

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Facultad de Humanidades

Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos



**Tratamiento del trauma por abuso sexual en niños y niñas desde el enfoque
cognitivo conductual**
(Artículo Científico)

María José Carranza Martinez

Guatemala, febrero 2020

**Tratamiento del trauma por abuso sexual en niños y niñas desde el enfoque
cognitivo conductual**

(Artículo Científico)

María José Carranza Martínez

M.A. Vilma Eugenia Solorzano (Asesora)

M.A. Doris Cuellar (Revisora)

Guatemala, febrero 2020

Autoridades Universidad Panamericana

Rector	M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cobar
Secretaria General	EMBA Adolfo Noguera Bosque

Autoridades Facultad Humanidades

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vice Decano	M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, septiembre año 2019.

En virtud de que el presente Artículo Científico con el tema: **“Tratamiento del trauma por abuso sexual en niños y niñas desde el enfoque cognitivo conductual”**. Presentada por el (la) estudiante: **María José Carranza Martínez** previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Licda. Eugenia de Garcia
Asesor



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, febrero año 2020.

En virtud de que el presente Artículo Científico con el tema: **“Tratamiento del trauma por abuso sexual en niños y niñas desde el enfoque cognitivo conductual”**. Presentada por el (la) estudiante: **María José Carranza Martínez**, previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


M.A. Doris Cuéllar
Revisora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, Febrero 2020. -----

En virtud que el presente Artículo Científico con el tema **"Tratamiento del trauma por abuso sexual en niños y niñas desde el enfoque cognitivo conductual"**, presentado por el (la) estudiante **María José Carranza Martínez**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, para que **el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.**



M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades

Nota: *Para efectos legales, solamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.*

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Los niños y niñas en el contexto Guatemalteco	1
1.1 Derechos de los niños y niñas	1
1.2 Instituciones de protección integral a niños y niñas	3
1.3 Procedimiento para denunciar el abuso sexual	5
1.3.1 Apoyo para la víctima en el proceso de denuncia	9
1.3.2 Apoyo para el adulto que acompaña a la víctima	10
El abuso sexual en la niñez	12
2.1 Tipos de abuso sexual infantil	14
2.1.1 Tipo paidofilia	14
2.1.2 Tipo violación	14
2.1.3 Tipo incesto	14
2.1.4 Tipo vejación sexual	15
2.1.5 Tipo abuso sexual sin contacto físico	15
2.2 Indicadores de abuso sexual infantil	15
2.2.1 Indicadores físicos	15
2.2.2 Indicadores conductuales	16
2.2.3 Indicadores emocionales	17
2.3 Factores de riesgo para el abuso sexual	18
2.4 Secuelas derivadas al abuso sexual	19
2.4.1 Dificultades en la socialización	20
2.4.2 Dificultades en los procesos educativos	20
2.4.3 Complicaciones en los procesos resilientes	21
2.4.4 Baja autoestima	21
2.4.5 Replicar el autoritarismo	21

2.4.6	Trauma	21
2.4.7	Consecuencias en el apego	22
2.5	Trastornos por trauma o factores de estrés	23
2.5.1	Trastorno de apego reactivo	23
2.5.2	Trastorno de relación social desinhibida	24
2.5.3	Trastorno de estrés postraumático	24
2.5.4	Trastorno de estrés agudo	24
2.6	Temores y realidades	25
2.6.1	Perder la privacidad	26
2.6.2	Temor a represalias	27
2.6.3	Preocupación por las finanzas	27
2.6.4	Dejar de asistir a la escuela	27
2.6.5	Estrés a causa del sistema legal	28
2.7	Pornografía infantil	28
El abuso sexual		31
3.1	Perfil psicológico	31
3.2	Tipos de abusadores sexuales	33
3.2.1	Padres que cometen abuso sexual infantil	33
3.2.2	Padrastra o madrastra que comete abuso sexual infantil	34
3.2.3	Abuso sexual extra-familiar	34
3.3	Modelo teórico de Finkelhor	34
3.3.1	Congruencia emocional	34
3.3.2	Activación sexual con un niño	35
3.3.3	Bloqueo en las relaciones sexuales comunes	35
3.3.4	Desinhibición del comportamiento	35
3.4	Patologías presentes en el abusador sexual	36
3.4.1	Trastorno disociativo	36
3.4.2	Trastorno de pedofilia	36
3.4.3	Trastorno de voyeurismo	36

3.4.4	Trastorno de exhibicionismo	37
3.4.5	Trastorno de froturismo	37
3.4.6	Trastorno de sadismo sexual	37
3.4.7	Trastorno de fetichismo	37
3.4.8	Trastorno de la conducta	37
3.4.9	Trastorno de la personalidad antisocial	38
 La Terapia Cognitivo Conductual y el trauma por abuso sexual		39
4.1	Terapia cognitivo conductual	39
4.1.1	Terapia cognitivo conductual para niños y niñas	40
4.2	Abordaje clínico del trauma	41
4.2.1	Entrevista	42
4.2.2	Rapport	43
4.2.2.1	El relato libre	44
4.2.3	Cierre de entrevista	46
4.3	Técnicas para el abordaje del abuso sexual infantil	46
4.3.1	Entrenamiento en el reconocimiento de las emociones	47
4.3.2	Técnica de elogios	47
4.3.3	Relajación	48
4.3.4	Juego de roles	48
4.3.5	Reforzamiento positivo	48
4.3.6	Registro de pensamientos	49
 Conclusiones		50
Referencias		51
 Lista de cuadros		
Cuadro No. 1 Instituciones de protección integral para niños y niñas en Guatemala		4
Cuadro No. 2 Hechos que pueden ser denunciados según el código penal de Guatemala		6

Cuadro No. 3 Tipos de moretes según la Asociación nacional contra el maltrato infantil - CONACMI-	16
Cuadro No. 4 Efectos que derivan del abuso sexual infantil	25
Cuadro No. 5 Taxonomía sobre tipos de pornografía infantil	29
Cuadro No. 6 Características en común de los abusadores sexuales	32
Cuadro No. 7 Reglas para la formulación adecuada de preguntas	45

Lista de esquemas

Esquema No. 1 Procedimiento en juzgados de niñez y adolescencia para niños, niñas y adolescentes amenazados o violados en sus derechos	9
Esquema No. 2 Etapas de la psicoterapia con niños y niñas	42

Resumen

En el presente artículo se presentarán diferentes tipos de abuso sexual infantil. Cada uno muestra diversos indicadores que es necesario conocer para identificar si algún menor pudiera estar siendo víctima de abuso sexual. Así también exponer las secuelas ocasionadas que pueden afectar los tres niveles de la salud: biológico, psicológico y social.

Se abordará el tema de los abusadores sexuales y las características con las que pueden ser identificados con mayor facilidad. Algunos de ellos pueden presentar ciertas patologías mentales que ocasionan este tipo de conducta sin presentar culpabilidad por las acciones que realizan.

Un elemento importante en este estudio serán los padres de familia ya que algunos que han buscado apoyo psicoterapéutico para sus hijos o hijas que han sido víctimas de abuso sexual, se acercan con vergüenza porque temen ser vistos con rechazo por la sociedad. En algunos casos existe persecución penal para los abusadores, pero no se ha prestado la debida importancia a la recuperación emocional de las víctimas lamentablemente.

Por lo que exponer o sugerir un abordaje terapéutico específico puede ayudar a las víctimas y la familia para ser resilientes de una experiencia que puede ocasionar trauma a quien no recibe la ayuda necesaria. Por este motivo se considera que la psicoterapia por medio del enfoque cognitivo conductual es efectiva para realizar una reestructuración cognitiva. En la aplicación de este enfoque para niños, se emplea el juego como una herramienta terapéutica que permite mejoras en cuanto a conductas, emociones y pensamientos.

Introducción

El abuso sexual en Guatemala siempre ha sido visto con estigma. Aun cuando en algunas comunidades se ha normalizado esta conducta por cuestiones culturales, no deja de ocasionar consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas en los niños y niñas que han sido víctimas. Los niños son vulnerables solo por el hecho de ser niños y están constantemente sometidos a relaciones de poder con padres, maestros y otras autoridades, ocasionando confusión cuando el abusador se muestra también como una figura a quien debe obedecer.

A los niños se les enseña a respetar y obedecer a los adultos, ocasionando dificultad para diferenciar hasta qué punto deben hacerlo. Debido a esto es necesario conocer que cada tipo de abuso es penado por la ley de diferentes maneras. En Guatemala se cuenta con leyes de protección integral de la niñez y adolescencia, entre ella se encuentra la Ley PINA (Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia), Ley VET (Ley contra la Violencia sexual, Explotación y Trata de personas), Derechos del niño, entre otros que son descritos en este documento.

Las reacciones más comunes al momento de ser abusados son paralizarse, pelear o huir. Ocasionando diversas secuelas que requieren una atención específica. Es por ello que, en conjunto con el acompañamiento legal, cada víctima necesita un abordaje psicoterapéutico específico para recuperarse de todas las áreas que han sido dañadas a causa de esta vivencia. Se plantea la terapia cognitivo conductual como una alternativa para el tratamiento del abuso sexual en niños y niñas. Esta terapia se enfoca en modificar conductas y pensamientos para la recuperación de la víctima en un plazo de tiempo determinado.

Los niños y niñas en el contexto Guatemalteco

El abuso sexual en Guatemala es muy frecuente, siendo un tema tabú en muchas familias y en ocasiones la falta de información permite que este ocurra. Las víctimas son vistas con estigma y pocas veces se denuncia al agresor, por temor a represalias, falta de información o apoyo de familiares. National Child Traumatic Stress Network (2009) menciona que una de las formas adecuadas para afrontar el shock del abuso sexual es informar a la policía que el menor fue abusado, para que le brinden seguridad e inicie un proceso para resguardarlo. Debido a esto, el presente documento describe la situación general en el país y una propuesta para el tratamiento psicológico desde la perspectiva cognitivo conductual.

1.1 Derechos de los niños y niñas

La Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de personas – SVET (2009), presenta la Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de personas, en base al Decreto No. 9-2009 del Congreso de la República de Guatemala. Se menciona que la identidad de las víctimas de abuso sexual debe ser confidencial y el Estado les garantiza protección desde el momento en que se denuncia. Al niño o niña no se le debe inducir a la revictimización y se le debe apoyar en cuanto a la reintegración a la sociedad.

En cualquier fase del proceso debe ser considerada como víctima sin importar edad, clase social, religión, etnia, etc. La víctima tiene derecho a participar en el proceso tomando las medidas necesarias de acuerdo a la edad y madurez también tienen derecho a que sea respetada su identidad cultural y debe conocer cuáles son sus derechos y de que servicios dispone.

La víctima tiene derecho a la vida, educación, integridad, convivencia familiar, condición de vida adecuada, a recuperarse emocionalmente y a la recreación. Por lo tanto, todos los proyectos que se aprueben en la Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de personas serán trasladados a la Comisión Nacional de la Niñez y Adolescencia - CNNA.

La Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de personas (2009) menciona

Se entenderá como víctima a la persona que, individual o colectivamente, haya sufrido daños, lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, esto como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal. También se considera víctima a los familiares o personas a cargo que tengan relación inmediata con la víctima directa. (p. 12)

Por otro lado, Guatemala cuenta con la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia – LEY PINA, para proteger, prevenir y atender el desarrollo de niños, niñas y adolescentes. Esta Ley fue aprobada según el Decreto Legislativo No. 27-2003 por el Congreso de la República de Guatemala. La LEY PINA (2003) menciona: “Para los efectos de esta ley se considera niño o niña a toda persona desde su concepción hasta que cumple trece años de edad y adolescente a toda aquella desde los trece hasta que cumple dieciocho años de edad”. (p. 9)

Por tanto, pueden gozar de los siguientes derechos según la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (2009):

Derecho a la vida, derecho a la igualdad, derecho a la integridad personal, derecho a la libertad, identidad, respeto, dignidad y petición, derecho a la familia y adopción, derecho a un nivel de vida adecuado y a la salud, derecho a la educación, cultura, deporte y recreación, derecho a la protección de la niñez y adolescencia con discapacidad, derecho a la protección contra el tráfico ilegal, sustracción, secuestro, venta, y trato de niños y adolescentes, derecho a la protección por el uso de sustancias que produzcan dependencia, derecho a la protección por el maltrato, derecho a la protección por la explotación y abusos sexuales, derecho a la protección por conflicto armado, derecho a la protección de los niños, niñas y adolescentes refugiados, derecho a la protección contra toda información y material perjudicial para el bienestar de la niñez y adolescencia. (p. 5)

En el año 2003 la Comisión Nacional de la Niñez y Adolescencia comenta que los niños y niñas tienen derecho a la protección por cualquier forma de explotación y abusos sexuales, siendo estos la coacción para que realice cualquier actividad sexual, ser utilizado para la prostitución,

exhibicionismo, pornografía, promiscuidad sexual, acoso por maestros, tutores o responsables. El estado de Guatemala está obligado a proteger a los niños y niñas cuando sus derechos han sido violados o están en riesgo de serlo, por medio de programas específicos, instituciones públicas o privadas y capacitaciones.

Según el artículo 115 de la LEY PINA (2003) cuando son los padres, tutores o responsable del niño o niña los agresores, se puede separar a la víctima o al agresor del hogar dependiendo de las circunstancias. Los niños y niñas tienen derecho a que sus padres, tutores o responsables les brinden afecto, les proporcionen los recursos para su desarrollo, orientarles para participar en programas de prevención o rehabilitación, disciplinarles sin vulnerar su integridad o dignidad, brindarles tratamiento para superar adicciones e identificar sus talentos para empoderarlos.

1.2 Instituciones de protección integral a niños y niñas

López (2009) indica: “El Abuso Sexual Infantil, es una de las peores formas de violar los Derechos Humanos de la Niñez y Adolescencia” (p. 31). Por ello, a lo largo de los años se han creado diferentes instituciones para la protección de menores víctimas de abuso sexual. El ideal es que estas instituciones trabajen en conjunto para obtener mejores resultados, sin embargo, la mayor parte del tiempo no se coordinan y cada una solo busca la persecución penal del agresor, prestando menos importancia a la recuperación de la víctima.

Se puede decir que el agresor no solo es el abusador, sino también las instituciones y hasta la propia sociedad, que no se basan en un enfoque de protección integral para estos niños y niñas. Los esfuerzos aislados de las instituciones causan menor incidencia y los más afectados son las víctimas.

A continuación, se describen las diferentes instituciones que brindan protección a los niños y niñas en Guatemala:

Cuadro No. 1

Instituciones de protección integral para niños y niñas en Guatemala

No.	Nombre de la institución	Descripción general
1	Sala de la Corte de Apelaciones de la Niñez y Adolescencia	Cumplimiento de plazos según la LEYPINA, velar por los centro de privación de libertad y que respeten sus derechos.
2	Juzgados de Niñez y Adolescencia	Son juzgados regionales que conocen, tramitan y resuelven los casos denunciados que puedan ser amenaza para los menores y elaboración de estadísticas.
3	Juzgados de Paz	Son de primera instancia, están en la mayoría de municipios, conocen y resuelven medidas cautelares.
4	Procuraduría General de la Nación -PGN-	Representa a Guatemala dentro y fuera del territorio, brinda acompañamiento a casos de niños, niñas y adolescentes violentados en sus derechos.
5	Procuraduría de la Niñez y Adolescencia	Representa legalmente a niños y niñas que carecen de ello, presentar denuncias al MP, vela por los derechos de niños y niñas en el proceso judicial. Cuenta con unidad de denuncias, de investigación, de rescates, de abogacía civil, unidad penal y unidad de trabajo social.
6	Ministerio Público -MP-	Promover la persecución penal, dirigir investigaciones de hechos delictivos y dirigir sus acciones según el interés de la víctima.
7	Instituto Nacional de Ciencias Forenses –INACIF-	Control de todas las morgues en el país, pueden actuar posterior a una denuncia ante el MP o una orden del Organismo Judicial.
8	Policía Nacional Civil - PNC-	Protege a las personas y sus bienes, previene, investiga, combate delitos para guardar el orden.
9	Unidad especializada de la niñez y adolescencia de la PNC	Capacita a elementos de la PNC sobre los deberes y derechos que tienen los menores para un apoyo adecuado.
10	Procuraduría de los Derechos Humanos -PDH-	Investiga todas las denuncias relacionadas a violación de derechos humanos y emite condena moral.
11	Defensoría de la Niñez y la Adolescencia de la PDH	Vela para que cada Institución involucrada cumpla su función, depende directamente de la PDH.

12	Comisión Nacional de la Niñez y Adolescencia – CNNA	Formula políticas de protección, es una organización no gubernamental que busca el desarrollo de la niñez y adolescencia.
13	Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia - SBS-	Ejecuta políticas públicas y sociales para beneficiar a la niñez y adolescencia. Vela por el cumplimiento de sanciones impuestas a adolescentes en conflicto con la ley. Tiene programas de prevención, protección y reinserción.
14	Instituto de la Defensa Pública Penal -IDPP-	Proporciona asistencia legal gratuita a personas víctimas de violencia y en temas de familia.
15	Comités de Prevención y Tratamiento del Maltrato y Abuso Sexual en contra de niños/as y adolescentes, de los Hospitales Nacionales y el Seguro Social.	Lo forman un equipo de profesionales con el fin de prevenir, proporcionar un tratamiento integral y la recuperación de la víctima de abuso sexual. Se encuentran en el Hospital Roosevelt e IGSS.

Fuente: elaboración propia con base a datos de CONACMI, (2009)

1.3 Procedimiento para denunciar el abuso sexual

López (2009) hace referencia al temor que muchos profesionales han manifestado al momento de hacer las denuncias correspondientes, no por desconocimiento de la ley sino por la situación de inseguridad de Guatemala. Los profesionales a quienes la Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil -CONACMI- ha impartido cursos y capacitaciones, se han excusado de muchas formas para no denunciar, aun cuando la ley es clara en el artículo 17, 29, 44, 54, 55 y 113 de la LEY PINA.

La denuncia es una obligación de todo ciudadano ante las autoridades competentes, cuando se sospecha o se tiene la confirmación que los derechos de otra persona están siendo violentados. Una denuncia se hace con dos propósitos, el primero es que la víctima pueda obtener la protección que necesita y el abuso se detenga, la segunda es que se haga justicia con el agresor según las leyes que

rigen el País. Se pueden denunciar daños físicos, emocionales, psicológicos o sexuales que están prohibidos por la ley.

Cuadro No.2
Hechos que pueden ser denunciados según el Código Penal de Guatemala
Decreto No. 17-73

Hecho a denunciar	Articulo
Cualquier tipo de lesión física y mental provocada a la víctima.	145, 146, 147 y 148
Los delitos contra la libertad sexual, seguridad sexual y contra el pudor.	173, 174, 175, 176, 177, 178
Los abusos deshonestos y diferentes tipos de violencia sexual.	179 y 180
Los raptos donde se retiene a la persona contra su voluntad para gratificación sexual del abusador.	182, 183, 184 y 185
La corrupción de menores de edad o prostitución.	188, 189 y 190
Delitos contra el pudor tales como proxenetismo, rufianería, trata de personas o exhibiciones obscenas.	192, 193, 194, 195 y 196

Fuente: elaboración propia con base a datos del Código Penal de Guatemala, (1973)

Según López (2009) los pasos a seguir para denunciar un hecho delictivo hacia un niño o niña son los siguientes:

Presentarse con documento de identificación, de preferencia a un Juzgado de niñez y adolescencia.

Se puede denunciar de forma oral o de forma escrita, la segunda es la recomendable para poder solicitar una copia de recibido en donde se observa quien la recibió y la fecha. Cuando la denuncia es anónima, las autoridades no le prestan tanta atención como cuando se proporcionan los datos personales del denunciante. Puede ser presentada también por medio de fax o vía telefónica para que las autoridades auxilien lo más pronto posible a la víctima. No es necesario el acompañamiento de un abogado, basta con la identificación y los datos que proporciona el denunciante. (p. 91)

Sin importar la edad, cualquier persona puede denunciar casos de maltrato o abuso sexual hacia un niño o niña. Los datos que las instituciones solicitan para denunciar son: los datos del denunciante; datos de la víctima tales como nombre, edad, dirección, escuela y otros que permitan localizarlo e identificarlo; si fuese posible, datos del agresor tales como nombre o apodo, señas físicas, dirección, etc.; descripción del lugar donde ocurrió el maltrato o violación y la fecha; referir si es testigo directo o testigo referencial; describir las especificaciones del hecho.

Existen diferentes tipos de pruebas para proceder a denunciar, entre ellos pueden ser fotografías, videos, grabaciones, testimonio del niño, testimonio de testigos, evaluaciones realizadas por un Psicólogo o un Médico y dictámenes de otros expertos. Es importante mencionar que la denuncia causara efectos tanto jurídicos como sociales y se debe ser cuidadoso respecto a los medio de comunicación que pueden incurrir en amarillismo sin importarles el daño que ocasionan a la víctima.

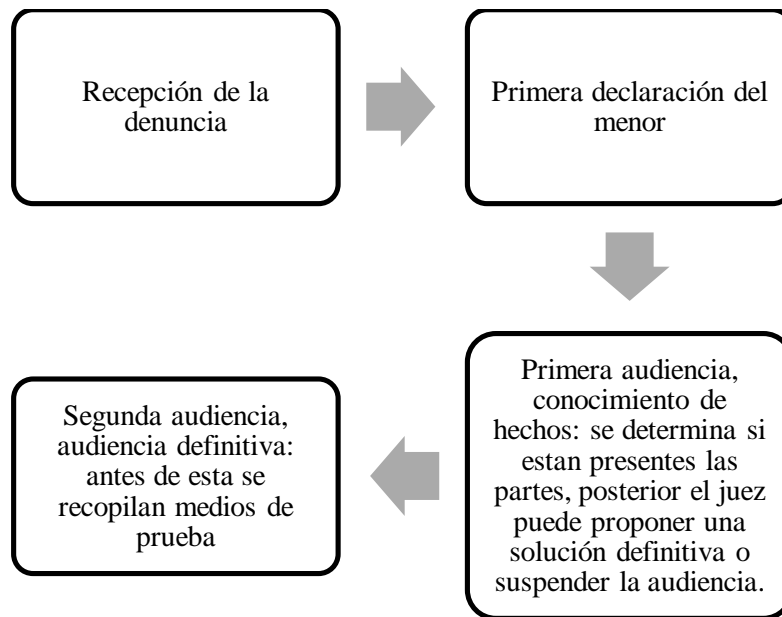
Luego de una denuncia, son varias las instituciones que trabajan en conjunto formando un sistema articulado que busca la protección del niño. Cada una de estas instituciones juega un papel de suma importancia, pero cuando alguna de ellas no actúa de forma adecuada, perjudica todo el proceso.

Mientras se está en proceso de investigación, la LEY PINA (2003) contempla las siguientes medidas cautelares: amonestación verbal o escrita al acusado como agresor, declarar responsabilidad a los padres tutores o responsables, orientar a la familia a programas de apoyo para que la víctima no incida en problemas conductuales, observar la asistencia y rendimiento escolar,

realizar una orden de tratamiento psicológico, médico o psiquiátrico, ubicar al niño o niña con una familia sustituta y brindar abrigo temporal.

Esquema No. 1

Procedimiento en juzgados de niñez y adolescencia para niños, niñas y adolescentes amenazados o violados en sus derechos



Fuente: elaboración propia con base a datos del Comité de abuso sexual infantil, (2009)

En Guatemala el proceso de credibilidad a niños y niñas que han sido abusados sexualmente puede ser complicado. La poca confianza en las instituciones por la lentitud de los procesos puede provocar que las personas opten por no denunciar, quedando impune como muchos otros casos silenciados.

The National Child Traumatic Stress Network (2009) comenta en su documento “Abuso sexual, como manejar el estrés infantil que puede producir la interacción con el sistema legal”, algunos consejos para ayudar a los niños y niñas a manejar el estrés que pueden causarles los juicios:

1.3.1 Apoyo para la víctima en el proceso de denuncia

Los niños necesitan una rutina, esto les da tranquilidad al no permitir que todo lo que ocurre sea en torno de los juicios. Esto incluye el establecimiento de horarios para comer, hacer tareas, jugar, hacer actividades en familia, etc. De igual manera el establecimiento de reglas por los padres o cuidadores les da esa sensación de seguridad y aun cuando el niño o niña está pasando por esta difícil situación, necesitan que las reglas y normas para tareas en casa, rendimiento escolar, horarios, etc., continúen o sean establecidas.

En situaciones de estrés los infantes pueden tener regresiones, es decir, puede dejar de hacer cosas que ya había aprendido o comportarse como si tuviese menos edad. Estas situaciones inesperadas deben ser abordadas con calma y empatía ya que es una forma de expresar que se siente inseguro.

Es mejor que la víctima sea quien decida en qué momento hablar sobre los juicios. No exigirle que se comporte como un adulto ante esta situación, tiene la libertad de ser simplemente un niño o niña. El momento para hablar del tema debe ser oportuno y se pueden hacer preguntas generales como ¿en qué piensas? O ¿Qué es lo que te molesta?

La información sobre los juicios que deben saber los niños dependerá de lo que este desee saber y explicarse acorde a su intelecto. Debido a que los juicios pueden cambiar de fecha u horario de forma repentina, se debe explicar y manejar con tranquilidad. A causa del abuso los niños sienten que han perdido la capacidad de decidir, es útil que los padres o cuidadores le den la oportunidad de decidir cada vez que sea posible, para restablecer esta seguridad que ha perdido.

Las redes sociales de apoyo son útiles para manejar el estrés. En los casos donde el abusador ha sido alguien de la familia, será mejor crear una red social fuera de ella. Apoyarse en la iglesia o comunidad puede ser de ayuda, pero si no se encuentra este apoyo, existen otros grupos que pueden contribuir a la recuperación de la víctima y la familia. Ante todo, la víctima debe saber que no tuvo la culpa. Los abusadores tienden a manipular para hacerles creer que ellos provocaron el hecho y que tendrá graves consecuencias el ser revelado a otras personas.

1.3.2 Apoyo para el adulto que acompaña a la víctima

Ocurre que el adulto que está acompañando a la víctima en este proceso, pueda descuidar sus necesidades como descansar, comer, divertirse, socializar, etc., por estar pendiente del otro. The National Child Traumatic Stress Network (2009) indica que algunas personas recurren al alcohol o drogas como una “solución rápida” a sus preocupaciones, pero es saludable tanto para el como para la víctima encontrarse en buena condición física, mental y de salud para brindar el apoyo y encontrar las soluciones necesarias en este proceso. Es recomendable que además de la víctima, el cuidador también reciba ayuda terapéutica.

Cuando el abusador es pareja del padre o madre de la víctima, la Organización National Child Traumatic Stress Network (2009) comenta: “no permita que sus emociones le impidan ver el simple hecho de que la culpa es del abusador” (p. 4). El afecto que uno de los padres tiene por el otro, ocasiona que la aceptación del hecho de abuso sexual hacia su hijo o hija sea más difícil. En el caso de las madres que dependen económicamente del esposo y abusador, puede tener temor sobre el futuro si denuncia el hecho.

En todo momento el adulto debe hacer saber al niño o niña que él o ella no tiene la culpa. Aceptar la traición de un ser amado es un proceso difícil pero necesario para resguardar la integridad y seguridad de los niños. Independientemente de la resolución del juez el menor debe saber que se le protegerá y se confía en él.

Los padres o cuidador pueden lidiar con sentimientos de culpa por no haberse dado cuenta que el niño o niña estaba siendo abusado sexualmente. Al ser conscientes de los que estaba ocurriendo con el menor, se puede sentir frustración y enojo por no prestar atención a los indicadores del mismo. Es muy importante no culparse por lo que no sabía, el hecho de ser adulto no significa que deba notarlo todo. Aun cuando se luche con sentimientos difíciles, no está de más recordar que no se debe buscar justicia de propia mano, estas acciones pueden causar más problemas y poner en riesgo el bienestar de la víctima y cuidador.

Las víctimas de abuso sexual en cualquiera de sus formas tienen la posibilidad de recuperarse física y emocionalmente con la ayuda, protección y apoyo de sus padres, cuidadores y/o profesionales que puedan brindarle las herramientas necesarias para aprender a vivir con esa experiencia sin que esto afecte sus relaciones afectivas en el futuro.

El abuso sexual en la niñez

Para iniciar un tema sumamente complejo como lo es el abuso sexual, se hace necesario exponer la relación sana o necesaria que cada niño debe vivir, o bien, tener la oportunidad de desarrollar.

Es así como Cyrulnik (2013) menciona que “la figura de apego actúa como una base de seguridad para la exploración del mundo físico y social por parte del niño” (p. 79). Esta figura de apego pueden ser los padres o el cuidador primario del infante desde el momento del nacimiento. La función de esta figura es proporcionar la seguridad que el infante necesita para relacionarse con su entorno. Le proporciona protección permitiendo que se desarrolle emocionalmente provocando una forma de aprender.

El apego empieza a desarrollarse desde los primeros días de nacimiento, el infante busca en su madre información sensorial que le proporcione seguridad. Cyrulnik (2013) asegura que los bebés alcanzan esta estabilidad conductual en los primeros tres meses de vida y en el primer año ya se habrá estructurado el carácter. Los infantes que desarrollan un apego seguro tienen un mejor pronóstico de resiliencia y desarrollo durante toda su vida, manteniendo relaciones sanas y más posibilidad de afrontar y resolver las situaciones difíciles que se le presenten.

Cuando un infante no ha formado un apego seguro y se expone a una situación traumática como el abuso sexual, tendrá menos recursos para afrontar esta experiencia. Los eventos traumáticos son severos y generalizados, al ocurrir durante la infancia The National Child Traumatic Stress Network indica: “pueden alterar muchos aspectos de desarrollo del niño y la formación de un sentido de sí mismo”. La mayoría de los abusos infantiles son cometidos por alguien cercano al infante, provocando distorsiones en el apego.

El Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia en la LEY PINA (2003) menciona: “El abuso sexual 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... en donde el ofensor obtiene satisfacción” (p. 20)

Se puede describir entonces el abuso sexual como una manifestación de poder en donde existe violencia o violación de los derechos humanos, según López (2009). La violación puede ser vía vaginal, anal, o bucal en donde el abusador le introduzca a la víctima cualquier parte del cuerpo o algún objeto en las vías anteriores. También se considera violación cuando el abusador obliga a la víctima a introducirse alguna parte del cuerpo u objetos en contra de su voluntad.

El abuso sexual usualmente va acompañado de otros tipos de abuso tales como el físico, emocional y verbal, siendo un daño premeditado que provoca lesiones internas, externas o ambas. En otras ocasiones no es violento a causa de que es propiciado por alguien cercano a la familia, quien tiene la confianza del niño o niña y la familia, es entonces cuando utiliza esta confianza para gratificarse sexualmente.

El delito de violación se encuentra descrito en el artículo 173 de la ley VET (2009), mencionando que cuando la víctima es menor de 14 años, el agresor puede recibir pena de prisión de ocho a doce años. Es también considerado un delito lo siguiente: realizar actos sexuales frente a un menor, observar, poseer o distribuir material pornográfico de menores de edad, recibir o dar una remuneración a cambio de actividades sexuales con menores.

Según la Secretaría Contra la Violencia sexual Explotación y Trata de personas (2009) refiere que la condena a estos delitos aumenta en dos terceras partes cuando:

Es realizada por dos o más personas, la víctima tiene alguna discapacidad física o mental, la víctima se encuentra privada de libertad, la víctima es amenazada con armas o es inducida a beber alcohol, narcóticos, estupefacientes u otra sustancia que distorsione su voluntad, se produzca un embarazo, el agresor esta al cuidado de la víctima, la víctima es contagiada por alguna enfermedad de transmisión sexual, el agresor es un funcionario público o profesional en funciones. (p.18)

2.1 Tipos de abuso sexual infantil

López (2009) mencionó que el abuso sexual puede o no ser violento, es decir puede ser de tipo paidofilia o violación, también puede ser de tipo incesto, vejación sexual y abuso sexual sin contacto. A continuación, se describe cada uno de ellos:

2.1.1 Tipo paidofilia

López (2009) menciona que se caracteriza por un contacto sexual que no utiliza violencia del abusador hacia la víctima, el abusador se puede beneficiar de la manipulación, contactos buco-genitales o exhibir los genitales. Cuando el adulto ofrece o engaña al infante para obtener gratificación sexual, es considerado como estupro.

2.1.2 Tipo violación

Como su nombre lo indica es violenta. López (2009) indica que se considera violación aun cuando la víctima no presenta ruptura del himen o penetración vaginal, pero si algún desgarré vaginal, infección gonocócica o presencia de espermatozoides. En el caso de violación oral es frecuente que no se encuentre ninguna señal. Por ejemplo: Penetrar los genitales del infante con algún objeto, la penetración de los genitales del infante con los dedos, el pene o alguna otra parte del cuerpo, cuando se obliga a un infante a tener relaciones de carácter sexual con otro menor o adulto, explotar sexualmente al infante en cualquiera de sus formas como prostitución, turismo sexual, pornografía o tráfico.

2.1.3 Tipo incesto

Ocurre cuando el abusador es consanguíneo con la víctima o cuando el adulto no familiar es el responsable directo de la víctima. Según López (2009) estos casos pueden causar un gran impacto en la familia al enterarse que alguien a quien la familia aprecia ha causado daño a un niño o niña

de la familia, Se pueden provocar diferentes reacciones, desde negación e indiferencia hasta rabia y acciones impulsivas. La recuperación de estas situaciones implica tiempo y el apoyo de instituciones y Profesionales en el tema.

2.1.4 Tipo vejación sexual

López (2009) comenta que ocurre cuando de forma intencionada se toca zonas erógenas del niño o niña o se obliga a este a tocar zonas erógenas del abusador. Por ejemplo: Tocar los genitales del infante, ya sea con ropa o sin ella, cualquier acto de carácter sexual sin que exista penetración.

2.1.5 Tipo abuso sexual sin contacto físico

López (2009) indica que incluye situaciones de tipo seducción verbal de forma explícita, la exposición de órganos sexuales en busca de excitación del abusador o algún otro beneficio. Por ejemplo: la exhibición del adulto sin ropa ante el infante, el adulto que espía al infante sin ropa, cuando se muestra pornografía en cualquiera de sus formas a un infante o adolescente.

2.2 Indicadores de abuso sexual infantil

Collazos (2009) menciona que los indicadores de abuso sexual infantil pueden ser físicos, conductuales y emocionales.

2.2.1 Indicadores físicos

Pueden observarse irritación, dolor o comezón en las áreas genitales, infección urinaria, alguna enfermedad de transmisión sexual, se les observa incomodos al momento de caminar o sentarse y también el desarrollo de un embarazo en el caso de las niñas.

La víctima también podría presentar moretes o golpes, estos pueden definirse según la Comisión Nacional Contra el Maltrato Infantil -CONACMI- (2009) como el golpe que reciben los vasos capilares cuando al romperse libera sustancia sanguínea debajo de la piel. Si la víctima presenta moretes, se debe prestar especial atención a su localización, color y tamaño. Eso permite diferenciar si el niño pudo causárselo en otro momento de forma accidental o es consecuencia del abuso sexual. Es decir, los golpes accidentales pueden observarse cerca de los huesos como rodillas, codos, etc. Mientras que los golpes intencionales del abusador usualmente están en tejidos suaves como labios, nalgas, genitales, muslos, etc.

En base a lo referido por médicos forenses en la Comisión Nacional Contra el Maltrato Infantil -CONACMI- (2009) los moretes pueden ser de las siguientes maneras, esto permite corroborar o poner en duda la información que brinda la persona que cuida al infante:

Cuadro No. 3

Tipos de moretes según la Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil -CONACMI-

Color del morete	Tiempo del morete
Rojo o azul claro	Es reciente, con pocas horas de duración.
Morado oscuro	Aproximadamente entre 3 a 5 días.
Verde amarillento	Aproximadamente 7 días.
Café	Más de 1 semana.
Desaparece	De 2 a 4 semanas.

Fuente: elaboración propia en base a datos de la Comisión Nacional Contra el Maltrato Infantil –CONACMI-, (2009)

2.2.2 Indicadores conductuales

López (2009) menciona que el niño o niña pueden tener información a detalle y de forma prematura para su edad sobre la conducta sexual. La forma de jugar es usualmente sobre relaciones sexuales. Las relaciones afectivas con las personas de su entorno pueden verse sexuadas. Puede intentar escapar del hogar o volverse agresivo o también retraído. Las relaciones con sus pares se convierten en lejanas. Podrían incluso intentar suicidarse, autolesionarse o auto mutilarse. Pueden evitar el

contacto visual y comunicarse de forma escasa. Los trastornos en el sueño, micciones nocturnas pueden ser otro indicador.

No obstante, se recomienda no alarmarse y tomar acciones impulsivas al observar que el menor presenta alguna de estas conductas. En caso tal que los padres tengan sospechas de un abuso sexual hacia su hijo (a), se debe buscar obtener la información por medio de una conversación o buscar ayuda de un profesional para reunir los indicadores y constatar si se trata de un abuso sexual u otro aspecto del cual pueda necesitar apoyo.

Algunos padres tienden a enojarse con sus hijos cuando no fueron ellos las primeras personas a quien revelaron que estaba siendo abusado. Es más, esto da la pauta para evaluar la confianza que les están brindando a sus hijos y realizar los cambios que sean necesarios.

2.2.3 Indicadores emocionales

Estos indicadores en ocasiones pueden ser más difícil de identificar, ya que pueden confundirse con otras situaciones que el infante vive. Entre ellos pueden manifestarse tartamudeo, asma, temores, fobias, tristeza, ansiedad, hábitos desordenados, alergias, demasiada hambre o falta de apetito, inseguridad, entre otros.

Es importante señalar que no siempre será el mismo patrón de indicadores y tampoco serán las mismas reacciones. Tanto las niñas como los niños pueden sufrir al vivir esta experiencia, sin embargo, la forma de manifestarlo puede variar dependiendo del estilo de crianza y la cultura. En algunas regiones del país el machismo es muy arraigado y los hombres suelen ser poco emocionales y expresivos, por esto mismo son pocos los hombres que confiesan que han sido abusados sexualmente. La sociedad puede poner en duda su “hombría” y prefieren callar a ser vistos de esta forma. Pueden ser ellos quienes lo decidan o los mismos padres quienes han crecido con esta forma de pensar y opten por no denunciar los hechos.

Las víctimas pueden reaccionar emocionalmente de diferentes formas. Esto dependerá de la cultura, el tipo de educación, coeficiente intelectual, etnia, edad, consanguinidad con el abusador, tipo de abuso, demografía, sexo, etc. Es por esta razón que los indicadores emocionales deben ser evaluados de forma integral con los indicadores conductuales e indicadores físicos, para obtener un resultado más certero por un profesional en el área.

Un Psicólogo, puede reunir estos y otros indicadores para determinar si el menor puede estar siendo abusado en cualquiera de sus formas o presenta algún otro problema emocional. De lo contrario podría referirlo a consulta médica u otro especialista que pueda orientarle y proporcionar el tratamiento que necesita.

2.3 Factores de riesgo para el abuso sexual

Las mujeres son más vulnerables a sufrir abuso sexual según estadísticas de Collazos (2009), esto a causa de ser consideradas más débiles y frágiles que los hombres. Es un 5% a un 45% de mujeres las que sufren esta experiencia, mientras que los casos de abuso sexual en hombres se presentan uno por cada tres mujeres. Puede considerarse como otro factor de riesgo que el abusador suele ser una persona conocida, alguien que vive en la misma casa. Suele ser más frecuente los casos donde el abusador es adulto y de sexo masculino. Aproximadamente el 22% de las víctimas tienen entre cuatro y seis años.

La mayoría de los casos abarca tocar al infante por encima de su ropa, posterior a tocar los genitales, luego el comercio sexual y por último el sexo oral o anal. Es más frecuente que los abusos sexuales ocurran de forma esporádica, mientras que son menos frecuente los abusos de forma constante y crónica. Hasta el momento no se han encontrado diferencias en cuanto a clase social, raza, medio urbano o rural. Se han observado con más frecuencia los casos de abuso sexual infantil, en familias caóticas y disfuncionales. Este tipo de familias no generan los recursos de apoyo y confianza que el niño o niña necesita para revelar y superar el abuso sexual.

Se consideran factores de alto riesgo cuando el niño o niña vive sin alguno de sus progenitores, cuando el niño indica que ha observado que sus padres no son felices, cuando la madre es soltera, está enferma o incapacitada y deja al niño bajo el cuidado de otra persona, cuando tiene un padrastro o madrastra y cuando expresa que tiene una mala relación con sus padres.

La Organización The National Child Traumatic Stress Network (2009) indica que el abuso sexual puede afectar a niños o a niñas de cualquier edad. Usualmente los agresores buscan al tipo de víctima que es más vulnerable o los que consideran que tendrán temor de revelar el hecho. Entre ellos están los que tienen alguna discapacidad intelectual, física, emocional o del desarrollo.

2.4 Secuelas derivadas al abuso sexual

Para que la víctima de abuso sexual decida revelar el suceso, pueden pasar días, meses o años. Aún más cuando la familia tiene normas rígidas en cuanto a temas de sexualidad. Son temas que se manejan con tabú y esto ocasiona aún más dificultad en la víctima para revelar el abuso según National Child Traumatic Stress Network (2009). En Guatemala está muy arraigada la creencia sobre la pureza sexual antes del matrimonio, es por esto que muchas víctimas prefieren ocultar el abuso sexual para evitar ser señaladas o juzgadas.

A corto plazo los niños y niñas abusados sexualmente pueden desarrollar trastornos como estrés postraumático, ansiedad o depresión. Estos trastornos se pueden desarrollar en consecuencia a la vivencia traumática, dejando secuelas conductuales, emocionales y físicas en la víctima. Deblinger (2009) indica: “cuando los niños no revelan el abuso sexual y/o no reciben asesoría psicológica efectiva, pueden sufrir dificultades a lo largo de sus vidas” (p.3). El estrés postraumático puede ocasionar inquietud y sobresaltos exagerados, la ansiedad es más elevada de lo normal, pueden revivir imágenes del hecho traumático mientras está despierto o dormido, rechaza a otras personas con características similares al abusador y puede evitar hablar del tema o visitar ciertos lugares.

Cuando el menor ya ha iniciado la formación escolar, las secuelas pueden ser un bajo rendimiento escolar, rechazo por asistir a clases, dificultad en la relación con sus pares, faltas de respeto a la

autoridad a quien ahora ve como una amenaza. En el hogar las secuelas pueden ser rebeldía o timidez, temor a estar solo o intenta escaparse de casa, conflictos en cuanto a obediencia, aislamiento, ansiedad, pérdida o aumento de apetito, auto-laceraciones, etc.

Desde años atrás los niños o niñas abusadas sexualmente han sido silenciados en muchas ocasiones por sus propios padres o cuidadores, les han pedido olvidar el suceso y no revelar esa situación a otra persona. Cuando estos niños y niñas se convierten en adultos y tienen hijos que viven la misma situación de abuso sexual, puede provocarse que el dolor del pasado sea más fuerte y no reaccione de una buena manera ante la situación de su hijo (a). En estos casos la ayuda terapéutica para la madre o padre será absolutamente necesaria debido a estas dos situaciones.

La Comisión Nacional Contra el Maltrato Infantil -CONACMI- (2009) describe diferentes tipos de secuelas o consecuencias derivadas del abuso sexual en la niñez:

2.4.1 Dificultades en la socialización

Las víctimas pueden presentar dificultades en su identidad, tienen a tener creencias negativas de sí mismos que se manifiestan por conductas dañinas a otros o a sí mismos. Por naturaleza los seres humanos son seres sociables y tiene esta necesidad en sus prioridades, pero cuando la confianza hacia los demás y hacia sí mismo se ha perdido pueden presentarse problemas para socializar con sus pares o con las figuras de autoridad.

2.4.2 Dificultades en los procesos educativos

Los niños víctimas de abuso sexual pueden presentar bajo rendimiento escolar o reusarse a asistir a la institución académica y optar por permanecer en casa. Estos pueden ser algunos de los indicadores que tanto los maestros como los padres, deben estar pendientes para poder intervenir que la mejor manera posible en pro del desarrollo integral del menor. La formación de los maestros en este tipo de temas es importante para poder apoyar y orientar a sus alumnos de la forma más adecuada.

2.4.3 Complicaciones en los procesos resilientes

La resiliencia permite que el niño tenga un desarrollo sano aún con las dificultades que se le presenten. Sin embargo, el vivir una experiencia traumática dificulta desarrollar la resiliencia. La resiliencia es la resistencia que puede tener un cuerpo ante la rotura por golpe o la capacidad humana para ser flexible ante situaciones limitantes y poder sobreponerse ante ellas. Cyrulnik (2013) en su libro “Los patitos feos” narra que un niño con traumas no está atado a ser un adulto fracasado o un adulto que cause traumas a otros niños.

2.4.4 Baja autoestima

La experiencia del abuso sexual afecta la confianza hacia sí mismo y otras personas, deteriorando progresivamente su autoestima y por tanto su socialización. Las víctimas de abuso sexual pueden dudar sobre su valía personal. Culturalmente en Guatemala se le da un lugar importante a la virginidad y es comparado con la pureza de una persona.

2.4.5 Replicar el autoritarismo

Provoca que el niño o niña sea agresivo e inseguro, siendo esta la base para establecer relaciones sociales en el presente y futuro. Como un mecanismo de defensa ante esta experiencia de abuso sexual, las víctimas podrían replicar la imposición de autoridad que recibieron de su abusador.

2.4.6 Trauma

The National Child Traumatic Stress Network (2014) define trauma como un evento aterrador, peligroso o violento que representa una amenaza para la vida o la integridad corporal. Este ocasiona dolor físico y también dolor psicológico, estando focalizado en lugar específicos que se les conoce como memoria traumática. El trauma ocurre cuando se genera un cambio en los circuitos

cerebrales, distorsionando la realidad y haciendo que la víctima sea vulnerable. Puede ocasionarse por la exposición a uno o más eventos que en general son de naturaleza invasiva.

El traumatismo sexual puede formarse por una sucesión de agresiones y el vínculo que existía entre el agresor y la víctima. Sin embargo, la recuperación de la víctima dependerá de las reacciones emocionales que tengan las personas que le rodean.

2.4.7 Consecuencias en el apego

Puede presentar dificultad para tener una relación sana consigo mismo o con otros, tanto en la niñez como en sus otras etapas de vida si no recibe el tratamiento que necesita. Por instinto un niño o niña busca depender de un adulto porque sabe que le brindara protección, pero cuando es un adulto el que le causa daño, la confianza se rompe haciendo más difícil revelar el abuso a otro adulto especialmente porque el abusador es alguien que la familia aprecia, indica: National Child Traumatic Stress Network (2009).

Las figuras de apego pueden ser la madre, padre o el cuidador. El fin de estas figuras es la protección del menor. Cyrulnik (2013) menciona que esto permite crear “un estilo de desarrollo emocional e induce a una preferencia de aprendizaje” (p. 77). La necesidad de apego es fundamental para crecer ya que proporciona seguridad para que los niños puedan explorar el mundo que les rodea.

Cyrulnik (2013) indica que al momento de la concepción se pueden formar cuatro tipos de apego diferentes. A continuación, se describe cada uno de ellos: el apego de seguridad: es el que se puede observar con más frecuencia en las diferentes culturas. Este ocurre cuando el menor tiene la suficiente confianza que ha obtenido de su cuidador para explorar el mundo que le rodea, teniendo la capacidad de volver con alegría hacia su cuidador, por lo que ha descubierto.

El apego de evitación: El menor solo tiene la suficiente confianza para explorar cuando su madre se encuentra cerca. Cuando la madre desaparece se le puede observar angustiado. Cuando la madre

regresa no la busca para sentirse seguro. El apego ambivalente: El menor no se siente seguro para explorar en presencia de la madre y cuando la madre desaparece tampoco se siente seguro y de igual forma cuando ella regresa.

El apego desorganizado: La madre no les trasmite seguridad al estar con estos menores. Cyrulnik (2013) indica “un ambiente constituido por varios apegos aumenta los factores de resiliencia del pequeño” (p. 92). Esto quiere decir que un niño que fue abusado sexualmente tendrá consecuencias en el apego y por lo tanto en su capacidad de resiliencia.

2.5 Trastornos por trauma o factores de estrés

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (2014), se describen diferentes trastornos que pueden desarrollarse a causa de traumas o factores de estrés: trastorno de apego reactivo, trastorno de relación social desinhibida, trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés agudo, trastorno de adaptación.

2.5.1 Trastorno de apego reactivo

Para diagnosticar este trastorno se indica en el DSM-5 (2014) que el menor debe tener como mínimo nueve meses de edad. Las conductas de apego se ven alteradas para el nivel de desarrollo que presenta. Es frecuente que el niño pueda carecer de apego o apego con poco desarrollo hacia los padres o cuidadores. Otra característica es que el menor no busca consuelo y muestra una expresión ausente al interactuar con su cuidador.

2.5.2 Trastorno de relación social desinhibida

Para diagnosticar este trastorno se indica en el DSM-5 (2014) que el menor debe tener como mínimo nueve meses de edad. Según la cultura el comportamiento que se presenta es inapropiado, mostrando demasiada confianza con personas desconocidas. Es frecuente ver este trastorno en menores que han sido abandonados y han vivido una situación estresante o traumática.

2.5.3 Trastorno de estrés postraumático

Para diagnosticar este trastorno se indica en el DSM-5 (2014) que el menor debe tener como mínimo seis años de edad. Los síntomas se presentan después de la exposición a un evento traumático. Los síntomas frecuentes son re-experimentar el temor, anhedonia, disforia, cogniciones negativas, excitación, externalización, reactividad o disociación.

Los menores suelen jugar de forma repetitiva en donde expresan el evento traumático, sueños angustiosos y aterradores sin contenido reconocible, esfuerzos para evitar recordar el suceso o algo en específico, dificultad para concentrarse, alteración de los estados de alerta y reactividad, hipervigilancia, entre otros. Este diagnóstico no incluye sucesos que han sido vistos por televisión o algún medio electrónico. Se aumenta el riesgo de suicidio.

2.5.4 Trastorno de estrés agudo

Se diagnostica cuando ha pasado un mes después de la exposición al evento traumático. Puede presentar disociación, reactividad emocional, recuerdos recurrentes de angustia, sueños recurrentes y angustiosos, estado de ánimo negativo, evitación y alerta.

UNICEF (2013) en la guía de buenas prácticas para el abordaje de niños/niñas y adolescentes víctimas o testigos de abuso sexual y otros delitos, plantea efectos de diferentes tipos descritos a continuación:

Cuadro No. 4

Efectos que derivan del abuso sexual infantil

Efectos	Sintomatología
Físicos	Dificultades para dormir Falta o exceso de apetito Enuresis Ecopresis
Conductas	Hiperactividad Rendimiento académico deficiente a lo usual
Emociones	Temor todo el tiempo Agresividad Vergüenza Culpa Ansiedad Auto-rechazo Desconfianza Autoestima baja
Sexuales	Conocimiento anticipado sobre temas sexuales Masturbación Exhibicionismo
Sociales	Pocas habilidades sociales Timidez

Fuente: elaboración propia en base a datos de UNICEF, (2013)

2.6 Temores y realidades

Al momento de tomar acciones legales, la familia puede tener temor por las consecuencias del proceso. Según López (2009) a muchas personas les preocupa su privacidad, otros se sienten con vergüenza por la experiencia vivida. La mayoría quisieran continuar con su vida y dejar el abuso sexual en el pasado, para no volver a causarse dolor al momento de tener que dar declaraciones

ante un Juez. La realidad es que muchas víctimas o padres de las víctimas prefieren apoderarse de estos temores para no tomar acciones legales.

El Instituto Nacional de Ciencias Forenses –INACIF- (2016) reportó 7892 casos de abuso sexual, entre estos 7097 fueron casos de mujeres y 795 casos de hombres. Esta es una realidad no solo de países como Guatemala, ya que cualquier persona es propensa a ser víctima de abuso sexual, sin embargo, las estadísticas muestran una alta vulnerabilidad en el sexo femenino.

Las víctimas pueden manifestar diferentes temores debido al abuso sexual, estos son descritos a continuación:

2.6.1 Perder la privacidad

En el caso de menores de edad, López (2009) indica que los abogados tienen la potestad de pedir que no ingresen medios de comunicación a la corte para resguardar la privacidad de la víctima. Así también que únicamente estén presentes las personas necesarias en la audiencia. Dado el caso que otras personas de la familia o comunidad tengan conocimiento de algunos detalles del caso, es recomendable que los padres o tutores de la víctima hablen con ellos para solicitar su confidencialidad y explicarles cómo manejar la curiosidad de otras personas. Dependiendo de la edad del menor podría sentir vergüenza al pensar que otras personas se enteren de algo íntimo y personal, con el temor de ser señalados y juzgados como culpables.

Se ha observado que algunos medios de comunicación solo se ocupan de tener noticias nuevas, sin prestar importancia y ser prudentes sobre la situación que la víctima esté viviendo. El temor a perder la privacidad es una de las razones por las que muchos padres omiten denunciar al abusador de sus hijos. La privacidad puede verse en riesgo cuando las víctimas son expuestas en noticias, periódicos, redes sociales, etc. Por medios de comunicación que no buscan el respeto por las víctimas sino crear polémica.

También pueden perder la privacidad al contar el caso a un familiar que no es prudente con la información y divulga el caso a terceras personas. La privacidad en situaciones de intimidad es algo que las personas buscan mantener resguardado por temor al estigma social con el que pudiesen ser vistas las víctimas.

2.6.2 Temor a represalias

Cuando se trata de casos criminales, el acusado tiene restricción para acercarse a la víctima o la familia de la víctima. Sin embargo, es recomendable que se informe a la escuela sobre la situación, para que tomen las medidas necesarias y no permitan que el abusador tenga contacto con la víctima. López (2009) sugiere tener un teléfono celular con cámara debe estar al alcance para poder fotografiar si el abusador rompe con la orden de restricción, este será una medida probatoria para solicitar al juez otras medidas de protección para la víctima, quien continúa en riesgo de sufrir otro abuso porque el denunciado no está respetando la orden de restricción.

Es funcional también que puedan grabar audio en caso de alguna amenaza y constatar las acciones del denunciado. Debe reportarse cualquier preocupación sobre la seguridad, para que el abogado pueda solicitar medidas de protección para el niño o niña y su cuidador.

2.6.3 Preocupación por las finanzas

Los niños y niñas abusados pueden sentirse culpables por causar preocupaciones económicas a sus padres o cuidadores. Es recomendable informarse sobre instituciones que pueden apoyar en estos casos a un bajo costo o de forma gratuita.

2.6.4 Dejar de asistir a la escuela

Debido a las audiencias de seguimiento del caso es posible que el infante tenga que ausentarse con frecuencia de la escuela, los padres o cuidadores deben coordinar con la institución educativa para

que pueda integrarse y le reciban tareas en fecha extemporánea. Es funcional que el niño o niña pueda tener un consejero o maestro de confianza que pueda ayudarlo cuando se sienta agobiado mientras permanezca en la institución educativa.

2.6.5 Estrés a causa del sistema legal

Posterior a denunciar un abuso sexual infantil, el niño o niña deberá presentarse a una corte en el momento indicado, ocasionando dificultades en cuanto a la recuperación del trauma y siendo vulnerable a la revictimización. Por ello es recomendable que la familia se informe sobre el proceso legal para orientación propia y la del infante. Puede generarse más estrés y frustración cuando el veredicto o sentencia final del juez, no es acorde a los intereses de la familia de la víctima.

National Child Traumatic Stress Network (2009) explica que cuando el niño o niña inicia el proceso legal posterior a una denuncia por abuso sexual, puede sentirse confundido en cuanto a lo que siente por el abusador. Se pueden generar sentimientos de culpa por las consecuencias para su familia al dar detalles sobre el abuso. La inseguridad y vergüenza estarán presentes aún más cuando creen ser quienes provocaron el abuso. Todo lo anterior ocurre cuando la víctima debe revelar el abuso a personas desconocidas que están acompañándole en el proceso de investigación.

2.7 Pornografía infantil

La pornografía infantil ha ido evolucionando a nivel mundial en conjunto con la tecnología, siendo esta otra forma de abusar la intimidad sexual y una manera más accesible de gratificación sexual por medio de un infante. UNICEF (2014) considera como un grupo de mayor vulnerabilidad a las niñas y es por esto que motiva a hacer conciencia y sensibilizar a la población para que se reduzca el mercado de consumidores de pornografía infantil y prostitución. Considera importante la penalización a nivel mundial para quienes producen, distribuyen, exportan, transmiten, o poseen pornografía infantil. Proponiendo como alternativa hacer frente a la pobreza, el subdesarrollo, las disfunciones familiares, la falta de educación, la trata de niños, etc.

Según el artículo del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, sobre los papeles del Psicólogo (2016) anteriormente eran comercializados las revistas, libros o películas caseras sobre pornografía infantil. Fue en el año 1978 cuando se crearon por primera vez las leyes específicas en contra de la pornografía infantil. Esto provocó que los interesados en este material contactaran o crearan ellos mismo estas revistas pornográficas. La pornografía infantil puede incluir material visual, audiovisual o auditivo.

Se considera pornografía infantil cuando se observa al menor realizando actividades sexuales simuladas o reales. También la exposición de genitales del menor con fines sexuales. Los consumidores de pornografía ordenan el material según la temática o narrativa. Puede encontrarse almacenado en la web o intercambiarse por medio de correo electrónico, redes sociales, etc. Existe una taxonomía sobre los diferentes tipos de pornografía infantil que es descrita a continuación:

Cuadro No. 5
Taxonomía sobre tipos de pornografía infantil

Nivel	Nombre	Características
1	Indicativa	Incluye niños en ropa interior, traje de baño, jugando, etc. Pero sin ser sexuadas.
2	Nudista	Son imágenes de niños sin ropa o con poca ropa.
3	Erótica	Los niños aparecen jugando o en lugares seguros pero las imágenes se toman de forma oculta con la intención de mostrar su ropa interior.
4	Posada	Los niños están posando con ropa, poca ropa o sin ella con un interés sexual.
5	Posado erótico	Los niños estas posando con ropa, poca ropa o sin ella con poses sexuadas y de forma provocativa.
6	Posado erótico explícito	Los niños están con ropa, poca ropa o sin ella haciendo énfasis en sus genitales.
7	Actividad sexual explícita	Los niños se tocan o se masturban solo o con otros niños. Sin que participe un adulto.

8	Agresión	Los niños están siendo agredidos sexualmente e implica la participación de un adulto.
9	Agresión grave	Los niños están siendo agredidos sexualmente de forma obscena. Esto incluye penetración, masturbación o sexo oral en donde participa un adulto.
10	Sadismo	Los niños son atados y sometidos a actividades dolorosas. En este caso es un animal el que participa sexualmente con el niño.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Herrero, (2016)

Con los avances de la tecnología ahora se puede tener acceso fácilmente a material pornográfico infantil, el Internet profundo es también conocida como Deep Web, Internet invisible, Deepnet, Darkweb, Dark Web, Undernet y hidden Web (Castro, 2018) son todas las páginas de internet que necesitan un navegador especial para poder acceder a ellas. Se caracteriza por ocultar la identidad y localización de la persona que navega, es por ello se utiliza para actividades ilegales como el tráfico de drogas, armas, violencia, estafas, búsqueda de hackers, la pornografía infantil entre otras.

El abuso sexual

Para profundizar en el tema del abuso sexual infantil, es necesario también conocer el perfil de un abusador sexual. En el abuso a niños, el abusador es en la mayoría de los casos, alguien cercano a la familia. Es necesario aclarar, sin motivo de justificar, que los abusadores usualmente han tenido un desarrollo difícil o padecen alguna patología, provocando que puedan cometer este tipo de actos hacia un menor que no posee los mismos recursos que un adulto para defenderse.

Para que ocurra un abuso sexual debe existir una víctima y un abusador. Es frecuente que los abusadores sexuales den la impresión de ser otro tipo de personas. En muchos casos las personas que los conocen, se les dificulta creer que esta persona sea un abusador sexual. La sociedad los conoce como personas correctas, religiosas, confiables, amigables, tímidas, respetuosas, etc.

The National Child Traumatic Stress Network (2009) indica: “A menudo los abusadores sexuales no usan fuerza física y pueden utilizar juegos, engaños, trucos u otros métodos de chantaje para engatusar o engañar a los niños” (p. 1). Este tipo de chantaje suele confundir aún más a los menores porque los manipulan con regalos a cambio de acceder al abuso sexual y mantenerlo en secreto.

El abusador puede utilizar mecanismos coercitivos, es decir, el uso de drogas, alcohol, violencia o amenazas para abusar de su víctima, sin embargo, con niños y niñas es menos frecuente. Cuando la víctima está bajo efectos de algún tipo de droga, pierde la voluntad de decidir o defenderse. Algunas de las drogas más utilizadas según National Child Traumatic Stress Network (2009) son: “Rohypnol, GHB y ketamina” (p. 28). Estos pueden causar desde adormecimiento hasta pérdida del conocimiento y es usual que sean disueltos en bebidas o dulces que la víctima ingiere sin ser consciente de su contenido.

3.1 Perfil psicológico

Aunque no existe un perfil exacto de un abusador sexual, hay características similares que se han observado en ellos. Según National Child Traumatic Stress Network (2009) algunos abusadores

tienen antecedentes de abuso sexual en su niñez, otros no tienen antecedentes de ningún tipo de abuso. Existen casos donde el abusador no puede mantener relaciones sexuales con una persona adulta, pero si logran hacerlo con niños, mientras que otros mantienen relaciones sexuales con niños y adultos, siendo frecuente que tenga relaciones simultáneas con otras parejas sexuales.

Los abusadores sexuales según Collazos (2009) se pueden caracterizar por haber carecido durante la infancia de un ambiente de protección, en donde sufrieron todo tipo de abusos, maltrato o incluso abandono. Suelen tener una personalidad inmadura, baja autoestima o se sienten incapaces en todo sentido. Los problemas maritales, la lejanía sexual con la pareja o violencia también influye en su conducta. En muchos casos son personas introvertidas que prefieren actividades en solitario o son consumidores de drogas o alcohol.

A continuación, se resumen las características que pueden tener en común los abusadores sexuales:

Cuadro No. 6
Características en común de los abusadores sexuales

No.	Características
1.	Prefieren actividades en solitario
2.	Suelen ser tímidos y reservados
3.	Se les dificulta relacionarse con el sexo opuesto fuera del núcleo familiar
4.	Pueden ser muy protectores con su víctima
5.	Presencia de problemas maritales
6.	En ocasiones tienen antecedentes de abuso durante la niñez
7.	El consumo de alcohol o drogas es frecuente
8.	La personalidad se caracteriza por ser inmadura

Fuente: elaboración propia en base a datos de National Child Traumatic Stress Network, (2009) y Collazos (2009).

En un estudio realizado por Yesuron (2015) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, se concluye:

El delito sexual con víctimas menores, se presenta con características diferentes al delito cuya víctima es mayor de edad, el comportamiento del adulto agresor hacia la víctima no

suele ser violento, incluso es habitual que convenza al menor para mantener la relación (p. 9).

3.2 Tipos de abusadores sexuales

Villanueva (2013) en la revista Científica Psicogente propone diferentes temas, entre ellos tipos de abusadores, a continuación se describe cada uno de ellos:

3.2.1 Padres que cometen abuso sexual infantil

Los padres biológicos que comenten incesto se caracterizan por ser inmaduros sexual y afectivamente. Villanueva (2013) comenta que debido a la mala relación con el cónyuge y el problema que tiene para formar relaciones con el sexo opuesto fuera de la familia, presenta una tendencia por acosar a la hija o hijo. Ocurre con frecuencia en familias con bajo nivel socioeconómico, lejanía de las viviendas, bajo grado de instrucción o poca comunicación e interacción familiar. Es mayor la cantidad de casos de abuso por el padre que por la madre.

Este tipo de padres consideran que tienen la disponibilidad sexual de sus hijos e hijas, por el hecho de haberlos concebido. Suele pensar que tiene absoluto dominio sobre todos los miembros de su familia y por lo tanto puede disponer de ellos en el momento y de la forma que él crea conveniente. En estas comunidades el padre piensa que tiene derecho a verificar la virginidad de las hijas. Esto es visto con frecuencia en familias guatemaltecas que viven en la parte Occidente del país, específicamente en familias indígenas. Ocurre con tanta frecuencia que la familia no denuncia porque este tipo de abusos es parte de su cultura.

Suele ser más traumático para los niños, generando sentimientos contradictorios respecto a la confianza y protección que se supone sus padres deben brindarle. El incesto también ocurre cuando algún otro miembro de la familia como primos, tíos, hermanos u otros que tengan lazos filiales comete abuso sexual contra un menor.

3.2.2 Padrastro o madrastra que comete abuso sexual infantil

La presencia de un padrastro o madrastra trae consecuencias como el rompimiento de los lazos filiales. Esto implica que la persona que ahora ocupa el lugar de uno de los padres biológicos tendrá que negociar un lugar en la vida de sus hijastros. Villanueva (2013) comenta que los niños suelen tener confusión respecto al lugar que estas personas ocupan, aumentando la probabilidad que ocurra un abuso sexual en estas familias reconstruidas.

3.2.3 Abuso sexual extra-familiar

Este tipo de abuso ocurre cuando el abusador no es un miembro de la familia, puede ser algún maestro, vecino, amigo, desconocido, etc. Debido a esto Villanueva (2013) afirma que: “habitualmente es un hecho único y muy violento” (p. 5) por lo que la víctima puede entender con mayor facilidad que ha sido agredido. En general, este tipo de abusador no escoge a su víctima al azar, busca a un menor vulnerable e intenta ganarse la confianza de la familia.

3.3 Modelo teórico de Finkelhor

David Finkelhor (2010), Sociólogo es actualmente el director del Centro de Investigación de Violencia Infantil en Argentina, es conocido por sus aportes en temas de abuso sexual infantil. Propone un modelo teórico en donde se presentan cuatro factores que influyen en el abusador para violentar o abusar a un menor. A continuación, se describe cada uno de ellos:

3.3.1 Congruencia emocional

Se dice que existe una congruencia emocional porque los abusadores sexuales son personas inmaduras que creen tener las necesidades de un niño y es por esto que buscan relacionarse con ellos. Esta es una muestra de una baja autoestima que se explica por la búsqueda de poder o control mediante esta relación.

3.3.2 Activación sexual con un niño

La activación sexual con un niño o niña ocurre a causa de que el abusador fue abusado y atractivo sexualmente durante la infancia.

3.3.3 Bloqueo en las relaciones sexuales comunes

Un abusador puede tener un bloqueo para satisfacer las necesidades sexuales con un adulto. Collazos (2009) indica que existen dos tipos de bloqueo: “Los evolutivos, de tipo edípico, que se caracterizan por inmadurez del abusador y los situacionales, como crisis personales o de pareja” (p. 5). Debido a estos bloqueos buscan satisfacer sus necesidades sexuales con un menor en búsqueda de la posición de poder y autoridad que no tienen con una pareja adulta.

3.3.4 Desinhibición del comportamiento

La desinhibición del comportamiento es una forma de justificar los tres factores mencionados anteriormente. Finkelhor (2014) indica que existen inhibidores externos, inhibidores internos y se resiste a no aceptar a la víctima. En el caso de los inhibidores externos se superan con más facilidad cuando la víctima no tiene a nadie que pueda protegerlo. Internamente ocurre la desinhibición debido al consumo de drogas, alcohol o fármacos. Cuando la víctima se resiste, el abusador puede superarlo por medio de la seducción o amenazas.

El agresor puede tener diferentes motivaciones para cometer el abuso. Villanueva (2013) menciona entre ellas la repetición de la misma experiencia durante la infancia, debido a trastornos de la personalidad, trastornos del control de impulsos, pedofilia o fijación con un objeto sexualizado.

3.4 Patologías presentes en el abusador sexual

Según los criterios diagnósticos expuestos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – DSM-5 (2014) los abusadores sexuales pueden presentar alguno o varios de los trastornos psicológicos que se describen a continuación:

3.4.1 Trastorno disociativo

Este trastorno se indica en el DSM-5 (2014) que afecta la memoria, conciencia e identidad. Puede ser repentino y gradual o duradero y crónico. Las personas pueden presentar este trastorno para escapar de conflictos internos o ansiedad, permitiéndole que pueda olvidar alguna experiencia dolorosa.

3.4.2 Trastorno de pedofilia

Se indica en el DSM-5 (2014) que se caracteriza por una fragilidad sexual con los niños, durante un mínimo de seis meses. De forma específica pueden tener preferencia por hombres, mujeres o ambos. Es frecuente que sean consumidores de pornografía infantil. Podría estar presente de por vida sin que se presente ningún malestar subjetivo.

3.4.3 Trastorno de voyeurismo

Se indica en el DSM-5 (2014) que se caracteriza por espiar actividades privadas de otras personas, durante un mínimo de seis meses. Suele ser más frecuente en hombres que en mujeres. Existe un factor de riesgo cuando esta persona fue abusada sexualmente en la infancia o abusa del consumo de sustancias.

3.4.4 Trastorno de exhibicionismo

Se indica en el DSM-5 (2014) que se caracteriza por el placer de mostrar los genitales, durante un mínimo de seis meses. De forma específica puede ocurrir con personas adultas o con niños pre-púberes. Puede ser comorbido con trastorno depresivo, bipolar, ansioso, Trastorno por Déficit Atención e Hiperactividad o por consumir sustancias.

3.4.5 Trastorno de froteurismo

Se indica en el DSM-5 (2014) que se caracteriza por el gusto de tocar o causar fricción a una persona sin su consentimiento, durante un mínimo de seis meses. Es usual que estas personas justifiquen su conducta indicando que fue accidental y que no existe ningún interés sexual.

3.4.6 Trastorno de sadismo sexual

Se indica en el DSM-5 (2014) que se caracteriza por someter a su víctima a humillaciones, golpes o sufrimiento, durante un mínimo de seis meses. En su mayoría se encuentra presente en hombres.

3.4.7 Trastorno de fetichismo

Se indica en el DSM-5 (2014) que se caracteriza por utilizar objetos inanimados o interés sexual por partes diferentes a los genitales, durante un mínimo de seis meses. Se puede manifestar por conductas como agarrar, degustar, frotar, introducir u oler mientras se masturba.

3.4.8 Trastorno de la conducta

Se indica en el DSM-5 (2014) que se caracteriza por una conducta donde no se respetan los derechos de otras personas, por un mínimo de seis meses. No existe un respeto por las normas

sociales y no le importa causar daños a terceros. No presenta remordimiento o culpa por sus acciones. Carece de empatía por las necesidades de los demás.

3.4.9 Trastorno de la personalidad antisocial

Se indica en el DSM-5 (2014) que se caracteriza por no presentar importancia a los derechos de otras personas, durante un mínimo de seis meses. De forma constante engañan y mienten para obtener lo que desea. El remordimiento está ausente y constantemente racionaliza su conducta disruptiva.

La Terapia Cognitivo Conductual y el trauma por abuso sexual

El abordaje cognitivo conductual que se utiliza con niños es diferente al utilizado con adultos. Los pacientes adultos tienen la capacidad de diferenciar entre pensamientos racionales e irracionales, mientras que los niños necesitan un abordaje diferente para promover un cambio de conducta, cogniciones y emociones. Este abordaje va implícito con terapia de juego que es adecuado para el nivel de desarrollo del paciente. Charles (2012) indica: “el niño puede necesitar ayuda para crear autoafirmaciones funcionales y adaptadas como medio de afrontamiento, para estimular un pensamiento y conducta más adaptados” (p. 314).

El cambio de cogniciones puede comunicarse por medio del juego de forma directa. Es funcional el uso de títeres, libros, peluches y otros juegos que permitan modelar la estrategia cognitiva. Es importante trabajar dentro del abordaje terapéutico, la vergüenza o estigmatización, sentimientos de culpa, vínculos de confianza hacia otras personas y cambios que surgieron en cuanto a la percepción sobre su propio cuerpo y la seguridad personal. Es útil también abordar la culpabilidad en los padres para una mejor recuperación del paciente.

En base a la práctica en clínica, se puede confirmar que la terapia cognitivo conductual es efectiva para abordar el trauma que es causado por la experiencia del abuso sexual en la infancia. A continuación, se profundiza en este abordaje terapéutico y su evolución en el tiempo por medio del aporte de diferentes autores.

4.1 Terapia cognitivo conductual

Inicialmente fue orientada para el tratamiento de pacientes adultos. Con el paso del tiempo se ha demostrado que la terapia cognitivo conductual es efectiva según la evidencia experimental y empírica. En la década de 1950 empezó a implementarse la terapia de conducta, su enfoque era cambiar la conducta por medio del aprendizaje. Ruiz (2012) menciona que “Plinio el Viejo, durante el primer siglo de la existencia de Roma, trataba de curar a aquellos que abusaban del alcohol

colocando arañas muertas en descomposición en los vasos dónde bebían.” (p. 34). Hoy en día, esta técnica es conocida con el nombre de condicionamiento aversivo.

Las investigaciones que se realizaron a principios del siglo XX fueron los cimientos para estructurar la terapia cognitivo conductual. La fundamentación teórica que es la base de esta terapia según Ruiz (2012) son “reflexología y leyes del condicionamiento clásico, conexionismo de Thorndike, conductismo expuesto por Watson, contribuciones de Skinner, análisis experimental de la conducta”. (p. 36)

La terapia cognitivo conductual se enfoca en las respuestas emocionales, físicas, cognitivas y conductuales que causan malestar en el paciente. Se aborda por medio de diferentes programas que son específicos para cada trastorno. Se caracteriza también por las autoevaluaciones que el paciente deber hacerse a lo largo de toda la terapia.

4.1.1 Terapia cognitivo conductual para niños y niñas

Los niños y niñas que se encuentran en un nivel de desarrollo preoperatorio, que comprende desde los dos a los siete años, tienen un abordaje terapéutico con constante acompañamiento de los padres/encargados. Los niños y niñas que se encuentran en un nivel de desarrollo operatorio concreto, que comprende desde los siete a los once años, tienen un abordaje terapéutico con mejor acompañamiento de los padres/encargados.

Bunge (2009) menciona que el juego es una conducta innata, con funciones evolutivas de adaptación y supervivencia. El juego facilita los cambios cognitivos y conductuales que se buscan en el tratamiento terapéutico, siendo una herramienta de comunicación que permite al paciente sentirse seguro. En el tratamiento cognitivo conductual con niños, las técnicas que son aplicadas se hacen por medio de la implementación de juegos dirigidos por el terapeuta y en ocasiones con acompañamiento de los padres o la colaboración de los mismos para tareas en casa. La terapia cognitivo conductual por medio del juego, tiene características como regular emociones, manejo del estrés, comunicación, mejoría de las relaciones, juicio, autorrealización y fortaleza del yo.

El juego permite a los pacientes afrontarse a su mundo por medio de la creación y desarrollo de actividades lúdicas. Los juguetes que son útiles para esta intervención terapéutica son: familias de animales, bebes con biberón, platos plásticos, cubiertos plásticos, familia de muñecos, una casa con muebles, títeres, soldados, cubos plásticos o de madera, plastilina, crayones, marcadores, lápices, hojas doble oficio, tape, tijeras, celulares de juguete, pelota pequeña y suave, medios de transporte, máscaras, espejos, dinosaurios, juegos de mesa, libros y una varita mágica. Es mejor tener menos de 7 tipos de juguetes diferentes por sesión, para evitar distracciones en el paciente.

4.2 Abordaje clínico del trauma

Partiendo del hecho que cuando los menores revelan el abuso sexual a un adulto, es muy probable que crean que se trata de una mentira de mal gusto. López (2009) manifiesta que esto se debe a que: “el abusador es generalmente una persona conocida, de confianza de la familia” (p. 117). Se ve con frecuencia que la primera reacción de los padres/encargados es culpar al niño o niña con acusaciones como: “porque no corriste” “porque no lo dijiste antes”. En algunos casos cuando la familia tomó la decisión de denunciar, los Jueces tomaron como valedero el argumento del abusador al decir que fueron provocados por el menor.

La respuesta de la sociedad ante estas situaciones de violencia sexual no ha sido la más adecuada. López (2019) relata que cuando se trata de un caso donde el abusador es alguien fuera del círculo familiar, la sociedad ha reaccionado con linchamientos y otros tipos de violencia para buscar justicia. Pero cuando el abusador es alguien de la familia, la sociedad prefiere pasar desapercibida alegando que la familia sabe que es lo más conveniente.

Los padres/encargados de algunos pacientes comentan que es mejor mantener esa situación como un secreto familiar para no hacer el problema más grande. Otros mencionan que las situaciones de abuso en generaciones anteriores, las han manejado con mucha discreción para no perjudicar a la familia. Son diversas las justificaciones que los padres/encargados argumentan para que sus hijos sean únicamente atendidos en terapia psicológica sin que sea necesario involucrar a las autoridades.

En base a lo expuesto, el abordaje terapéutico en casos de abuso sexual es una situación bastante compleja en Guatemala. La víctima es constantemente re-victimizada por todas las instituciones que participan en el caso (INACIF, MP, PNC, juzgados, etc.), ocasionando que al momento del proceso terapéutico la víctima este agotada y sin deseos que volver a hablar sobre el abuso. Es por ello que se plantea una forma de abordaje terapéutico con el fin de apoyar a la víctima y a la familia en una situación tan complicada como es el abuso sexual infantil.

Esquema No. 2

Etapas de la psicoterapia con niños y niñas



Fuente: elaboración propia con base a datos de Schaefer, (2012)

4.2.1 Entrevista

La Unidad Especializada en Delitos Sexuales y Violentos (2012) indica que la forma en que es realizada la entrevista en casos de abuso sexual infantil es de modo investigativo para evitar que se convierta en un interrogatorio incómodo para la víctima. La primera sesión en todos los casos se realiza solo con los padres/encargados para obtener información puntual y evitar agotar a los pacientes con estas preguntas. Se investigan datos generales, antecedentes médicos, familiares, relaciones y personas que pueden formar parte de un círculo de apoyo para el paciente.

En la segunda sesión ya con el paciente se inicia con la presentación del terapeuta, nombre, profesión y función como profesional. Se explica y aclara el motivo de su presencia en terapia y se verifica que el paciente haya comprendido con claridad.

En primer momento el objetivo de la entrevista es establecer rapport entre el terapeuta y el paciente. Esto permite establecer un vínculo de confianza. La confianza es una de las áreas deterioradas en el paciente y es importante fortalecerla de primero momento en terapia.

4.2.2 Rapport

UNICEF (2013) le llama rapport a “el vínculo de confianza entre el adulto y la NNyA” (p. 86). Se espeja la conducta del paciente para establecer esa conexión y empatía, esto se hace al igualar la forma de sentarse, los movimientos con los brazos, el tono de voz, las palabras que utiliza, entre otras conductas. Se utiliza un lenguaje acorde a la edad del niño y permite que elija un juguete con el que puedan iniciar a jugar.

Para continuar estableciendo el rapport la Unidad Especializada en Delitos Sexuales y Violentos (2012) indica se inicia la entrevista hablando de temas neutrales, es decir, que no tengan ningún vínculo con la investigación que se realiza sobre los hechos. Estos temas neutrales pueden ser sobre que le gusta hacer, que prefiere jugar, donde estudia, quienes son sus amigos, deportes, programas de televisión favoritos, etc. Los pacientes disminuyen el nivel de ansiedad al hablar sobre temas alejados al problema que los conduce a terapia, permitiendo que se establezca confianza siendo más factible profundizar en la experiencia de abuso sexual.

Se utiliza plastilina, dibujos, lápices, borradores, sacapuntas, crayones y hojas. Se le solicita al paciente que elija alguno de los dibujos disponibles y lo coloree mientras se conversa de estos temas neutrales. Algunos pacientes prefieren usar plastilina y el terapeuta realiza la misma actividad que el paciente eligió. Otros pacientes se muestran temerosos de tomar cualquiera de los materiales, por lo que se les motiva tomando la iniciativa de colorear o hacer figuras de plastilina. Posterior, se procede a explicar a los pacientes de forma individual en todo momento, el significado de una entrevista y como funciona.

Se explica el significado de hablar con la verdad, haciendo uso de ejemplos acordes a su edad y capacidad intelectual. Por ejemplo: si el paciente tiene una camisa de color rojo, se le pregunta ¿Si yo digo que tu camisa es verde, será que estoy diciendo la verdad o estoy mintiendo? De este modo se van dando diferentes ejemplos para que el paciente comprenda la importancia de decir la verdad en todo momento.

Se le explica también cuál es el objetivo de la entrevista y solo si se tiene el consentimiento de los padres o encargados, puede ser grabada en video o audio con fines probatorios. UNICEF (2013) recomienda explorar la capacidad del paciente para relatar y responder preguntas, para esto se solicita el relato de un evento no relacionado a la investigación, como relatar un viaje, su cumpleaños, etc. Los pacientes muestran niveles más bajos de ansiedad y se logra saber que tanto pueden profundizar y dar detalles sobre algún acontecimiento. De esta forma se modela el modo de relatar el o los acontecimientos del abuso sexual.

Los datos generales del caso como nombre, edad y otros relevantes sobre los pacientes y su familia son investigados con anterioridad para no agotar al paciente con estas preguntas. Esto es realizado por medio de una entrevista previa con los padres/responsables.

4.2.2.1 El relato libre

Ya establecido el rapport con el paciente, UNICEF (2013) menciona que se puede solicitar la narrativa libre de los hechos, en donde la víctima cuenta con sus propias palabras su versión de los hechos. Para esto es útil la implementación de algún material des-estresante como plastilina o pelotas de espuma. En ningún momento se le interrumpe cuando está narrando los hechos, si existe alguna duda es aclarada posteriormente. Espejar la información que el paciente dice es de utilidad para que continúe dando más detalles. La velocidad del relato es determinada por el paciente y no por el terapeuta.

Algunos pacientes no proporcionan mayores detalles sobre el abuso sexual, ya que es un tema que les causa vergüenza y temor. En este caso se realizan preguntas abiertas para que pueda continuar narrando los acontecimientos. Es útil emplear los muñecos anatómicos, estos se caracterizan por tener todas las partes del cuerpo a detalle, especialmente los que tienen relación con un abuso sexual como ropa interior, manos y pies con dedos definidos, labios, los genitales, orificios en boca, nariz, ano, vagina y orejas. Cuando a los pacientes se les dificulta relatar, estos muñecos se emplean para que muestren de forma gráfica como ocurrió el abuso sexual. Es en este momento en donde pueda expresar todos los pensamientos y sentimientos relacionados al evento.

Durante el relato libre algunos pacientes proporcionan suficiente información, pero otros no. Por lo tanto, se realizan preguntas de forma directa, una pregunta a la vez y se le da el tiempo suficiente para que responda antes de realizar otra pregunta. En el curso impartido por CONACMI (2010) se plantea las siguientes formas de preguntas adecuadas para una entrevista investigativa o forense:

Cuadro No. 7

Reglas para la formulación adecuada de preguntas

No.	Reglas	Ejemplo correcto	Ejemplo incorrecto
1.	Formular preguntas claras, cortas y de construcción simple de una sola frase. Si al momento de escribirla se necesitan más de dos comas, quiere decir que es demasiado larga y necesita dividirse.	¿Le pasó algo a tu hermano? ¿Dónde estaba tu hermano? ¿Qué te paso a ti?	¿Dónde estaba tu hermano y que estabas haciendo mientras tu hermano estaba sentado en el sillón y tu papa te tocaba?
2.	Las preguntas se formulan con “qué” “quien” “donde” “cuando”. Es preferible no utilizar “porque”	¿Qué fue lo que te asusto? ¿Qué te hizo tu papá?	¿Por qué estabas asustado? ¿Por qué crees que te hizo eso?
3.	Las preguntas se formulan de manera directa.	¿Qué paso después? ¿Cuéntame lo que paso?	¿No dijo Enrique que él no había hecho eso? ¿No es cierto que no había nadie en el cuarto?
4.	Se utilizan referencias directas en lugar de pronombres.	¿Tu papá te tocó? ¿Cuándo estaban en el auto fue cuando tu papá te tocó el pene?	¿Él te tocó? ¿Cuándo estaban allí fue cuando él te toco ahí?
5.	Se utilizan referencias directas en lugar de preposiciones.	¿Puedes dibujarlo? ¿A qué se parece?	
6.	Respetar los tiempos que necesita el niño o niña para elaborar la respuesta.		
7.	Variar la estructura de la pregunta si es necesario investigar más sobre el mismo punto.	“Creo que no entendí bien eso, quisiera preguntarte otra vez”	
8.	Cambiar momentáneamente de tema cuando se percibe angustia en el niño.		

9.	Anticipar el cambio de tema.
----	------------------------------

Fuente: elaboración propia con base a datos de CONACMI, (2010)

4.2.3 Cierre de entrevista

La entrevista que se inicia tiene un final concreto. El enfoque principal es verificar las necesidades del paciente y no continuar obteniendo información, es decir, durante el cierre la terapeuta no continúa haciendo preguntas sino se da la oportunidad para que el paciente aclare las dudas o ambigüedades que surjan. Se realiza un breve resumen del relato del paciente y se le solicita que interrumpa si algo es incorrecto o está incompleto. En esta parte se le agradece por su esfuerzo durante toda la entrevista. Se le explica cómo puede obtener ayuda de forma posterior y si es posible UNICEF (2013) recomienda dar un número de contacto por cualquier emergencia. Se habla de nuevo sobre un tema neutral para facilitar la salida de la entrevista.

Algunos pacientes agregan más información que habían olvidado comentar, por lo que algunas sesiones se extendieron algunos minutos. En todos los casos se realiza en una sola sesión esta entrevista para posterior a ellos continuar con el plan de tratamiento. En la sesión siguiente se cita únicamente a los padres para entregar resultados y plantear el tratamiento adecuado que el paciente necesita. Se aclaran dudas y se indica a los padres la importancia de su participación dentro del proceso terapéutico para la recuperación del paciente.

4.3 Técnicas para el abordaje del abuso sexual infantil

Existen diferentes formas de abordar en clínica el abuso sexual infantil. En esta ocasión se hace énfasis al enfoque cognitivo conductual, ya que se ha comprobado que estas técnicas son efectivas para el abordaje terapéutico. A continuación, se describe cada una de ellas y los cambios alcanzados a raíz de ellas:

4.3.1 Entrenamiento en el reconocimiento de las emociones

A muchos pacientes que han sido abusados sexualmente se les dificulta reconocer y diferenciar sus emociones. Con esta técnica Bunge (2009) indica que los pacientes logran identificarlas y nombrarlas. Para esto se utilizan pelotas y dibujos con diferentes expresiones, dando la oportunidad que identifiquen como se siente y así también colocar esa emoción en una escala de uno a diez.

A los pacientes les es más fácil identificar sus emociones por medio de dibujos y pelotas con expresiones. Para la identificación en una escala se utiliza un termómetro en donde la numeración uno es “nada” y la numeración diez es “mucho”, los pacientes pegan el dibujo o la pelota en la parte del termómetro que se relaciona al nivel en que presenta esa emoción. Las emociones que en su mayoría son identificadas son vergüenza, temor y enojo. La misma actividad del termómetro es utilizada en sesiones posteriores para observar los avances en el proceso terapéutico. La mayoría han disminuido considerablemente.

4.3.2 Técnica de elogios

Esta técnica es puesta en práctica en todas las sesiones y también por los padres. Bunge (2009) indica que consiste en elogiar el comportamiento positivo que presenta el paciente. Al validar sus acciones se fortalece la autoestima y la confianza hacia ellos mismos. Dicha técnica es también modelada en sesiones que se realizan con el acompañamiento de los padres, siendo puesta en práctica también en casa. Algunos padres no tienen la costumbre de realizar elogios en el momento que el paciente realiza la conducta, por lo que solo en algunos casos se ven avances por medio de la técnica. Para estos casos se les sugiere a los padres utilizar post-it con elogios y colocarlos en lugares donde puedan ser vistos por el paciente.

4.3.3 Relajación

Como consecuencia del abuso sexual infantil, algunos niños presentan ansiedad. Bunge (2009) comenta que el entrenamiento en relajación es útil para controlar esta ansiedad. Esta técnica consiste en los siguientes pasos: los brazos deben estar relajados y colgando, se respira profundo hasta llenar el estómago de aire y sin levantar los hombros, mentalmente se repite una palabra que le tranquilice, se saca el aire lentamente por la boca, se repite el ejercicio por un minuto. A los pacientes les es útil imaginar que tiene un globo dentro del estómago, que debe ser inflado y desinflado por medio de su respiración.

4.3.4 Juego de roles

Bunge (2009) comenta que en este juego de roles se plantea el problema, en donde el paciente es su mejor amigo y el terapeuta es el paciente. Esto permite ver su problema de forma externa y proponer soluciones con mayor facilidad. A los pacientes se les facilita brindar consejos a una tercera persona sobre una experiencia propia, permitiendo resolver por sí mismos una situación que antes no podían. Se utilizan accesorios, ropa, pelucas y otros que puedan ser de utilidad para interpretar el rol correspondiente, buscando soluciones de una forma divertida para el paciente.

4.3.5 Reforzamiento positivo

Los títeres son el elemento fundamental en esta técnica. Bunge (2009) menciona que se utiliza un títere que tiene temor de hablar, pero este obtiene estampas cada vez que hace el intento de hablar con otros títeres. Esta técnica permite que los pacientes desarrollen herramientas de comunicación y confianza en otras personas. Según las referencias de los padres/encargados, los pacientes muestran mejoría en cuanto a la comunicación en casa y en el área escolar.

4.3.6 Registro de pensamientos

Bunge (2009) indica que los pacientes utilizan una libreta proporcionada por el terapeuta, para realizar en casa dibujos que representan sus pensamientos respecto a la situación de abuso. Permitiendo plasmar detalladamente los pensamientos que son abordados en clínica. Con la aplicación de estas técnicas en la práctica clínica, se observa una mejoría considerable en cuanto a conducta, emociones y cogniciones de los pacientes. Es satisfactorio observar los avances de cada uno. Para alcanzar una mejoría es necesario un círculo de apoyo, formado por los padres, terapeuta, paciente y otros familiares como hermanos, abuelos, etc.

Para concluir el desarrollo de este tema es necesario recalcar que al abordar en clínica un tema tan complejo como lo es el abuso sexual infantil, es una experiencia enriquecedora y un reto como profesional. Conocer a padres que sugerían procesos terapéuticos más cortos porque a su parecer, con el tiempo a sus hijos se les iba olvidar la experiencia del abuso. Con el trascurrir de las sesiones logre comprender que algunos de los padres que sugerían lo anterior, también habían vivido experiencias de abuso sexual durante la infancia, por lo que se les sugiere que también ellos inicien su proceso terapéutico.

Cualquier niño o niña que ha experimentado el abuso sexual tiene la capacidad de superarlo y establecer relaciones saludables. La infancia es una etapa fundamental para desarrollar la resiliencia que le permita superar este y otro tipo de dificultades. Las guías de resiliencia pueden ser proporcionadas cuando la persona identifica un lugar de afecto o por medio de las palabras de la sociedad.

Conclusiones

Se ha comprobado que por medio de la terapia cognitivo conductual, los niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual tienen la posibilidad de recuperarse del trauma ocasionado y establecer relaciones saludables. Ya que esta terapia permite una reestructuración cognitiva, emocional y conductual.

Los menores que han sido víctimas de abuso sexual tienen una mejor oportunidad de recuperación cuando tienen el apoyo de personas significativas con quienes han desarrollado un apego, ya que les permite regular sus emociones y fortalecer su autoestima.

Los abusadores sexuales pueden ser hombres o mujeres de cualquier edad, aumentando la probabilidad de serlo cuando ellos fueron víctimas de maltrato y no recibieron ningún tratamiento. Siendo esta una situación no resuelta, posteriormente tienen necesidad de controlar y ser la figura de poder en sus relaciones, propiciando que puedan ser abusadores.

Referencias

- Castro, L. (18 de 06 de 2018). *About Español* . Obtenido de <https://www.aboutespanol.com/que-es-deep-web-157873>
- Charles, S. (2012). *Fundamentos de Terapia de Juego*. México D.F.: Manual Moderno.
- CNNA. (2003). *Ley de protección integral de la niñez y adolescencia*. Guatemala: [s.e.].
- Collazos, M. (2009). *la web de maco048*. Obtenido de www.marisolcollazos.es/psi-crimi-ll/abuso-sexual-infantil.html
- CONACMI. (2010). Guía curricular del curso virtual a NNA víctimas de violencia a través de la aplicación del modelo institucional de CONACMI [Folleto]. Guatemala , Guatemala : Autor .
- Cyrulnik, B. (2013). *Los patitos feos*. España: Novoprint S.A.
- Deblinger, E. (2009). *National Child Traumatic Stress Network*. Obtenido de <https://www.nctsn.org/resources/preguntas-y-respuestas-acera-del-abuso-sexual-infantil-una-entrevista-con-la-dra-esther>
- Herrero, L. N. (09 de 2016). *Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77847916009>
- López, M. A. (2009). *La ruta crítica de la denuncia para la protección integral de la niñez y adolescencia vulnerada en sus derechos*. CONACMI Plan internacional Guatemala.

NCTSN. (2009). *National Child Traumatic Stress Network*. Obtenido de <https://www.nctsn.org/resources/abuso-sexual-infantil-como-manejar-el-estres-emocional-que-puede-producir-la-interaccion>

NCTSN. (2009). *National Child Traumatic Stress Network*. Obtenido de <https://www.nctsn.org/resources/que-hacer-si-tu-nino-revela-que-ha-sido-abusado-sexualmente-informacion-para-padres-y>

NCTSN. (2009). *National Child Traumatic Stress Network*. Obtenido de <https://www.nctsn.org/resources/como-afrontar-el-shock-del-abuso-sexual-intrafamiliar-informacion-para-padres-y-cuidadores>

NCTSN. (2009). *National Child Traumatic Stress Network*. Obtenido de <https://www.nctsn.org/resources/como-entender-y-manejar-los-problemas-de-comportamiento-sexual-en-los-ninos-informacion>

NCTSN. (2009). *National Child Traumatic Stress Network*. Obtenido de <https://www.nctsn.org/resources/folleto-informativo-sobre-el-abuso-sexual-infantil-para-padres-maestros-y-demas-cuidadores>

NCTSN. (2009). *National Child Traumatic Stress Network*. Obtenido de <https://www.nctsn.org/resources/cuidando-los-ninos-lo-que-los-padres-necesitan-saber-acerca-del-abuso-sexual-infantil>

NCTSN. (2009). *National Child Traumatic Stress Network*. Obtenido de <https://www.nctsn.org/resources/la-violacion-sexual-por-una-persona-conocida-informacion-para-padres-y-cuidadores>

Plaza Villaroel, H. (2014). *Summa Psicológica, Universidad Santo Tomás, Viña del Mar, Chile*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4953995>

Psiquiatría, A. A. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ta. Edición ed.). (CIBERSAM, Trad.) España: Médica Panamericana.

Sandoval, M. (1973). Código Penal ., (pág. 118). Guatemala: [s.e.].

Secretaría contra la Violencia Sexual, E. y. (2016). *SVET*. Obtenido de <http://www.svet.gob.gt/temasdetrabajo/contexto-en-guatemala>

SVET. (2009). *Ley contra la violencia sexual, explotación y trata de personas*. Guatemala: [s.e.].

UNICEF. (2013). *Guia de buenas practicas* . Argentina: [s.e.].

UNICEF. (2014). *Convención sobre los derechos del niño y sus tres protocolos facultativos*. 11.

Villanueva Sarmiento, I. (15 de 11 de 2013). *Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. Obtenido de www.redalyc.org/articulo.oa?id=497552364016

Violentos, U. e. (2012). *Guia de entrevista investigativa con niños, niñas y adolescentes victimas de delitos sexuales*. Maval impresiones.

Yesuron, M. (2015). *Revista Universidad Nacional de Córdoba, Argentina*. Obtenido de www.revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp