, pueden presentar comportamientos antisociales tales como crímenes menores, uso de drogas, promiscuidad y prostitución (Asher, 1988).

Según investigaciones realizadas, los niños que viven en ambientes de abuso tienen un alto riesgo de tener problemas en el futuro, especialmente durante la adolescencia. Se ha encontrado una correlación positiva entre varias formas de abuso infantil y el embarazo durante la adolescencia, pues según un estudio realizado, del total de madres adolescentes, dos tercios de ellas habían sufrido abuso sexual (McWhirter, et al, 1998).

No todos los niños que han sufrido abuso sexual tienen secuelas psiquiátricas serias. Cuando han sido evaluados con instrumentos estándar, más del 40% de los niños que han sufrido abuso han presentado pocos o ningún síntoma. Sin embargo, los limitados estudios longitudinales demuestran que del 10% al 20% de niños asintomáticos se deteriorarán en los siguientes 12 a 18 meses (Putnam, 2003).

La mayoría de los niños que han sufrido abuso sexual pueden presentar varios problemas. De los niños que han sufrido abuso referidos a una clínica, el 62.8% calificaron para al menos un diagnóstico psiquiátrico y el 29.5% calificaba para dos o más (ibid).

El abuso sexual es una de las fuentes potencialmente más dañinas para provocar angustia emocional en los niños. Cuando ocurre abuso sexual se alteran los valores y expectativas de la víctima sobre sí misma, sobre las demás personas y el mundo en general. Debido a que el abuso origina una gran cantidad de comportamientos disfuncionales, esta situación es un factor de riesgo para diversos problemas ulteriores (Grillo, 2001; Gallo-Lopez, 2000).

b. **A largo plazo.** Las consecuencias a largo plazo, provocadas por el abuso sexual, son las que se presentan dos años después de haberse cometido el abuso. Pueden presentarse en la edad adulta o bien empezar después del abuso y durar incluso durante la vida adulta.

En la Tabla No. 3: Consecuencias a largo plazo del abuso sexual se resumen estas consecuencias.

CONSECUENCIAS	SÍNTOMAS	LITERATURA
Hacia sí mismo	Puede ser nuevamente abusado por su pareja, auto concepto negativo, revictimización, puede involucrarse en relaciones abusivas.	Save the Children, 2004; APA 2004.
En la sexualidad	Constante actividad sexual, pérdida del interés sexual, disfunción sexual (frigidez, vaginismo y ninfomanía en mujeres, impotencia y eyaculación precoz en los hombres), conquistas sexuales compulsivas, promiscuidad sexual, incapacidad para conseguir experiencias sexuales satisfactorias, problemas en el ajuste sexual, conductas hipersexualizadas (masturbación compulsiva, conductas seductoras), agresividad sexual, prostitución, confusión en la identidad sexual, desórdenes sexuales, aversión al sexo, aversión a la intimidad, dificultad para alcanzar el orgasmo, recuerdos del abuso durante el sexo.	Neville, 2004; Prendergast, 1996; Villareal, 2004; Portillo, 2004; Save the Children, 2004; Vernon, 1999; Knell, 1996; Asher, 1988; O'Donohue et al, 1998; Whealin, 2004.
Hacia otras personas	Incapacidad para confiar, extrema confianza, dificultad para formar relaciones de pareja o problemas maritales, son agresores potenciales, hostilidad hacia las personas del mismo sexo que el agresor, relaciones maritales e interpersonales pobres, problemas para relacionarse.	Villareal, 2004; Escartín, 2003, Portillo, 2004; Save the Children, 2004; Asher, 1988; O'Donohue et al, 1998.
Problemas emocionales	Depresión, baja autoestima, ideación suicida, miedos excesivos, aislamiento social, confusión del espacio y límite personal, problemas de socialización, tendencia a complacer a otros, se siente y comporta como víctima, se auto devalúa, dificultad para tomar decisiones, toma riesgos peligrosos, trastornos disociativos de la personalidad (alcoholismo, drogadicción, conductas delictivas); ansiedad, tensión, dificultad para relajarse, estrés, estrés post-traumático, desorden de identidad, desorden oposicional desafiante, desorden de atención e hiperactividad, desórdenes de personalidad, enojo, reacciones fóbicas, ataques de ansiedad, desórdenes de ansiedad específicos a una situación.	Villareal, 2004; Escartín, 2003; Portillo, 2004; Save the Children, 1998; Vernon, 1999; Knell, 1996; Asher, 1988; O donohue et al, 1998; Whealin, 2004; APA, 2004.
Problemas físicos	Encopresis, enuresis, irritaciones en la piel, dolores de cabeza, dolores de estómago, anorexia, obesidad, enfermedades psicósomáticas, trastornos del sueño, desórdenes alimenticios, auto mutilación, problemas gastrointestinales, palpitaciones fuertes del corazón, aumento en la presión sanguínea, problemas de memoria, problemas de concentración.	Escartín, 2003; Save the Children, 1998; Vernon, 1999; Knell, 1996; Asher, 1988; Prendergast, 1996.
Problemas conductuales	Conductas autodestructivas, comportamientos agresivos incontrolables, fugarse del hogar, pasividad extrema.	Escartín, 2003; Vernon, 1999; Knell, 1996.

Tabla No. 3: Consecuencias a largo plazo del abuso sexual

Muchas veces los recuerdos del suceso se reprimen y se olvidan, sin embargo, puede ser que una palabra, dibujo, película, discusión o cualquier otro estímulo traiga a la memoria el abuso, lo cual puede provocar, entre otras cosas, confusión y pesadillas (Prendergast, 1996).

Algunas consecuencias a largo plazo pueden ser tan serias que algunas víctimas necesitan tratamiento médico o psicológico intenso, especialmente si nunca le contaron a alguien lo sucedido (ibid).

Los hombres que han sufrido abuso de otro hombre tienden a percibir la experiencia de forma más negativa que quienes han sufrido abuso de una mujer. Esto puede resultar en una confusión y pérdida de la identidad sexual en los adolescentes. El abuso sexual puede distorsionar la asociación de placer con la actividad sexual y como resultado, puede alterarla, inhibirla o pervertirla (Neville, 2004).

Según investigaciones realizadas, una consecuencia a largo plazo en las mujeres es que quienes han experimentado abuso sexual en la niñez son de 2.5 a 3.1 veces más propensas a experimentar un asalto sexual en la adultez (Cloitre, 1998).

Además de las consecuencias mencionadas anteriormente, según Gómez y Velandia (2004), las mujeres víctimas de abuso sexual durante la infancia presentan en la edad adulta: miedo irracional hacia los hombres, desórdenes de personalidad, baja calidad en la escogencia de compañero sentimental, relaciones familiares disruptivas y tienen más probabilidad de divorciarse.

En los adultos, algunas de las condiciones clínicas que se han asociado con el abuso sexual infantil son la distimia, desorden de la personalidad límite, desorden de identidad disociativa y bulimia nerviosa. Se ha encontrado que una historia de abuso sexual infantil está asociada con un aumento significativo del porcentaje de arresto por crímenes sexuales y prostitución, independientemente del sexo. Así también, se ha encontrado en estas personas problemas significativos con la regulación del afecto, control de impulsos, somatización, distorsiones cognitivas y problemas con la socialización (Putnam, 2003).

4. Factores de riesgo. Los factores que colocan al niño en mayor riesgo de sufrir abuso sexual pueden provenir de él mismo, de sus padres, de su cultura y de su ambiente en general.

Entre los factores propios del niño que aumentan el riesgo de sufrir abuso sexual están: ser un hijo no deseado, ser niño prematuro, tener impedimentos físicos o psíquicos, ser hiperactivo y ser adoptado (Villareal, 2004).

Las discapacidades físicas, especialmente las que dañan la percepción del niño, tales como la ceguera, sordera y retardo mental, así como la dependencia, el cuidado institucional y las dificultades de comunicación, colocan a los niños en mayor riesgo de sufrir abuso sexual, pues hacen que el niño se sienta aislado y solitario y que tenga una gran necesidad de ser aceptado (Putnam, 2003; Grillo, 2001).

Los niños y niñas que son más vulnerables son aquellos que no reciben suficiente afecto y se sienten inseguros, tienen padres autoritarios que enseñan a que los niños deben obedecer y callar ante los adultos, tienen problemas de autoestima, tienden a complacer a otras personas, no saben expresar sus sentimientos e inquietudes, viven aislados, no conocen su cuerpo y son reprimidos sexualmente, viven con padres o adultos que les impiden tener autodisciplina (porque son celosos, sobreprotectores y posesivos), nacieron de una unión

anterior y son rechazados por el nuevo padre, viven con otras personas que no son sus padres o han sido abandonados (Escartín, 2003).

Algunas de las características que los ofensores buscan en sus víctimas son: que sean tímidos, que tenga poca o ninguna autoconfianza, que se valoren menos que sus compañeros en todas las áreas, que sientan que nadie los cuida, que sean solitarios, que no tengan mucho conocimiento sobre la sexualidad, que sientan miedo de los adultos y de las figuras de autoridad o que tengan historia de algún tipo de abuso (Prendergast, 1996).

Otros indicadores de riesgo de sufrir abuso sexual son: pérdida de uno de los padres por muerte o divorcio, padre desempleado, padre que trabaja de noche y deja solos a sus hijos durante el día, madre distante física o emocionalmente, ausencia prolongada de uno de los padres, sistema familiar cerrado y secreto, uso del sexo como expresión del coraje o para ganar afecto, violencia física provocada por incidentes menores, poca supervisión hacia los hijos, distribución no equitativa del poder, pobre comunicación, falta de cariño, patrones de disciplina rígidos e inconsistentes, rechazo constante, confusión de roles en la familia entre adultos y niños, padres egoístas y narcisistas, poca habilidad de empatía, madre no asertiva y madre dependiente emocional o económicamente del esposo (SBS, et al, 2001).

De acuerdo a Save the Children (1998), el ser niña es un factor de riesgo de sufrir abuso sexual, pues se ha determinado que las mujeres sufren abuso sexual infantil de una y media a tres veces más que los hombres. Aunque los abusos se dan en todas las edades, son más frecuentes entre los 10 y los 13 años. Así mismo, la pobreza, el bajo nivel cultural, la incapacidad o enfermedad de la madre, los conflictos serios entre los padres, ausencias maternas extensas y el tener una relación pobre con los padres son factores que aumentan el riesgo de sufrir abuso sexual (Putnam, 2003).

Las características de los padres o tutores que también son factores de riesgo son: el estado psicológico y emocional, adicciones, especialmente las adicciones maternas, paternidad irresponsable, nivel bajo de afrontamiento de problemas, patrones de crianza autoritarios y conducta violenta (Villareal, 2004; Putnam, 2003).

En los hogares guatemaltecos se vive la cultura de la violencia intrafamiliar, en la cual se perjudica especialmente a las mujeres y a los niños, lo que coloca a estos últimos en mayor riesgo de sufrir abuso sexual. Otros factores de riesgo son el número de integrantes de la familia, las familias de un solo padre, padres adolescentes, familias de segundas nupcias y familias con jefatura materna (ibid).

Los factores culturales que colocan en riesgo de sufrir abuso sexual son la situación laboral de los padres (desempleo, inestabilidad laboral, excesiva carga laboral, horarios prolongados), la vivienda (viviendas compartidas con otras familias, falta de servicios, hacinamiento), necesidades básicas insatisfechas, pobreza, problemas de marginalidad, exclusión social, discriminación y desintegración familiar, entre otras (ibid).

Tomando como base un estudio realizado en España, se determinó que los abusos pueden ser más frecuentes en las ciudades, debido a las condiciones de hacinamiento en que viven las personas (Save the Children, 1998).

Putnam (2003) menciona que los casos de abuso sexual que más se reportan son los correspondientes a niños de clases socioeconómicas bajas. Parece que la raza y la etnia no son factores de riesgo para el abuso sexual. Sin embargo, la constelación familiar, especialmente la ausencia de uno o ambos padres, es un factor de riesgo significativo.

En la mayoría de los casos en que se produce abuso sexual, se conjugan más de uno de los factores mencionados. Se ha comprobado que los niños que viven en ambientes violentos o que son espectadores de la agresión, tienden a interiorizar estas conductas y a reproducirlas en sus relaciones familiares e interpersonales (Villareal, 2004).

5. Factores que influyen en la respuesta hacia el abuso sexual. Mientras está ocurriendo el abuso sexual, no todas las víctimas perciben este problema como traumático, especialmente cuando todos los elementos del abuso son placenteros y percibidos como positivos. Sin embargo, posteriormente pueden verse afectados por este acontecimiento. De acuerdo a Prendergast (1996), las respuestas hacia el abuso dependerán del tipo de víctima que sea el niño. Los tres grupos de víctimas son:

- «-Los negadores, que están tan traumatizados por el abuso sexual que reprimen el evento y no tienen memoria consciente de haber sido molestados;
- Los que se ajustan, que son quienes colocan toda la culpa sobre el abusador y tienen poco estrés posttraumático; y
- Los aceptadores, que creen que el abuso sexual es totalmente su culpa, ellos son quienes tienen los efectos traumáticos a largo plazo, muchas veces durante toda la vida y necesitan mucho tiempo y paciencia en terapia.»

De acuerdo a O'Donohue et al (1998), no existe un síndrome o respuestas típicas de los niños que han sido abusados sexualmente. Esto se debe a que no en todos los niños se dan las mismas interacciones entre:

- «-Factores pre-abusivos: edad del niño (cronológica, mental, de desarrollo), apoyo familiar, madurez cognitiva, género de la víctima, género del abusador, aislamiento, estilo de atribuciones, destrezas de afrontamiento y destrezas para relacionarse con otras personas;
- Factores del abuso: duración, relación con el abusador, tipo de abuso, frecuencia, severidad del abuso, grado de participación y consentimiento de la víctima, edad del abusador, tácticas utilizadas, uso de violencia (física o verbal), número de abusadores; y los
- Factores post-abuso: el proceso de contarlo, las reacciones de otras personas y el tener que ir a la corte.»

La forma como se responda al abuso dependerá de la fuerza interna de la víctima, el posible abuso sufrido por los padres en su infancia y el respaldo familiar, incluyendo la comunicación, el respeto y el apoyo (Escartín, 2003).

Entre los factores que determinan la percepción y emociones de una víctima acerca del abuso están las características familiares, la personalidad y la experiencia de vida. También influyen la forma en que maneje la situación la persona que escucha el relato y las posibles consecuencias de romper el secreto (Grillo, 2001).

Los efectos del abuso sexual dependen de si la culpa fue asignada al agresor o a la víctima durante el abuso, el tiempo que transcurrió entre el abuso y cuando la víctima ingresó a tratamiento, la cantidad de apoyo directo que recibe la víctima, la credibilidad que haya tenido su relato, el resultado de haber demandado, la prontitud con la que la víctima regresa a la escuela y el grado en el que la víctima se juzgue a sí mismo (Prendergast, 1996).

Otros factores que afectan el daño provocado y el grado de visibilidad de los signos de que un trauma ha ocurrido son: sus debilidades, el estado de desarrollo físico y emocional en el que se encuentra, los valores del menor al momento del abuso, las palabras utilizadas por el agresor, si el abuso fue visto o no por otra persona y quién era esta persona y cómo fue descubierto o expuesto el abuso (ibid).

Los efectos del abuso sexual también dependerán de la utilización de amenazas, la utilización de premios, el uso de sustancias psicoactivas, el lugar de la agresión, el nivel socioeconómico, el nivel educativo y la religión (Gómez y Velandia, 2004).

Entre los factores individuales de los que depende la respuesta hacia el abuso están las dificultades emocionales y de comportamiento, el aislamiento social, la vergüenza y el autoculparse por el abuso. Los factores familiares que influirán son la falta de apoyo paterno, las dificultades emocionales paternas, las habilidades no efectivas de cuidado y las interacciones familiares problemáticas. Y la sociedad también puede influir al tener ausencia de acceso a tratamientos especializados para el trauma y sistemas inefectivos de respuesta a las acusaciones (SAMHSA, 2004).

Según una investigación realizada por Mannarino y Cohen (citados por Reinecke, et al, 1996), se encontró que las cogniciones negativas, el sentirse diferente de sus compañeros, el autoculparse, el percibir poca credibilidad y el tener poca confianza interpersonal están asociados con un aumento en el nivel de sintomatología posterior al abuso. Así también, encontraron que el grado en el que un individuo cree controlar su vida y los acontecimientos que influyen en ella, denominado *locus* de control, predice la sintomatología, pues cuanto más externo sea el *locus* de control, se presentarán más síntomas.

Si el abuso lo comete un familiar, la situación es más traumática debido a que supone sentimientos contradictorios en la confianza, protección y apego que se tenía con esta persona, se sienten impotentes y pierden la confianza en los adultos que se suponía lo cuidarían (Portillo, 2004; Vernon, 1999).

Según investigaciones realizadas, el abuso perpetrado por un padre o padrastro ha sido asociado con mayor sintomatología postabuso. Así también, el uso de fuerza durante el abuso sexual ha sido asociado con respuestas más traumáticas. Se reconoce que es importante la participación del padre no ofensor, especialmente porque dependiendo del apoyo que les den, así será el nivel de ajuste que tendrán las víctimas (Reinecke, et al, 1996).

El hecho de que en el abuso sexual haya existido contacto, ha sido asociado con resultados pobres a largo plazo (Putnam, 2003).

La falta de apoyo materno, la depresión de la madre y los altos niveles de reacción estresante paterna hacia la historia de abuso, han sido correlacionados con mayores síntomas emocionales y conductuales provocados por la relación abusiva (Cohen y Mannarino, 1998).

Los niños pueden llegar a sentirse traicionados cuando sus madres u otras figuras significativas dudan de la validez de sus declaraciones. Los padres que les crean a sus hijos y que respondan apropiadamente, protegiéndolos y buscando ayuda, facilitarán que sus hijos tengan un mejor ajuste (Neville, 2004; Knell, 1996).

El mantener en secreto el abuso tiende a reforzar los sentimientos de poco valor y provoca que la víctima explique el abuso como si fuera él quien lo provocó. Cuando la víctima internaliza la responsabilidad por el abuso, puede culparse y volverse auto castigador (Neville, 2004).

Según los resultados obtenidos en el estudio de Cohen y Mannarino (1998), el abuso sexual puede tener un impacto más severo sobre los varones y los miembros de grupos minoritarios que sobre las niñas y los grupos mayoritarios.

6. Factores positivos que ayudarán a la víctima a enfrentar el abuso. Los factores que permiten que la víctima enfrente el abuso satisfactoriamente son de tipo individual, familiar y social.

Entre los factores individuales está la habilidad de expresarse emocionalmente, destrezas de relajación, destrezas de afrontamiento, destrezas de seguridad personal, destrezas sociales y autoestima (SAMHSA, 2004; Cohen y Mannarino, 1998).

Los factores familiares incluyen estabilidad emocional paterna, apoyo paterno, compartir actividades, retroalimentación positiva, disciplina efectiva, establecimiento de límites efectivos, destrezas de comunicación entre padres e hijos, e interacciones familiares cohesivas (ibid).

La terapia será más efectiva si el niño tiene el apoyo de su familia, es decir, si le creen, lo apoyan, lo alejan del agresor y le dan la atención profesional y familiar necesaria. De forma contraria, cuando la familia responde negativamente, en el niño aumentarán los sentimientos de culpa, responsabilidad y vergüenza (Escartín, 2003).

El niño también se verá favorecido si tiene relaciones positivas con sus compañeros y destrezas de asertividad. Así también, si recibe educación sobre el abuso sexual y si recibe los cuidados necesarios para su salud (SAMHSA, 2004).

## 7. Razones por las que no se delata el abuso sexual

a. Del niño. Cuando existe abuso sexual, los niños no saben si este comportamiento es bueno o malo, algunos creen que es algo normal y que le pasa a todos los niños, puede que estén conscientes de que les duele o les gusta, y puede que sepan que por hacerse a escondidas es algo inusual. Así también, saben que las conductas que ocurren por la fuerza o bajo engaño son comportamientos inaceptables; sin embargo, no saben cómo controlar la situación, cómo confrontarla o resistirla, les resulta confusa y atemorizante, y no saben cómo pedir ayuda (Grillo, 2001; Escartín, 2003).

Cuando el agresor es uno de los padres o algún familiar, el menor se siente controlado por las amenazas y a la vez tiene un sentimiento ambivalente pues siente cariño y lealtad hacia el victimario. Puede ser también que el revelar la situación de abuso cause que el agresor sea separado del hogar, por lo que las víctimas podrían ser castigadas por sus amistades y familiares, al ser consideradas y tratadas como villanas (ibid).

El agresor puede intentar convencer a su víctima de que el abuso sexual es normal, natural, que se tiene el permiso de los padres o de una posición de autoridad, o bien, puede haberlos convencido de que son responsables y culpables de la relación de abuso que están viviendo, por lo que el niño no puede contar su situación. Otra razón es que, por ser parte del problema, los niños pueden sentirse culpables y merecedores de castigo al igual que el ofensor (Prendergast, 1996; Escartín, 2003; Grillo, 2001).

En algunos casos, los niños no hablan del abuso pues por medio de él obtienen atención especial, dinero o regalos. Es decir, están dispuestos a pagar con su cuerpo los supuestos beneficios ofrecidos por el agresor. Sin embargo, cuando se dan cuenta de que han sido utilizados, se establece el daño real y el trauma (Grillo, 2001; Prendergast, 1996).

Puede ser que el niño sea muy pequeño para poder verbalizar su historia, o si es mayor, puede temer que no le creerán, que lo culparán, que lo regañarán, que lo castigarán, que lo abandonarán, que lo señalarán de haber seducido o que lo juzgarán, y si la víctima es un familiar apreciado, puede temer su rechazo (Cullari, 2001; Prendergast, 1996).

Cuando la víctima es preadolescente sabe que la conducta de abuso está mal, pero tiene miedo a ser culpado, se siente responsable por el abuso y también por sus cambios físicos, todo lo cual le impide informar sobre su situación (Grillo, 2001).

La mayoría de niños han sido instruidos para decir no, para correr o para decirle a alguien más lo que está pasando. Sin embargo, muchos de ellos no son capaces de relatar su situación. Es por ello que pueden sentirse culpables de no haber hecho lo que se les indicó. Puede ser que el sentir miedo, estar enojado o confundido haya inhibido su capacidad para actuar como se le había enseñado (National Clearinghouse on Child Sexual Abuse and Neglect Information, 2004).

Los niños tienden a relatar que han sufrido abuso sexual menos que las niñas, esto se debe en parte a la idea de la sociedad de que los varones no son víctimas, solamente lo son las mujeres. Así también, debido a que la mayoría de abusadores son hombres, los varones deben enfrentarse con sus sentimientos e ideas de homosexualidad. Cuando los varones sufren abuso por parte de una mujer, no delatan el abuso debido a la creencia de que se espera que hayan disfrutado de la actividad sexual (Knell, 1996).

b. De los padres. Los padres de las víctimas no denuncian el abuso sexual debido a que temen las consecuencias de la posible publicidad del caso de su hijo, además, creen que la denuncia y el proceso no va a reparar los daños causados. Puede ser que también teman las consecuencias que la denuncia tenga para la familia, especialmente cuando el agresor es un familiar (Save the Children, 1998).

Otra razón por la que no denuncian es porque desconocen los procedimientos a seguir, porque tienen desconfianza en el sistema judicial o porque temen las consecuencias del proceso judicial para el menor así como para la familia (Save the Children, 1998).

8. Legislación guatemalteca relacionada con el abuso sexual. Dentro de la legislación guatemalteca se establecen acuerdos y reglamentos específicos que velan y protegen a la niñez y adolescencia. Este apartado está referido a la compilación de leyes y artículos específicos de las mismas que se relacionan con el abuso sexual así como las responsabilidades que conlleva abusar de niños y niñas.

Antes de analizar cada una de estas leyes, es importante conocer algunas definiciones de términos utilizados en los artículos que tratan el tema del abuso sexual.

*Violación*, es el término que la legislación utiliza para definir una relación sexual en la que existe violencia, coacción física o intimidación psicológica, aunque el violador no haya realizado la totalidad del acto, éste se haya interrumpido o no haya provocado embarazo en la mujer. *Estupro*, es la relación sexual que realiza un hombre, sin violencia y por medio de engaños o de seducción con una mujer que generalmente es menor de edad. *Abusos deshonestos*, es la situación en la que una persona, por medio de la violencia, abusa de otra que está privada de razón, de sentido o es incapaz de resistir, cometiendo actos sexuales distintos al acceso carnal, los cuales incluyen caricias y manipulaciones para excitar (SBS, et al, 2001).

Las Leyes guatemaltecas relacionadas con el abuso sexual son las siguientes:

a. Constitución Política de la República de Guatemala

«**Artículo 3.** Derecho a la vida. El Estado garantiza y protege la vida humana desde su concepción, así como la integridad y seguridad de la persona.»

b. Convención sobre los Derechos del Niño

«**Artículo 19.** 1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma... abuso sexual. 2. Esas medidas de protección deberían comprender, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos de malos tratos al niño...

**Artículo 34.** Los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales. Con este fin, los Estados Partes tomarán, todas las medidas necesarias para impedir: a) Que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal; b) La explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales.

**Artículo 39.** Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de cualquier forma de abuso... Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño.»

c. Código Civil

«**Artículo 166.** Los padres podrán convenir a quién de ellos se confían los hijos... Podrá también el juez resolver sobre la custodia y cuidado de los menores, con base en estudios e informes de trabajadores sociales o de organismos especializados en la protección de menores.

**Artículo 262.** Cuando la conducta de los padres sea perjudicial al hijo y se demande la suspensión o pérdida de la patria potestad, el juez... puede disponer que (el niño) salga de la casa de sus padres y quede al cuidado del pariente más próximo, o si fuere posible de un centro educativo.»

d. Código Procesal Civil y Mercantil

«**Artículo 427.** El juez podrá decretar la suspensión de la vida en común y determinará provisionalmente quién de los cónyuges se hará cargo de los hijos... También podrá dictar todas las medidas que estime conveniente para la adecuada protección de los hijos.

**Artículo 516.** Para garantizar la seguridad de las personas, protegerlas de los malos tratos o de actos reprobados por la ley, la moral o las buenas costumbres, los jueces de primera instancia (de familia) decretarán, su traslado en donde libremente puedan manifestar su voluntad y gozar de los derechos que establece la ley.»

e. Código Penal

«**Artículo 144. De las lesiones.** Comete delito de lesiones quien sin intención de matar, causare a otro daño en el cuerpo o en la mente.

**Artículo 146. Lesiones gravísimas.** Quien causare a otro lesiones gravísimas será sancionado con prisión. Es lesión gravísima la que produjere alguno de los resultados siguientes: 1) Enfermedad mental o corporal o probablemente incurable... 4) Incapacidad para engendrar o concebir.»

**Artículo 151. Contagio Venéreo.** Quien conociendo que padece de enfermedad venérea, expusiere a otro al contagio, será sancionado con multa.

**Artículo 173. Violación.** Comete delito de violación quien yaciere con mujer: 1) Usando violencia para conseguir su propósito, 2) Aprovechando las circunstancias, de encontrarse la mujer privada de la razón o de sentido o incapacitada para resistir, 3) Si la mujer fuere menos de doce años.

**Artículo 174. Agravación de la pena.** La pena a imponer será de prisión: 1) Cuando concurrieren en la ejecución del delito dos o más personas, 2) Cuando el autor fuere pariente de la víctima, dentro de los grados de ley o encargado de su educación, custodia o guarda, 3) Cuando como consecuencia del delito se produjere grave daño a la víctima.

**Artículo 175. Violación calificada.** Si con motivo o a consecuencia de la violación, resultare la muerte de la ofendida, se impondrá prisión...; se impondrá la pena de muerte, si la víctima no hubiere cumplido los diez años de edad.

**Artículo 176. Estupro mediante inexperiencia o confianza.** El acceso carnal con mujer honesta, mayor de 12 años y menor de catorce, aprovechando su inexperiencia u obteniendo su confianza, se sancionará con prisión de uno a dos años. Si la edad de la víctima estuviere comprendida entre los catorce y los dieciocho años, la pena a imponerse será de seis meses a un año.

**Artículo 177. Estupro mediante engaño.** El acceso carnal con mujer honesta, menor de edad, interviniendo el engaño o mediante promesa falsa de matrimonio, se sancionará con prisión...

**Artículo 178. Estupro agravado:** Cuando el autor fuere pariente, dentro de los grados de ley, de la estuprada o encargado de su educación, custodia o guarda...

**Artículo 179. Abusos deshonestos violentos:** Comete abuso deshonesto quien realiza en persona de su mismo o de diferente sexo, actos sexuales distintos al acceso carnal.

**Artículo 188. Corrupción de menores de edad.** Quien, en cualquier forma promoviere, facilitare o favoreciere la prostitución o la corrupción sexual de menor de edad, será sancionado con prisión.

**Artículo 189. Corrupción agravada.** a) Si la ofendida fuere menor de 12 años; b) Si el hecho fuere ejecutado con propósito de lucro o para satisfacer deseos de terceros; c) Cuando para su ejecución medie engaño, violencia o abuso de autoridad; d) Si la corrupción se efectuare mediante actos sexuales perversos, prematuros o excesivos; e) Si el autor es ascendiente, hermano, tutor o encargado de la educación, guarda y custodia de la víctima; f) Cuando los hechos a que se refiere el artículo anterior, fueren realizados con habitualidad.

**Artículo 197. De la acción penal.** Los delitos serán perseguibles, únicamente mediante denuncia del agraviado, de sus padres, abuelos, hermanos, tutores o pro-tutores o, en su caso, del Ministerio Público, aunque no formalicen acusación. Sin embargo serán perseguibles por acción pública: 1) Si la persona agraviada

careciere por su edad o por cualquier circunstancia de capacidad para acusar, no tuviere presentante legal o no estuviere bajo custodia o guarda; 2) Si el delito fuere cometido por el padre, la madre, el tutor o la persona encargada por ley o de hecho de la guarda o custodia del ofendido; 3) En caso de violación de abuso deshonesto violento, si la víctima fuere menor de 15 años o se encontrare en el momento del hecho en situación de trastorno mental.

**Artículo 199. Penas para los cómplices.** Los ascendientes, tutores, pro-tutores, albaceas, maestros o cualesquiera otras personas que con abuso de autoridad o de confianza, cooperen como cómplices de la perpetración de los delitos de violación, estupro, abusos deshonestos, raptos, corrupción de menores o delitos contra el pudor, serán sancionados con las penas que corresponden a los autores.

**Artículo 236. Incesto propio.** Comete incesto, quien yaciere con su ascendiente, descendiente o hermano. El incesto será sancionado con prisión de dos a cuatro años.

**Artículo 237. Incesto agravado.** Quien cometiere incesto con un descendiente menor de edad, será sancionado con prisión de tres a seis años.»

#### f. Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia

«**Artículo 54. Obligación estatal.** El Estado deberá adoptar las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger a los niños, niñas y adolescentes contra toda forma de: ... b) Abuso sexual. Que ocurre cuando una persona en una relación de poder o confianza involucra a un niño, niña o adolescente en una actividad de contenido sexual que propicie su victimización y de la que el ofensor obtiene satisfacción, incluyéndose dentro del mismo cualquier forma de acoso sexual.»

Las entidades jurídicas guatemaltecas encargadas de dar seguimiento a las denuncias de abuso sexual son la Policía Nacional Civil, el Ministerio Público, la Procuraduría General de la Nación, la Procuraduría de Derechos Humanos y el Organismo Judicial.

## B. Datos estadísticos de abuso sexual en Guatemala

El abuso sexual es un problema internacional. Se estima que en América Latina y el Caribe, seis millones de niños y adolescentes son víctimas de maltrato y abuso sexual (Gibson y Mitchell, 1999). Investigaciones realizadas por la Red de Prevención y Atención del Maltrato y Abuso Sexual a Niños, Niñas y Adolescentes han aportado las estadísticas de este problema en Guatemala. Estas investigaciones se llevaron a cabo durante los años 2002 y 2003 en instituciones de salud y en instituciones del sector justicia ubicadas en la Ciudad de Guatemala. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social también investigó este problema en el 2003 y los resultados fueron publicados en el Informe Nacional de Salud Materno Infantil (Villareal, 2004; MSPAS, 2003).

En el 2002 las instituciones nacionales de salud atendieron un total de 572 casos de maltrato de los cuales el 61% fue por maltrato físico, el 13% por abandono y negligencia, el 14% por sospecha de abuso y el 12% por abuso sexual. Así también, durante los años 2002 y 2003 se atendió un total de 153 casos de abuso sexual a niños y adolescentes, los cuales quedan distribuidos de la siguiente manera: el Hospital General San Juan de Dios con el 50% de los casos, el Hospital Roosevelt dio tratamiento al 16% de los casos, el Hospital de Pediatría del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) se ocupó del 11% de los casos, el Hospital Juan José

Arévalo Bermejo atendió al 10% de estas víctimas, la Unidad Periférica del IGSS de la zona 5 atendió un 7% y la Unidad Periférica del IGSS de la zona 11 dio tratamiento al 6% (Villareal, 2004).

De los 153 casos anteriores, solamente 68 están clasificados por sexo, de los cuales el 64% fue contra niñas, un 22% contra niños y para el restante 14% de casos no existen datos certeros. Sanidad pública también atendió 80 casos por sospecha de abuso sexual, de los cuales 66% era a niñas, el 20% a niños y para el 14% no existe datos (ibid).

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS, 2003), en su informe sobre la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002 – Mujeres, menciona que de todas las mujeres de entre 15 y 49 años de edad encuestadas, el 2.9% indicó que había sufrido abuso sexual antes de cumplir 12 años. Las mujeres residentes del área urbana, especialmente de la región metropolitana, las ladinas y las de mayor educación informaron abuso sexual en la niñez con más frecuencia, comparadas con las mujeres del área rural o con menos educación. También las mujeres separadas o divorciadas relataron con más frecuencia abuso sexual antes de los 12 años. De ellas, el 45.3% sufrió abuso de un familiar diferente al padre, esposo/compañero o padrastro, el 24.3% por un amigo o conocido, el 15.3% por un desconocido, el 10.2% por el padrastro, el 1.8% por el novio, el 1.7% por el padre, 1.4% por el esposo/compañero y 1.1% por un maestro. De estas mujeres, el 44.4% informó que habían sufrido abuso sexual cuando tenían menos de 10 años y el 20% de ellas lo sufrió antes de los 7 años.

A las mujeres también se les preguntó si habían sufrido abuso sexual cuando tenían 12 años o más, a lo que el 4.1% respondió afirmativamente. De ellas, quienes reportaron abuso sexual con más frecuencia fueron las residentes del área urbana y la región central, y las separadas o divorciadas. El 27.4% de estas mujeres sufrió abuso por parte de un amigo o conocido, el 17.7% por un desconocido, 13.2% por el novio, 11% otro familiar, 4.6% por el padrastro, 1.8% por un maestro, el 1.2% por el padre y el 1.2% por el esposo o compañero. De estas mujeres, el 38.3% sufrió abuso cuando tenía entre 12 y 14 años y el 35.2% tenía entre 15 y 19 años (MSPAS, 2003).

En la Encuesta Nacional de Salud Masculina (MSPAS, 2003) se preguntó a hombres de entre 15 y 59 años de edad si habían sufrido abuso sexual antes de cumplir 12 años, a lo cual sólo el 1.1% respondió de forma afirmativa. Los hombres que más informaron sobre abuso sexual fueron los que viven en el área urbana, los pertenecientes al grupo ladino, los de la región nororiente y los de mayor nivel de educación.

En el 2002 las instituciones nacionales de justicia recibieron 1301 denuncias de maltrato, de las cuales el 40% corresponde a maltrato físico, un 28% a violación, el 11% a abandono, el 9% a abuso sexual y abusos deshonestos, el 8% corresponde a agresiones, lesiones y amenazas, un 2.7% de casos por negligencia, un 2% por intento de violación y un 0.3% por incesto y estupro (Villareal, 2004).

Durante el año 2003, el sector justicia recibió 295 denuncias por abuso sexual contra menores y adolescentes, de éstos el 44% fue presentado ante la Oficina de Atención a la Víctima de la Policía Nacional Civil, 30% fue recibido por la Sección contra Lesiones y Delitos Sexuales del Ministerio Público y el 26% restante fue presentado ante la Oficina de Atención a la Víctima del Ministerio Público (ibid).

Al desglosar por sexo las denuncias emitidas ante las instituciones de justicia, se puede notar que hubo 131 denuncias por abuso sexual y abusos deshonestos, de los cuales el 13% es contra niños, el 29% es de niñas y el 59%, datos no clasificados. Se denunció un total de 359 casos de violación, de los cuales el 8% fue a niñas y el

92% de los casos no tiene datos. Solamente se denunciaron 4 casos de incesto y estupro, el 75% corresponde a casos sin datos y el 25% es del delito cometido contra niñas. También se reportaron 27 casos de intentos de violación, pero ninguno de ellos cuenta con datos, por lo que no pueden desglosarse por sexo (ibid).

Existen expedientes de investigación abiertos debido a la denuncia de abuso sexual en los departamentos de Guatemala, durante el año 2003. Según el Informe Anual Circunstanciado 2003, la Procuraduría de los Derechos Humanos de Guatemala abrió un expediente de investigación por abuso sexual en el departamento de El Progreso, en Guatemala seis, Sacatepéquez tres y Santa Rosa uno (Morales, 2004).

El ámbito legal de Guatemala da importancia y reconoce la necesidad de que los casos de abuso sexual sean denunciados para que se conozca el hecho y por lo tanto se otorgue la protección a la víctima, se ordene la cesación de las violaciones y se dicte la sentencia correspondiente por el delito. Sin embargo, existen obstáculos para conocer los datos numéricos exactos de los casos de abuso sexual en nuestro país. Uno de los principales obstáculos según Villareal (2004) es que:

«las instituciones que por mandato legal deben brindar este tipo de información, no cuentan con un sistema de registro eficaz, provocando un sub-registro de los casos atendidos; y los sistemas que existen están estructurados de manera que no permiten registrar datos e información clara y desglosada acerca de la víctima, de su familia y del agresor. Otro problema es que los registros de las diversas instituciones vinculadas a la prevención, denuncia y sanción del maltrato de la niñez y de la adolescencia no son homogéneos en su estructura y en algunos casos son deficientes.»

Así también, muchas veces los casos de abuso sexual no son denunciados debido a que el sistema penal solamente se centra en los fallos condenatorios, dejando de lado las necesidades de las víctimas (Grillo, 2001).

De acuerdo a uno de los encargados de recibir las denuncias en la Fiscalía de la Mujer del Ministerio Público, el licenciado Rosales (2004), la justicia intenta rehabilitar al delincuente y no a la víctima, a pesar de que ésta puede pasar por tres tipos de Revictimización:

- «-Primaria, es la que se da cuando la víctima se enfrenta con su familia al contarle la historia, ya sea que reciba apoyo de ésta o no;
- Secundaria, se da cuando la historia debe contarse, nuevamente, a las entidades superiores de justicia.
- Terciaria, es cuando la víctima cuenta su historia a la sociedad.»

A pesar de que este proceso de Revictimización es largo, al igual que el de recuperación, el Ministerio Público de Guatemala solamente facilita a la víctima un promedio de tres sesiones con un Psicólogo, como parte del apoyo que le proporciona para enfrentarse al problema del abuso sexual.

Otro problema que existe en el área penal es que el sistema de justicia procesa relativamente pocos casos de abuso infantil debido a que muchas denuncias no reportan conductas específicas que estén tipificadas en una ley penal, o bien porque no se tienen suficientes pruebas para cumplir con los estándares penales de un delito (Grillo, 2001).

## C. Antecedentes de la terapia

Se han realizado estudios que permitieron establecer la eficacia de la Terapia Cognitiva en el Tratamiento de niños víctimas de abuso sexual.

Uno de ellos es el realizado por Putnam (2003), quien sugiere que éste es uno de los tratamientos mejor documentados por su efectividad. Menciona que esta terapia, aplicada en sesiones limitadas, es efectiva para algunos síntomas, aunque otros, tales como la agresión y los comportamientos sexualizados, pueden ser resistentes a esta aproximación.

Otro estudio fue llevado a cabo por Cohen y Mannarino (1998), quienes designaron un modelo de tratamiento cognitivo conductual para niños preescolares, en el cual se demostró la efectividad de la Terapia Cognitiva Conductual sobre una Terapia de Soporte no directiva.

King et al (2000), realizó un estudio cuyo objetivo era evaluar la eficacia del tratamiento cognitivo conductual en niños que habían sufrido abuso sexual y que tenían síntomas de estrés postraumático. Comparados con los niños que no recibieron ningún tratamiento, quienes lo recibieron tuvieron una reducción significativa de los síntomas de estrés postraumático. Este es un estudio similar al realizado por Deblinger et al (citado por King et al, 2000), quienes trataron los síntomas de estrés postraumático con una intervención cognitiva conductual y cuyos resultados apoyaron la eficacia de las intervenciones cognitivas conductuales sobre el grupo control.

Según SAMHSA (2004), un estudio reciente documentó el mantenimiento de las mejoras de los niños que habían recibido Terapia Cognitiva Conductual para el abuso sexual infantil, por un período de dos años. Así también, un estudio que comparó esta terapia con un grupo de apoyo sugiere que las estrategias cognitivas conductuales son significativamente efectivas para reforzar las destrezas de seguridad de los niños.

Los resultados de estas investigaciones sugieren que las estrategias cognitivas conductuales deben ser prioridad para tratar a los niños que han sido sexualmente abusados.

## D. Tratamiento del abuso sexual

1. Terapia. De acuerdo a Cloitre (1998), estudios recientes sugieren que la tendencia de repetir la propia historia de vida, aplicando automáticamente los esquemas interpersonales, es una conducta típica, tanto en individuos que no han sufrido abuso como en los que sí lo sufrieron. Por esto el abuso sexual debe ser tratado, para que la conducta no se repita y para que las víctimas no se conviertan en abusadores.

Antes de entrar a la terapia, es necesario que los niños sientan que su mundo es un lugar seguro y que pueden predecir algunas cosas, lo cual les permitirá tener la energía física y emocional para involucrarse en la terapia (National Clearinghouse on Child Sexual Abuse and Neglect Information, 2004).

La terapia para niños que han sufrido abuso sexual es el arte y la ciencia de ayudar a los niños a comprender sus sentimientos, pensamientos y comportamientos, y que aprendan cómo controlar su comportamiento y cómo mejorar las interacciones con otras personas (ibid).

La terapia es una de las estrategias más importantes para ayudar a estos niños a cambiar el rol de víctima y continuar progresando en una adultez positiva y productiva. Las creencias tienen un gran impacto en el comportamiento de los niños. Un cambio en las creencias sobre sí mismo puede generar cambios en el comportamiento, reforzando creencias más positivas acerca de sí mismo y de otras personas. Cuando el niño evalúe sus creencias y reacciones al abuso de forma más aceptable y favorable, entonces podrá sentirse con más esperanza y estará más dispuesto a intentar hacer cambios en su comportamiento (ibid).

Para dar tratamiento al abuso sexual se pueden utilizar la Terapia Cognitiva, la Terapia Conductual y la Terapia de Juego. Los objetivos de utilizar la Terapia Cognitiva son facilitar la reestructuración cognitiva y entrenar en habilidades específicas para afrontar el estrés. Las Teorías Cognitivas se basan en la concepción de que las atribuciones causales y los pensamientos distorsionados dan lugar a las conductas inadecuadas y a los síntomas. Por ello lo que se pretende es reestructurar los patrones de ideas negativas por medio de entrenar a la víctima en técnicas de autocontrol del propio cuerpo y de las preocupaciones, enseñarle estrategias de solución de problemas y habilidades sociales, incluyendo la asertividad (Portillo, 2004)

La Terapia Conductual permite implantar o aumentar las conductas deseables y eliminar o reducir las indeseables. La Terapia de Juego o Ludoterapia, es la que sustituye el lenguaje por el juego. El lugar donde se va a llevar a cabo la ludoterapia debe contar con títeres, juguetes de figuras humanas y de objetos, y herramientas que despierten la creatividad del niño tales como hojas, lápices y crayones (ibid).

Al igual que todos los pacientes, los niños que reciben terapia tienen derecho a estar en un ambiente libre de abuso, derecho a preguntar sobre la terapia y a recibir una respuesta que puedan comprender, derecho a esperar que la terapia sea útil y derecho a ser tratados como individuos únicos (National Clearinghouse on Child Sexual Abuse and Neglect Information, 2004).

Es necesario clarificar el propósito y objetivos de la terapia, y hacerlos relevantes para la situación actual del niño, pues esto facilitará que la víctima se interese y se involucre más en la terapia. Así también se debe comprender las frustraciones o miedos del niño con respecto a la terapia, se debe clarificar qué ocurrirá en la terapia y cuánto tiempo durará (ibid).

Cuando el terapeuta aplica las técnicas de forma gradual y le permite al niño tomar el control en las sesiones, está ayudándolo a desensibilizarse al abuso. Esto facilitará que el niño pueda hablar de todos los detalles de la situación abusiva, incluyendo los métodos específicos de coerción, manipulación, amenazas y sobornos utilizados por el agresor. Los detalles de esta información son útiles para la corrección de las distorsiones del niño relacionadas con la culpa, le ayudará a que su experiencia se normalice, permitirá al terapeuta comprender los síntomas específicos del niño y ayudará al niño a tener un sentido de control sobre la situación (Knell, 1996).

2. **Objetivos de la terapia.** El principal objetivo de la terapia es abordar y tratar los síntomas generados por el abuso, pero también se debe reforzar las fortalezas y habilidades que permitirán al niño completar sus tareas de desarrollo. Todos los objetivos que se planteen para la terapia deben ser concretos, prácticos y realistas (National Clearinghouse on Child Sexual Abuse and Neglect Information, 2004).

Otra meta del tratamiento debe ser ayudar a la víctima a regresar a su estado de vida anterior al abuso. A la víctima no se le debe pedir que olvide el abuso sino que lo acepte, lo cual significa que sabe que sucedió y que no hay nada que pueda hacer para cambiarlo. Parte del proceso de aceptación es recordar todos los detalles del abuso, por mínimos que sean, hablar de las emociones y sentimientos asociados que provocó el incidente, así como de las autorecriminales y de tener comportamientos negativos, tímidos, pecaminosos o antisociales (Prendergast, 1996).

La terapia debe facilitar la integración y significación de los elementos a la estructura psicológica, y proporcionar un adecuado proceso de elaboración que favorezca el desempeño general, facilitando adecuadas formas de afrontamiento (Gómez y Velandia, 2004).

Así mismo, se pretende que la terapia ayude a evitar la recurrencia del abuso, superar los efectos de la victimización y el trauma, aceptar la historia, aprender técnicas de autoprotección y recuperación de la autoestima, la independencia, la seguridad y la confianza. Además, se le debe ayudar a perdonarse, es decir, que deje de culparse por lo que pasó, que no se castigue, que se libere y deje de lado los sentimientos de venganza y odio, que se responsabilice por su cuidado personal, y que elabore su pasado con el fin de proyectarse de forma saludable y positiva para el presente y el futuro (Escartín, 2003; Gallo-Lopez, 2000).

La terapia debe ayudar a la víctima a que las experiencias que afectan su desarrollo puedan integrarse a su interacción con el medio y a su seguridad. Así también, que el menor recupere su confianza en sí mismo y que aprenda a relacionarse de forma adaptativa con otros niños y con adultos. La terapia debe optimizar las potencialidades afectadas y eliminar las que descontrolan a la víctima (Portillo, 2004).

La víctima de abuso sexual ha perdido el control, por lo que debe serle retornado tan pronto como sea posible, permitiendo que él controle lo que se hable o se juegue acerca del abuso. Al niño se le debe dar un ambiente en el que se sienta cómodo para hablar, jugar y tomar conciencia de sus propias fortalezas y habilidades. Es necesario enseñarle a amarse a sí mismo para que pueda entonces aceptar amor de otras personas. También se debe borrar la errónea conexión de que el sexo es igual a amor que pudo haber instalado el agresor y ayudar a establecer un nuevo valor sobre el amor (Prendergast, 1996; Neville, 2004; Knell, 1996).

La habilidad de pensar en la experiencia dañina y reconocer los sentimientos y los comportamientos generados por esos pensamientos permiten al niño hacer distinciones, tomar decisiones y escoger. Cuando el niño reconoce que tiene la habilidad para pensar y escoger, empieza a sentirse mejor y a sentir que tiene el control. El niño se beneficia de la terapia que le permite actuar o expresar de forma indirecta sus sentimientos, exagerar sus respuestas hasta que esas respuestas sean tan intensas que el niño sienta que representan cómo se sintió durante el abuso. Es importante también enseñarle al niño respuestas socialmente aceptadas, incluidas la comunicación, la asertividad y la negociación (National Clearinghouse on Child Sexual Abuse and Neglect Information, 2004).

El terapeuta debe dar apoyo, alentar al menor a identificar y expresar sus temores y sentimientos de culpa, darle ánimos, reafirmar constantemente que la víctima tiene derecho a revelar el secreto y que aún es querida y apreciada. A estos menores se les debe tratar de la forma más normal, lo cual les ayudará a recuperarse (Prendergast, 1996; Cullari, 2001; Neville, 2004).

El tratamiento de niños que han sufrido abuso sexual debe incluir la formación de una nueva auto imagen, pues lo que determina el éxito o fracaso de la terapia es cómo se sienten con ellos mismos (Prendergast, 1996).

El terapeuta debe ayudar a la víctima a reconstruir su autoestima, entendida como la seguridad y confianza en sí mismo. Esto se hace por medio de asegurar al niño que es una persona valiosa y que tiene la fortaleza necesaria para trabajar en el trauma. La sensación de pérdida necesita ser reexperimentada en un ambiente cómodo y de apoyo para liberar la vergüenza, culpa y enojo. Las lágrimas son parte esencial de la liberación de las emociones (Neville, 2004; Cullari, 2001).

Se debe explicar a la víctima que no es culpable del abuso, que el único responsable es el victimario, que esta situación no se repetirá porque se han tomado las medidas necesarias, que debe seguir adelante, y que es recomendable que hable del suceso (Portillo, 2004; Neville, 2004).

Es importante discutir los detalles del abuso sexual por medio del juego, pues esto ayuda al niño a pensar en su experiencia, a hablar de sus sentimientos no expresados y pensamientos ocultos, a compartir su experiencia, a disipar algunos mitos que fueron creados por el agresor, a disminuir la intensidad de los recuerdos y que el terapeuta pueda comprender la historia del niño (National Clearinghouse on Child Sexual Abuse and Neglect Information, 2004).

Se debe conocer las necesidades de desarrollo del niño, para darle la oportunidad de ganar las destrezas apropiadas para su edad, así como facilitar las intervenciones que le permitan la exploración de temas regresivos (Gallo-Lopez, 2000).

El abuso sexual enseña a la víctima valores distorsionados sobre el sexo, implicando que el sexo es igual a odio, miedo, dolor y degradación; durante la terapia estos valores deben enfrentarse y cambiarse a otros valores positivos y realistas. Muchas veces lo que el agresor dice durante el abuso sexual es más traumático y psicológicamente dañino que el acto mismo, por ello, la terapia debe ayudar a la víctima a entender y aceptar estas palabras como parte de la patología del agresor y no como problema de ella misma (Prendergast, 1996).

Como es posible que el menor tenga conductas sexuales precoces, es necesario darle una adecuada educación sexual ajustada a su edad y nivel cognitivo, enfatizando los temas de la sexualidad en relación con otras personas y consigo mismo. Se debe explicar que las conductas sexuales son adecuadas si se dan entre adultos, personas de la misma edad, con consentimiento mutuo y fuera del ámbito de la familia. Se le debe hacer ver que algunas personas pueden utilizar la sexualidad de forma equivocada, así como lo hizo el agresor. En cuanto a la sexualidad propia, se le debe enseñar que la masturbación es una conducta íntima que no debe manifestarse en público y que es una opción que no ayuda al autocontrol ni al desarrollo socioafectivo (Portillo, 2004).

Se debe hablar positivamente de la sexualidad y no inculcar miedo o sospechas inadecuadas al establecer lazos emocionales afectivos normales con sus pares o con adultos, esto facilitará que vivan la sexualidad sin relacionarla con el abuso sexual. Es por ello que la terapia debe corregir las distorsiones cognitivas con respecto a la conducta sexual, reforzar las inhibiciones internas y los controles externos relacionados con las conductas sexuales inaceptables, y ayudar al niño a adquirir habilidades necesarias para controlar su conducta y satisfacer sus necesidades sexuales de forma socialmente aceptable (ibid).

Es necesario identificar las experiencias de la vida que no son abusivas, pues esto ayudará al niño a ver que el abuso sólo es una de varias experiencias que han impactado su vida. El niño podrá entonces identificar las habilidades y las áreas personales que él puede manejar (National Clearinghouse on Child Sexual Abuse and Neglect Information, 2004).

El enojo puede ser un mecanismo de defensa. El establecer límites y sugerir las expresiones apropiadas de enojo durante la terapia le permiten a la víctima expresar su enojo dentro de un ambiente seguro. El terapeuta no sólo provee una salida para estas emociones sino que también ayuda a la víctima a no sentir miedo de estar enojado y sentir ira, lo cual le libera para expresar estos sentimientos de formas que no son dañinas para él o para otras personas (Neville, 2004).

La liberación del enojo conlleva a explorar los sentimientos de vergüenza, culpa e ira. Cuando esto sucede, pueden enfrentarse con el dolor y colocar la responsabilidad del abuso sobre el perpetrador. Al ayudar a la víctima a encargarse de su vida, el terapeuta afirma que fue víctima de abuso sexual pero que no será víctima de sus efectos. La comprensión de esto promueve un sentimiento de poder y autonomía, y refuerza la autoestima del abusado (ibid).

También es importante asegurarle a la víctima que los sentimientos que está experimentando son normales, pues de lo contrario, seguirá aislándose y degradándose, lo cual reforzará su auto imagen negativa y el concepto de que lo que está sintiendo es anormal. Cuando la víctima reconozca que sus sentimientos son normales, podrá reintegrar sus conceptos de bueno y malo, podrá tener una idea más realista del abuso y sus efectos, y reforzará su autoestima en un ambiente de apoyo (ibid).

Un niño que ha sufrido abuso sexual por una persona conocida puede ser cuidadoso al desarrollar otras relaciones. Por ello, el terapeuta debe proporcionarle un ambiente seguro, para que el niño pueda formar una relación de confianza y pueda explorar su situación pasada (National Clearinghouse on Child Sexual Abuse and Neglect Information, 2004).

Es importante identificar y apoyar los métodos o estrategias que el niño utilizó para cuidarse durante y después del abuso. El niño debe sentirse orgulloso de sus intentos y reconocer que hizo lo mejor que pudo en una situación difícil. Debe también aprender que los comportamientos de defensa que utilizó durante el abuso ya no le serán útiles (ibid).

El terapeuta debe evaluar y abordar la seguridad emocional poniendo atención a las claves que el niño da sobre su habilidad para manejar sus sentimientos y conductas durante la terapia. Cuando el niño tiene dificultades con los aspectos relacionados al abuso, puede tener cambios de conducta, distraerse, comportarse de forma evitativa, intentar cambiar el tema de conversación, quejarse, aburrirse y tener cambios de humor (ibid).

Es necesario que la víctima aprenda que el respetar a los mayores no significa que tengan que obedecerles ciegamente. Por esta razón, es importante que se trabaje directamente con el cuidador primario del niño, lo cual facilitará el éxito del tratamiento. Así también se deben cuidar las limitaciones del tiempo, las cuales deben establecerse y no deben variar de una semana de terapia a otra (Portillo, 2004; Gallo-Lopez, 2000).

El terapeuta debe ayudar al niño para que en el futuro reconozca que tiene derecho a la seguridad y protección, y para que pueda enfrentarse con eventos similares (National Clearinghouse on Child Sexual Abuse and Neglect Information, 2004).

3. **Terapia Cognitiva Conductual.** La Terapia Cognitiva Conductual (TCC) integra los principios cognitivos y conductuales de la Psicología; no se utiliza para tratar desórdenes, sino para evaluar la forma en que se interpretan y se enfrentan estos desórdenes. El principio general de esta terapia es que las dificultades emocionales y conductuales surgen de procesos de pensamiento desadaptativo, por lo que su meta es alterar estas cogniciones desadaptadas. Como resultado, se tendrán cambios en las emociones y en las conductas (Cullari, 2001; Graham, 2002).

De acuerdo a Beck (citado por Graham, 2002), la Terapia Cognitiva Conductual se enfoca en ayudar a las personas a evaluar sus cogniciones; a reconocer las conexiones entre cogniciones, emociones y comportamientos; a examinar la evidencia de los pensamientos automáticos y a sustituirlos por interpretaciones más orientadas a la realidad; y a aprender a alterar las creencias disfuncionales que predisponen a distorsionar sus experiencias. Beck también señala que la emoción es un resultado del proceso de pensamiento, y que las emociones pueden cambiarse cuando se identifican y cambian los pensamientos automáticos en pensamientos controlados. Al cambiar los pensamientos también habrá un cambio en el comportamiento. Las emociones son la causa y la consecuencia de las cogniciones.

La TCC es una terapia estructurada, limitada en el tiempo, orientada al problema y es un acercamiento terapéutico educativo que facilita el cambio. Se basa en el hecho de que el aprendizaje juega un rol central en el mantenimiento del comportamiento, y a la vez, que el aprendizaje involucra la forma en que el individuo procesa la información cognitivamente. Así también, toma muy en cuenta la influencia del nivel de desarrollo, el ambiente social y las diferencias individuales, tales como edad, género, etapa cognitiva de desarrollo, necesidades emocionales, conductas, limitaciones y habilidades del niño en el que se aplicará (Graham, 2002; Reinecke, et al, 1996).

De acuerdo a SAMHSA Model Programs (2004) existe una Terapia Cognitiva Conductual para el abuso sexual infantil, la cual es un tratamiento designado a ayudar a niños y adolescentes de entre 3 y 18 años que han sufrido abuso sexual, a superar el desorden de estrés posttraumático, depresión, comportamientos sexuales inapropiados para su edad, miedos problemáticos y aislamiento social. El objetivo de esta terapia es que el niño aprenda sobre el abuso sexual y sobre la sexualidad saludable, que procese de forma terapéutica los recuerdos traumáticos, que supere los pensamientos, sentimientos y comportamientos problemáticos y que desarrolle destrezas eficaces para el afrontamiento y para cuidar su cuerpo.

Esta terapia explora la relación entre los sentimientos y el comportamiento, y cómo pueden cambiar, cómo los sentimientos negativos se asocian con las percepciones del niño sobre el abuso, y cómo la secuencia del desarrollo (cognición, motivación y afecto) impacta al niño para reorganizar las experiencias (National Clearinghouse on Child Sexual Abuse and Neglect Information, 2004).

La TCC para el abuso infantil ayuda al niño a hablar sobre su experiencia y a enfrentar sus emociones y preocupaciones. Ayuda también a los padres a enfrentar el estrés provocado por el abuso y a responder de forma efectiva a los problemas emocionales y de comportamiento de sus hijos. Así mismo, mejora la comunicación y las interacciones entre padres e hijos (SAMHSA Model Program, 2004).

Esta terapia ayuda al niño a seleccionar comportamientos apropiados para su vida diaria, enfocándose en el proceso más que en el resultado, y le enseña a involucrarse paso a paso en la resolución de problemas, combinando los métodos cognitivos y conductuales (Graham, 2002).

La TCC está dirigida a facilitar el autocontrol de las emociones, ya sea para suprimirlas o para expresarlas. El controlar y regular las emociones permite la flexibilidad en el comportamiento social, en la comunicación y en la adquisición de respuestas apropiadas a situaciones específicas (ibid).

El objetivo último de la TCC es ayudar al niño a obtener un sistema de apoyo positivo y protector que esté disponible para la víctima cuando la terapia termine (National Clearinghouse on Child Sexual Abuse and Neglect Information, 2004).

4. **Terapia de Juego.** La forma innata en que un niño se comunica y se expresa es por medio del juego, el cual le permite revelar fantasías y expresar emociones fuertes. Así también, el juego mejora las funciones motoras al ejercitar los músculos del cuerpo, ayuda a desarrollar una mejor coordinación, aumenta la concentración, promueve el incremento del vocabulario, favorece la adquisición de habilidades para la solución de problemas, y facilita el aprendizaje de las funciones sociales, de las relaciones interpersonales, de la cooperación y del seguimiento de reglas (Cullari, 2001).

Debido a que el juego es divertido y placentero, permite a los niños practicar nuevos roles, expresar emociones, encontrarle sentido a las experiencias y enfrentarse con la realidad y la fantasía. El juego de los niños es influido por factores paternos, experiencias con los pares, materiales disponibles, la escuela y los medios de comunicación (Knell, 1996).

El juego es considerado el medio natural que los niños utilizan para ensayar nuevas destrezas de desarrollo, dominarlas y trabajar con los conflictos. El juego permite observar cómo los niños se ven a sí mismos y a otras personas, cómo interactúan con el terapeuta, cómo enfrentan los problemas y cómo entienden el mundo que los rodea. Todas estas bondades del juego dieron origen a la Terapia de Juego (Walker & Bolkovatz, 1988; Knell, 1996).

La Terapia de Juego es considerada una forma natural por medio de la cual el niño puede experimentar exposición gradual a su experiencia y es una estrategia que lo ayuda a abordar la ansiedad y el miedo de forma indirecta y por lo tanto menos amenazante (National Crime Victims Research and Treatment Center, 2004).

La Terapia de Juego ayuda al niño a expresar sentimientos, actuar sus comportamientos y ganar dominio y control sobre los recuerdos y sentimientos generados por la experiencia abusiva. El niño utiliza el juego para manejar sus miedos y ansiedades sobre el abuso, expresar sus sentimientos sobre lo que le pasó y demostrar su conocimiento y comprensión sobre las relaciones. La Terapia de Juego permite que el niño represente simbólicamente esos eventos que le generan miedo y ansiedad y ayuda al niño a llegar a la resolución e integración de la experiencia (National Clearinghouse on Child Sexual Abuse and Neglect Information, 2004).

El juego le permite al niño explorar, ganar dominio y desarrollar comprensión. En la terapia, el juego se utiliza como medio de comunicación porque refleja los sentimientos, conflictos, pensamientos y percepciones de la realidad, que son expresados por medio del juego cuando el niño no es capaz de verbalizar (Knell, 1996).

Es por ello que la Terapia de Juego es especialmente efectiva con los niños que no tienen las destrezas verbales o cognitivas necesarias para participar en un acercamiento más directivo en el que se discutan sus sentimientos. Un niño que en desarrollo o emocionalmente no es capaz de expresarse verbalmente puede beneficiarse de la experiencia del juego, que le permite demostrar sus sentimientos, miedos e intentos de dominio (National Clearinghouse on Child Sexual Abuse and Neglect Information, 2004).

El desarrollo del juego se da entre los dos y los seis años. Conforme van aumentando las habilidades cognitivas y el lenguaje, el niño puede imitar y fingir en un juego simbólico; por ello el juego de imitación y los juguetes se utilizan para dar tratamiento. Así se le permite al niño representar en el juego sus propias dificultades (Cullari, 2001).

Al trabajar con niños de edad preescolar, es importante que el terapeuta fortalezca las habilidades y destrezas del niño, y que le provea un ambiente rico en experiencias, en vez de utilizar verbalizaciones. Es valioso también que se les ayude a combinar sus comportamientos con sus sentimientos y enseñarles a que expresen ciertos comportamientos mal adaptados de forma más adaptativa utilizando la expresión verbal (Knell, 1996).

La Terapia de Juego se utiliza para acercarse a los niños pequeños por medio de juguetes y por medio del juego como vehículo primario de comunicación y como lenguaje simbólico de auto expresión. La facilidad de utilizar el juego como medio para enfrentar los problemas y para comunicarse con otras personas hace de la Terapia de Juego un método esencial para trabajar con niños de entre 3 y 12 años, aunque se puede utilizar con niños más grandes o más pequeños de este rango de edad (Vernon, 1999; Knell, 1996).

La función primordial de los materiales de juego es promover una relación entre el terapeuta y el niño, engrandeciendo el juego temático y de fantasía, proveyendo vehículos para la proyección y distanciamiento emocional, y promocionando el dominio y la autoexpresión. Para facilitar esta meta, la Terapia de Juego debe proveer un ambiente seguro para lidiar con los problemas, de forma cómoda y menos amenazante (Gallo-Lopez, 2000; Knell, 1996).

Es recomendable que el cuarto de juego tenga juguetes que representen las siguientes categorías: juguetes de familia y cuidadores, de miedo, agresivos, expresivos y de fantasía. Aunque no es necesario que se tengan muchos juguetes, es preferible que haya uno o dos juguetes de cada categoría y que puedan guardarse en el mismo lugar después de cada sesión. Los juguetes y materiales a utilizar deben ser fuertes, seguros y deben facilitar que el niño pueda expresarse de forma creativa, capturar el interés del niño, facilitar la expresión verbal y no verbal, ayudar al niño a establecer una relación positiva con el terapeuta, expresar un amplio rango de sentimientos, explorar sus experiencias actuales y relaciones, probar los límites, aumentar su autocontrol, favorecer la comprensión de sí mismo y de otros y aumentar su autoimagen (Vernon, 1999).

Cuando el terapeuta y el niño juegan juntos, el terapeuta podrá conocer las ideas del niño, aunque no es necesario que el profesional comprenda su significado. El que se dé el cambio en el niño no precisa de la interpretación de su juego, si no simplemente de practicar las nuevas habilidades cuantas veces sea necesario para que se produzca el aprendizaje y para que vuelva a ganar su poder personal (Walker & Bolkovatz, 1988).

Se han realizado estudios que examinan la efectividad de la Terapia de Juego como una técnica de intervención, los cuales concluyen que sí es efectiva para dar tratamiento a niños y adolescentes que exhiben algunas de las siguientes dificultades: agresividad, ansiedad, desórdenes de conducta, depresión, miedos específicos, abuso o negligencia y trauma severo, entre otros (Vernon, 1999).

Esta terapia puede adaptarse y utilizarse con niños que han sufrido abuso sexual. Se recomienda que el tratamiento con estos niños, en cuanto a tiempo, sea de corto a moderado, es decir, de entre 12 a 24 sesiones (National Crime Victims Research and Treatment Center, 2004).

a. **Objetivos de la Terapia de Juego.** El principal objetivo de la Terapia de Juego es reducir el impacto psicológico presente y futuro del abuso sexual en los niños que lo han sufrido. Se debe proveer espacio emocional para que se de la expresión repetitiva de la experiencia, necesaria para las víctimas; es decir, que puedan expresar libremente y en un lugar seguro sus sentimientos, especialmente el enojo. Esto provee una estructura cognitiva que permite reaprender sobre el propio poder y control, así como lidiar con el recuerdo y los sentimientos sin necesidad de utilizar la palabra (Walker & Bolkovatz, 1988).

Entre los objetivos de la Terapia de Juego también se puede mencionar que pretende ayudar al niño a construir su sentido de autoeficacia y competencia, al permitirle hacer cosas por él mismo y tomar decisiones en el juego. Esta terapia ayuda a los niños a aumentar sus habilidades en la resolución de problemas y a aprender a aceptar responsabilidad por su comportamiento y sus decisiones. Gracias a esta terapia, el niño puede aprender más acerca de sí mismo y de otras personas, y puede explorar y expresar sentimientos. Este tratamiento le provee situaciones en las que puede practicar el auto control, le permite explorar percepciones alternas a situaciones problemáticas, y le ayuda a aumentar su vocabulario de sentimientos y a la formación de conceptos emocionales (Vernon, 1999).

Al aplicar esta terapia se espera ayudar al niño a recuperarse de su experiencia, prevenir el desarrollo de vergüenza y estigma, darle apoyo en el desarrollo de intimidad emocional y de otras destrezas apropiadas a la edad, proveer una experiencia de confianza y permitirle volver a recobrar su energía personal (Walker & Bolkovatz, 1988).

Otros objetivos de la Terapia de Juego son ayudar al niño a ganar conocimiento sobre su propio comportamiento, comprender sus necesidades y valores, desarrollar sus propios objetivos y recursos internos, aumentar su habilidad para mostrar sus necesidades en formas socialmente aceptables, aumentar la relación con otras personas, construir fortalezas internas que le den apoyo en el futuro y aumentar su habilidad para observar y apreciar los sentimientos, necesidades y derechos de otras personas (National Crime Victims Research and Treatment Center, 2004).

La relación intensa y cercana con el terapeuta permite volver a confiar en los adultos y saber que no traicionarán sus sentimientos. Se debe animar al niño a utilizar el control dentro de la terapia, mucho más del que se puede utilizar en las situaciones de la vida real. Así también, se debe ayudar al niño a desensibilizarse del abuso, que gane más independencia emocional, que pueda confrontar su enojo y que pueda protegerse él y a otras personas (Walker & Bolkovatz, 1988).

b. Terapia de Juego Cognitiva Conductual. De acuerdo a Vernon (1999), la Terapia de Juego Cognitiva Conductual (TJCC) fue desarrollada por Susan Knell; esta terapia combina las estrategias de intervención cognitivas y conductuales, dentro de un sistema de Terapia de Juego, utilizando actividades con comunicación verbal y no verbal para ayudar al niño a la resolución de problemas. Una de las mayores ventajas de esta Terapia es que puede utilizarse con niños de edad preescolar (Knell, 1996).

Las intervenciones conductuales de la TJCC preparan al niño para beneficiarse del tratamiento y pueden influenciarlo directamente. Las intervenciones cognitivas de la terapia permiten que el niño sea un participante activo en el tratamiento, de modo que pueda tener control, dominio y responsabilidad por el cambio de su comportamiento, así como que ayude en la toma de decisiones concernientes a los objetivos de la terapia, en el establecimiento de las conductas esperadas y de las técnicas que se utilizarán en el tratamiento. La integración de las terapias cognitivas, conductuales y de juego debe ser flexible, de modo que se pueda adaptar a la naturaleza única de cada niño (Knell, 1996; Graham, 2002).

Knell (1996), delineó seis principios esenciales de esta terapia:

- «1. Involucra al niño en el tratamiento a través del juego,
2. Se enfoca en los pensamientos, sentimientos, fantasías y ambiente del niño,
3. Provee estrategias para desarrollar pensamientos y comportamientos más adaptados,
4. Es estructurada, directiva y orientada a objetivos,
5. Incorpora técnicas demostradas empíricamente, y
6. Permite una evaluación empírica del tratamiento.»

La TJCC tiene cuatro etapas:

- «1. La evaluación,
2. La introducción y orientación a la Terapia de Juego,
3. La etapa intermedia y
4. La terminación.»

Durante la etapa de evaluación, el terapeuta utiliza instrumentos formales e informales para obtener datos del niño: nivel actual de funcionamiento, nivel de desarrollo, el problema, las actitudes de los padres y del niño hacia el problema, y su comprensión del mismo (Vernon, 1999).

En la fase de introducción y orientación de la Terapia de Juego, el terapeuta da a los padres un diagnóstico inicial del niño basado en los datos obtenidos durante la etapa de evaluación y luego ellos colaboran en delinear un plan de tratamiento, incluyendo las metas y las estrategias de tratamiento. Durante la etapa intermedia, el terapeuta combina actividades de juego e interacciones con técnicas específicas cognitivas y conductuales, para enseñar al niño comportamientos más adaptados para enfrentar situaciones específicas, problemas y estresores. Además, el terapeuta emplea estrategias que ayudan al niño a generalizar sus nuevas destrezas a situaciones y escenarios de la vida real (ibid).

En la última etapa, la de terminación, el terapeuta ayuda al niño a desarrollar planes para enfrentarse con varias situaciones después que termine la terapia. El terapeuta utiliza técnicas conductuales para reforzar los cambios en los pensamientos, sentimientos y comportamientos del niño y lo anima a practicar estrategias para la generalización del progreso que ha tenido en la Terapia de Juego a otros ambientes (ibid).

Dentro de las características de la TJCC se incluye que los objetivos terapéuticos establecidos son la base del tratamiento, que tanto el niño como el terapeuta seleccionan los materiales y actividades de juego, que el juego se utiliza para enseñar destrezas y comportamientos alternos, que el terapeuta verbaliza ciertos conflictos para ser resueltos por el niño por medio del juego, que toma en cuenta el desarrollo físico y cognitivo del niño para evaluarlo y darle el tratamiento necesario, y que el elogio es un elemento crucial, pues refuerza al niño y le comunica si su comportamiento es apropiado o no (Knell, 1996).

La TJCC enseña a los niños ciertas destrezas que lo ayudarán a prevenir un abuso futuro, y a la vez, le permite aprender cómo acercarse a los adultos de confianza, en caso estuviera nuevamente en una situación abusiva (ibid).

Dentro de las ventajas de utilizar la TJCC están que es directiva, por lo que permite al niño tomar el control dentro de la estructura creada por el terapeuta, permite que se aborde el tema del abuso de forma indirecta (por medio del juego) y les permite expresar libremente una amplia gama de emociones y sentimientos que no podían expresar verbalmente (ibid).

En esta terapia, ayuda mucho la repetición de la experiencia junto con las sensaciones que se vivieron, así como el establecer límites para la propia seguridad del niño. También se debe permitir al niño expresarse libremente y aceptar lo que él presente en el juego, sin juzgarlo; esto facilitará el desarrollo de una buena relación emocional entre ambos. El niño debe sentir que el terapeuta lo respeta, que se preocupa por él y que no lo va a culpar por lo que pasó (Walker & Bolkovatz, 1988).

Aunque el niño no verbalice su situación, es esencial prestar atención a los juegos que utilice, pues es por medio de éstos que el niño expresará todas sus emociones y preocupaciones acerca de la experiencia (ibid).

Es necesario que cualquier evento significativo para el niño, que se presente durante el transcurso de la terapia, sea incorporado dentro del proceso de tratamiento (Knell, 1996).

La estructura de la sesión terapéutica puede ser: establecer *rapport* o ayudar al niño a que se sienta cómodo y en una atmósfera de comprensión, explorar los temas actuales que le preocupan, abordar temas relevantes al abuso, explorar los sentimientos del niño con respecto a la terapia y proveer un cierre en la experiencia terapéutica (National Clearinghouse on Child Sexual Abuse and Neglect Information, 2004).

Las sesiones pueden iniciarse con un tiempo para permitir el juego no directivo, seguidas de actividades estructuradas. Los temas de seguridad y poder son los más esenciales en el tratamiento de los niños víctimas de abuso sexual (Gallo-Lopez, 2000).

La sesión terapéutica debe examinar el tema del abuso sexual tocando un aspecto a la vez, crear ciclos de trabajo y descansos (que pueden ser juegos), dividir la discusión en pequeños temas de modo que se complete un tema a la vez, incorporar actividades que faciliten la construcción de la autoestima, diferenciar entre el pasado y las experiencias actuales, darle tiempo al niño para que pueda pensar e interiorizar la nueva información, y permitir al niño que escoja los temas que se discutirán (National Clearinghouse on Child Sexual Abuse and Neglect Information, 2004).

Se debe desarrollar una rutina para la sesión terapéutica de modo que el niño pueda realizar las tareas de recordar, hablar sobre el abuso y descargar las emociones acumuladas. La rutina ayuda al niño a organizar sus pensamientos, sentimientos y comportamiento, y a sentirse cómodo al descargar sus emociones, explorar las circunstancias y su historia, y aprender cómo el abuso le ha afectado. Es importante que al iniciar la sesión se le diga al niño qué temas se hablarán ese día, cómo se distribuirá el tiempo y que el terapeuta está allí para ayudarlo (ibid).

El abuso sexual debe abordarse de forma directa. Sin embargo, a veces esto es difícil debido a que ha sido un secreto impuesto por el agresor, que el niño ha guardado. Al realizar una exploración abierta sobre el tema, se le estará indicando al niño que el abuso dejará de ser secreto, que está bien hablar sobre los detalles y sentimientos del mismo, y que no está solo. El terapeuta debe ser abierto al hablar sobre el abuso sexual, lo cual modelará este comportamiento para el niño. La víctima podrá dominar lo que le sucedió si es capaz de expresar el abuso, ya sea través de palabras o del juego (Knell, 1996).

La terapia debe incluir educación en destrezas de prevención del abuso, lo cual puede ayudar al niño a hablar sobre el abuso, normalizar sus sentimientos, corregir creencias distorsionadas y enseñarle destrezas para protegerse a sí mismo (ibid).

c. Técnicas utilizadas en la TJCC. Las técnicas conductuales que se utilizan en la TJCC son la desensibilización sistemática, el manejo de contingencias, el reforzamiento diferencial de otros comportamientos, el modelamiento y el ensayo de comportamientos (Knell, 1996).

En la desensibilización sistemática, el niño describe el abuso por medio de dibujos o de juegos, empezando con material menos amenazante y gradualmente enfrentando temas más amenazantes, lo cual permite que se reduzca el miedo o la ansiedad reemplazando una respuesta mal adaptada con una adaptada. El manejo de contingencias se utiliza para modificar el comportamiento controlando sus consecuencias, por lo que el niño es premiado cada vez que se acerca a un comportamiento esperado. En el refuerzo diferencial de otros comportamientos, se le dice al niño cuál es su conducta indeseable y se le sugiere cómo puede sustituirla; así también, al igual que en el manejo de contingencias, se refuerza positivamente un comportamiento que está cercano a la respuesta esperada. El modelamiento también se utiliza dentro de esta terapia y es parte de las intervenciones conductuales (ibid).

Dentro de las técnicas cognitivas que utiliza la TJCC están la identificación y corrección de creencias irracionales, las autodeclaraciones positivas y la Biblioterapia (ibid).

Para conocer las creencias irracionales se utiliza varios métodos, entre ellos está la autoevaluación, en la que se registran las observaciones de las víctimas acerca de ciertos aspectos de su comportamiento. El horario de actividades es otro método y se utiliza para planear e implantar tareas específicas que debe realizar el niño. El registro de pensamientos disfuncionales permite conocer los pensamientos diarios de un niño, esto puede hacerse por medio de un diario escrito o de una cinta de audio o *casette* grabado por él mismo. Otra intervención es el cambio de estrategias cognitivas por medio del planteamiento de hipótesis (ibid).

Las autodeclaraciones facilitan conocer cómo la forma en que el niño interpreta los eventos afecta su habilidad para enfrentarlos (ibid).

La biblioterapia es la utilización de libros, historias o cuadernos de trabajo estructurados. Los cuadernos estructurados de trabajo son una forma de libro para colorear que puede ser completado por el niño con la ayuda del terapeuta. Entre los beneficios de la biblioterapia se pueden mencionar que ayuda al niño a ver que no es el único que ha sufrido abuso sexual y le muestra que no está solo con sus sentimientos. Al mostrarle al niño situaciones en las que otros niños han podido detener el abuso hablando de él, le permite ver que es posible tener control sobre la situación. Para los niños que aún no han relatado su historia, la Biblioterapia puede animarles a que lo hagan, pues les permite hablar más libremente acerca de sus propias experiencias de abuso. Esta técnica ayuda al niño a aumentar su sentido de control, pues le ayuda a identificar formas específicas en que puede prevenir o detener el abuso (ibid).

Los niños también pueden dibujar y ésta es una técnica que ayuda a elaborar el diagnóstico. Los dibujos pueden utilizarse para conocer sobre el abuso, para reducir la tensión, para comprender otros temas diferentes del abuso sexual y para evaluar el funcionamiento completo del niño (Children's Law Office, 2004).

Una forma de emplear la técnica del dibujo es pedirle al niño que cree un libro de dibujos, en el cual diga su historia en pasos pequeños y manejables, empezando por aspectos no amenazantes y, cuando disminuye su ansiedad, se le puede pedir que llegue a aspectos más profundos y amenazantes. Es necesario que no sólo hable de la experiencia sino de los eventos que ocurrieron después que él contó su historia (reacciones de los padres, por ejemplo), pues esto les permitirá verse en el papel o *rol* de víctima y le ayudará a ver formas en las que puede volver a ganar control sobre su vida (Knell, 1996).

Por medio del uso de dibujos, los niños pueden expresar sus distorsiones cognitivas acerca del abuso, lo cual le permitirá al terapeuta conocer estas distorsiones y corregirlas. Después de que un niño ha realizado un dibujo, se le debe animar a que hable acerca lo que dibujó. Así también, se le debe hacer preguntas relacionadas con el dibujo, las cuales le ayudarán a identificar sus sentimientos positivos y negativos relacionados con el abuso (ibid).

Se puede pedir al niño que realice un dibujo libre. Esto permitirá evaluar el impacto del abuso sexual en la víctima y lo ayudará a expresarse y liberarse de sus conflictos emocionales (Portillo, 2004).

Los dibujos realizados por los niños muestran cómo se autodescriben y cómo se comparan con el agresor. Al permitir al niño dibujar los detalles de su cara y la del agresor, permitirá que se tenga una discusión de sus sentimientos durante el abuso y sus creencias acerca del abusador. Esto le da al terapeuta una oportunidad para explorar y normalizar cualquier sentimiento desagradable y negativo que el niño haya tenido durante el abuso (Knell, 1996).

Se pueden utilizar dibujos anatómicos de adultos y de niños, hombres y mujeres, sin ropa, en diferentes etapas de desarrollo, mostrando las características sexuales primarias y secundarias. Estos dibujos pueden mostrar la parte frontal y la parte posterior del cuerpo. Esta técnica facilitará que el niño mencione lo sucedido, al señalar en los dibujos las partes involucradas en el abuso (Children's Law Office, 2004).

Se puede pedir al niño que dibuje algo positivo que le está ocurriendo actualmente. Al enfocarse en lo positivo, los niños son capaces de ver que pueden ser felices y tener el control de su vida, a pesar del trauma del abuso sexual (Knell, 1996).

La TJCC también se apoya en el uso de plastilina. Esta actividad puede ser estructurada de modo que el niño pueda describir diferentes aspectos del abuso por medio de la plastilina. Algunos niños sienten que tienen el control cuando se moldean a ellos mismos más grandes que el agresor, o bien, cuando destruyen el modelo del abusador (ibid).

Se pueden utilizar muñecos para dar tratamiento a los niños que han sufrido abuso sexual. Ésta es una técnica estructurada de juego que se utiliza con los niños que no pueden expresarse por medio de los dibujos, pero sí pueden lograrlo por medio de una secuencia de actividades que realizan los muñecos. Es importante que los escenarios de juego estén estructurados de forma que el protagonista sea el niño; sin embargo, si el niño no tolera este nivel de ansiedad, el juego debe realizarse tomando a otro personaje como protagonista. El terapeuta puede corregir las distorsiones del niño por medio del modelamiento de pensamientos correctivos o experiencias de los muñecos. Los niños también pueden practicar destrezas de prevención utilizando este medio (ibid).

Para los niños más pequeños, los muñecos pueden ser un medio para comunicarse más familiar que el lenguaje, pues ellos generalmente interactúan con juguetes antes de poder hablar. Se pueden utilizar muñecos anatómicos, los cuales pueden servir para romper el hielo, para hacer demostraciones y como estímulo para la memoria. Las partes explícitas de los muñecos anatómicos pueden ayudar a recordarle al niño el abuso. Los genitales, pechos, aberturas de la boca y aberturas anales permiten una comunicación más precisa. Para algunos niños que pueden comunicarse por medio del lenguaje, les resulta más fácil decir qué les pasó al señalarlo en los muñecos (Children's Law Office, 2004).

La casa de muñecas se puede utilizar con los niños de edad preescolar. Cuanto más grande y más amueblada esté, será mejor para el niño, pues podrá mostrar las actividades que allí se llevan a cabo. Al igual que los dibujos, esta técnica puede ayudar a alcanzar objetivos diferentes de obtener información sobre el abuso sexual (ibid).

Debido a que algunos niños que han sido abusados sexualmente pueden sentir que han sido dañados, es de ayuda que el terapeuta tenga un estuche médico de juego o algo que el niño pueda utilizar para simular los instrumentos de un doctor, que pueden ayudar curar el daño que les fue provocado (Knell, 1996).

Otra técnica que puede utilizarse en el tratamiento es el juego de roles o *rol playing*, en el cual una persona actúa en la forma y manera como lo haría otra persona. También se puede utilizar la relajación, pues los estados que se alcanzan por medio de ella no son compatibles con la ansiedad y sus estados asociados, y también por medio de ella la víctima puede tomar conciencia de cada una de las partes de su cuerpo (Portillo, 2004).

5. Factores que determinan el resultado de la terapia. Existen factores del niño, paternos, familiares y terapéuticos que influyen en el resultado de la Terapia. Los factores propios del niño incluyen la voluntad para participar en la terapia, la habilidad para reconocer la experiencia del abuso, la capacidad de aplicar la terapia, el contenido y la intensidad de los eventos y la acumulación de eventos anteriores al trauma (National Clearinghouse on Child Sexual Abuse and Neglect Information, 2004).

Entre los factores paternos que afectarán el progreso el niño en la terapia están la habilidad y disponibilidad para responder adecuadamente a las necesidades del niño, la apertura para aprender nuevos comportamientos que apoyarán la seguridad y protección del niño, la habilidad para abordar los temas relacionados con el abuso sexual y la habilidad de recuperarse, en caso haya algún tipo de adicción (ibid).

Los factores familiares que ayudan a la prognosis son la voluntad de aceptar el abuso como un problema familiar, fomentar un acercamiento orientado a la solución de problemas entre todos los miembros de la familia (incluyendo a la víctima), el afecto entre los miembros de la familia y la habilidad para comunicarse de forma que facilite el compartir pensamientos, sentimientos y problemas (ibid).

El factor terapéutico que predice el éxito del tratamiento es el desarrollo de una relación terapéutica positiva, la cual se logra a través del juego (Knell, 1996).

6. Características del terapeuta. El terapeuta debe ser respetuoso, aceptar y tener fe en el niño y sus capacidades para salir adelante. También debe comunicar respeto hacia los sentimientos, pensamientos e ideas del niño. La aceptación permitirá al niño sentirse seguro y saber que no será rechazado. Y la fe muestra que el terapeuta cree en el poder que tiene el niño para crecer, cambiar y buscar soluciones (Gallo-Lopez, 2000).

El terapeuta tiene algunas responsabilidades que deben ser abordadas con los niños y sus padres. Una de ella es la confidencialidad, el pago por servicios, horario para las sesiones, políticas de cancelación y duración de la terapia (National Clearinghouse on Child Sexual Abuse and Neglect Information, 2004).

## 7. Otros aspectos de la terapia

a. Entrevista. Antes de la entrevista con el niño, es necesario tener los datos con respecto al estado general de desarrollo del niño, composición familiar y las circunstancias en que ocurrió el abuso; estos datos se pueden obtener al hablar con los padres o encargados del niño. El ambiente de la entrevista debe permitirle al niño moverse por la habitación y explorar, se puede tolerar que dibuje o pinte mientras conversa, se debe evitar las interrupciones y se puede permitir que sus padres u otra persona de confianza esté presente, si así lo desea el menor (Grillo, 2001).

Es necesario iniciar con el *rapport* para que el niño se sienta cómodo y se le facilite compartir su información. Para lograr esto es preciso que el terapeuta se presente a sí mismo y le explique su trabajo, se debe evitar que haya un objeto que los separe físicamente y para romper el hielo se puede empezar hablando sobre aspectos personales no amenazantes del niño (ibid).

Durante la entrevista se debe confirmar el grado de desarrollo del niño, es necesario utilizar un lenguaje apropiado para el nivel de comprensión de la víctima, no se debe iniciar con preguntas de ¿por qué? ya que muchas veces parecen acusaciones, no se le debe amenazar o forzar a que hable, el entrevistador debe dar una respuesta afectiva congruente con la percepción del niño sobre las consecuencias del abuso y se pueden hacer preguntas de acuerdo a su nivel de comprensión y a su habilidad para hablar sobre los hechos. Es importante recordar que muchos niños han sido amenazados por sus ofensores para que no hablen, por lo que pueden estar renuentes y ansiosos durante la entrevista; por ello, es necesario que durante la entrevista se le dé el apoyo necesario para que pueda hablar de su situación (ibid).

En la entrevista se debe obtener información de identificación del niño, ver al niño solo (a menos que la víctima solicite la presencia de sus padres o encargados), obtener información de las actividades que realiza el niño, dirigir la entrevista de forma sistemática y consistente, ver a cada niño por separado (cuando haya parientes involucrados en el abuso), evitar tocar al niño y evitar dar refuerzos (Brandt, 1998).

b. Evaluación. La evaluación es un componente crítico del proceso de tratamiento. Para obtener información sobre el estado actual del niño, el terapeuta puede recorrer a las fuentes de referencia que son los padres, los profesores, otros adultos significativos en la vida de los niños, pruebas estandarizadas de comportamiento y desarrollo, reportes escolares y al niño mismo. Aunque no es fácil obtener información de esta última fuente, es importante conocer cómo se autoevalúa el niño y cuáles son sus creencias (Knell, 1996).

Por medio de la evaluación se pretende conocer el nivel de funcionamiento del niño antes del abuso, durante la revelación y el nivel actual, incluyendo los síntomas presentes; también se conocen las creencias y sentimientos del niño relacionados al abuso (ibid).

El objetivo principal de la evaluación es determinar cuán seguro es el ambiente en el que vive la víctima, pero también se debe evaluar los factores de riesgo. Esto ayudará a decidir cuál es la intervención más adecuada y cuáles serán los objetivos de la terapia (National Crime Victims Research and Treatment Center, 2004).

c. Revelación de su historia. Para que la víctima revele su historia, es preciso que esté preparado para hacerlo, de lo contrario, podrá omitir ciertos detalles o podrá olvidarlos. Esta preparación depende de la fuerza emocional de la víctima, la profundidad del trauma, el nivel de confianza que haya desarrollado con el terapeuta y la propia capacidad de la víctima de recordar el abuso, el miedo, el dolor y la culpa que le provocó (Prendergast, 1996).

Cuando la víctima se decide a contar el abuso, puede no escoger a la familia o a los amigos como primera opción, sino que puede recurrir a un extraño con quien no esté emocionalmente involucrado, pues no tendrá miedo de ser rechazado o juzgado. Este extraño puede ser un consejero o un terapeuta. Por ello, es importante que, cuando la víctima revela su historia por primera vez, el terapeuta muestre extrema sensibilidad y preocupación por la privacidad y los sentimientos del abusado (ibid).

Cuando la víctima ha contado su historia necesita comprensión, aceptación y que le crean. El terapeuta debe asegurarle que toda la información que le proporcione será manejada bajo confidencialidad (ibid).

Uno de los mayores obstáculos de trabajar con niños pequeños es que tienen dificultad para narrar el abuso. Algunos niños pueden dar detalles vagos sobre el abuso, pero son incapaces de decir quién, cómo y cuándo sucedió. Incluso puede haber niños que llegan a terapia porque tienen problemas emocionales o de conducta debidos al abuso, pero que aún no han contado su historia. Es necesario entonces que el terapeuta ayude al niño a hablar del abuso, que vele por la seguridad del niño y que prevenga futuros abusos (Knell, 1996).

Cuando el terapeuta desea que el niño le hable sobre el abuso, deberá utilizar juegos no estructurados y no debe intentar cambiar o corregir los pensamientos o comportamientos del niño, pues el propósito es ayudar al niño a proporcionar información. Para ayudar al niño a hablar, puede modelar cómo se hace, verbalizando sentimientos sobre lo difícil que es hablar del tema (ibid).

Es importante que el niño mencione dónde y cuándo pasó, dónde estaba su familia, qué dijo el abusador para involucrar al niño, cómo estaban vestidos el abusador y la víctima y qué ropa fue removida, la frecuencia y duración del abuso, si el agresor mencionó algo acerca de revelar o no el abuso, si el niño se lo dijo a alguien y cuál fue la reacción de la persona a quien se lo dijo (Children's Law Office, 2004).

d. Terminación. Es importante hacer saber al niño y a los padres cuándo terminará el tratamiento. Para esto, el terapeuta debe considerar si el comportamiento del niño ha regresado a su nivel normal, si aún tiene distorsiones sobre el abuso y si es capaz de expresar sus sentimientos relacionados al abuso, ya sea por medio del juego o hablando. Otro aspecto igualmente importante es el mencionarle a la víctima cuando está cerca el final de la terapia, para evitar que se sienta traicionada o abandonada (Knell, 1996).

Los casos de abuso sexual pueden ser muy complejos y pueden requerir consejería de seguimiento periódicamente. Es importante ofrecer a los padres y a los niños guía anticipada para que puedan identificar cuándo se necesitará consejería adicional (Reinecke, et al, 1996).

### III. METODOLOGÍA

#### A. Limitaciones

Una de las consecuencias que provoca el abuso sexual es que la víctima piense que es ella la culpable y responsable de este hecho. Esta situación provoca que el abuso sexual sea muy poco delatado. Del grupo de víctimas que si delatan el abuso, es aún menor la cantidad de quienes buscan ayuda profesional. Debido a estas limitantes, en esta investigación sólo se incluye el estudio de casos de dos pacientes que sufrieron abuso sexual. Otra limitante de este estudio de casos es que, debido a que sólo se incluye dos sujetos en el estudio, los resultados son válidos únicamente para esta investigación, es decir, no pueden presentarse generalizaciones de la eficacia de la Terapia Cognitiva en la población guatemalteca de niños que han sido abusados sexualmente.

#### B. Justificación

En Guatemala, las estadísticas actuales indican que un bajo porcentaje de niños son abusados sexualmente. Estos datos son producto de las denuncias que se presentan a las entidades de salud y de justicia, las cuales no reflejan la situación real, pues por ser un tema tabú, la familia en general no le da la importancia debida. El abuso sexual es el acto en el que existe un contacto sexual entre un adulto y un niño; este abuso daña a la víctima física y psicológicamente. Muchas veces se proporciona tratamiento físico al niño, dejando de lado el área emocional y conductual.

Existen diversos tratamientos psicológicos para el abuso sexual, entre los que se mencionan: la Terapia Psicoanalítica, la Terapia centrada en el cliente y la Terapia Cognitiva. En este estudio se utilizó la Terapia Cognitiva, específicamente en la modalidad de Terapia de Juego Cognitiva Conductual, debido a que por medio del juego ayuda a la víctima a cambiar sus pensamientos irracionales sobre el abuso, incluido el de creer ser el responsable de haber provocado el problema.

Con esta investigación se pretende demostrar que la Terapia Cognitiva es eficaz para dar soporte emocional a las víctimas, ayudarlas a superar los aspectos negativos y guiarlos a la comprensión de que no son ellos responsables ni culpables del problema.

#### C. Participantes

El estudio de casos incluyó a dos niños: un niño de siete años de quien, por parte de sus primas, recibió estimulación en sus órganos genitales, y una niña de nueve años de edad que mostraba comportamientos indicativos de que había sufrido abuso sexual.

## D. Ambiente

Las sesiones de terapia se llevaron a cabo en la Clínica Soluciones Integradas contra la Ansiedad y Depresión (SIAD), la cual está aislada de ruidos, equipada con mobiliario adecuado, un espacio para jugar y juguetes. En su mayoría, las sesiones fueron realizadas semanalmente, las cuales tuvieron una duración aproximada de 45 minutos cada una.

## E. Instrumento

Uno de los instrumentos utilizados en este estudio de casos fue el Consentimiento Informado, el cual fue leído y discutido junto con las personas responsables de los niños, quienes lo firmaron, mostrando así su aceptación de participar en el mismo.

Para la evaluación de estos pacientes se utilizó la Escala Clínica de Impresión Global de Mejoría (C. G. I., por sus siglas en inglés). Se utilizó esta escala debido a que, por tratarse de niños, es difícil que ellos mismos puedan autoevaluarse, por lo que fue la ponente de esta investigación quien los evaluó antes y después de aplicar la terapia.

Así también, se solicitó a los encargados de los niños sujetos del estudio que evaluaran, en forma escrita y oral, la evolución de los mismos. Estas evaluaciones fueron realizadas al iniciar la terapia y en las últimas sesiones de la misma. La evaluación escrita se llevó a cabo por medio de una hoja de evolución elaborada por la ponente de esta investigación.

## F. Diseño

Esta investigación es cualitativa, descriptiva y de estudio de casos. Para conocer el estudio de casos, se transcribe cada una de las sesiones realizadas con los participantes y posteriormente se analizan las técnicas terapéuticas utilizadas con cada participante.

## G. Análisis de datos

### DESCRIPCIÓN DE CASOS

A continuación se describen las sesiones realizadas con cada una de las víctimas de abuso sexual que participaron en el estudio. La descripción de las sesiones incluye los objetivos de las mismas, la técnica empleada, el resultado obtenido y la técnica de cierre.

#### *CASO No. 1*

#### **DATOS GENERALES**

J es un niño de siete años que está es preparatoria. Vive con sus padres y su hermano pequeño en la casa de los abuelos maternos. Ambos padres tienen estudios universitarios.

## **MOTIVO DE CONSULTA**

J tuvo un cambio abrupto en su conducta debido a que sufrió abuso sexual, el cual fue provocado por medio de la estimulación de sus órganos genitales propios así como los de sus primas A y B, quienes cronológicamente son mayores que él. En este cambio radical de conducta, J desarrolló autoestimulación de sus órganos genitales, lo cual provocó en sus progenitores la necesidad de buscar un tratamiento clínico adecuado, pues ellos ya lo habían intentado en forma empírica sin obtener ningún resultado positivo.

## **HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL**

Hace un año la familia de J se cambió de casa, se fueron a vivir a la casa de los abuelos maternos. A los 15 días llegaron a vivir a la misma casa, una tía materna junto con su familia, que está conformada por su esposo y sus tres hijas. Más o menos cinco meses después, la mamá de J notó que el niño se tocaba el área genital, más de lo normal. El niño comenzó a manifestar dificultad para dormir, imaginaba que alguien estaba acostado a la par de él, por las noches sentía miedo, decía que tenía secretos que no le contaba a nadie y una noche la mamá lo encontró desnudo en su cama estimulando sus áreas genitales. La mamá le inquirió si alguien le había estimulado sus áreas genitales con anterioridad, a lo cual el respondió que sí, que sus dos primas lo habían hecho y que además ellas le habían pedido que les tocara las áreas genitales, a lo cual él había accedido.

Los papás de J hablaron con los papás de sus primas manifestándoles la situación por la que estaba pasando J. Ante tal situación, decidieron que la familia de J se quedaría en la casa y la familia de las primas se fue a vivir a otro lugar. Actualmente ambas familias viven cerca, sin embargo los papás de J no le permiten ir a la casa de sus primas, a menos que ellos estén con él.

Síntomas emocionales: confusión, miedo nocturno

Síntomas cognitivos: imaginar que alguien está acostado a la par de él

Síntomas conductuales: tocarse el área genital, desnudarse

Síntomas fisiológicos: dificultad para dormir

## **HISTORIA PSICOPATOLÓGICA**

Cuando J tenía tres años, en el año 2000, estaba en nursery y el colegio les solicitó a los padres una evaluación debido a que su motricidad gruesa se desarrollaba de manera lenta, así también presentaba conductas no apropiadas a su edad y se rehusaba a realizar las tareas en clase. Esto fue atribuido a que su mamá estaba embarazada de su hermano menor y su papá iba a atender a su abuela paterna a la casa de ella, por lo que no dormía en casa y J lo veía muy poco.

En el año 2002 J asistió a terapia porque presentaba un nivel bajo de tolerancia a la frustración. Esto era notorio en el colegio, donde era muy agresivo con sus compañeros y esperaba que ellos hicieran lo que él quería. Cuando esto no sucedía, se enojaba mucho y gritaba. A los pocos meses de estar en Terapia, su mamá fue asaltada en presencia de J. Él empezó a tener pesadillas y tenía mucho miedo hacia los ladrones. Esto también fue tratado en esta Terapia y se le administró Atarax, tratamiento que fue finalizado a los dos meses de haberlo iniciado.

## **HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL**

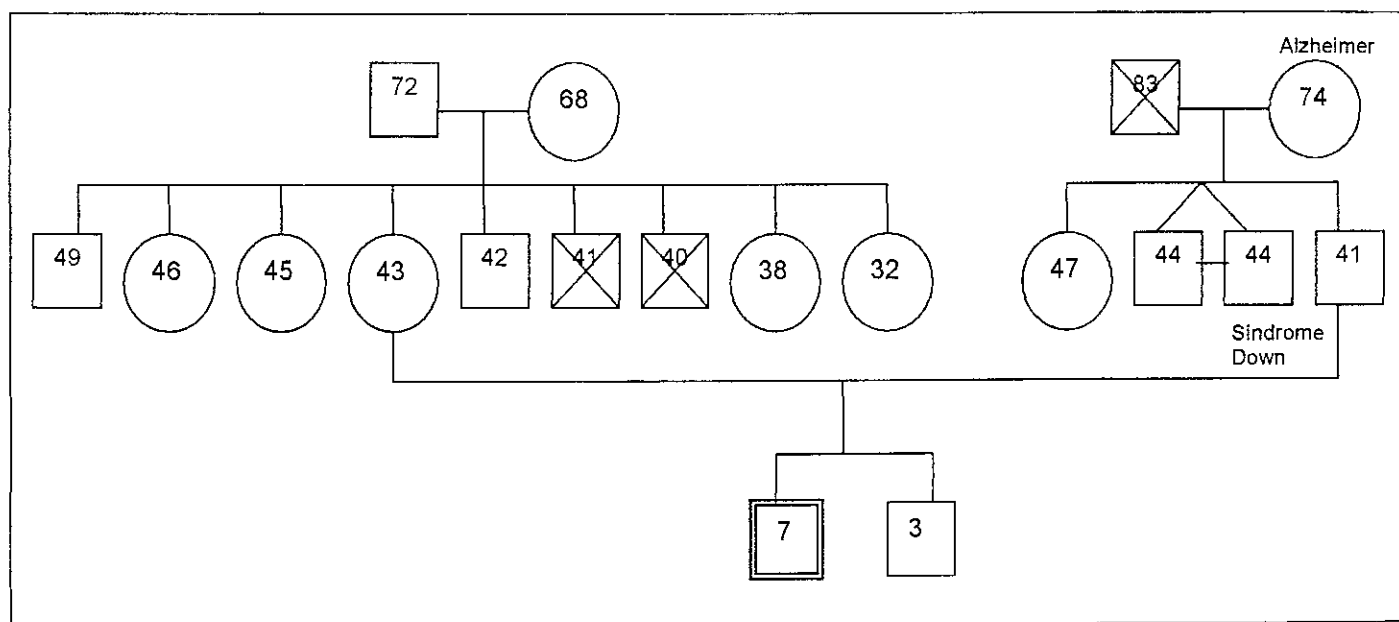
El hogar de J está integrado por sus padres casados y su hermano menor de tres años, J es el hijo mayor. El nacimiento de J fue en el período normal de gestación. Sin embargo, el parto, aunque fue por vía natural, debió ser inducido debido a que J venía con el cordón umbilical enrollado. Nació con labio hendido o leporino, fue intervenido quirúrgicamente para corregir esta atrofia física a los dos meses de nacido, intervención que tuvo el éxito deseado. El desarrollo de J se dio dentro de lo esperado para su edad en cuanto a sus destrezas de motricidad, lenguaje y control de esfínteres. J ha padecido las enfermedades comunes de la niñez, pero sufre rinitis desde que tenía un año y medio de edad. J es un niño creativo e imaginativo que se frustra con facilidad, comprende fácilmente, es atento y le gusta llamar la atención, este último aspecto hace que él desarrolle comportamientos agresivos, tanto verbales como físicos. Vive con sus padres, hace dos años la economía del hogar fue afectada, motivo por el cual hace un año tuvieron que cambiar de domicilio, trasladándose a la casa de los abuelos maternos y asimismo la mamá de J tuvo que emplearse para ayudar económicamente al sostenimiento del hogar. Durante el último año y medio, la carga económica del hogar ha recaído sobre la mamá de J debido a que el padre de él dedica la mayor parte de sus ingresos económicos al cuidado de la abuela

paterna y del tío paterno. La mamá de J labora en horario de ocho de la mañana hasta las 14 horas, dedicando el resto del día a los cuidados del hogar. A pesar de esto, J mantiene una estrecha relación con ella. Últimamente, debido a que el papá llevó al tío paterno que padece Síndrome de Down a vivir a su casa, la estabilidad emocional del círculo familiar de J se ha visto desbalanceada.

### HISTORIA MÉDICA

J fue intervenido quirúrgicamente a los dos meses de haber nacido, debido a que presentaba labio leporino. También ha padecido alergias, específicamente Rinitis, desde que tenía año y medio de edad. En la historia médica familiar existen problemas de Dislexia (padre de J y un tío materno), Síndrome de Down (un primo hermano del papá de J, un tío paterno y un primo materno), Alzheimer (abuela paterna y una tía abuela paterna, que ya falleció), suicidio (un tío abuelo paterno), hipertensión en la familia materna (un tío materno falleció de infarto), cáncer de piel (un primo de la mamá de J falleció de cáncer de melanoma) y asma (una hermana materna y un primo de J).

### HISTORIA FAMILIAR



Gráfica No. 1: Genograma de J

**Materna:** La mamá de J es la cuarta hija, de nueve hermanos, conformados por cinco mujeres y cuatro hombres. Ambos abuelos maternos están vivos y han fallecido dos hermanos varones. Al parecer, existe historia de abuso sexual entre sus hermanos, lo cual supo en hasta hace pocos años, cuando falleció el último de sus hermanos. La señora M manifestó creer que su hermano mayor (49 años) abusó de su hermana más grande (46 años), así como uno de sus hermanos fallecidos (41 años) de su hermana más pequeña (32 años). La hermana más pequeña de la señora M es la mamá de las niñas que abusaron de J.

**Paterna:** El papá de J es el último hijo varón de cuatro hermanos (tres varones y una mujer). A la abuela paterna se le detectó Alzheimer hace 10 años, cuando tenía 64 años de edad, y también empezaba a sufrir pequeños derrames cerebrales, lo cual acentuó la demencia. En 1999 falleció el abuelo paterno de J, por lo que su papá se quedó a cargo de su abuela paterna que padece Alzheimer y de un tío paterno que tiene Síndrome de Down. Inicialmente la abuela paterna y el tío paterno eran cuidados por una señora que no era enfermera, razón por la cual, en el 2000 una tía paterna y el papá de J decidieron hacerse cargo de ellos. La tía los cuidaba en el día y el papá de J por la noche. A los dos meses de que J estaba asistiendo a Terapia, la abuela paterna fue internada en un hospital y el papá de J se llevó al tío paterno, que padece Síndrome de Down, a vivir con él a su casa.

## EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

El día en que fue evaluado por primera vez, J llegó puntual, tenía una apariencia limpia, estaba bien vestido, se mostró tranquilo, su habla era adecuada y se mostró colaborador hacia la terapeuta.

## CURSO DEL TRATAMIENTO

### Sesión No. 1

Los objetivos de la primera sesión eran:

- Presentar al terapeuta a la mamá y al niño, lo cual se hizo de forma oral.
- Dar a conocer el proyecto de investigación por medio de una presentación oral.
- Leer y resolver dudas sobre el consentimiento informado. La mamá estuvo de acuerdo en participar en el Proyecto de Investigación, por lo que firmó el consentimiento informado.
- Conocer el problema, para lo cual se pidió a la mamá que completara una entrevista escrita.
- Establecer *rappor*t y conocer al niño. Esto se logró a través del juego no estructurado. Se le enseñó a jugar Totito, lo cual le gustó mucho; también se jugó Transportes y Pingüinos. Mientras se jugaba se habló de la confidencialidad, así también, se le hicieron preguntas con respecto a quién es su mejor amigo, cómo se llama su colegio, en qué grado está, cuáles son sus hobbies y cuál es su comida favorita. Mencionó que ya sabe leer y escribir. Durante los juegos respetó los turnos y se mostró colaborador.

Para cerrar la sesión, J ayudó a guardar los juegos utilizados, los colocó en su lugar y se estableció la fecha para la próxima sesión.

### Sesión No. 2

Los objetivos de esta sesión eran:

- Conocer un poco más a J, lo que se hizo por medio de una entrevista oral. Esto permitió saber cuál es su materia favorita y cuál es la que menos le gusta, qué hace en los recreos del colegio y quiénes conforman su familia.
- Conocer el lugar donde a J le gusta estar y donde se siente más seguro, por lo que se le pidió que hiciera un dibujo para representar ambos lugares. Le gusta estar en dos lugares (hizo un dibujo de cada uno): Little Caesar's, porque allí puede comer pizza y la pastelería San Martín, porque le gustan los pasteles de chocolate. El lugar en el que se siente seguro es en el colegio, pues allí sólo están sus amigos que no le hacen nada, allí no están sus primas y nadie lo toca. Le fue fácil dibujar el lugar en el que le gusta estar, sin embargo, pensó un poco más el lugar en el que se siente seguro, antes de dibujarlo. Con esta actividad J mostró que le gusta mucho trabajar con marcadores gruesos, tanto para pintar como para dibujar.
- Conocer la historia y los sentimientos relacionados con el abuso, para ello, se utilizó la entrevista con títeres. Se le mostraron cuatro títeres y los probó todos antes de decidirse a utilizar una rana. Quien entrevistaba también era un títere. El abuso se dio el año pasado (2003), él estaba solo en el patio de su casa y salieron sus dos primas (de siete y ocho años) a jugar con él. Ambas primas lo tocaron en "lugares indebidos", esto sucedió varias veces. Actualmente él se siente feliz porque ya no lo tocan. Sus creencias relacionadas al abuso sexual: "no te deben tocar, es algo malo". Sus sentimientos relacionados al abuso sexual: "se siente bien feo". La reacción de los padres hacia el abuso fue que hablaron con los tíos y la consecuencia fue que la familia de las primas se cambió de casa. Tocar el tema del abuso hizo que J se mostrara intranquilo, nervioso y que hablara en voz baja. Se dejó de hablar del tema del abuso y se prosiguió a hablar de sus actividades favoritas en el colegio.

J se mostró curioso, pues al ver la bolsa de títeres preguntó: ¿Qué tienes allí? También preguntó si podía llevarse sus dibujos, pero se le pidió que los dejara.

Para cerrar la sesión, J guardó los crayones y colocó a los títeres en su lugar.

### Sesión No. 3

Los objetivos de esta sesión eran:

- Conocer cómo le ha ido académicamente en el colegio. En esta semana le entregaron notas, le fue bien en Educación Física, pero le fue mal en Español, Alemán y Matemáticas. En Alemán porque habla mucho, y en Español y matemáticas porque entregó sus tareas sucias. También en esta semana se peleó con su mejor amigo y ahora se junta con otros compañeros de clase.
- Conocer la percepción que J tiene sobre sí mismo. Para ello, se le pidió que dibujara su autorretrato de cuerpo completo. Se le dio varios pliegos de papel periódico, un espejo y la caja de crayones (que incluye marcadores, reglas, borrador, sacapuntas, tijera y tape). Utilizó constantemente el espejo para verse y poder dibujarse. Se sentó en el piso, a veces se hincaba y a veces se movía de lugar. El espejo también lo colocó en el piso y él se acomodaba a la forma en que había colocado el espejo (en vez de acomodar el espejo en otros lugares para verse fácilmente). Utilizó solamente un pliego de papel kraft y pintó con crayones de cera. Su color favorito es el verde, pero en el dibujo no había pintado nada con ese color, por lo que decidió dibujar una gorra y pintarla de verde. Le metió la punta de la tijera a los ojos y para "repararlos", les puso un pedazo de papel pegado con tape en la parte de atrás de su dibujo. Hizo su cabeza grande en relación con el resto del cuerpo. Pintó su piel de anaranjado y se dio cuenta que había pintado la manga de la camisa del color de la piel, pero así lo dejó. Empezó a recortar su autorretrato pero no terminó.

Para el cierre de la sesión se le pidió que guardara los crayones y todo lo que había utilizado, y así lo hizo.

### Sesión No. 4

Los objetivos de esta sesión eran:

- Terminar su autorretrato. Sí se recordaba que no había terminado el autorretrato, por lo que sacó la caja de crayones y terminó de recortarlo. Por estar moviendo el papel, éste se rompió, por lo que le puso tape. Sin embargo, le puso demasiado tape y colocó tape donde ya había recortado; cuando se dio cuenta lo volvió a recortar.
- Medir su nivel de asertividad. Para ello se utilizó el cuestionario "¡Soy muy fuerte!", el cual contiene 14 preguntas cuyas opciones de respuesta son "Sí" y "No". Respondió el cuestionario y al final se discutieron sus respuestas. Aunque la mayoría de respuestas era la esperada, sorprendió el hecho de que él piense que "no tiene permiso" para equivocarse.
- Ejemplificar la asertividad y discutir formas de practicarla. Para ejemplificar la asertividad se leyeron 2 fábulas: "El vendedor de alfombras" y "Las patas de un elefante". Ambas fábulas fueron leídas por el terapeuta y al final de cada una se discutió dónde se mostraba la asertividad y cuáles conductas eran no asertivas.

Para el cierre de la sesión, se le pidió que coloreara el dibujo del cuestionario "¡Soy muy fuerte!" (pero no terminó de pintarlos) y posteriormente guardó los crayones en su lugar.

### Sesión No. 5

Los objetivos de esta sesión eran:

- Terminar de colorear el dibujo del cuestionario "¡Soy muy fuerte!". Aunque ya era poco lo que faltaba de pintar, decidió utilizar Plasticola, la cual regó por todo el dibujo y ya no se distingue ni el dibujo ni lo que había pintado.
- Se tenían 3 objetivos más, sin embargo, se trasladaron para la siguiente sesión debido a que J está muy triste por su situación actual. Se intentó hablar de esta situación por medio de los títeres, sin embargo J no quiso jugar con los títeres. Escogió utilizar la plasticina para hacer un parque. Mientras hacía su diseño contó su situación. Está triste y enojado porque su papá no está durmiendo en su casa sino en casa de su abuelita paterna, pues está cuidando de su tío, quien tiene Síndrome de Down. Extraña mucho a su papá pues ya casi no lo ve; a veces sólo llega a cenar y se va. El único día que duerme en su casa es el sábado, pero muchas veces está cansado y no hace nada junto con J. Le ha dicho a su mamá que ya no quiere a su tío, que le cae mal y que su papá no tiene por qué cuidarlo.

En el cierre de la sesión, se le recomendó a J que le expresara sus sentimientos de tristeza a su papá, que le diga que lo extraña y que lo quiere mucho.

Se le recomendó a la mamá que invitara al papá de J a realizar actividades con él los días sábados, así también, que inscriba a J en algún curso de vacaciones, para que el niño se distraiga y entretenga mientras termina su descanso de medio año.

### Sesión No. 6

Los objetivos de esta sesión eran:

- Presentar más ejemplos de asertividad. Para ello se le pidió a J que leyera la fábula “El león y la ardilla” y simultáneamente se le explicaron las palabras que él desconocía. Al final se discutió la importancia de reconocer los errores propios y de hablarlos con la persona que se haya dado cuenta de esos errores.
- Descubrir las características para ser un buen compañero. Se le dio una lista de las características positivas y negativas de las personas y él debía marcar con marcadores de diferentes colores las que se espera que tenga un buen compañero. Se comprobó que comprendía el significado de estas características por medio de los ejemplos que él daba sobre sus mismos compañeros.
- Ejemplificar quiénes son buenos compañeros. Para ejemplificarlos se completó la hoja “Mis mejores compañeros y compañeras”, en la cual debía anotar a sus compañeros de clase. Mencionó a dos niñas y a tres niños como sus mejores compañeros y explicó porqué él los escogió a ellos. Luego pintó el dibujo de esta hoja.

En el cierre de la sesión se le pidió que guardara los marcadores que había utilizado y que colocara la caja en su lugar.

### Sesión No. 7

Los objetivos de esta sesión eran:

- Conocer los diferentes roles de los niños y las niñas. Para trabajar este tema se utilizó la hoja “Y tú, ¿eres niño o eres niña?”, en la cual se tiene el dibujo de un niño y una niña y él debía escoger y pintar el dibujo que lo representara.
- Conocer las diferencias sexuales entre niños y niñas. Se le dio la hoja “¿Cómo somos cuando estamos sin ropa?”, la actividad consistía en unir las líneas punteadas para dibujar los órganos sexuales masculinos y femeninos. Cuando ya estaban completos los dibujos, se nombró cada órgano genital. Con la ayuda de esta hoja se le pidió a J que señalara el “lugar indebido” en el que lo habían tocado sus primas, se determinó que fue tocado en el pene.
- Conocer las diferencias sexuales entre adultos y niños. Se le presentó el material impreso “Papá y mamá, ¿son iguales a mí?” que contenía el dibujo de una mujer adulta y una niña, y el de un hombre adulto y un niño. Se hablaron de las diferencias sexuales entre adultos y niños y nuevamente se nombraron los órganos genitales.
- Introducirlo al reconocimiento de emociones. Para ello se utilizó las láminas impresas con 12 caritas diferentes y él debía nombrar la emoción que representaba cada dibujo.
- Diferenciar caricias apropiadas e inapropiadas. Esto se logró con la ayuda todo el material impreso utilizado en esta sesión. Se mencionaron las partes del cuerpo, se señalaron en los dibujos y se discutió si las caricias en esa parte del cuerpo eran apropiadas o inapropiadas.

Para el cierre, se guardaron todos los crayones y marcadores utilizados para completar las hojas. Al terminar la sesión, la mamá de J mencionó que la habían llamado del colegio porque J tiene problemas de actitud. Se tarda mucho en hacer deberes, no pone atención en clase y platica mucho. Esto se da sólo en las clases académicas, pues en las de educación física se comporta muy bien y no tiene queja de él. Ella cree que esto se debe a que el papá de J sigue cuidando a su tío.

### Sesión No. 8

Los objetivos de esta sesión eran:

- Presentar a la mamá de J el plan de conducta a seguir en casa y en el colegio. La mamá de J entró a la sala, junto con J y su hermano pequeño. A los niños se les dio hojas, crayones y juguetes para que estuvieran también en la sala, mientras se conversaba con la mamá. El plan de conducta a seguir era: utilizar reforzadores positivos inmediatos cuando realizara algo bien, aunque fuera algo pequeño, y que por cada dos fallas se le de un reforzador negativo. Se le indicó que el plan de conducta debe aplicarse tanto en casa como en el colegio, por lo que se le pedía que hablara con los maestros de J. Fue difícil poder platicar con la mamá, pues estando los 2 niños en la sala, ambos estuvieron llamando la atención. J se mostró algunas veces molesto, la mayor parte del tiempo no hacía caso y no se mostró colaborador como en otras ocasiones.
- Conocer con J el tema de la responsabilidad. Este objetivo se trasladó para la siguiente sesión debido a que el primer objetivo ocupó todo el tiempo de la sesión.

Para el cierre de esta sesión se pidió a J que ayudara a guardar los juguetes y los crayones lo cual hizo de mala gana.

### Sesión No. 9

Los objetivos de esta sesión eran:

- Discutir el tema de la responsabilidad. Para alcanzar este objetivo se leyó la fábula “El día que el gallo se negó a cantar”. Se mencionó la importancia de la responsabilidad y se le pidió que contara la fábula. Se le dio el tiempo para que coloreara los dibujos contenidos en la misma y se aplicó el tema de la responsabilidad a su situación actual.
- Ejemplificar la responsabilidad. Esto se logró por medio del *rol playing*. Se le pidió a J que fuera el maestro y el terapeuta era una alumna que tenía como compañeros de clase a dos títeres. Mientras el maestro explicaba matemáticas utilizando el pizarrón y los marcadores de la clínica, la alumna hablaba con sus compañeros, bostezaba, decía que tenía sueño y hambre, no hacía bien las sumas y decía que estaba aburrida. El maestro le llamó la atención a la alumna tres veces, aunque él siguió explicando y dando la clase. La última vez que le llamó la atención a la alumna se mostró molesto. Lo interesante de este *rol playing* es que J hizo muy bien su papel de maestro pues tuvo paciencia para explicar.

Para el cierre de esta sesión se le preguntó qué había sentido, y dijo que estaba enojado porque la alumna no ponía atención y lo interrumpía a cada rato. Se le hizo ver que así se sienten los maestros cuando los alumnos se portan mal en clase. Al finalizar la sesión la mamá de J mencionó que él estaba teniendo problemas en el colegio con niños más grandes que él, pues le dicen apodos y lo molestan mucho.

### Sesión No. 10

Los objetivos de esta sesión eran:

- Identificar las diferencias del comportamiento de J en las clases académicas y en las clases de educación física. Para alcanzar este objetivo se utilizó el pizarrón y los marcadores. Se hizo una línea para dividir en dos el pizarrón, de lado izquierdo se anotó todo lo relacionado a las clases académicas y de lado derecho lo de las clases de educación física. Se estableció el porqué le gustan más las clases de educación física que las académicas, sin embargo, él reconoció que en las clases académicas aprenderá cosas que le servirán en su vida. J dijo que puede aplicar su comportamiento adecuado de las clases de educación física a las clases académicas.
- Conocer el problema sobre los niños que lo molestan. Esto se hizo por medio de una entrevista oral, la cual dio a conocer que los niños molestan a J diciéndole nombres parecidos al suyo, pero que a él no le gustan. Los niños que le dicen apodos son los de su grado, pero también los de 1º y 2º primaria. Cuando le dicen apodos él se queja con la maestra o la monitora del bus, quienes regañan a los niños, pero luego lo vuelven a molestar.
- Sugerir formas de manejar el problema con los otros niños. Él mencionó que ya había intentado reírse con los niños cuando le dijeran apodos, pero que esto no funcionó. Se le sugirió que cuando se quejara con la maestra o la monitora del bus, que no lo hiciera delante de los niños que lo molestaban. También se le sugirió que ignorara a los niños cuando lo molestaran y que no les hiciera caso.

Para el cierre de la sesión se le hizo ver a J que en nuestra cultura es común escuchar apodos y que incluso las figuras públicas (artistas y jugadores, por ejemplo) tienen apodos que los identifican. Antes de irse, mencionó que su papá se llevó a su tío a su casa, para cuidarlo allí y a la vez estar cerca de J y demás familia.

### Sesión No. 11

Los objetivos de esta sesión eran:

- Evaluar el progreso de J con respecto a la terapia. Para ello, al inicio de la sesión, se solicitó a la mamá que completara la hoja de evaluación. Ella mencionó que sí ha habido progreso en el niño y esto también lo han notado los demás miembros de la familia y en el colegio. En el área emocional se ha mostrado más amigable, ahora comparte más con sus compañeros. En el aspecto social ha mostrado interés y seguridad cuando se relaciona con sus compañeros. En el ámbito conductual ha habido progreso, sin embargo, éste se ha visto estancado debido a la presencia del tío en su casa. En el área académica también ha mejorado, platica y molesta menos en clase.
- Evaluar la situación actual con los niños que lo molestaban. La evaluación fue oral y J mencionó que los niños habían disminuido las veces que lo molestaban pues él los ignoraba. Dijo que en el grupo scout también le decían un apodo, pero que allí se lo decían con cariño y por eso le gustaba que se lo dijeran. Sin embargo, no le gustaba que se lo dijeran en el colegio porque él sentía que se lo decían sólo para enojarlo.
- Evaluar sus sentimientos en la relación a la estadía de su tío en su casa. Se le pidió que hiciera un dibujo que él quisiera y mientras él dibujaba se quejó de que está enojado porque por culpa de su tío, desde que llegó a su casa, constantemente se oían gritos, lo cual no sucedía antes que él llegara. Mencionó que a veces se peleaba con su tío porque no lo dejaba ver televisión.

Para el cierre de la sesión se le pidió a J que guardara los crayones en su lugar. Se platicó con la mamá quien mencionó que J está celoso porque su papá le dedica tiempo a su tío y ya no sólo a J y a su hermanito. Algunas veces J les ha respondido y gritado a sus papás y con frecuencia se muestra enojado. No sólo J está susceptible al cambio en el hogar, sus papás también lo están. Por ello, se le sugirió a la mamá de J que dedicaran más tiempo para estar juntos y hacer actividades que les agraden a todos.

### Sesión No. 12

Los objetivos de esta sesión eran:

- Validar los sentimientos de J con respecto a su tío. Para lograr este objetivo se utilizó una entrevista con títeres. Al títere de J se le preguntó cómo se sentía por tener a un miembro más viviendo en su casa. Dijo que estaba molesto porque se oían más gritos en su casa y porque a veces su papá dedicaba menos tiempo a jugar con J. Se validó los sentimientos del títere y se le hizo ver que aunque su papá pasara menos tiempo con él, esto no significaba que ya no lo quería.
- Ejemplificar cómo se siente el tío en casa de J. Utilizando otra entrevista con títeres diferentes, el títere del terapeuta contó cómo se sentía por estar viviendo en la casa de su hermano. Expresó que se sentía contento por estar allí pues no habían más personas que pudieran cuidarlo, además, tenía dos sobrinos a quienes quería mucho. Mencionó que muchas veces hacía las cosas mal pero que él no sabía porqué le salían mal, que probablemente esto sucedía porque tenía necesidades especiales. El títere del terapeuta le pidió consejo al títere de J sobre qué debía hacer, y le preguntó que si él creía que su sobrino lo quería, a lo que J respondió afirmativamente. Mientras el títere del terapeuta hablaba, J se mostró interesado por los sentimientos del títere y algunas veces expresó sentimientos de preocupación por no entender a su tío.
- Autoevaluar el progreso de J. Se le pidió a J que utilizara una hoja de papel y anotara el título "Mis logros". En esa hoja debía dibujar los logros obtenidos a lo largo de la terapia. En el colegio había logrado que le dieran una hoja en la que él tenía cero faltas. En la casa había podido hacer sus deberes temprano. Con respecto a él mismo dijo que era muy bueno pintando. Y dibujó que con la ayuda de la terapia había podido hacer amistad con su tío.
- Terminar el tratamiento. Se le indicó que era la última sesión, pero que si nuevamente necesitaba ayuda, que podía llamar a la clínica.

La técnica de cierre fue la de guardar los crayones en su lugar y agradecer a la mamá de J y a J por su participación en el estudio.

## *CASO No. 2*

### **DATOS GENERALES**

G es una niña de nueve años que está cursando 1º primaria. Vive en un hogar de niñas huérfanas, junto con su hermana de cinco años. El orfanatorio es dirigido por monjas católicas. Asiste a un colegio mixto que es dirigido por las mismas religiosas encargadas del orfanatorio.

### **MOTIVO DE CONSULTA**

La madre superiora del Convento solicitó terapia para G debido a que constantemente toca las partes íntimas de las niñas del orfanatorio y de las madres encargadas del mismo. Así también, se queja constantemente, miente sobre las conductas de los demás niños y destruye sus pertenencias. Las religiosas manifestaron que sospechan que la niña sufrió abuso sexual antes de ingresar al orfanatorio.

### **HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL**

La niña llegó al Hogar cuando tenía aproximadamente tres años de edad. Cuando la regañaban, ella se desnudaba. Ahora, algunas veces desnuda a las niñas, o bien se acerca a ellas para besarlas, abrazarlas o tocarles sus áreas genitales. También ha tocado a algunas hermanas del hogar. Al jugar con muñecos utiliza temas de carácter sexual. Siempre acusa a los demás niños de haberle hecho algo, lo cual es mentira. Destroza sus cosas y exige que se las repongan. Algunas veces no le gusta jugar con los demás niños pues prefiere estar sola.

Síntomas emocionales: tristeza, amargura, inconformidad, miente

Síntomas cognitivos: piensa que no hace bien las cosas, cree que sus creaciones son feas

Síntomas conductuales: desnudar a otras niñas, conductas sexuales hacia las niñas, tocar a las madres,  
aislamiento social

Síntomas fisiológicos: llanto

### **HISTORIA PSICOPATOLÓGICA**

G no había consultado a algún psicólogo o psiquiatra, sin embargo, desde que tenía tres años, ha mostrado conductas inadecuadas para su edad. Cuando la regañaban se quitaba la ropa y se quedaba completamente desnuda, también hacía esto cuando tenía miedo. Se acercaba a las religiosas para abrazarlas o besarlas, pero también les acariciaba las áreas genitales. En ocasiones se acercaba a las niñas para estimular sus órganos genitales y a veces las desnudaba también. Miente sobre las conductas de otros niños al decir que ellos le han pegado y como resultado de esto llora. Rompe sus cosas a propósito, esperando que se le den los mismos objetos pero nuevos.

### **HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL**

G es la segunda hija de una unión de hecho. Tiene tres hermanos, un hermano mayor y dos hermanas menores que ella, todos de diferente padre. Su hermana más pequeña falleció debido a desnutrición. En el orfanatorio también vive su hermana de 5 años. La mamá es una persona inestable, que no tiene lugar fijo para vivir ni para trabajar. Del padre no se tiene información. Debido a la inestabilidad emocional, económica y laboral de la madre, las niñas fueron entregadas al orfanatorio, en donde G ha vivido por espacio de cuatro años.

La mamá de G vivía en una situación de extrema pobreza. Estuvo trabajando como empleada doméstica en la casa de la familia de una de las religiosas, quienes le sugirieron que, debido a su situación, llevara a la niña al orfanatorio. G llegó al Hogar cuando tenía aproximadamente tres años. No iba su hermanita con ella debido a que no la aceptaban en el orfanatorio ya que P no tenía ni un año de edad; sin embargo, a los dos años de estar G en el Hogar, llegó P. G presentó un desarrollo normal en cuanto a sus destrezas motrices y control de esfínteres, no así en el área del lenguaje, pues cuando llegó al orfanatorio solamente se comunicaba por medio de sonidos. A los seis meses de estar allí, G empezó a utilizar palabras para comunicarse. A pesar de esto, G fue la primera niña del grupo de preparatoria que aprendió a leer, esto fue cuando tenía siete años. Padeció las enfermedades comunes de la niñez y estas fueron tratadas por el médico del orfanatorio.

El campo educativo de G no se ha desarrollado según lo esperado, pues cuando entró a 1° primaria tenía ocho años y terminó el año escolar de nueve años. Esto se debió a que tuvo que repetir el grado Inicial en el que las religiosas la habían colocado, ya que G no tenía el nivel de lenguaje necesario para ese grado escolar.

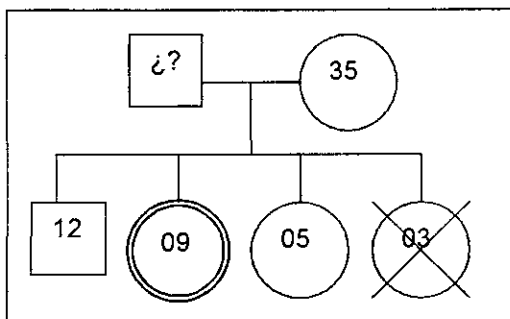
En el orfanatorio hay tres religiosas que se encargan de las niñas y G está muy apegada a una de ellas, la hermana María Cecilia. G es una niña curiosa y colaboradora, pero también es agresiva e inquieta. En ocasiones se le dificulta verbalizar sus pensamientos y algunas veces habla tan rápido que se confunde al hablar. G disfrutaba de asistir a terapia debido a que podía pasar más o menos dos horas a solas con la religiosa a quien está apegada; así también, porque tenía atención personalizada en una relación uno a uno, durante aproximadamente una hora.

De acuerdo a observaciones de las religiosas, G es una niña que no se alegra por las actividades que habrá en el colegio o en el Hogar. Así también, muchas veces es solitaria. Algunas veces G habla como si fuera bebé.

### HISTORIA MÉDICA

No tiene historia médica. Actualmente G utiliza lentes para leer, los cuales son permanentes, esto debido a que no tiene visión adecuada en uno de sus ojos.

### HISTORIA FAMILIAR



Gráfica No. 2: Genograma de G

No se puede presentar la historia familiar completa debido a que no se cuenta con todos los datos necesarios. De acuerdo a observaciones de las religiosas, la mamá de G quiere mucho a sus dos hijas, por lo que las visita una vez al mes. Aunque G se alegra porque su mamá llegará a verla, cuando está allí, G se acerca para hablarle un rato y luego se aleja. En los días que no la ve, algunas veces se entristece y llora por su mamá. También llora por su hermana fallecida.

### EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

El primer día que G fue evaluada, iba acompañada por dos religiosas del orfanatorio. Ellas llegaron puntuales a la cita y G tenía una apariencia limpia, estaba bien vestida, se mostró tranquila y estuvo pintando en silencio mientras se entrevistaba a las religiosas.

## CURSO DEL TRATAMIENTO:

### Sesión No. 1

Los objetivos de esta sesión eran:

- Presentar al terapeuta a las dos religiosas encargadas que asistieron a la primera sesión y a la niña, lo cual se hizo de forma oral.
- Dar a conocer el proyecto de investigación por medio de una presentación oral.
- Leer y resolver dudas sobre el consentimiento informado. La madre superiora estuvo de acuerdo en participar en el proyecto de investigación, por lo que firmó el consentimiento informado.
- Conocer el problema, para lo cual se entrevistó oralmente a las religiosas. Mientras se entrevistaba a las religiosas, G estuvo pintando y trabajando en silencio, raras veces interrumpió la conversación.
- Establecer *rapport* y conocer a la niña. Este objetivo se trasladó para la próxima sesión debido a la falta de tiempo.

Para el cierre de la sesión se les indicó a las religiosas que se esperaba contar con la presencia, durante las sesiones restantes, de la Madre más cercana a la niña.

### Sesión No. 2

Los objetivos de esta sesión eran:

- Presentar al terapeuta a la niña. Esto se hizo por medio de una presentación oral. Se mencionó el aspecto de la confidencialidad de la información, la frecuencia de las sesiones y la duración.
- Establecer *rapport*. Para ello se utilizó un juego no estructurado. El juego empleado fue Memoria el cual se jugó dos veces. La última vez que se jugó, el terapeuta iba ganando y G se mostró molesta por eso. Al final reclamó que no se había jugado.
- Conocer a la niña. Esto se hizo por medio de una entrevista y la información obtenida se iba anotando. La niña iba leyendo lo que se anotaba y a la vez iba corrigiendo. Durante la entrevista la mayor parte del tiempo la niña anduvo caminando por la sala de sesiones, se mostró curiosa por algunos objetos de la sala y mencionó que le gustaría mucho que le regalaran algunas cosas de la clínica. A la niña le cuesta hablar fluidamente, se le traban las palabras y a veces quiere hablar tan rápido que no puede hacerlo. Fue difícil completar la entrevista debido a que la niña es muy inquieta.

Para el cierre de la sesión se despidió a la niña recordándole la fecha de la próxima sesión.

### Sesión No. 3

Los objetivos de esta sesión eran:

- Conocer el lugar donde más le gusta estar. Para ello se le pidió que dibujara el lugar donde más le gusta estar. Cuando se le preguntó qué lugar era, dijo que era su colegio. Pero después corrigió y dijo que era su casa. Mencionó que su mamá es pobre y que vive sola.
- Indagar cómo reacciona cuando alguien pelea con ella. Esto se hizo por medio de títeres. Se le mostraron los títeres y se le pidió que escogiera uno. No hizo su elección rápido y jugó con ellos antes de decidirse por uno. El títere del terapeuta se quejó con el de ella de que había alguien que le jalaba las orejas y le preguntó qué debía hacer, a lo que ella respondió que debía pegarle y no dejarse. Luego se cambiaron los títeres y el títere del terapeuta aconsejaba al títere de G que cuando alguien se peleara con ella, no debía pegarle sino avisarle a la maestra, pedirle al otro niño que no le pegue y preguntarle si pueden ser amigos sin pelear. Luego se cambiaron los títeres y el títere del terapeuta molestaba al títere de la niña y ella le reclamó porque la estaba molestando. Mientras estaba jugando, G se sentó de forma inapropiada (con las piernas abiertas). Esta parte de la sesión fue difícil trabajarla porque sigue siendo curiosa, inquieta y se distrae fácilmente.

Para el cierre de esta sesión se le pidió que guardara los títeres en su lugar.

### Sesión No. 4

Los objetivos de esta sesión eran:

- Aprovechar el período de atención de G al máximo, razón por la cual se disminuyó el tiempo de la sesión de 50 minutos a 35 minutos. A partir de esta sesión todas las demás tendrán la misma duración reducida (35 minutos).
- Solicitar evaluación médica. Debido a que G es muy inquieta y se distrae fácilmente, se solicitó a la religiosa encargada que se le practique un electroencefalograma, para detectar si existe alguna anomalía.
- Descubrir el significado de los dibujos creados durante la evaluación realizada por el Dr. Quinto. Se le mostraron los dos dibujos hechos por ella y se le pidió que los explicara. Con el primero, al principio, dijo que ella no lo había hecho sino una su amiga. Pero luego rectificó y dijo que allí estaba la terapeuta. Sin embargo, después dijo que la terapeuta estaba en el otro dibujo y que quien estaba en el primero era una de las hermanas. Mientras se le preguntaba volvió a sentarse mal y sigue haciendo preguntas de ¿por qué?.
- Evaluar el progreso en las respuestas agresivas. Para ello se utilizaron los títeres y se creó una escena en la que había un títere que le jalaba el pelo a otro, el títere de ella ya no respondió como en la sesión anterior sino aconsejó que se lo dijera a la maestra y que hablara con quien lo estaba molestando.

Para cerrar esta sesión se pidió a G que colocara los títeres en su lugar.

### Sesión No. 5

Los objetivos de esta sesión eran:

- Evaluar los resultados del encefalograma. La madre encargada mencionó que le habían practicado el examen, pero que fue difícil debido a que, después de haberla anestesiado, G se tornó muy agresiva y no quería quedarse en la camilla. Que ella y la enfermera tuvieron que subirla a la camilla y sostenerla hasta que se durmió, pues no se estaba quieta.
- Medir su nivel de asertividad. Para ello se utilizó el cuestionario “¡Soy muy fuerte!”, el cual contiene 14 preguntas cuyas opciones de respuesta son Si y No. Respondió el cuestionario y al final se discutieron sus respuestas. Al principio contestó sinceramente, pero las últimas preguntas pareció contestarlas sin pensar, pues casi todas sus respuestas fueron SI y ella misma reconoció que tenía muchos SI's. Cuando se discutieron las respuestas del cuestionario cambió algunas respuestas pues dijo que las que había anotado no eran las correctas. Pero llegó un momento, casi al final, que se le preguntó pero ya no quiso responder, y no lo hizo. Sus respuestas muestran que tiene un nivel de asertividad bajo. Luego se le dio tiempo para que pintara, pero como se estaba distrayendo, se le dio un límite de tiempo y así fue más fácil que terminara de pintar.
- Ejemplificar la asertividad y discutir formas de practicarla. Se leyó la fábula “El león y la ardilla” y se discutió la importancia de no burlarse de otras personas y de reconocer los propios errores. G nuevamente se mostró curiosa, en esta ocasión fue muy observadora y le llamó la atención la apariencia de la terapeuta, y continuó haciendo preguntas de ¿por qué?.

Para el cierre de la sesión se le pidió que guardara el libro de fábulas. Al final de la sesión, la religiosa que la acompaña mencionó que evaluó a la niña y que lee, suma y resta muy bien, pero que sigue siendo agresiva.

### Sesión No. 6

Los objetivos de esta sesión eran:

- Descubrir las características para ser un buen compañero. Se le dio una lista de las características positivas y negativas de las personas y ella debía marcar con crayones de diferentes colores las que se espera que tenga un buen compañero. Se le explicaron las palabras que desconocía. Marcó una característica que no debe estar presente en un buen compañero y no marcó una que sí debía estar.
- Ejemplificar quiénes son buenos compañeros. Para ejemplificarlos se completó la hoja “Mis mejores compañeros y compañeras”, en la cual debía anotar a sus compañeros de clase. Aunque sí sabía quiénes eran sus mejores compañeros, no pudo explicar porqué lo son. Según ella, no pelea con sus compañeros, contrario a lo que dice la Madre encargada de ella, y mencionó que sus compañeros se enojan con ella sólo cuando están jugando y ella les gana el juego. Se le dio tiempo para que coloreara los dibujos de la hoja.

Para el cierre de esta sesión se le pidió que guardara los crayones en su lugar. Al final de la sesión, la Madre encargada mencionó que otras religiosas le han dicho que G está mejorando su comportamiento, sin embargo, la única mejora que ella ha notado es en el área académica.

### Sesión No. 7

Los objetivos de esta sesión eran:

- Conocer los diferentes papeles o *roles* de los niños y las niñas. Para trabajar este tema se utilizó la hoja "Y tú, ¿eres niño o eres niña?", en la cual se tiene el dibujo de un niño y una niña y ella debía escoger y pintar el dibujo que la representara.
- Conocer las diferencias sexuales entre niños y niñas. Se le dio la hoja "¿Cómo somos cuando estamos sin ropa?", la actividad consistía en unir las líneas punteadas para dibujar los órganos sexuales masculinos y femeninos. Mostró incomodidad cuando tuvo que dibujar las líneas de las áreas genitales del niño. Cuando ya estaban completos los dibujos, se nombró cada órgano del cuerpo y se dio especial atención a los órganos genitales. Para facilitar el trabajo de este objetivo, al inicio de la sesión se compartió con la Madre encargada la agenda del día, para que no se extrañara si la niña mencionaba el tema de los órganos sexuales.
- Conocer las diferencias sexuales entre adultos y niños. Se le presentó el material impreso "Papá y mamá, ¿son iguales a mí?" que contenía el dibujo de una mujer adulta y una niña, y el de un hombre adulto y un niño. Se hablaron de las diferencias sexuales entre adultos y niños y nuevamente se nombraron los órganos genitales.
- Diferenciar caricias apropiadas e inapropiadas. Esto se logró con la ayuda de todo el material impreso utilizado en esta sesión. Se mencionó que es importante cuidar nuestro cuerpo y respetarlo, que otras personas deben respetarnos y que nosotros debemos respetar a los demás.

Para el cierre de la sesión se le pidió que colocara los crayones en su lugar.

### Sesión No. 8

Los objetivos de esta sesión eran:

- Evaluar el progreso de G. Para ello se solicitó a la Madre encargada que contestara la hoja de evaluación de progreso. En la hoja respondió que ella no ha visto progreso en la niña, aunque otras personas que no se relacionan tanto con ella sí han visto diferencias positivas. En el área emocional está más cariñosa, en el área social continúa queriendo estar sola y se muestra uraña con las personas que la rodean. En el ámbito conductual continúa igual pues contesta mal, es rebelde, no hace caso cuando hay más personas y se queja de todo. En el área académica está un poco mejor aunque la distracción es continua. Además, llora con facilidad aunque ha disminuido un poco la susceptibilidad.
- Reconocer las diferentes emociones. Se le mostró el material impreso de emociones, el cual contiene 12 caritas diferentes y ella debía nombrarlas. Algunas le fue fácil reconocerlas y en otras se le dijo cuál era la emoción. Se le explicaron algunas emociones que desconocía. También se le pidió un ejemplo personal de cada emoción. Es curioso que dijo que ella no se había enojado.
- Identificar emociones propias. Para alcanzar este objetivo se le pidió que se dibujara por separado cuando ha estado asustada, enojada y triste. Dijo asustarse en la noche porque apagan las luces del baño y ella escucha pasos, se le explicó que esos pasos eran de quien apagaba la luz. Como le da miedo se tapa toda, incluyendo la cara. Es curioso que en la parte de atrás de su cama dibujó a la Virgen, sin embargo dijo tener miedo porque no puede ver la imagen. En el dibujo de cuando está enojada dijo que nunca se había enojado, pero que iba a suponer que podría estar enojada porque ella quería un juguete y no se lo dieron. El dibujo de cuando está triste representó cuando una niña se enojó con ella, porque G quería arreglarle su asiento en la mesa y la otra niña le gritó que no lo hiciera, por lo que G se puso triste y lloró.

Para el cierre de esta sesión se le pidió a G que colocara el material utilizado en su lugar. En esta sesión se volvió a mostrar curiosa por la presentación de la terapeuta y siguió haciendo preguntas de ¿por qué?.

### Sesión No. 9

Los objetivos de esta sesión eran:

- Conocer los problemas actuales más relevantes. Para alcanzar este objetivo se entrevistó a la Madre encargada de G. Mientras se hacía la entrevista, se le dio a G un dibujo para que lo coloreara. La religiosa explicó la estructura del Hogar y mencionó que G demanda mucha atención de las Madres. Uno de los problemas de G es que muestra mucha tristeza y amargura, lo cual puede provocar que acuse a los demás y que diga mentiras sobre ellos. La niña presenta inestabilidad emocional pues llora constantemente y sin razón. También le gusta llamar la atención. Le ha dicho a la Madre Superiora que ella se porta mal para que se queden con ella más tiempo, aunque sea regañándola. Además, rompe sus pertenencias para que se las repongan.

Para el cierre de la sesión se le pidió a G que mostrara el dibujo terminado de pintar y se le invitó a que se lo llevara.

### Sesión No. 10

Los objetivos de esta sesión eran:

- Presentar a la religiosa encargada el plan de tratamiento a seguir en el hogar y el colegio. Se le sugirió que no se regañe a G y que se le aplique refuerzos positivos inmediatos cuando realice alguna tarea de la forma que se espera. Así también, que al presentar dos o tres conductas inadecuadas, G pierda algún privilegio.
- Ejemplificar a un niño mentiroso. Para ello se utilizó una versión corregida de Pinocho. Se hizo la analogía de que si en la vida real la nariz creciera cada vez que decimos mentiras, probablemente tendríamos la nariz muy larga.
- Identificar las consecuencias de decir mentiras. Se leyó la fábula de “El pastorcillo mentiroso”. Dijo que no sabía quién era mentiroso ni qué significaba mentiras. Por ello se le explicó y se utilizó ejemplos prácticos. Mientras se leía la fábula también se le indicó el significado de otras palabras. Luego se le pidió que volviera a contar la fábula. Se le dio tiempo para que coloreara los dibujos de la fábula.
- Recomendar formas positivas de llamar la atención. Se le recomendó que para llamar la atención de forma positiva puede portarse bien, ser la mejor alumna y no pelearse con los demás niños para que la reconocieran por su cambio de carácter.

Para el cierre de la sesión se le pidió que colocara los crayones en su lugar.

### Sesión No. 11

Los objetivos de esta sesión eran:

- Descubrir las características de las personas “agradables” y las “desagradables”. Para lograr este objetivo se utilizó dos flores, unas recién cortadas que estaban vivas y unas marchitas. Antes de sacar las flores de la bolsa en que estaban, G argumentó que le gustaban las flores “bonitas” y se mostró curiosa por saber qué más había en la bolsa. Se le mostraron las dos flores y se le pidió que dijera cuáles le gustaban más y porqué. Escogió las flores vivas porque tenían color, tenían otras florecitas y se miraban más bonitas. Las flores “feas” no le gustaron porque no tenían color, porque se rompían y se caían fácilmente. Se comparó las flores con las personas y se discutió que hay niños “bonitos” a quienes las personas quieren mucho, pero que también hay niños que algunas veces son “feos” y nadie quiere acercárseles. Se ejemplificó a los niños agradables y desagradables.
- Reconocer las herramientas útiles para ser amigables. Se utilizó títeres para llevar a cabo esta actividad. Al principio G dijo que no quería jugar con los títeres, pero al final ya no quería dejar de jugar con ellos. El títere del terapeuta no sabía cómo hacer amigos y le pedía consejo al títere de G, quien le dijo cómo podía hacer para hacer nuevos amigos, para no pelear con los que ya tenía y para contentarse con alguien con quien se había peleado. Algunas veces G contestó que no sabía que hacer en esas situaciones, pero después de pensarlo un poco respondía.
- Dibujar diferentes emociones de G. Se le dio una hoja de papel y la caja de crayones. Se le pidió que se dibujara cuando estaba contenta, triste, llorando y enojada. Al principio no quería dibujarse, pero luego accedió y no sólo dibujó sino también coloreó sus dibujos. No se pudo discutir sus dibujos por falta de

tiempo, lo cual se trasladó para la siguiente sesión.

Para el cierre de esta sesión se le pidió que guardara los crayones en su lugar. Al salir de la sesión, la madre encargada de G mencionó que la madre superiora del orfanatorio le dijo que ella estaba viendo cambios de conducta de la niña. Le dijo que antes se acercaba para darle quejas, pero que ahora se acercaba para decirle cosas positivas. También la madre encargada comentó que en esta semana una niña rayó la pared, y en vez de que G diera la queja como acostumbraba a hacerlo, agarró un estropajo y estaba limpiando la pared sin decirle nada a nadie. Cuando la encargada la encontró limpiando, G le dijo que no quería que se dieran cuenta porque era una sorpresa. Ella la felicitó por ayudar a alguien y por no dar la queja.

### Sesión No. 12

Los objetivos de esta sesión eran:

- Descubrir el significado del dibujo de las emociones de G hecho en la sesión anterior. Se le presentó a G el dibujo que hizo en la sesión anterior y se le pidió que explicara porqué tenía cada una de esas emociones. Dijo sentirse alegre porque vino su mamá a verla, ella sólo puede venir una vez al mes. Su dibujo de estar triste es porque unas niñas la regañan, pero ella no sabe porqué la regañan. Explicó que en el dibujo estaba llorando porque una niñas le pegaron y porque se murió su hermanita. El dibujo de estar enojada es porque está regañando a su otra hermana que pelea mucho con ella.
- Evaluar el autoestima de G. Se le dio un cuestionario de Autoestima, el cual le presentaba 12 preguntas a las que debía responder sí o no. En las preguntas “¿Crees que si fueras otra niña te querrían más?” y “Entonces, ¿te gustaría ser otra niña para que te quisieran más?”, las respuestas de G fueron sí a ambas preguntas. Se le pidió que explicara porqué, pero dijo que no sabía. Las demás respuestas del cuestionario fueron las esperadas.
- Presentar las características valiosas de G. Para ello se invitó a la madre encargada de G a entrar a la sala de Terapia para que le dijera sus características positivas. G negó que sabe leer, sumar y restar, pero estuvo de acuerdo con las restantes que le indicó la religiosa.
- Reforzar las características valiosas de G. En el pizarrón se anotó las características positivas mencionadas por la madre encargada y hablamos de ellas, reforzando que todas esas características la hacen una niña muy especial. También se mencionó que si ella puede portarse bien cuando quiere, puede portarse bien siempre y que eso va ayudar a que la regañen menos.
- Mencionar la terminación de la Terapia. Se le indicó que la terapia está llegando a su fin, por lo que ya no vendrá a la clínica. Preguntó porqué ya no vendría a la clínica, pues a ella le gusta venir. Se le explicaron las razones de la terminación de la terapia. Se le dijo que si algún día necesita ayuda otra vez, que puede solicitarla y que se le dará.

Para el cierre de la sesión, se le pidió que borrara el pizarrón. Al final de la sesión, se habló con la madre encargada de G, quien mencionó algunos aspectos negativos y positivos en G. Los aspectos negativos son que una noche despertó y alborotó a las niñas del dormitorio, que le pegó a otra niña sin razón, y que no está leyendo bien a pesar de que el año pasado sí leía bien. Los aspectos positivos son que cuando la regañan ya no contesta ni muestra su enojo, que mantiene arreglada su mesita de noche y su cama, y que algunas veces ayuda a otros niños.

### Sesión No. 13

Los objetivos de esta sesión eran:

- Descubrir las habilidades físicas de G. Para ello se le pidió que saltara, caminara, corriera, dibujara, sumara y escribiera. Con esto se comprobó y se le hizo notar que tiene muchas capacidades, aparte de las mencionadas en la sesión anterior por la madre encargada. Eso la hace una niña especial y valiosa, y que debe sentirse orgullosa de poder hacer muchas cosas.
- Aprender algunos valores y aplicarlos al colegio. Se le mostraron unas tarjetas que contenían los valores: responsabilidad, puntualidad, justicia, limpieza, respeto, honestidad, cooperación, triunfo y equidad. Se explicó cada uno de los valores y se le pidió que ejemplificara cómo pueden aplicarse en el colegio.

Para el cierre de la sesión se le pidió que juntara todas las tarjetas de los valores, y que se los llevara para leerlos y aplicarlos en el colegio. La madre encargada mencionó que actualmente ella está observando cambios en G.

que antes no los veía pero ahora son notorios. G cuida más su ropa y las cosas que le dan, y ya no las destruye para que le den otras. Todavía se distrae en clase pero pone más atención y ahora es más obediente.

#### Sesión No. 14

Los objetivos de esta sesión eran:

- Evaluar el progreso de G. Para ello se le pidió a la madre encargada de G que completara la hoja de evaluación. En esta ocasión, mencionó que no sólo otras madres del orfanatorio han notado cambios sino ella misma también los ha notado. En el área emocional se le ve más equilibrio en la manera de expresar sus sentimientos. En el ámbito social se relaciona con más naturalidad con sus compañeras y con las personas mayores. En el área conductual no se queja tanto de sus compañeros y empieza a ver las cosas de forma positiva. En lo académico ha habido poco progreso, aunque ahora presta más atención en clase. Ahora G obedece más rápido, actúa con más generosidad y grita menos.
- Preguntar directamente si alguien abusó de ella. Para alcanzar este objetivo se utilizó las láminas de emociones y la de "Papá y mamá, ¿son iguales a mí?". Con la ayuda de estas láminas se le contó una historia en la que una niña fue abusada. Luego se le preguntó si alguien la había tocado o había hecho algo que a ella no le hubiera gustado, a lo cual respondió negativamente.
- Distinguir caricias adecuadas e inadecuadas. Se utilizó el pizarrón y se hizo una línea que lo dividía a la mitad. De lado izquierdo se anotó caricias adecuadas y de lado derecho caricias inadecuadas. Se iba preguntando por las partes del cuerpo y ella debía anotarlas en la columna correspondiente a si era una caricia adecuada o inadecuada. Luego se hizo otro esquema en el pizarrón en el que se anotó lo que se debe hacer cuando alguien quiera tocarla donde no debe.
- Terminar el tratamiento. Se le indicó que era la última sesión, pero que si nuevamente necesitaba ayuda, que podía llamar a la clínica.

Para terminar la sesión se agradeció a la madre encargada y a la niña por haber participado en el Proyecto de Investigación.

## IV. DISCUSIÓN

La asistencia terapéutica de los pacientes participantes del estudio se hizo necesaria debido a que ambos niños habían sido abusados sexualmente.

El primer caso (J) reconoció haber sufrido abuso sexual de parte de sus primas; según Prendergast (1996), este caso puede ser clasificado como víctima ajustada, debido a que reconoció el abuso pero colocó la culpa sobre sus abusadoras. O'Donohue (1998) mencionó los factores que ayudan a una víctima a superar el trauma; J tenía muchos de estos factores, entre éstos se puede mencionar el apoyo familiar, en especial el de sus padres, y que la reacción de su familia a la historia del abuso se manifestó en brindarle protección. Otro factor que lo favoreció es el hecho de que las agresoras fueron mujeres, por lo que no hay una probabilidad de que tenga confusión de su rol sexual. Entre los factores positivos que lo ayudaron a enfrentar el trauma están: no se aisló, tiene habilidad para expresarse emocionalmente, comparte actividades con su familia, existe una adecuada comunicación con sus padres, tiene una buena relación con otras personas, el abuso fue de corta duración (un día), el abuso fue con contacto pero fue realizado sobre la ropa de J y las agresoras no usaron violencia física.

El segundo caso (G) llegó a terapia debido a que presentaba problemas emocionales y de conducta debidos al abuso, sin embargo, ella no reconoció haber sufrido abuso. Tomando como base a Prendergast (1996), G puede ser clasificada como víctima negadora, ya que ha reprimido el abuso sexual y no tiene memoria consciente del problema. Los factores que pudieron haber afectado negativamente el grado en que G respondiera al abuso sexual, de acuerdo a O'Donohue (1998), son: que probablemente el abuso ocurrió a temprana edad cronológica, la inestabilidad emocional materna, la condición de extrema pobreza, que no tenía apoyo familiar y, que tenía una pobre relación con otras personas; actualmente puede afectarle que carece de destrezas sociales y tiene una autoestima baja. Sin embargo, de acuerdo a Escartín (2003), los factores que pueden ayudar a G en la superación del trauma son: que tiene el cuidado, cariño y apoyo de las religiosas (aunque no sean su familia consanguínea) y que en el orfanatorio le brindan disciplina asertiva.

El factor principal en la aplicación de la Terapia de Juego Cognitiva Conductual es el desarrollo de una relación terapéutica positiva (Knell, 1996), con ambos pacientes, en la presente investigación, se pudo maximizar este factor debido a que durante el tratamiento manifestaron su deseo de participación y colaboración en cada una de las sesiones y de las actividades que se desarrollaron dentro de las mismas.

En la Terapia de Juego Cognitiva Conductual, el terapeuta tiene la responsabilidad de llevar a cabo el tratamiento con la mayor confidencialidad, así como también establecer en forma definida la estructura de la terapia y lo relativo a la duración de la misma y el horario de las sesiones (National Clearinghouse on Child Sexual Abuse and Neglect Information, 2004). Por tal razón, en la presente investigación se asumieron las responsabilidades como terapeuta, al cumplir con los requisitos mínimos anteriores mediante la elaboración del consentimiento informado.

Uno de los principales objetivos de la evaluación terapéutica que se hace al inicio de la Terapia, es determinar cuán seguro es el ambiente en que vive la víctima (National Clearinghouse on Child Sexual Abuse and Neglect Information, 2004; Cullari, 2001). En el desarrollo del tratamiento fue posible determinar que ya no existe

riesgo de abuso sexual para ambos pacientes, esto porque en el ambiente en el que actualmente viven se ha logrado que se sientan nuevamente protegidos.

De acuerdo al National Clearinghouse on Child Sexual Abuse and Neglect Information (2004), un cambio en las creencias sobre sí mismo genera cambios en el comportamiento. En el caso de G, ella tenía el pensamiento de que sus creaciones tales como dibujos y manualidades, eran feas y que no podía hacer nada bien, por esta razón se reforzó las características positivas de G, para que al cambiar su autoimagen cambiaran también sus conductas.

Knell (1996), Prendergast (1996) y Vernon (1999) sugieren que, cuando los niños han sido abusados sexualmente, pierden el control lo cual implica la disminución de la autoestima, las relaciones interpersonales deficientes y comportamientos inadecuados. Por esta razón, en las sesiones de trabajo se les permitió a los pacientes que fueran ellos quienes decidieran qué técnicas de la Terapia de Juego Cognitiva Conductual utilizar en el desarrollo de la sesión, como por ejemplo con qué títeres jugar y qué herramientas creativas utilizar (crayones de cera, de madera, o marcadores). Esto con el propósito de que los pacientes recuperaran su autoestima, con el fin de coadyuvar a que retomen el control de sus vidas, ya que a través de la toma de decisiones se les comprueba que la pérdida de control sólo es un efecto pasajero de la situación a la cual se están enfrentando y superando.

Otra intervención que se utilizó para ayudar a los pacientes a recuperar el control, sugerida por Knell (1996), fue el discutir la fase de terminación de la terapia, esto con el fin de que los pacientes no se sintieran abandonados, traicionados o culpables por la finalización del tratamiento.

Es recomendable, de acuerdo con National Clearinghouse on Child Sexual Abuse and Neglect Information (2004), identificar las experiencias de la vida que no están relacionadas con el abuso sexual para que los pacientes experimenten por sí mismos que su vida continúa de manera normal y que la situación que les aconteció sólo fue un evento del cual no son culpables. En ambos casos los pacientes fueron capaces de reconocer con facilidad actividades gratificantes tales como pasatiempos, amigos preferidos, comida favorita, lugares divertidos y hasta situaciones de las cuales tienen recuerdos agradables.

Según Knell (1996) los eventos significativos que les suceden a los niños dentro del proceso de tratamiento, deben ser incorporados al mismo, ya que éstos pasan a formar parte de las circunstancias modificativas de conducta debido a que la víctima relaciona todo lo que ocurre en su entorno con el evento principal que es el abuso sexual, por esta misma razón, National Clearinghouse on Child Sexual Abuse and Neglect Information (2004) propone que los objetivos de la terapia deben ser relevantes para la situación actual del niño; por lo tanto, en ambos casos no sólo se dio tratamiento al abuso sexual sino a los problemas que afectaban a los pacientes mientras estaban en Terapia.

De acuerdo a Walker & Bolkovatz (1988) y Knell (1996), es importante que dentro del desarrollo de la aplicación de la Terapia de Juego Cognitiva Conductual, el niño aprenda estrategias de autoprotección y de protección a otras personas, para prevenir y evitar abusos futuros, pues según Cloitre (1998) las personas que han sido abusadas en la infancia tienen mayor probabilidad de volver a ser víctimas durante la adolescencia y la adultez. En atención a esta característica, a ambos pacientes se les enseñó estrategias de autoprotección y qué hacer en caso de abuso, esto con el fin de ayudarlos a aumentar su empoderamiento.

Según resultados obtenidos en las investigaciones sobre la efectividad de la Terapia de Juego Cognitiva Conductual, es importante involucrar al cuidador primario del niño en el tratamiento para que le proporcione el apoyo directo necesario para que recupere la seguridad y que a la vez desarrolle el pensamiento de que el evento no se va a repetir, debido a que cuenta con el apoyo de alguien que lo puede proteger. En el estudio de casos de la presente investigación, se involucró a la madre de J y a la religiosa encargada de G, a quienes se les solicitó monitorear el comportamiento de los niños en sus casas para verificar la evolución del tratamiento; así mismo, se les requirió que se relacionaran con ellos de forma dirigida y se les asignó tareas para realizar en casa para complementar el tratamiento en el medio ambiente natural donde el paciente habita.

En la clínica, las técnicas cognitivas y conductuales de tratamiento se aplicaron a los niños por medio de la Biblioterapia, los dibujos y los títeres. En la Tabla No. 4 se muestran las técnicas utilizadas en el primer caso y la Tabla No. 5 contiene las técnicas aplicadas en el segundo caso:

#### TÉCNICAS APLICADAS CON J

Técnica	Ejemplo	Sesión en que se aplicó
<b>Modelamiento</b>	El títere menciona que es difícil hablar del abuso sexual, pero que es necesario hacerlo.	No. 2
<b>Identificación y corrección de creencias irracionales</b>	Con la ayuda de una hoja de ejercicio se descubrió que todos tenemos derecho a cometer errores.	No. 4
<b>Biblioterapia</b>	Lectura y discusión de fábulas relativas a asertividad y responsabilidad.	No. 4, 6 y 9
<b>Ensayo del comportamiento</b>	En una hoja de ejercicio debía marcar las características positivas de un buen compañero.	No. 6
<b>Desensibilización sistemática</b>	Dibujos de las diferencias (de roles y sexuales) entre niños y niñas, luego él señaló (en el dibujo) dónde lo habían tocado.	No. 7
<b>Manejo de contingencias</b>	En casa y el colegio: aplicación de reforzadores positivos inmediatos al realizar bien alguna tarea y por cada 2 faltas aplicar un reforzador negativo	No. 8
<b>Diálogo interno positivo</b>	J descubrió sus características positivas por medio del dibujo "Mis logros".	No. 12

Tabla No. 4: Técnicas aplicadas con J

#### TÉCNICAS APLICADAS CON G

Técnica	Ejemplo	Sesión en que se aplicó
<b>Modelamiento</b>	El títere demuestra su desacuerdo sin ser agresivo.	No. 3
<b>Biblioterapia</b>	Lectura y discusión de fábulas de asertividad y de decir la verdad.	No. 5 y 10
<b>Ensayo del comportamiento</b>	Con la ayuda de una hoja de ejercicio se discutió las características positivas de un buen compañero.	No. 6
<b>Desensibilización sistemática</b>	Dibujos de las diferencias (de roles y sexuales) entre niños y niñas, y entre adultos y niños. Presentación de una historia de abuso sexual con la ayuda de los dibujos y evaluar si G sufrió abuso.	No. 7 y 14
<b>Identificación y corrección de creencias irracionales</b>	Se le explicó que en la noche, los pasos que escucha en su dormitorio, son de la persona que apaga la luz.	No. 8

<b>Manejo de contingencias</b>	En el hogar y el colegio: evitar regañarla y en vez de eso, felicitarla por las tareas que hace bien.	No. 10
<b>Reforzamiento diferencial de comportamiento</b>	Ilustración, por medio de flores, de las características positivas de las personas, las cuales pueden sustituir a las características negativas.	No. 11
<b>Diálogo interno positivo</b>	Descripción de aspectos en los cuales G es valiosa.	No. 12 y 13

*Tabla No. 5: Técnicas aplicadas con G*

Los resultados obtenidos con la aplicación de estas técnicas incluyen que J superó sus temores, superó su confusión de *roles*, mejoró sus problemas de autocontrol y pudo liberar su enojo reprimido. G fue beneficiada con esta terapia y pudo superar su depresión, su baja autoestima, aumentó sus habilidades sociales, esclareció sus *roles* y aumentó su autocontrol.

La evolución de las víctimas de abuso sexual que participaron en este Proyecto de Investigación se evaluó por tres medios:

1. La terapeuta utilizó la escala de Impresión Global de Mejoría (C. G. I., por sus siglas en inglés) al inicio de las sesiones y cuando terminó el tratamiento,
2. Los encargados de los niños completaron la Hoja de Evaluación de Progreso, y
3. Evaluación verbal realizada de forma conjunta por la terapeuta y las personas encargadas de los niños.

De acuerdo a la evaluación realizada por la terapeuta, los resultados obtenidos por los niños en la escala C. G. I. son los siguientes:

	<b>Al inicio del tratamiento</b>	<b>Al finalizar el tratamiento</b>
<b>Niño J</b>	4-Medianamente enfermo	7-Mucho mejor
<b>Niña G</b>	5-Marcadamente enfermo	7-Mucho mejor

*Tabla No. 6: Resultados de los niños obtenidos en la escala C. G. I.*

Según las anotaciones de la hoja de evaluación de progreso, completadas por los encargados de los niños, no sólo ellos sino otras personas cercanas a los niños han notado mejoría en las áreas emocional, social, conductual y académica.

Al realizar la discusión verbal junto con las personas encargadas de los niños se notó que éstos han mostrado cambios positivos en su conducta y estos cambios no sólo se han percibido en la clínica, sino también en casa y en el colegio.

Tomando como base los resultados obtenidos en los tres tipos de evaluación, se puede comprobar que los niños sí se beneficiaron de la Terapia de Juego Cognitiva Conductual.

## V. CONCLUSIONES

El abuso sexual es todo comportamiento físico o sexual inadecuado que realiza un adulto con un niño, sin el consentimiento de éste. El abuso sexual también puede ocurrir entre dos niños, siempre y cuando sea en contra de la voluntad de uno de ellos. El daño físico y los cambios bruscos de comportamiento son los indicadores más notorios de que está ocurriendo abuso sexual en un niño.

Los factores que colocan en mayor riesgo de sufrir abuso sexual a los niños son tener una discapacidad física o emocional, tener padres con problemas emocionales, vivir en un ambiente familiar inestable y bajo condiciones de falta de apoyo emocional y económico.

Las consecuencias del abuso sexual pueden presentarse a corto y a largo plazo afectando la forma en que el niño se ve a sí mismo y a su familia, afectando su sexualidad y provocándole miedos que generan problemas conductuales, emocionales, físicos y escolares.

Los factores que más influyen en la respuesta hacia el abuso sexual son la edad a la que el niño fue abusado, la duración y forma del abuso, quién lo cometió y el respaldo que el niño tenga de su grupo primario de apoyo.

Para disminuir los efectos provocados por el abuso sexual se utiliza la Terapia Cognitiva Conductual en la modalidad de Terapia de Juego, debido a que ésta facilita que el niño aborde sus problemas de forma menos dañina para él.

La Terapia Cognitiva Conductual se fundamenta en la premisa de que el comportamiento de una persona es el resultado de su forma de percibir y analizar un suceso determinado.

La Terapia de Juego Cognitiva Conductual es efectiva para dar tratamiento a las víctimas de abuso sexual porque ayuda a que se den cuenta que no son responsables ni culpables del abuso.

La aplicación de la Terapia de Juego Cognitiva Conductual es más efectiva con niños desde 3 hasta 12 años de edad, debido a que para ellos es más fácil expresar sus sentimientos, emociones y pensamientos por medio del juego.

En esta investigación se atendieron dos casos de abuso sexual, para ello se utilizó la Terapia de Juego Cognitiva Conductual y por medio de ella se ayudó a los niños a retomar el control de sus vidas, a abordar el tema del abuso sexual de forma indirecta, a practicar comportamientos socialmente aceptados y a adquirir destrezas de autoprotección.

El tratamiento de la Terapia de Juego Cognitiva Conductual desarrollada con los participantes del estudio se hizo por medio de la desensibilización sistemática, manejo de contingencias, reforzamiento diferencial de comportamiento, modelamiento, ensayos de comportamiento, identificación de creencias irracionales, diálogo interno positivo y biblioterapia, aplicados por medio de juegos directivos.

En el primer caso presentado se observó que el paciente puede tener un afrontamiento adecuado al abuso sexual, ya que cuenta con algunos factores que pueden facilitarle esta tarea, tales como la corta duración del abuso, el apoyo de sus padres y la adecuada relación con otras personas.

En el otro caso, en el cual la paciente mostró mejoría al finalizar el tratamiento, puede verse afectada por los factores negativos presentes al momento del abuso sexual, tales como la falta de apoyo emocional materno, su corta edad cronológica y su baja autoestima.

La Terapia de Juego Cognitiva Conductual en el presente estudio de casos demostró ser efectiva debido a que dio como resultado que los niños superaran la confusión de *roles* y los problemas de autocontrol.

Los informes sobre la prevalencia de abuso sexual reflejan una falsa realidad, debido a que los entes encargados de la atención a las víctimas no aplican adecuadamente los recursos con los que cuentan para llevar mejores y más eficientes controles de la cantidad de víctimas de abuso sexual, por lo que existe un subregistro de casos.

Se sabe que en nuestro país se cometen más abusos hacia niñas que hacia niños, que en su mayoría las niñas son abusadas por familiares y que sufren abuso sexual cuando tienen entre 10 y 12 años.

La legislación guatemalteca está orientada únicamente a la penalización y rehabilitación del agresor, sin embargo, es lamentable que en ninguna de las leyes vigentes se norme lo relativo a la resocialización, readaptación o rehabilitación de la víctima.

## VI. RECOMENDACIONES

Los profesionales de la Psicología deben manejar los conocimientos básicos referentes al abuso sexual, sus indicadores, sus consecuencias y los factores de riesgo, para prestar a las víctimas de este problema la ayuda necesaria a fin de contribuir a la superación de los traumas provocados por el mismo. Por la importancia que tiene el tema del abuso sexual, se recomienda incluir un curso en el currículo de estudios de la carrera de Licenciatura en Psicología denominado Abuso sexual infantil, preferentemente en el cuarto año de la carrera.

Uno de los tratamientos que ha reportado ser más efectivo para abordar el abuso sexual infantil es la Terapia de Juego Cognitiva Conductual. Para aplicar esta terapia, es necesario que se conozcan las técnicas cognitivas y conductuales por medio de las cuales se proporciona este tratamiento, sin que éstas sean limitativas debido a que por la flexibilidad de la terapia, en el tratamiento de cada caso pueden ir surgiendo nuevas técnicas.

El uso adecuado de la Terapia de Juego Cognitiva Conductual en el tratamiento de víctimas de abuso sexual facilita el aprendizaje de habilidades de comunicación, de expresión de sentimientos y emociones, y de relación con otras personas.

Otras razones por las que se recomienda utilizar la Terapia de Juego Cognitiva Conductual para ayudar a enfrentar diferentes problemas emocionales son: la obtención de la expresión natural del niño en un ambiente adecuado a su edad y nivel cognitivo de desarrollo; permite un acercamiento eficaz y eficiente hacia la víctima al generar en ella dos aspectos importantes, la amistad o compañerismo y la confianza en otras personas y en sí mismo/a; permite una resocialización efectiva debido a que el niño recupera su autoestima y su autocontrol; y por último, debido a que el juego es una técnica proyectiva, coadyuva a realizar con mayor facilidad el análisis del caso.

Se recomienda dar seguimiento a los participantes de este estudio, para evaluar la efectividad de la Terapia de Juego Cognitiva Conductual a largo plazo y para brindar apoyo psicológico en caso sea necesario.

La Terapia de Juego Cognitiva Conductual ha probado ser efectiva en otros países y en un bajo porcentaje en nuestro país, por lo que se sugiere que en futuras investigaciones se amplíe el número de casos trabajados, así como se publique y divulgue los resultados obtenidos.

Para prevenir la ocurrencia de casos de abuso sexual en niños, se hace necesario coordinar acciones institucionales que fortalezcan los aspectos relacionados con la educación sexual dentro del contexto escolar y familiar.

Considerando que parte de nuestra realidad nacional es el alto índice de abusos sexuales a niños y que existen limitaciones económicas para acceder a servicios de ayuda profesional, se recomienda que los estudiantes que les corresponda realizar su Práctica Profesional en el área Clínica, puedan abordar este tipo de problemas como parte de la proyección social de la Universidad del Valle de Guatemala.

## VII. BIBLIOGRAFÍA

- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. *El abuso sexual a los niños* [en línea]. Estados Unidos: 1998. <<http://www.aacap.org/publications/apntsfam/sexabuse.htm>> [Consulta: 18 de mayo de 2004].
- American Academy of Pediatrics. *El abuso sexual infantil: qué es y cómo prevenirlo* [en línea]. Estados Unidos. <[http://www.medem.com/medlb/article\\_detailb.cfm?article\\_ID=ZZZU60UCG8D&sub\\_cat=599](http://www.medem.com/medlb/article_detailb.cfm?article_ID=ZZZU60UCG8D&sub_cat=599)> [Consulta: 19 de mayo de 2004].
- American Psychological Association. *Understanding Child Sexual Abuse* [en línea]. Estados Unidos. <<http://apa.org/releases/sexabuse/>> [Consulta: 18 de mayo de 2004].
- Asher, Shirley. 1988. "The Effects of Childhood Sexual Abuse: A Review of the Issues and Evidence". En *Handbook on Sexual Abuse of Children*, de Lenore Walker. New York, Springer Publishing Company Inc. Págs. 3-18.
- Axline, Virginia. 1978. *Terapia de Juego*. México, Editorial Diana. 384 págs.
- Brandt, Laurie. 1998. *Helping Small Voices to Speak* [en línea]. Illinois Institute for Addiction Recovery. Estados Unidos. <[http://www.addictionrecov.org/paradigm/P\\_PR\\_W98/Brandt.html](http://www.addictionrecov.org/paradigm/P_PR_W98/Brandt.html)> [Consulta: 24 de mayo de 2004].
- Children's Law Office. *Techniques For The Child Interview And A Methodology For Substantiating Sexual Abuse* [en línea]. Estados Unidos. <<http://childlaw.law.sc.edu/Publications/USER/SEXABUSE/section5.htm>> [Consulta: 19 de mayo de 2004].
- Cloitre, Marylene. 1998. "Sexual Revictimization". En *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma*, de Victoria Follete, Josef Ruzek y Francis Abueg. New York, The Guilford Press. Págs. 100-118.
- Cohen, Judith y Mannarino, Anthony. *Factors That Mediate Treatment Outcome of Sexually Abused Preschool Children Six-and 12-Month Follow-up* [en línea]. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Estados Unidos: 1998. <[www.findarticles.com](http://www.findarticles.com)> [Consulta: 11 de agosto de 2003].
- Committee on Child Abuse and Neglect. *Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children* [en línea]. Estados Unidos: 1999. <<http://www.aap.org/policy/re9819.html>> [Consulta: 18 de mayo de 2004].
- Cullari, Salvatore. 2001. *Fundamentos de Psicología Clínica*. México, Pearson Educación. 480 págs.

- Escartín, Maggie. 2003. *Abuso sexual a las niñas y los niños*. Guatemala, PRONICE. 60 págs.
- Escobar Mejía, Mirna. 2003. *Diferencias según género en la experiencia de la separación conyugal*. Guatemala, Tesis de la Universidad del Valle de Guatemala. 150 págs.
- Gallo-Lopez, Loretta. 2000. "A Creative Play Therapy Approach to the Group Treatment of Young Sexually Abused Children". En *Short term Play Therapy for Children*, de Heidi Kaduson y Charles Schaefer. New York, The Guilford Press. Págs. 269-295.
- Gibson, Robert y Mitchell, Marianne. 1999. *Introduction to Counseling and Guidance*. 5ª ed. New Jersey, Prentice-Hall, Inc. 552 págs.
- Gómez, Jairo y Velandia, Rafael. *Prevención del Abuso Sexual Infantil* [en línea]. Colombia: 2004. <<http://www.geocities.com/prevencion2/tesis/pdf/capitulo2.PDF>> [Consulta: 25 de abril de 2004].
- Graham, Philip. 2002. *Cognitive-Behaviour Therapy for Children and Families*. New York, Cambridge University Press.
- Grillo, Milena. 2001. *La intervención del abuso sexual infantil desde el Sistema Penal*. Costa Rica, Fundación PROCAL y Fundación PANIAMOR. 44 págs.
- Guatemala. 2003. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Informe Nacional de Salud Materno Infantil 2002 - Mujeres*. Guatemala. 420 págs.
- \_\_\_\_\_: 2003a. Informe Nacional de Salud Materno Infantil 2002. *Encuesta Nacional de Salud Masculina 2002*. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 320 págs.
- Hobday, Angela y Kate Ollier. 1999. *Creative Therapy with Children & Adolescents*. California, Impact Publishers Inc. 110 págs.
- King, Neville, et al. *Treating Sexually Abused Children With Posttraumatic Stress Symptoms: A Randomized Clinical Trial* [en línea]. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Estados Unidos: 2000. <[www.findarticles.com](http://www.findarticles.com)> [Consulta: 11 de agosto de 2003].
- Knell, Susan. 1996. *Cognitive-Behavioral Play Therapy*. Estados Unidos, Jason Aronson Inc. 290 págs.
- McWhirter, Jeffries, et al. 1998. *At-risk Youth: A Comprehensive Response*. 2ª ed. Estados Unidos, Brooks/Cole Publishing Company. 365 págs.
- Meadows, Elizabeth. y Foa, Edna. 1998. "Intrusion, Arousal and Avoidance". En *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma*, de Victoria Follete, Josef Ruzek y Francis Abueg. New York, The Guilford Press. Págs. 100-118.

- Morales, Sergio. 2004. *Informe Anual Circunstanciado 2003*. Guatemala, Procuraduría de los Derechos Humanos. 813 págs.
- National Clearinghouse on Child Sexual Abuse and Neglect Information. *Therapy* [en línea]. Estados Unidos. <<http://nccanch.acf.hhs.gov/pubs/usermanuals/treatment/therapy.cfm#stages>> [Consulta: 19 de mayo de 2004].
- National Crime Victims Research and Treatment Center. *Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment* [en línea]. Estados Unidos: 2004. <<http://www.musc.edu/cvc/guidelinesfinal.pdf>> [Consulta: 9 de junio de 2004].
- Neville, Anne. *Child Sexual Abuse: Traumatic Aspects and Associated Losses* [en línea]. Open Doors. Estados Unidos. <<http://www.opendoors.com.au/ChildSexAbuse/ChildSexAbuse.htm>> [Consulta: 19 de mayo de 2004].
- O'Donohue, William, Fanetti, Matthew y Elliott, Ann. 1998. "Trauma in Children". En *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma*, de Victoria Follete, Josef Ruzek y Francis Abueg. New York, The Guilford Press. Págs. 355-37.
- Portillo, Remedios. *Tratamiento Psicológico de niños víctimas de Abuso Sexual* [en línea]. España. <<http://64.233.161.104/search?q=cache:Zd-fk5ETtxAJ:www.juntadeandalucia.es/averroes/~29070180/Documentos/abuso.pdf+test%2Basesertividad%2Bni%C3%B1os&hl=en>> [Consulta: 9 de junio de 2004].
- Prendergast, William. 1996. *Sexual Abuse of Children and Adolescents*. New York, The Continuum Publishing Company.
- Psicologia-online.com. *Manual de Psicoterapia Cognitiva* [en línea]. Estados Unidos. <<http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual6.htm>> [Consulta: 25 de abril 2004].
- Psicologia-online.com. *Psicoterapia cognitiva de urgencia* [en línea]. Estados Unidos. <<http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Urgencia/urgencia6.htm>> [Consulta: 27 mayo de 2004].
- Psicologosnet.com. *Tratamiento terapia cognitiva* [en línea]. <<http://www.psicologosnet.com/tratamientoDEP.htm>> [Consulta: 25 de abril de 2004].
- Putnam, Frank. *Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse* [en línea]. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Estados Unidos: 2003. <[www.findarticles.com](http://www.findarticles.com)> [Consulta: 11 de agosto de 2003].

- Reinecke, Mark; Dattilio, Frank y Freeman, Arthur. 1996. *Cognitive Therapy with Children and Adolescents*. New York, The Guilford Press. 416 págs.
- Romero, Leonardo. *Abusos sexuales a menores: Prevención* [en línea]. Colombia. <<http://www.psicopedagogia.com/articulos/?articulo=364>> [Consulta: 27 de mayo de 2004].
- Rosales, Erick. Entrevistado el 21 de junio de 2004. Fiscalía de la Mujer, Ministerio Público, Guatemala.
- SAMHSA Model Programs. *Cognitive Behavioral Therapy for Child Sexual Abuse (CBT-CSA)* [en línea]. Estados Unidos. <[http://modelprograms.samhsa.gov/template\\_cf.cfm?page=model&pkProgramID=90](http://modelprograms.samhsa.gov/template_cf.cfm?page=model&pkProgramID=90)> [Consulta: 25 de abril de 2004].
- Save the Children. 1998. *Abuso sexual infantil* [en línea]. España. <<http://www.savethechildren.es/organizacion/infabuso.htm>> [Consulta: 1 de junio de 2004].
- Schaefer, Charles y Kevin O'Connor. 1988. *Manual de Terapia de Juego*. México, Manual Moderno. 490 págs.
- Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia de Guatemala (SBS), Sección de Asuntos Antinarcóticos de la Embajada de los Estados Unidos de América (SAA) & Programa Internacional para la Capacitación en la Investigación Criminal (ICITAP). 2001. *Entrevista a niños víctimas de abuso físico y sexual*. Guatemala. 120 págs.
- Vernon, Ann. 1999. *Counseling Children and Adolescents*. 2ª ed. Estados Unidos, Love Publishing Company. 415 págs.
- Villareal, María Eugenia. 2004. *Rompamos la cultura del silencio*. Guatemala: Plan Internacional.
- Walker, Lenore y Bolkovatz, Mary Ann. 1988. "Play Therapy with Children who have Experienced Sexual Assault". En *Handbook on Sexual Abuse of Children*. New York, Springer Publishing Company Inc. Págs. 3-18.
- Whealin, Julia. *Child Sexual Abuse* [en línea]. National Center for PTSD. Estados Unidos. <[http://www.ncptsd.org/facts/specific/fs\\_child\\_sexual\\_abuse.html](http://www.ncptsd.org/facts/specific/fs_child_sexual_abuse.html)> [Consulta: 19 de mayo de 2004].

## VIII. APÉNDICES

### Apéndice A: Consentimiento informado y compromiso de participación

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA  
PRÁCTICA PARA: **Eficacia de la Terapia Cognitiva en el tratamiento de niños guatemaltecos que han sufrido abuso sexual**

#### CONSENTIMIENTO PARA LA INVESTIGACIÓN

Yo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, identificada con cédula de vecindad número de orden \_\_\_\_\_ y de registro \_\_\_\_\_, domiciliada en \_\_\_\_\_, lugar en que puedo recibir toda clase de comunicaciones y citaciones, así como al teléfono \_\_\_\_\_, en mi calidad de tutor o encargado del menor \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, **AUTORIZO Y CONSIENTO EXPRESAMENTE** que el niño participe en el estudio "Eficacia de la Terapia Cognitiva en el Tratamiento de Niños Guatemaltecos que han sufrido Abuso Sexual". Este proyecto de investigación es auspiciado por el Departamento de Psicología de la Universidad del Valle de Guatemala, llevado a cabo como Práctica Profesional Supervisada, por la pasante **ESLI DIAMANTINA SANTOS GÓMEZ**, estudiante de la Licenciatura en Psicología de la Universidad del Valle de Guatemala, quien se identifica con carné universitario Número 99165; siendo supervisada por el **Dr. See King Emilio Quinto Barrera**.

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Tutora de la menor

\_\_\_\_\_  
Estudiante

\_\_\_\_\_  
Asesor

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

PRÁCTICA PARA: **Eficacia de la Terapia Cognitiva en el tratamiento de niños guatemaltecos que han sufrido abuso sexual**

### COMPROMISO DE PARTICIPACIÓN

El objetivo de esta investigación es describir la eficacia clínica de la Terapia Cognitiva en pacientes guatemaltecos que padecieron abuso sexual. En esta investigación se pretende llevar y tratar un caso de abuso sexual, describir el caso estudiado y comparar los resultados obtenidos con otros estudios.

La metodología que se utilizará en este proyecto será proveer Tratamiento Clínico Psicológico por medio de la Terapia de Juego Cognitivo Conductual (TJCC), la cual se aplicará en un total de entre 10 y 12 sesiones de terapia, las cuales se llevarán a cabo una vez por semana, con una duración de una hora cada sesión.

Dentro de las implicaciones del estudio está que se entrevistará al paciente sobre el suceso del abuso sexual, utilizando la TJCC como canal de comunicación terapéutica.

El manejo de la información recabada será **ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL**, las únicas personas autorizadas para tener acceso a la misma serán el Supervisor Dr. See King Emilio Quinto Barrera y la estudiante Esli Diamantina Santos Gómez. La información que proporcione el paciente será dada a conocer a sus progenitores y encargados siempre y cuando sea **ÉL** quien **AUTORICE** a la pasante o al Supervisor para que sea transmitida.

Los resultados obtenidos serán publicados en el trabajo de Graduación de la pasante Esli Diamantina Santos Gómez, quien no vinculará en forma física la identidad del paciente ni de su familia con la información proporcionada, al incluir nombres ficticios en dicho informe.

Dentro de los beneficios que obtendremos por participar en esta investigación está el hecho de favorecer en el futuro a los pacientes que han sufrido abuso sexual. Además, el tratamiento que se le dará al paciente será **SIN COSTO ALGUNO**, por lo cual tanto el paciente como su progenitora deberán comprometerse a asistir puntualmente, en las fechas acordadas y a la cantidad de sesiones establecidas.

Se comprende que la participación es voluntaria, que no existe penalización por negarse a participar y que se tiene la libertad de retirar el consentimiento y discontinuar la participación antes de que se termine el tratamiento. Si esto sucediera, se exime a la Universidad del Valle de Guatemala, al Supervisor Dr. See King Emilio Quinto Barrera, asesor de la investigación, y a la pasante Esli Diamantina Santos Gómez de la responsabilidad por las consecuencias que pueda tener el paciente debido a la discontinuación de la terapia.

Habiendo leído todo lo anterior, nos comprometemos a prestar toda la colaboración requerida de modo que en el estudio se incluya a mi menor hijo hasta que finalice el proyecto, asistiendo puntualmente a **TODAS** las citas que se me hagan ya sea personalmente o por vía telefónica o telegráfica, presentándonos a la Clínica SIAD ubicada en 2ª calle A 6-28 zona 10, edificio Verona, oficina 503. Si en cualquier momento tengo preguntas acerca de cualquiera de los procedimientos en este proyecto, estoy en la libertad de contactar al asesor de la investigación, Dr. See King Emilio Quinto Barrera, al teléfono 2361-4327.

Apéndice B: Escala C. G. I.

**IMPRESIÓN GLOBAL CLÍNICA**  
(Para ser llenado por el terapeuta)

**1.- SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD.**

Considerando su experiencia clínica total con esta población en particular, qué tan mentalmente enfermo(a) está el (la) paciente en este momento:

- |   |                                                     |       |
|---|-----------------------------------------------------|-------|
| 0 | No evaluada                                         | _____ |
| 1 | Normal, en absoluto enfermo                         | _____ |
| 2 | Enfermedad mental limitrofe                         | _____ |
| 3 | Levemente enfermo                                   | _____ |
| 4 | Medianamente enfermo                                | _____ |
| 5 | Marcadamente enfermo                                | _____ |
| 6 | Gravemente enfermo                                  | _____ |
| 7 | Dentro de los pacientes más extremadamente enfermos | _____ |

**2.- MEJORÍA GLOBAL** - Tasa total de mejoría, independientemente de que, en su juicio, se deba totalmente al tratamiento farmacológico.

Comparado con su condición al momento de admisión al estudio, qué tanto ha cambiado.

- |   |                                        |       |
|---|----------------------------------------|-------|
| 0 | No evaluada                            | _____ |
| 1 | El paciente se encuentra mucho peor    | _____ |
| 2 | El paciente se encuentra peor          | _____ |
| 3 | El paciente se encuentra un poco peor  | _____ |
| 4 | El paciente se encuentra igual         | _____ |
| 5 | El paciente se encuentra un poco mejor | _____ |
| 6 | El paciente se encuentra mejor         | _____ |
| 7 | El paciente se encuentra mucho mejor   | _____ |

## Apéndice C: Hoja de evaluación de progreso

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA  
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA  
 PROYECTO: EFICACIA DE LA TERAPIA COGNITIVA EN EL TRATAMIENTO DE NIÑOS  
 GUATEMALTECOS QUE HAN SUFRIDO ABUSO SEXUAL

### HOJA DE EVALUACIÓN DE PROGRESO

Esta hoja de Evaluación de progreso permite conocer la evolución del niño mientras ha estado recibiendo terapia.

Encargado: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

¿Ha notado usted algún progreso en el niño? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Otras personas han notado el progreso? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, ¿quiénes han notado el progreso?

\_\_\_\_\_

### ÁREAS EN QUE SE PRESENTA EL PROGRESO

Emocional – Afectiva Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Explique: \_\_\_\_\_

Social Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Explique: \_\_\_\_\_

Conductual Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Explique: \_\_\_\_\_

Académica Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Explique: \_\_\_\_\_

Otras: \_\_\_\_\_