



Facultad de Humanidades  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Maestría para el tratamiento del abuso sexual e incesto

**La dificultad de aceptación del embarazo producto de una violencia sexual o incesto, en niñas de 11 a 13 años en el área rural**

(Artículo especializado)

Ingrid Lisbeth Herrera Mérida

Cayalá, mayo 2021

**La dificultad de aceptación del embarazo producto de una violencia sexual o incesto, en niñas de 11 a 13 años en el área rural**

Artículo especializado

Ingrid Lisbeth Herrera Mérida

MG. Sonia Recinos (Asesor)

M.A. Diana Patricia Galindo Ruiz (Revisor)

Cayalá, mayo 2021

## **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 Cóbar
Secretario General	EMBA Adolfo Noguera

## **Autoridades Facultad Humanidades**

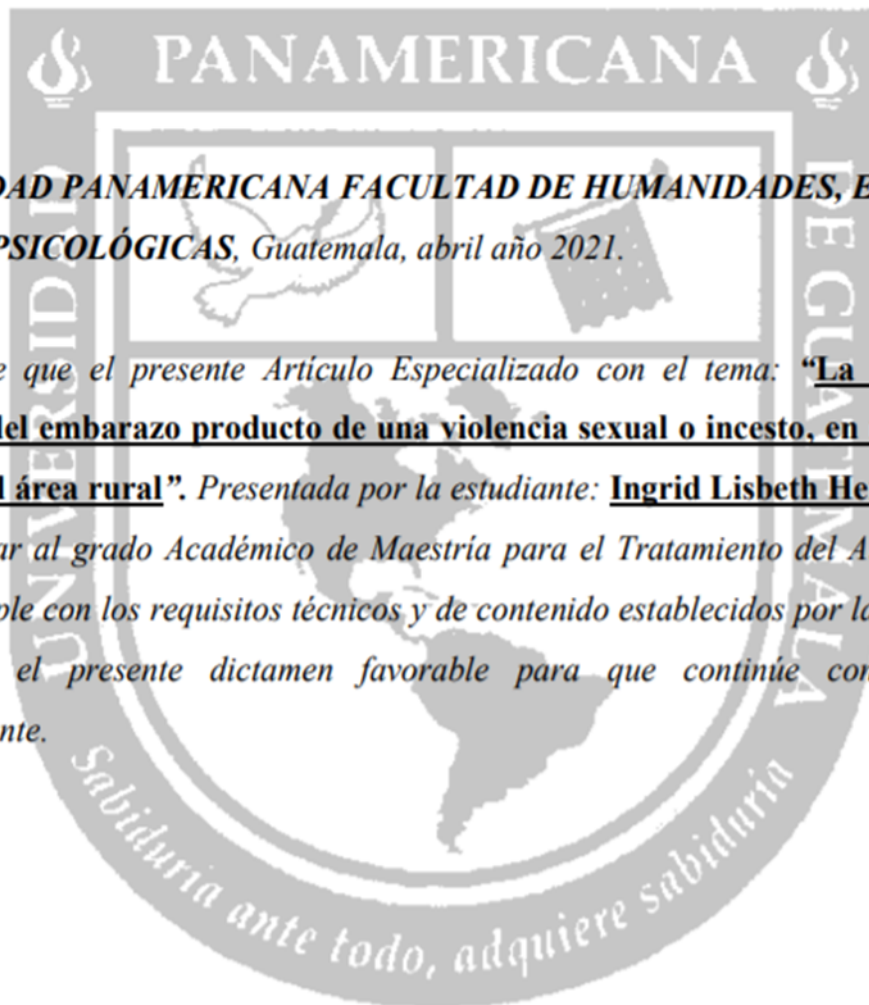
Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vice Decano	M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez



**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, abril año 2021.**

*En virtud de que el presente Artículo Especializado con el tema: “La dificultad de aceptación del embarazo producto de una violencia sexual o incesto en niñas de 11 a 13 años en el área rural”. Presentada por el (la) estudiante: Ingrid Lisbeth Herrera Mérida previo a optar al grado Académico de Maestría para el tratamiento del abuso sexual e incesto, 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.*

**Mgtr. Sonia Recinos del Cid**  
**Asesora**



**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, abril año 2021.**

En virtud de que el presente Artículo Especializado con el tema: **“La dificultad de aceptación del embarazo producto de una violencia sexual o incesto, en niñas de 11 a 13 años en el área rural”**. Presentada por la estudiante: **Ingrid Lisbeth Herrera Mérida** previo a optar al grado Académico de Maestría para el Tratamiento del Abuso Sexual e Incesto, 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. Diana Patricia Galindo Ruiz*

**Revisora**

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA  
DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, mayo 2021. -----

En virtud que el presente *Artículo Especializado* con el tema: "La dificultad de aceptación del embarazo producto de una violencia sexual o incesto, en niñas de 11 a 13 años en el área rural", presentado por el (la) estudiante: Ingrid Lisbeth Herrera Mérida, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende *Dictamen de Aprobación* previo a optar al grado académico de Maestría para el tratamiento del abuso sexual e incesto, 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, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.*

## Contenido

<b>Resumen</b>	i
<b>Introducción</b>	ii
<b>Capítulo 1 Dificultad de aceptación del embarazo</b>	
1.1. Embarazo en niñas víctimas de violencia sexual	1
1.2. Cuidados familiares	11
1.3. Entorno de vida de las niñas	13
1.4. Adopción	15
<b>Capítulo 2 Producto de Violación Sexual e Incesto</b>	
2.1. Violación Sexual e Incesto contra las niñas	17
2.2. Signos y Síntomas de la Violación Sexual e Incesto	20
2.3. ¿Quiénes son los agresores sexuales?	22
2.4. Efectos Psicológicos y somáticos de la agresión por violencia e incesto	24
2.5. ¿Qué instancias intervienen en la aceptación y acompañamiento de la víctima?	26
<b>Capítulo 3 Niñas de 11 – 13 años en área rural</b>	
3.1. Pubertad	31
3.2. Cambios psicológicos en el desarrollo de pubertad y adolescencia	32
3.3. ¿Cómo es la educación preventiva de las niñas en áreas rurales?	33
3.4. Derechos de la niñez	35
3.5. Tratamiento para adolescentes Modelo Género Sensitivo, Modelo Trifásico	37
Conclusiones	44
Referencias	45



## **Lista de Imágenes**

Imagen No. 1 Derecho de las niñas embarazadas.	6
Imagen No. 2 Ruta de abordaje SVET	7
Imagen No. 3 Embarazo en adolescentes entre 10-14 años	8
Imagen No. 4 Embarazos de niñas y adolescentes menores de 14 años de edad reportadas por el MSPAS	9
Imagen No. 5 Reporte estadístico de niñas embarazadas menores de 14 años por MSPAS	10
Imagen No. 6 Violencia Sexual.	19
Imagen No. 7 Reporte Estadístico de la relación entre víctimas NNA-Agresor, recibidas por la PGN	23
Imagen No. 8 Sistema de protección a niños y adolescentes Municipal.	28

## Resumen

Todas las niñas que quedan embarazadas entre los 11 y 13 años por lo general pierden sus derechos a la educación, la salud, la protección y un nivel de vida adecuado. Cambia totalmente su niñez, tienen que asumir obligaciones y responsabilidades de adultas y no siempre disfrutan de todos sus beneficios.

Por lo general, estos embarazos en las niñas/adolescentes están asociados a la violencia de género, violencia física, simbólica, psicológica y económica. Por lo tanto, es importante precisar, la relación entre embarazo y violencias, en sus múltiples formas y relaciones. También hay que analizar con mayor detenimiento las relaciones —voluntarias o no— entre adolescentes y hombres mayores y la actitud pasiva y tolerante de la comunidad, la familia al respecto y el nivel etario significativo que produce generalmente dinámicas de dominación y desigualdad, muchas veces ligadas a la violencia sexual.

Es necesario realizar e interpretar estudios en la niñez-adolescencia y el embarazo, sus fenómenos sociales, culturales y emocionales y poner atención a la influencia de condiciones y experiencias en forma individual de las consecuencias por producto de violaciones sexuales y el rechazo que este provoca en las niñas-adolescentes, viendo que no es de su agrado llevar una maternidad obligada.

Este vínculo entre abuso sexual infantil, otros traumas sexuales y el embarazo es un tema que no se menciona mucho, por lo tanto, se obvia en las investigaciones como factor de alto riesgo y no se refleja en las políticas públicas y planes de prevención. (Batres, G.,2016). En la actualidad ya existe denuncia y se puede apoyar a la niña que ha sido vulnerada en sus derechos. Es necesario sensibilizar a terapeutas para realizar un trabajo con responsabilidad y cuidado de la sobreviviente.

## **Introducción**

El presente trabajo está dirigido a toda aquella persona involucrada en la prevención y atención de niñas-adolescentes-madres sobrevivientes víctimas de violencia sexual e incesto, que, como profesionales, líderes comunitarios, defensores de derechos de la niñez, maestros, padres, tutores, actores privados y gubernamentales, terapeutas preparados; debemos de dar la atención en las diferentes instituciones y sectores involucrados en estos temas.

Es fundamental abordar la dificultad de aceptación del embarazo cuando las niñas son víctimas de una violencia sexual o incesto, por lo que se toma en cuenta su cultura, su ambiente, cuidados para poder lidiar las consecuencias que provoca una maternidad infantil impuesta.

También es importante reconocer cuando hay aspectos de alerta y alarma en las niñas, ya que no se comunican de ninguna manera por el mismo temor que están viviendo. El estado como todas las instancias que intervienen tienen que tomar decisiones y dar el acompañamiento que se le debe dar a la sobreviviente de tal manera que se sienta segura y firme en lo que se está realizando para tener un cambio de vida diferente.

Conocer la fisiología, biología y psicología de la pubertad (11-13 años) es de suma importancia ya que es una etapa de muchos cambios; por lo que la prevención, protección y atención se deben dar procurando cumplir con normas, tratamientos para que se sientan seguras, dando un seguimiento en los casos de embarazos.

El abuso sexual, la violación y el incesto son ante todo un problema social y estructural porque a la víctima se le revictimiza, se le culpa; y generalmente no se le apoya. En el otro extremo, al violador, se le justifica, y se le esconde para protegerle, o se le deja en la impunidad en la mayoría de casos.

Las niñas víctimas son obligadas a continuar con el embarazo impuesto por el violador. Pueden pasar por el proceso de adopción donde se trabajan con la niña-madre para prepararla y tener al

bebé. También por lo general se le da al cuidado a la abuela quien ayuda, guía, y enseña a la niña a ser una madre. En varias ocasiones trae a una maternidad impuesta a la niña, que al mismo tiempo se dan consecuencias psico-sociales, afectiva con el recién nacido.

Finalmente, el método género sensitivo logra evidenciar que hay niñas que superan el trauma a través de trabajar la aprobación, la confianza y validación de sus versiones, trabajando en grupo e individual si así fuera necesario, en el tiempo que se lleva a cabo el tratamiento género sensitivo.

# **Capítulo 1**

## **Dificultad de aceptación del embarazo**

### **1.1. Embarazo en niñas víctimas de abuso y violencia sexual**

Es un flagelo de alto impacto la violencia sexual y el embarazo en niñas y adolescentes en la sociedad guatemalteca, afectando significativamente la vida, la seguridad e integridad de las niñas, adolescentes y mujeres, como su potencial y desarrollo, causando un impacto negativo en su entorno mediato como es la familia, escuela y comunidad.

En Guatemala, el tema de la niñez es preocupante ya que en esta etapa se da más los casos de violencia sexual y abuso, podemos mencionar los casos de violencia psicológica y física. Las niñas no denuncian convirtiéndose en víctimas permanentes por años, dejando secuelas graves como psicológicas y físicas, pero también podemos mencionar los embarazos no deseados y suicidios.

Es muy importante que tomemos consciencia de que todos nos comprometamos y nos unamos en contra de la violencia sexual y que los niños, niñas y adolescentes en nuestra Guatemala puedan vivir con libertad sin ser víctimas de estos flagelos.

El embarazo en niñas menores de 14 años, es un problema, que es necesario tomar en cuenta las políticas públicas. Se trata de la vida de niñas que, a temprana edad son víctimas de violencia sexual y quedan embarazadas. Sin embargo, es un problema naturalizado, y en muchos casos cubiertos por el silencio y la impunidad.

Entre los antecedentes del 26 de septiembre del año 2012 se tomó una ruta de abordaje de atención integral de embarazos en niñas y adolescentes menores de 14 años de edad, donde se firmó una carta de Entendimiento entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Ministerio de Educación, Ministerio de Desarrollo Social y Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y

Trata de Personas para establecer parámetros de coordinación y fortalecimiento interinstitucional en el abordaje de la atención integral de embarazos menores de 14 años.

El 26 de abril de 2016 se fortaleció y reafirmó este pacto de acciones conjuntas con el objetivo de garantizar el derecho de identidad de las niñas y adolescentes menores de 14 años de edad, así como de sus hijos. Teniendo un resultado positivo de todos los esfuerzos articulados entre distintas instituciones el 5 de octubre de 2016 se creó y lanzó una nueva Ruta de Abordaje con el objetivo de que las niñas y adolescentes menores de 14 años embarazadas reciban atención de salud, continúen sus estudios, que sus casos sean llevados a la justicia y se les brinden beneficios con el cumplimiento de algunos requisitos tomando en cuenta todas las instituciones que participaron.

Un embarazo forzoso es cuando se le obliga a una niña de 11 a 13 años en dar a luz a otro niño o niña, cuyo origen según las estadísticas son por violaciones, donde han sido agredidas en su frágil cuerpo y en todo el proceso que significa tener un hijo, además de todo trauma provocado por el tener al niño en un parto obstétrico o cesárea, siendo vulnerada en sus derechos de niña como la vida del propio bebé.

Toda violación a menores produce consecuencias irreparables, trastornando así su vida completamente, sin tener derecho a tener las capacidades de tomar decisiones libremente.

De acuerdo a informes brindados por la organización no gubernamental Observatorio en Salud Sexual y reproductiva de Guatemala (OSAR), notifican que del 1 de enero al 20 de mayo de 2020 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social registraron un mil novecientos sesenta y dos (1,962) embarazos en niñas entre 10 a 14 años de edad. Y el año pasado en el 2019 el Ministerio de Salud identificó cinco mil ciento treinta y tres (5,133) embarazos a menores de 14 años.

Estos embarazos se enmarcaron en un contexto de pobreza “ruralidad”, marcándose el machismo y desnutrición, marcados más los departamentos de Huehuetenango, Quiché, Alta Verapaz y Petén. (Prensa Libre, Guate. Comunitario 10-6-2020)

De acuerdo a estudios e investigaciones el Osar, indica que aun teniendo y brindando la atención integral, protocolos y programas de prevención, no ha cambiado esta situación frustrante, ni las oportunidades para estas niñas.

ONU Mujeres brinda un informe el cual indica que la mayor parte de personas que embarazan a las menores de edad son personas que las conocen, como sus propios familiares o vecinos, perdiendo la oportunidad de estudiar y tengan una relación de dependencia violenta.

Entre las investigaciones encontramos que en el Instituto de Salud Sexual y Reproductiva indican que para un grupo de niñas (algunos niños), su primera experiencia de coito durante la adolescencia es no deseada y bajo coacción y siendo que la mayoría se dan en relaciones íntimas y de uniones permanentes o matrimonios no legales. Mg. Yohana Beltrán (PDF,2018).

De acuerdo a información brindada por la Licda. Carolina Escobar, directora de Asociación Alianza que más de noventa y cuatro niñas quedan embarazadas entre 10 a 18 años y cada 13 minutos hay una niña embarazada, que el 89% son resultados que se comenten las violaciones en su entorno y que hay un 30% que son por sus padres biológicos. (2020). Influidando la desnutrición, falta de educación, no tener un buen sistema de salud, pobreza extrema ayuda para ser víctimas de cualquier tipo de violencia y más de tipo sexual. Además, tenemos cuando existe un patriarcado en la familia donde deteriora la forma de ver a la mujer-niña, donde ella no tiene derecho a nada, ni a estudio, ni a comer bien o de primero, sino estar al cuidado de hermanos, de la limpieza de la casa y la preparación de los alimentos y estar expuestas a la violación del padre o familiar cercano, sin tener derecho a defenderse o decir algo.

Cualquier clase de victimización en la actualidad ha puesto al descubierto algunas zonas del mundo infantil, que no alcanzamos a ver y se da en estos embarazos de niñas van acompañados del silencio y de mucho dolor. (Dra. Batres, 2005); donde queda entonces el famoso Dia de la Niña, la cual Guatemala tiende a celebrar y rendir homenaje los 11 de octubre de cada año?

Los embarazos forzados a temprana edad son efectos posibles de abusos y violaciones sexuales, teniendo como hemos dicho impactos emocionales de violencia, culpabilidad, silencio, falta de

apoyo, siendo un estigma el embarazo, que resulta dándose y como conclusión el nacimiento de un bebe.

Si existiera una detección temprana del embarazo de estas niñas comprendidas entre 11 y 13 años, se podría evitar y detener el embarazo forzado y maternidades forzadas. Esta maternidad forzada provoca interrupción a nivel escolar, discriminación, problema de inserción a nivel laboral, vida recreativa y social, provocando situaciones severas a nivel psíquico, con desenlaces de fuga, límite, abandono al recién nacido y en casos graves suicidio.

Entre el personal que puede intervenir prontamente es el Personal de Salud, contribuyendo a la pronta detección del embarazo y así facilitar el abordaje integral, que incluye los primeros auxilios psicológicos reduciendo un impacto de lo sucedido, ya que si no se atiende correctamente puede llegar a ser un problema de salud mental.

Los embarazos de estas niñas exigen una atención integral, ya que se trata de que ellas no están biológicamente maduras, ni psicológicamente preparadas. Existen grandes riesgos físicos de los cuales corren riesgo como peligro de muerte o prematuridad en el bebé.

Al detectar el embarazo, debe existir una intervención inicial y brindar un abordaje interdisciplinario, y contemplar los principios generales que se dan en atención, entre esos serían la confidencialidad, privacidad y escucha activa.

Estos embarazos se les debe dar la atención debida y no como cualquier embarazo, ya que se debe de atender a la niña, cuidar, porque, aunque la niña o adolescente callara el contexto en que el embarazo se produjo, hay que ponerse en el lugar de la niña o adolescente para dimensionar y significar lo que está viviendo.

Por lo general las niñas-adolescentes rechazan este proceso primero cuando ya están embarazadas, luego el rechazo de no querer ser madres porque se sienten muy avergonzadas y el rechazo de su comunidad, de su familia y de ellas mismas al verse embarazadas. El tener a un hijo no deseado por motivo de que es un recuerdo de algo no grato las hace menospreciar a los bebés y negarse a



tener una maternidad responsable, sienten alivio cuando la madre-abuela se hace cargo del bebé. Muchas de ellas o desean no tenerlo o regalarlo, no verlo, no tocarlo, no sentirlo pues representa dolor, odio, repulsión y ver a su agresor, máxime si es su propio padre o un familiar muy cercano a ella, la cual la ha defraudado, engañado y obligado a realizar actos inadecuados que no eran de su agrado. Donde ha perdido la desconfianza y donde ella no sabe ni que es lo que quiere y que sus sueños han sido truncados por algo que no buscó en ningún momento.

El ser madres a temprana edad representa perder la libertad, representa tener responsabilidades las cuales no está lista ni dispuesta para realizarlas, por lo general entonces rechazan todo lo que es maternidad responsable.

## Imagen No. 1

### Derecho de las niñas embarazada

## SI TENGO MENOS DE 14 AÑOS DE EDAD Y ESTOY EMBARAZADA, TENGO DERECHO A:

1

Que me cuiden y protejan, por eso pido ayuda a: MP, PGN, OJ, bomberos, iglesias, maestros, policía, sacerdotes, pastores, o líderes comunitarios.

2

El Ministerio Público, Procuraduría General de la Nación y Organismo Judicial buscarán y sancionarán a quien no respete mis derechos.

3

Asistir al establecimiento de salud más cercano para que me den atención a mi bebé y a mí.

3.1

En donde me evaluarán, realizarán laboratorios y ultrasonidos para ver que mi bebé y yo estamos bien. (Si nace mi bebé debo inscribirlo en RENAP)

3.2

Después los médicos llamarán a instituciones que protegerán a mi bebé y a mí para tener un mejor futuro (Ministerio Público y Procuraduría General de la Nación)

3.3

Cuando me vaya del establecimiento de salud, me darán citas para el control de mi embarazo o después del parto, control de mi alimentación para cuidar mi salud y la de mi bebé.

4

Los maestros me apoyarán a continuar con mis estudios para tener un mejor futuro.

5

La Procuraduría General de la Nación me ayudará en buscar a un familiar o un hogar que me cuide a mí y a mi bebé cuando no pueda estar en casa.

6

El Ministerio de Desarrollo Social me apoyará para continuar mi proyecto de vida.

**PUEDO BUSCAR APOYO EN:**

<p><b>PGN</b> - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN</p> <p><b>OJ</b> - ORGANISMO JUDICIAL</p> <p><b>MP</b> - MINISTERIO PÚBLICO</p>	<p><b>PNC</b> - POLICÍA NACIONAL CIVIL</p> <p><b>MIDES</b> - MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL</p>
---	--

**SVET: 2504 8888**

**PGN: 2414 8787 EXT 2012 Y 2014**

**MP: 2411 9191**

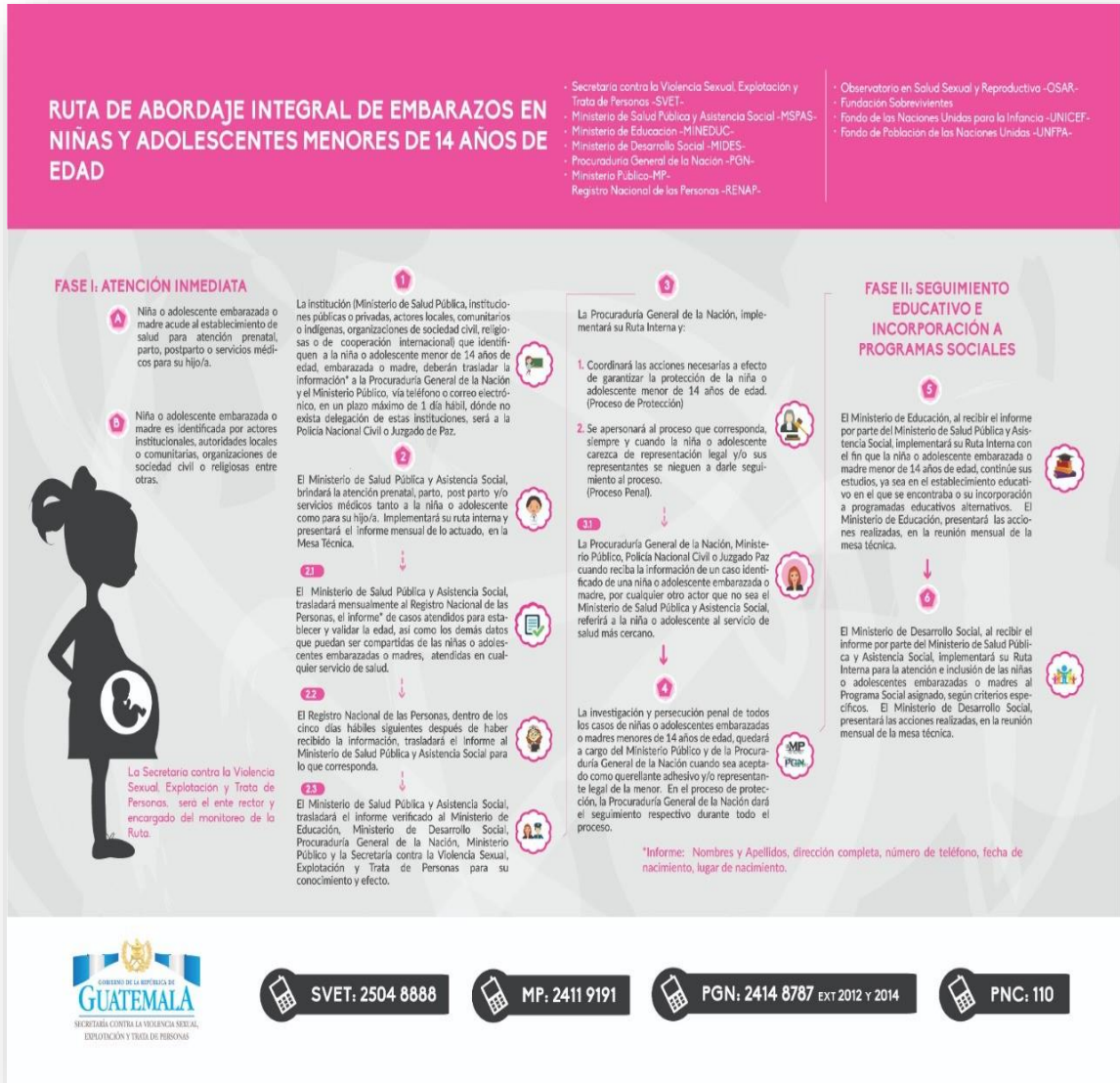
**PNC: 110**

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-

Información que se presenta en la Red de Protección de la Oficina Municipal de Protección de Niñez y Adolescencia, de la Municipalidad de Morales, Izabal. Dicha información es básica para el conocimiento como actores de apoyo para la población.

## Imagen No. 2

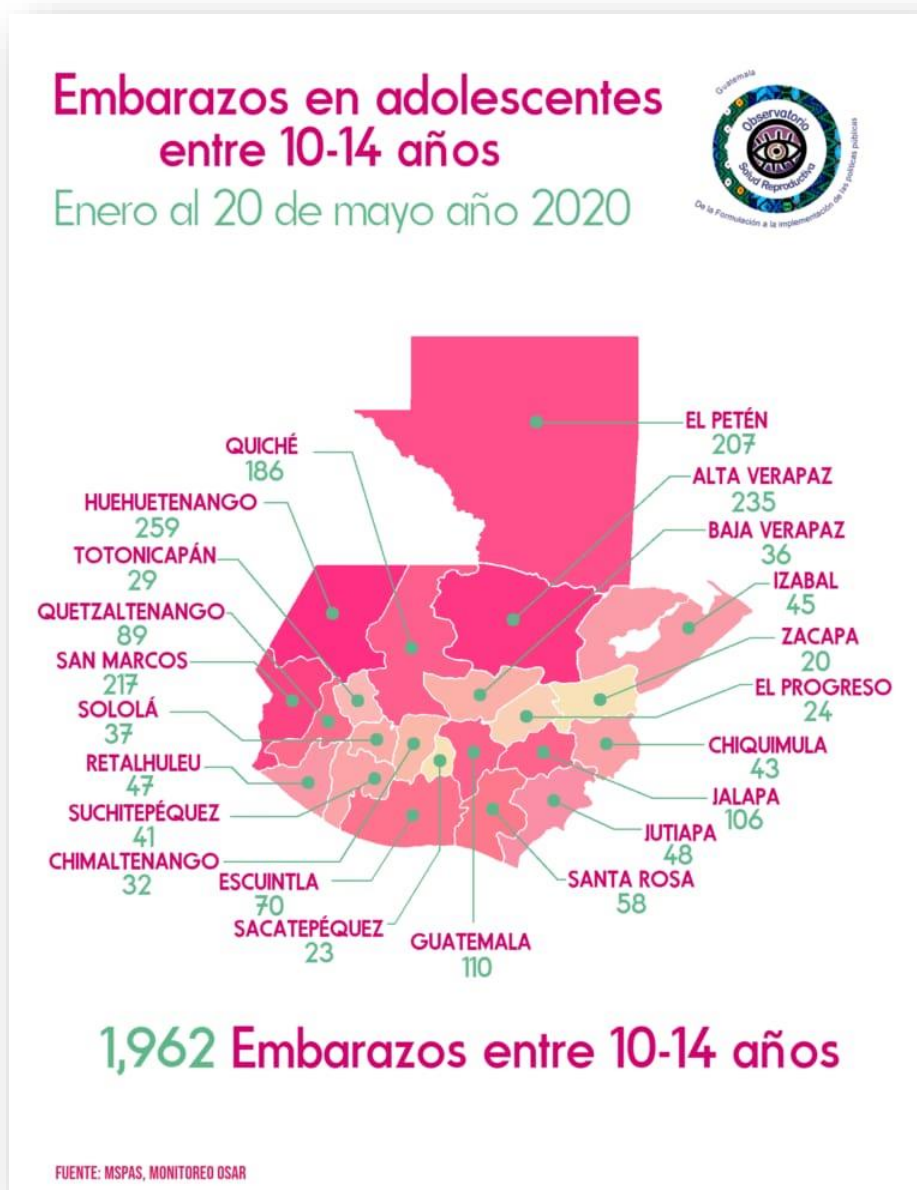
### Ruta de abordaje. Secretaría contra la violencia sexual explotación y trata de personas



Fuente: Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de personas.

### Imagen No. 3

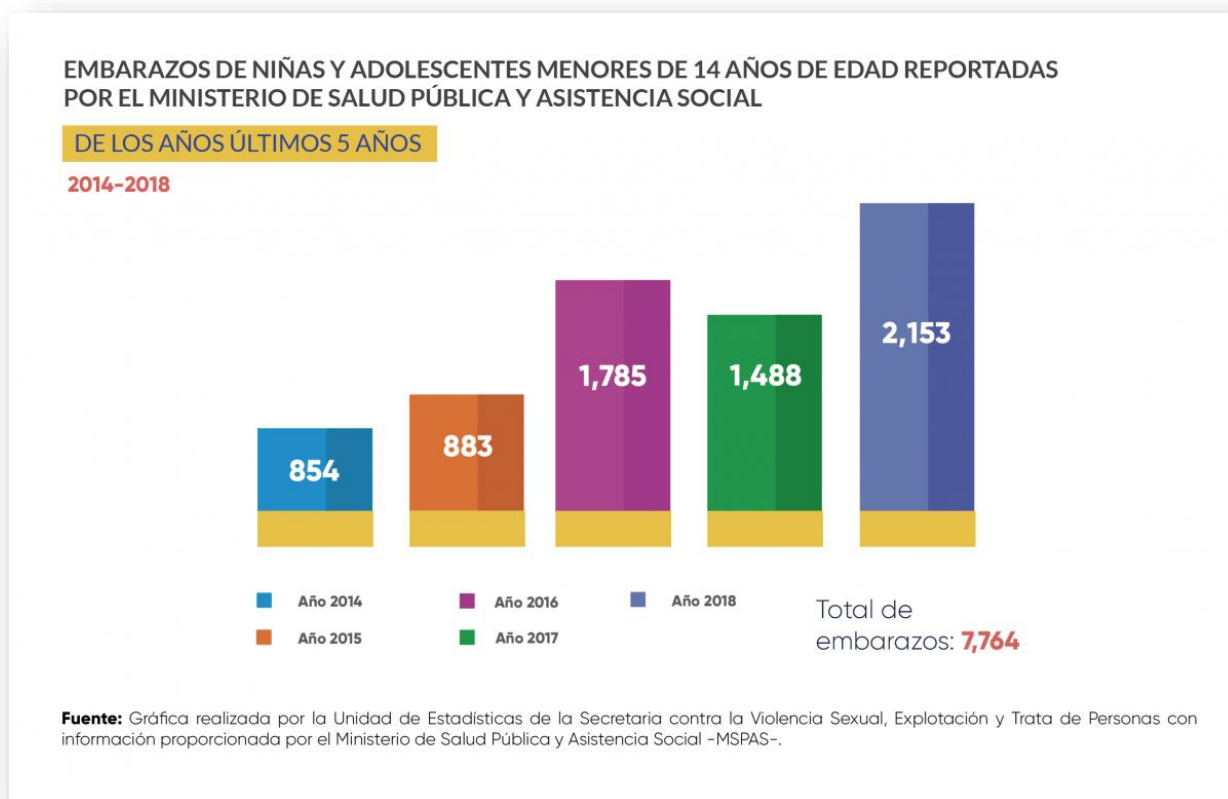
### Embarazo en adolescentes entre 10-14 años



Fuente: Observatorio de Salud Reproductivo –OSAR– (monitoreo a la fecha).

## Imagen No. 4

### Embarazos de niñas y adolescentes menores de 14 años de edad



Fuente: Unidad de Estadísticas de la Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de personas. SVET

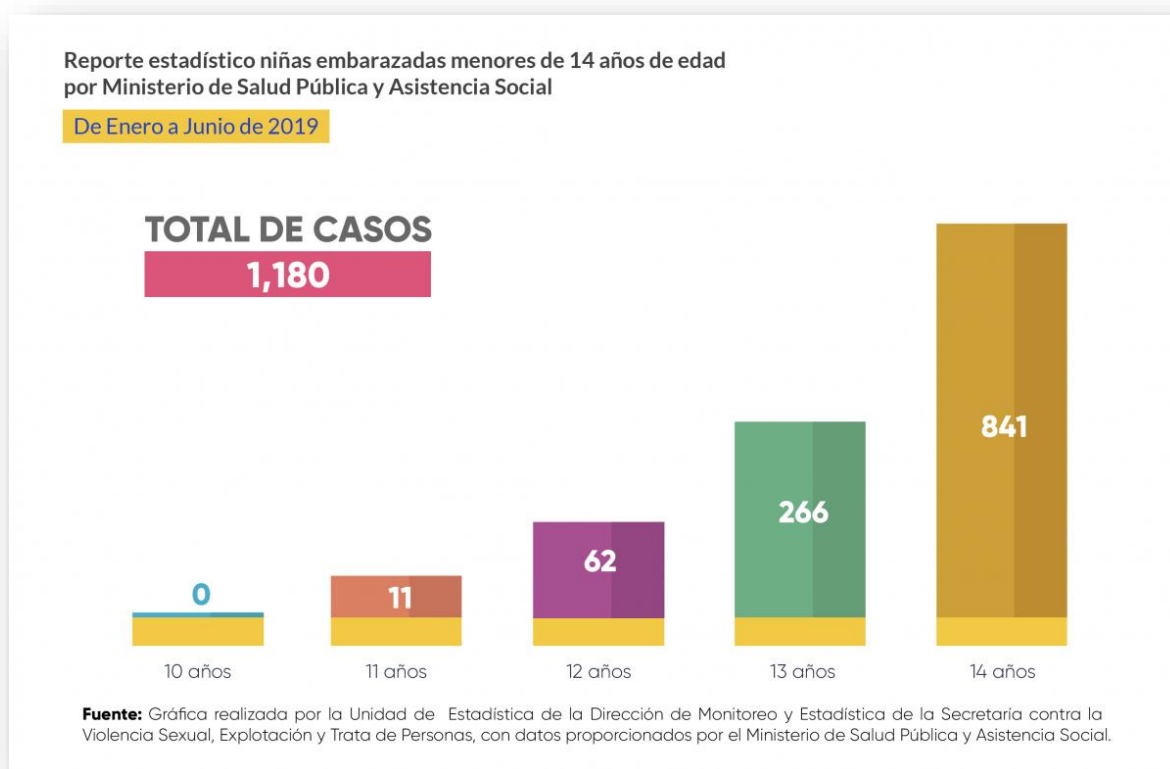
Como podemos observar cientos de adolescentes se convierten en madres en nuestra Guatemala, y el producto del embarazo es producto de desinformación sobre sexualidad o por matrimonios de edad precoz. Y la mayoría son embarazos producto de violaciones sufridas en sus propios hogares; siendo resultado terrible tanto para las niñas como la sociedad misma.

La maternidad en contexto de violencia sexual es forzada directa o indirectamente por todos los servicios que están especializados incluyendo todo servicio de salud.

Lamentablemente esta gran cantidad de embarazos, nos indica su gravedad de violaciones de los derechos humanos en niñas y mujeres que son víctimas de embarazos no deseados. Para estas niñas un embarazo a tan temprana edad y no deseado es una sentencia de vida a la pobreza. (Balladelli, Pier Paolo, OPS/OMS).

### Imagen No. 5

#### Reporte estadístico de niñas embarazadas menores de 14 años por MSPAS



Fuente: Unidad de Estadísticas de la Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de personas.

## 1.2. Cuidados familiares

La familia apoya en el control prenatal y dar la atención primaria. Ya que un embarazo en una adolescente puede repercutir por el resto de la vida. Es importante explicarles los riesgos para la salud y los desafíos futuros.

Los embarazos de niñas/adolescentes frecuentemente pueden incluir ira, culpa y negación, también pueden sufrir de ansiedad, miedo, conmoción y depresión. Por tal motivo, es necesario:

- Promover el diálogo entre madres e las hijas, para que estas puedan exteriorizar lo que sienten. Así también, para evaluar si sabe lo que está por venir. En este punto, cabe mencionar que los padres refuercen el amor, orientación y apoyo necesarios.
- Se debe trabajar sin hacer juicio personal, trabajar con empatía, en forma asertiva, evitando una victimización secundaria de la persona que es afectada.
- Contener los sentimientos, es decir, permitir que la niña/adolescente exteriorice sus temores y sentimientos.
- Orientar empáticamente cuando busquen la ayuda, así como enseñar las distintas alternativas de salida, identificando los recursos personales de su entorno para estar bien.
- Ante el riesgo y ausencia de redes de apoyo, además de notificar a la Fiscalía, se ha de solicitar una medida de protección.
- Dar el acompañamiento durante todo el embarazo a través de controles de salud (atención personalizada, entregarles material que es educativo e instructivo, exámenes, visitas domiciliarias, apoyo psicosocial) en otras palabras, se busca el apoyo médica prenatal.
- Realizar, por seguridad, el análisis de infecciones de transmisión sexual ITS, para poder dar el tratamiento correcto y a tiempo, en caso de que los resultados fueran positivos.

En cuanto a las niñas/adolescentes será indispensable que:

- Se recomienda que pueda seguir una dieta saludable, que ingiera ácido fólico, calcio, hierro, vitaminas prenatales y otros nutrientes esenciales para el desarrollo del bebé, así como para la protección de la futura madre.
- Se mantenga físicamente activa, dado que una actividad física regular puede aliviar el malestar y aumentar el nivel de energía.
- Evite sustancias riesgosas como el alcohol, el tabaco y cualquier tipo de droga prohibida durante el embarazo.
- Reciba clases de parto o indicaciones de los cuidados que ayuden al bienestar, salud y seguridad de ambos –madre e hijo-.
- Reciba el apoyo educativo del buen vivir de la sexualidad y reproducción

Cabe enfatizar que, en la Municipalidad, en el área de la Oficina Municipal de Protección de la Niñez y Adolescencia la joven madre puede gestionar una solicitud de apoyo económico para el pago del transporte necesario para asistir al centro de salud.

También, es necesario velar porque la futura madre reciba el apoyo a nivel escolar, para anticiparse a la posible deserción o no promoción de grado, lo cual repercutiría negativamente en su futuro, como ha pasado con muchas niñas/adolescentes que no llegan a graduarse, y en consecuencia la oportunidad de un título universitario les queda, por mucho, fuera de su alcance. En consecuencia, se encontraría más cercana a la pobreza y con mayores riesgos que la alejarían de una vida plena.

Si bien es cierto que los hijos de niñas/adolescentes tienen probabilidades de sufrir más enfermedades, problemas de aprendizaje y desarrollo físico, bajo peso, cabe destacar que dichos riesgos pueden reducirse a través del Programa de apoyo al Recién Nacido. Este no solo otorga las



orientaciones adecuadas para fortalecer al bebé, sino también hace el seguimiento del proceso de su crecimiento físico y emocional.

Los cuidados antes citados también son precisos porque un embarazo en niñas/adolescentes generalmente es considerado de alto riesgo, pues el cuerpo no está en las condiciones para este proceso. Por ejemplo, tanto la pelvis como el canal de parto están inmaduros durante la adolescencia, por lo que pueden generar complicaciones a la hora del parto.

Así también, la ausencia de control de la madre, durante el desarrollo del embarazo, puede generar bajo peso en el bebé, tanto como en problemas respiratorios. En el caso de las madres niñas podrían presentar preclamsia, sangrados vaginales, partos prematuros, e incluso aborto espontáneo.

Finalmente, pero no menos importante, se hace necesaria la intervención en la situación emocional de la niña-adolescente. Para otorgar este apoyo el terapeuta o la persona a cargo, ha de estar informada de la agresión recibida por parte de la víctima para que pueda mostrar a la víctima las alternativas de decisión, manteniendo una actitud neutral para no influir en decisiones que solo ellas han de tomar.

### 1.3. Entorno de vida de niñas

Así como en Guatemala y cada uno de sus departamentos existen una multiplicidad de prejuicios sobre el tema de embarazo infantil, los cuales están relacionados con el género, con la minoría de edad, la dependencia a nivel económico, el nivel educativo que se convierten en estereotipos por los que se estigmatizan a todas las niñas en situaciones de pobreza y la mayoría niñas indígenas.

Muchas veces pensamos de ¿qué manera cambiar esta cultura que ha normalizado el abuso en las niñas y adolescentes entre las edades de 11 a 13 años?

Se genera problemas familiares cuando se comunica el embarazo, volviéndose un conflicto y rechazo por el propio entorno familiar.

Primero que nada, es importante que nuestro Estado reconozca esta problemática como un problema de Salud Pública, y que se forme un equipo de todos los ministerios para tomen acciones, políticas, normas para poner en práctica todas las intervenciones adecuadas para estos cambios y valorar la vida de los NNA.

Segundo sería tomar en cuenta el trabajo en la sociedad, a nivel de regiones y locales para tener una mejor perspectiva de los casos que se presenten y así generar una conciencia colectiva de reflexión, cuestionamiento y rechazo hacia el abuso y violación en niñas.

Tercero el fortalecer las capacidades de los niños, niñas y adolescentes y a sus familias, con respecto a sus derechos, identificación de riesgos y protección.

Podemos mencionar que, en el caso del Estado como garante de los derechos de las niñas, todo este grupo etario, y por lo tanto se necesita de la opinión de los mismos niños, niñas y adolescentes de todas las regiones, teniendo en cuenta que Guatemala es muy diversa en razas, idiomas y culturas, para tener estrategias efectivas positivas en cada región.

Cuando el embarazo continúa, no es una opción fácil, ni una decisión personal. En este caso tanto la familia, (padres), y entorno inducen a aceptar la gestación y cambiar su percepción frente al mismo.

Definitivamente surgen varios estereotipos que la misma cultura tiene sobre la resignación, el cumplimiento de los deberes, sus creencias de que una voluntad superior lo ha querido así, resultando muy difícil oponerse o rebelarse. Montero (2018) Pag.23

En el caso de las niñas/adolescentes debemos recordar que su estilo de vida no está preparado para afrontar una maternidad, ya que por lo general son niñas que por estar en su desarrollo también son débiles, o dejan de comer o inician vicios como el cigarrillo.

El trabajo con niñas-adolescentes embarazadas y que fueron víctima de abusos sexuales no es tan fácil, se requiere de conocimientos especiales, tomando en cuenta la forma de vida y entorno y el involucramiento del padre del bebé. Tratar adolescentes embarazadas no es tarea fácil. El trabajo con jóvenes que han sido víctimas de abusos sexuales requiere de conocimientos especiales, además, como la mayoría de ellas viven con sus familias, es necesario intervenir su entorno que involucra también al padre de la criatura. (Batres, G. 2016).

#### 1.4. Adopción

Una adolescente embarazada tiene una variedad de opciones para considerar:

Conservar al bebé. En la mayoría de casos se quedan con su bebé. Por lo general se queda en casa al cuidado y protección de los abuelos en el caso de la menor de edad, siendo ella la responsable de la alimentación y algunos cuidados que debe aprender con la ayuda de la madre-abuela, siendo que la familia es el apoyo. Se le puede apoyar con que asista a la escuela para terminar sus estudios, se le tiene que hablar de los desafíos que es cuidar a un bebé.

Dar el bebé en adopción: En algunos casos dan a su bebé en adopción. Se tendría que investigar sobre los diferentes tipos de adopción disponibles y seguros para el bebé, analizando la repercusión emocional en todos los involucrados.

Por lo general las niñas-madres por su corta edad y por la situación dada sienten rechazo al bebé, no desean asumir la responsabilidad, ni tiempo ni obligaciones hacia el bebé, ya que se sienten culpables, recuerdos negativos, tristes y baja autoestima.

Erick Cárdenas, director del Consejo Nacional de Adopciones (CNA) indica que: “Las mujeres embarazadas tienen conflicto con su maternidad porque algunas de ellas son muy jóvenes, mientras que otras no desean quedarse con su bebé porque no tienen las posibilidades económicas para

criarlos y en algunos otros carecían de educación sexual y su hijo no estaba planificado. El 60% de las madres viven en ciudad capital, y el 40% son de provincia”.

De acuerdo al Consejo Nacional de Adopción (CNA), existen muchas madres en crisis con su maternidad, esta violencia hacia las niñas provoca situaciones de desagrado y dolor, aun así, cuando indican que desean dar en adopción al bebé se les da otra oportunidad pasadas 6 semanas y se les vuelve hablar, la salud mental de la niña madre puede cambiar y aceptar al bebé.

La adopción es irreversible, por lo que se le espera para que reflexionen y puedan aceptar la maternidad y la crianza. Se buscan redes de apoyo para la madre, tanto físico, legal, psicológico y así resguardar al bebé para que se quede con su madre. Existen programas de ayuda en el CNA para atender a las madres en conflicto y orientarlas. (Castro, M., 2020)

## Capítulo 2

### Producto de violación sexual e incesto

#### 2.1. Violación Sexual e Incesto contra las niñas

Las primeras etapas de la vida como es la niñez y adolescencia son importantes en cualquier ser humano, ya que está desarrollándose en forma física, emocional, psicológica y social, por lo que todo lo que afecte o dañe en su desarrollo normal lo puede llegar a marcar.

La Organización Mundial de la Salud OMS, define la violencia sexual como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y lugar de trabajo.

Podemos mencionar que la Violencia Sexual, implica el uso de la coerción, de la fuerza física, de la intimidación psicológica para obligar que una persona lleve a cabo un acto sexual u otros comportamientos sexuales indeseados.

Es muy difícil definir las causas como si fueran una enfermedad ya con un diagnóstico, pero si existen varios factores sociales como la persistencia del poder del adulto abusador, el desconocimiento de la menor que ha sido abusada, las continuas agresiones hacia las niñas que se toman como un acto común, que se le tome a la niña como un objeto más de la casa, al desconocimiento de las consecuencias que las violaciones ocasionan en una niña, a las drogas, alcohol, y la principal de vivir en la misma familia donde se encuentra el agresor y hay una continua violencia.

La vulnerabilidad de las niñas-adolescentes es uno de los factores principales y detonantes para que se llegue a dar una violación. Con el tiempo se ha demostrado que la desprotección, la falta de

conocimiento que pueden tener las niñas-adolescentes de conocer sus derechos, conocer sobre la sexualidad, abandono, familias disfuncionales, migración de la provincia a la ciudad, se vuelven vulnerables para pasar a víctimas de abuso y violencia.

De acuerdo al Ministerio de Salud Pública (2005) indica que la violencia sexual la consideran como todo comportamiento que ponga en peligro la libertad sexual de las personas, siendo una manifestación común de violencia basada en género, específicamente contra la mujer; ya se con un acto de chantaje, amenaza emocional o física para penetrar o tener algún contacto sexual”.

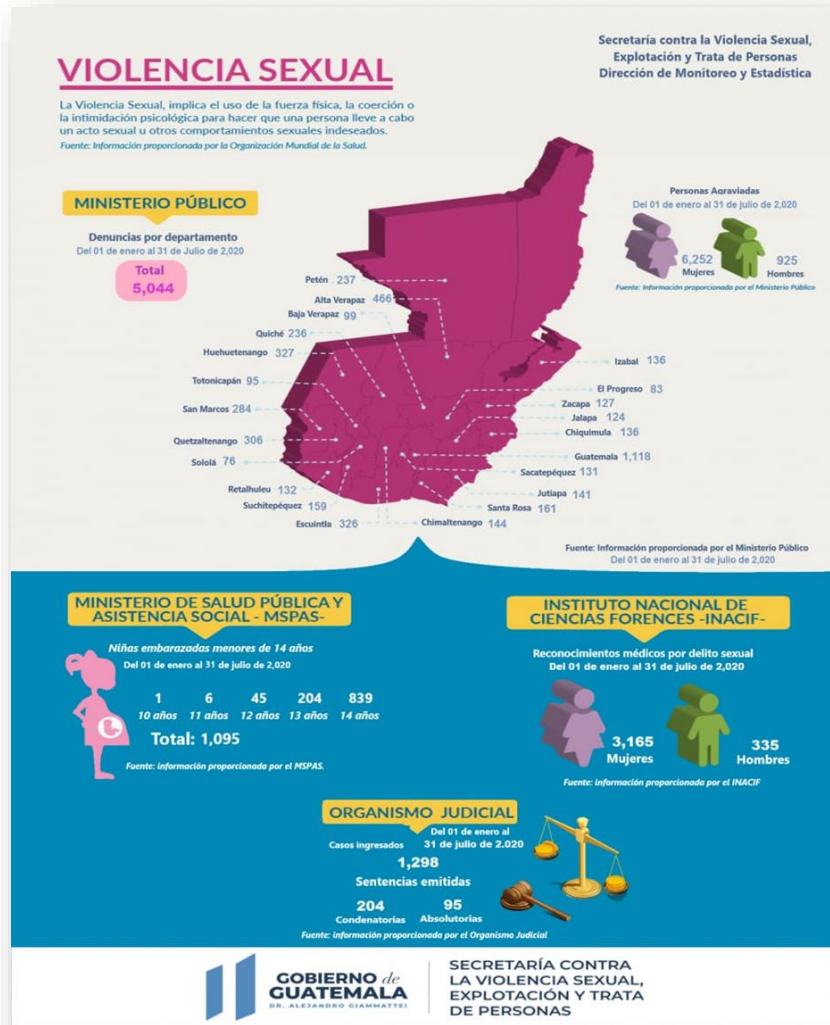
La violencia sexual es un delito en Guatemala, con alta incidencia, formando un problema social grave influyendo en otros fenómenos y sectores de la sociedad, sus víctimas no contemplan distinción de edad, sexo, condición social, grupo lingüístico o nivel educativo, entre otros, por lo que cualquier persona es vulnerable y susceptible de ser víctima.

De acuerdo al SVET y la SBS, la Violación, es un delito cuando lo comete una persona que violenta física o psicológicamente a otra persona y teniendo acceso carnal, vaginal, anal o bucal con otra persona introduciéndole cualquier parte del cuerpo o un objeto por cualquier vía ya mencionada, obligando al niño o niña, convirtiéndose en víctima y que sea menor de 14 años con incapacidad cognitiva o volitiva, con o sin consentimiento, es un delito.

Por lo general el incesto o violencia nos encontramos en entornos o situaciones donde su factor de riesgo es porque existe separaciones entre padres y queda solo el padre a cargo, divorcios conflictivos, donde la madre sale a trabajar y durante esa estancia la persona agresora ya sea el padre, hermano, tío, padrastro toma el poder sobre la víctima. Se encuentra entonces una violencia de género quedando varios tipos de violencia psicológica, física, sexual y por negligencia.

En la siguiente imagen que es una de las más actualizadas del 01 enero al 31 de julio de 2020, podemos ver que la SVET informa que hay 6,252 mujeres violadas sexualmente, y que en el caso de niñas embarazadas menores de 14 años hay un total de 1,095.

## Imagen No. 6 Violencia Sexual



Fuente: Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas, SVET

De acuerdo con la Dra. Gioconda Batres (2010); el incesto es toda agresión de tipo sexual ya sea en forma indirecta o directa entre un niño o una niña y un adulto con quien mantenga lazos de amistad, confianza, afecto, parentesco o cuidado sanguíneo, de una manera inadecuada afectando física, emocional, y psicológicamente, teniendo cuidados inadecuados a los niños.

Hay varios mitos que se dice del incesto, pero podemos mencionar que por lo general el incesto y el abuso sexual puede ocurrir en familias de todas las clases sociales y en todos los niveles de educación, siendo un mito donde se dice que el incesto y abuso solo ocurre en familias pobres y sin educación.

También se puede decir entre los mitos que el incesto solo ocurre entre enfermos mentales, lo que la realidad indica que la mayoría de estos agresores son personas que no tienen patologías mentales y que por lo general son personas apreciadas socialmente.

Otro mito es que el incesto es una fantasía infantil, la realidad es que la niña-adolescente no fantasea sobre acontecimientos dolorosos y que no son vivenciales.

También otro mito es que las/os niñas/os son responsables del abuso sexual e incesto. Y la realidad es que el acto abusivo es responsabilidad del adulto. Los niños/as tanto por su edad, dependencia, sus pocos conocimientos y falta de poder no tienen la capacidad de detener el acto del abuso ya que es desigual de poder. (Batres, G. 2017)

## 2.2. Signos y Síntomas de la Violencia Sexual e Incesto

En algunos casos, se tendrá solo el testimonio de la menor de manera verbal o llamada revelación de los hechos, lo cual es de suma importancia darle valor a su palabra, es muy importante tener una escucha atenta como una herramienta indispensable para poder manejar correctamente el problema. Se encuentran indicadores sospechosos en el momento de la anamnesis para explorar toda la información y llevar a un diagnóstico de sospecha, luego de un diagnóstico diferencial y tratamiento adecuado.

Cuando existe una violencia sexual o incesto por lo general presentan secuelas de desconfianza, miedo, hostilidad hacia la familia si se encuentra el agresor en ella, vergüenza, ansiedad, culpa, huida de la casa, ingerir drogas o alcohol, depresión, disfunciones sexuales, mayor incidencia en los embarazos tempranos, infecciones de transmisión sexual.



En el área física podemos encontrar lesiones en el cuerpo como rasgaduras, heridas en las áreas genitales, abortos espontáneos, dolores crónicos de origen desconocido, desórdenes alimenticios, alteración del sueño, dolores de cabeza.

En el área emocional: Sentimiento de culpa, vergüenza, impotencia, cambios de conducta, depresión, autoagresión, desánimo, agresividad hacia otras personas, tendencia a cambiarse la ropa y bañarse constantemente, llantos incontrolados, desconfianza, inseguridad, pérdida de deseos de vivir, abuso de drogas, síndrome de estrés postraumático, conductas sexualizadas, aislamiento, pesadillas, conductas desafiantes.

En caso de niñas aparecen infecciones en el tracto urinario, picazón e inflamación genital, residuos de lubricantes en la vagina o ano, dolor frecuente de estómago y garganta, fatiga extrema, actividad sexual no adecuada a su nivel de desarrollo.

Desde muy temprana edad, las niñas por lo general que son víctimas de incesto, se ha realizado estudios de que la mayoría empezaron a ser violentadas desde antes de los 9 años. Muchas de las personas en edad adulta no recuerdan desde que edad inician siendo violentadas, ya sea porque la violencia o incesto fue desde muy pequeña o bien porque tiene un efecto postraumático que impide recuerde cuando fue violada sexualmente la víctima.

El incesto por lo general se da por varios años, y va unido al secreto del delito por parte de la víctima ya que son amenazadas las niñas-adolescentes y no dicen nada temiendo que no les van a tener credibilidad en sus declaraciones y denuncias.

Las adolescentes adoptan medidas de alto riesgo, juegos extremos, multiplicidad de parejas sexuales, deserción escolar, actividades temerarias.

### 2.3. ¿Quiénes son los agresores sexuales?

La Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas, indican que los agresores tienen relación por lo general con la víctima. El perfil de los agresores, ya que se ha identificado que en el 50% de los casos, el agresor ha resultado ser un pariente o familiar cercano con un vínculo afectivo previamente establecido con la víctima, tales como padres, tíos, hermanos, primos, abuelos, padrastros y novios son denominado “violador con abuso de estima y poder” por ser un pariente cercano que se vale de su relación familiar para iniciar actos de violencia la cual es continua.

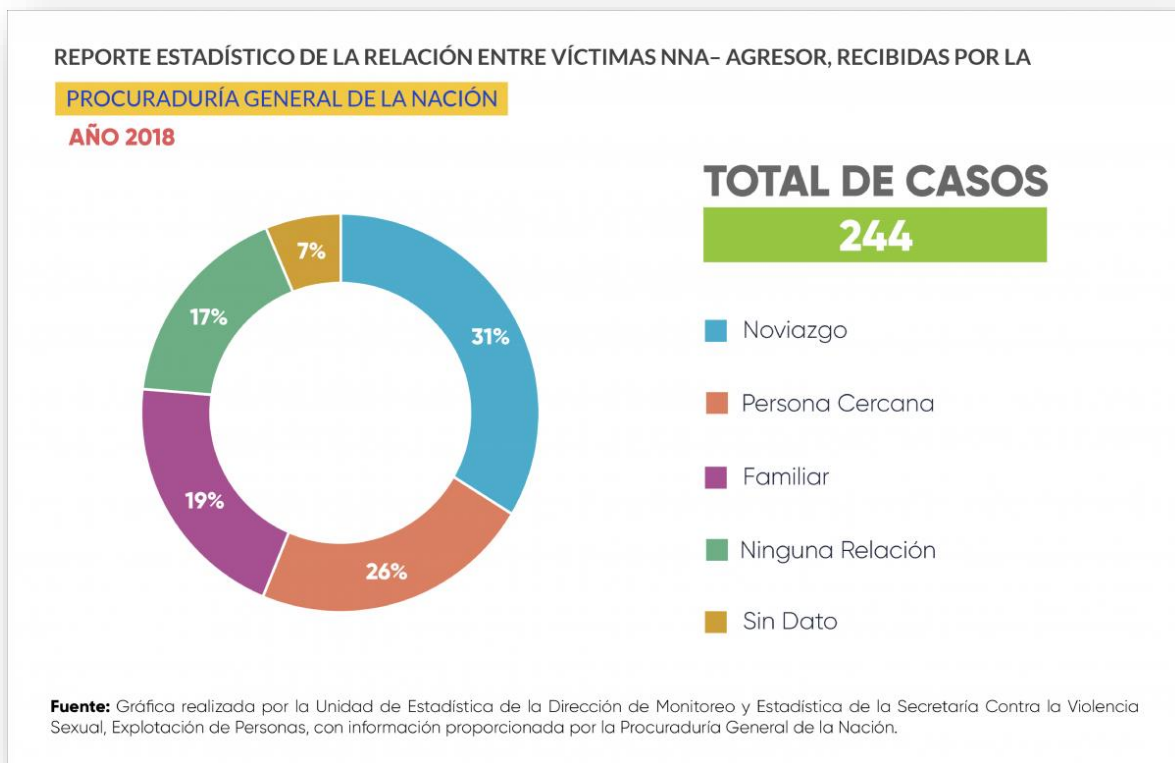
En el 26% de los casos, los agresores son conocidos de la víctima, tales como amigos, vecinos, líderes comunitarios y pastores, entre otros; este tipo de agresor es denominado “violador con confianza” ya que casi siempre es alguien que la víctima conoce y rara vez amenaza con violencia.

El restante 17% coloca a los agresores como personas totalmente extrañas, es decir desconocidos quienes aprovechan la oportunidad para atacar sexualmente a las víctimas, este tipo de agresor es denominado “violador con coraje”, típicamente es un extraño y ataca a su víctima utilizando armas sin temor a lastimar o matar.

El restante 7% coloca a los agresores sin datos, ya que las víctimas no han brindado esa información.

## Imagen No. 7

### Reporte Estadístico de la relación entre víctimas NNA-Agresor, recibidas por la PGN



Fuente: Unidad de Estadísticas de la Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de personas.

Los agresores utilizan varias estrategias, se acercan a las niñas en algunos casos en internet, salas de juego, así seleccionando a la menor para poder abordarla y seducirla.

Lo primero es que se ganan la confianza de la niña-adolescente, apoyándola, aprovechándose de su ingenuidad, ganándose el aprecio de la víctima ya sea con regalos o dinero, ya que por lo general son víctimas que presentan problemas económicos.

En algunos casos los agresores se acercan cuando los van a traer al colegio, seduciendo a la víctima, llevándolas a pasear, a discotecas y por medio virtual que también lo aplican para acercarse hacia

la víctima que por lo general es vulnerable por encontrarse falta de afecto y atención hacia ellas mismas.

Podemos decir que cualquier agresor infantil lo podemos encontrar en cualquier lado, principalmente en el hogar, una iglesia, maestros, y otros, los cuales utilizan el mismo método de manipulación hacia la víctima.

En el caso de los agresores familiares, por lo general utilizan el chantaje y la amenaza, el secreto guardado. Recordemos que por lo general un perpetrador suele ser una persona muy cercana a la niña-adolescente y que utiliza frases como: “Si dices algo tú mamá ya no te va a querer”, “Este es un secreto entre tú y yo”, “Si dices algo voy a lastimar a tu hermano o hermana o a tus padres”.

#### 2.4. Efectos Psicológicos y somáticos de la agresión por violencia e incesto

Al realizar una evaluación psicológica o análisis de tipo forense se debe dar un tiempo para que se haga manifiesto el daño psicológico por parte de la víctima, y se ven reflejados en cambios de conducta de la niña-adolescente. Se llega a manifestar el daño cuando la niña-adolescente comprende lo que vivió y la mala intención del agresor. Al lograr comprender y analizar lo sucedido es cuando aparecen las secuelas psicológicas, donde muestran conductas de riesgo, autolesivas y depresión como otras que se mencionaran.

En el caso de tener complicaciones psicológicas en las niñas/adolescentes podemos mencionar entre los indicadores que pueden presentar se pueden encontrar:

Nivel emocional/psicológico:

Fácilmente las niñas-adolescentes víctimas se molestan y tiene dificultades para autocontrolarse.

Problemas para describir sus emociones y experiencias internas.

Dificultad para identificarse consigo mismas.

Problemas para comunicar sus necesidades diarias.

Desórdenes alimenticios

Disociación

Culpa

Depresión

Ansiedad

Vergüenza

Miedo a ser rechazadas socialmente: por lo general las niñas-madres se sienten criticadas y tienden a aislarse de grupos y mantenerse más en casa que conviviendo socialmente.

Algunas o la mayoría de las niñas-adolescentes-madres para poder resistir y ser sobrevivientes utilizan varios mecanismos algunos positivos y en otros casos destructivos.

Entre los mecanismos empleados por algunas víctimas sobrevivientes podemos mencionar:

Minimizar

Racionalizar

Negar

Olvidar

Disociar

Nivel físico:

Problemas para desarrollar funciones sensomotoras.

Hipersensibilidad al contacto físico

Quejas somáticas

Incremento de problemas médicos

Problemas de balance y coordinación

Moretones y lesiones ocultas en el cuerpo

Nivel social podemos encontrar en las niñas-adolescentes;

Problemas de confianza con otras personas

Sentirse rechazadas socialmente y apartadas por la comunidad y entidad educativa

Dificultades interpersonales y aislamiento social

Desesperanza de aceptación

Posible mortalidad de las niñas-madres si no hay un control prenatal, y que al dar a luz corran riesgo tanto ellas como los bebe

Embarazos de alto riesgo, por el bajo desarrollo de niñas-adolescentes

Sangrado o goteo intermenstrual

Nivel cognitivo, que va asociado al psicológico, dependiendo de la edad de su desarrollo:

Déficit de atención en cualquier momento

Dificultad de procesamiento de información

Dificultad de aprendizaje

Problemas con el desarrollo del lenguaje en algunas niñas.

Humillaciones, traiciones y soledad

Pueden llegar a somatizar cualquier dolor corporal como dolor de cabeza, malestares estomacales frecuentes, infecciones urinarias dolorosas, cansancio exagerado, que no pueden dormir, pesadillas, estrés, dolor de espalda, taquicardia, falta de aire, fiebres. De acuerdo a Bass y Davis (1988) indican que las personas que han sido víctimas de abuso o violencia sexual presentan conductas autodestructivas y de autocastigo.

## 2.5. ¿Qué instancias intervienen en la aceptación y acompañamiento de la víctima?

Sabemos que existen casos de niñas-adolescentes madres, víctimas de situaciones de violencia e incesto, siendo que a nivel de área rural son más vulnerables y que muchas de ellas viven situaciones de desprotección, pobreza, problemas de salud las cuales las ponen en riesgo con sus derechos.

A nivel departamental, municipal podemos encontrar varias instancias que colaboran y son parte indispensables como actores inmediatos para dar acompañamiento, guía, orientación, protección, seguimiento, seguridad, ya que se trata de dar ambientes protectores donde las sobrevivientes sean protegidas por el Estado, gobierno, sector privado, municipal donde se cumpla el trabajo para asegurar a todas estas niñas-adolescentes-madres, protegiéndolas contra la violencia, en sus diferentes manifestaciones.

Todos los ambientes protectores son los distintos lugares donde las niñas-adolescentes-madres se desarrollan, tanto en su hogar, escuela, comunidades, iglesias y trabajos.

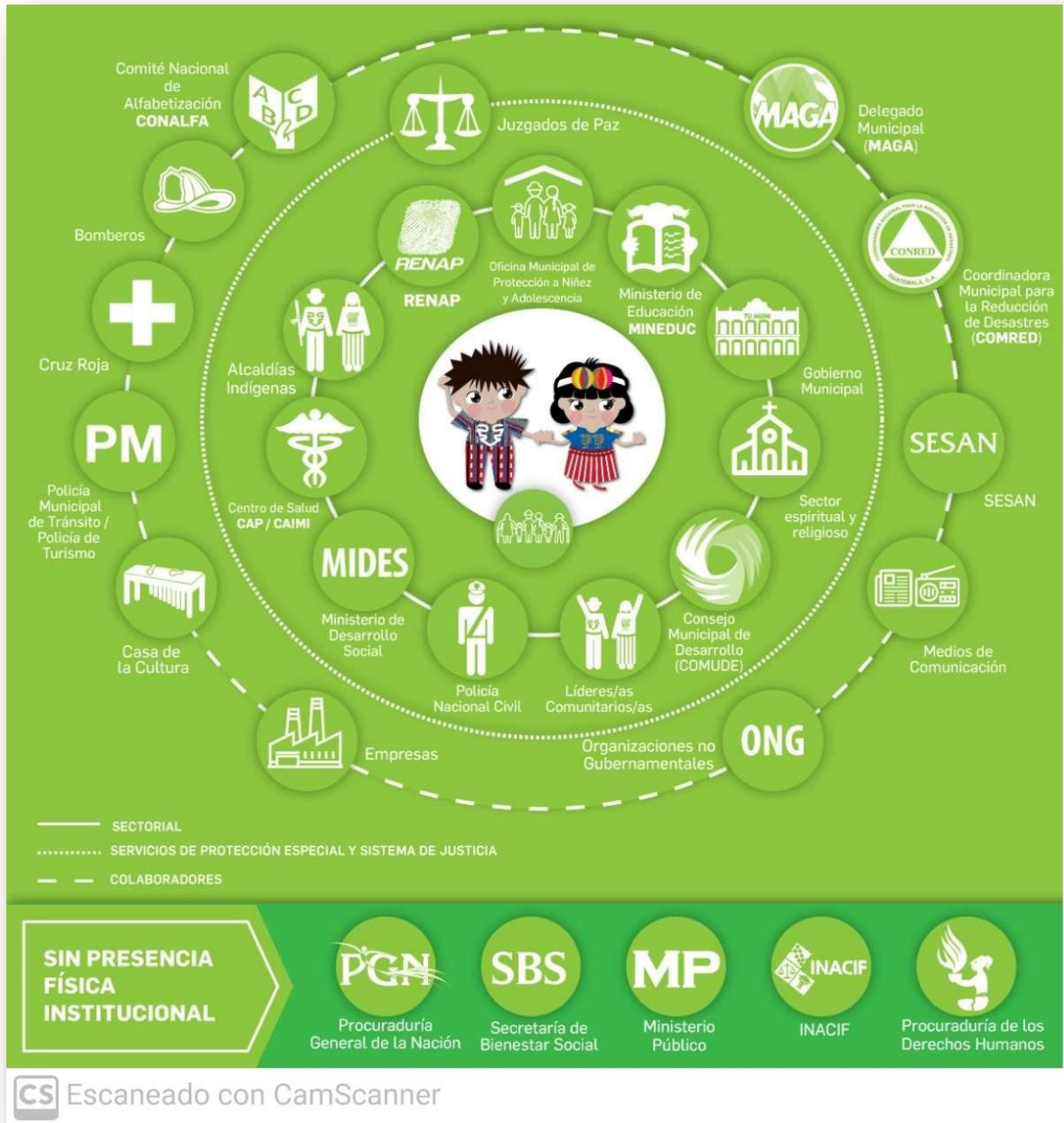
Se llega a convertir en un sistema de protección cuando todos los adultos e instituciones se unen con sus esfuerzos para un mismo objetivo que es el proteger a todas estas niñas-madres ya sea previniendo la violencia o atendiendo de manera coordinada a quienes han sido víctimas. Por lo que el Sistema de Protección es la coordinación entre varias instituciones y actores locales en el municipio, garantizando la prevención de la violencia hacia la niñez-adolescencia y la restitución de sus derechos. Para ello utilizamos las rutas de derivación al Sistema comunitario, departamental y municipal, tomando en cuenta todos los aspectos, como opinión, identidad, edad, género de niñas y adolescentes.

Este sistema de trabajo se logra llevar a cabo con alianza de Refugio de la Niñez a nivel de todo Izabal, siendo uno de los aliados más fuertes para el mejor desarrollo de seguimiento de casos.

A continuación, se observa una gráfica de todos los actores que forman parte de esta organización de protección hacia las niñas-adolescentes-madres.

## Imagen No. 8

### Sistema de protección a niños y adolescentes Municipal



Fuente: Refugio de la Niñez y la Municipalidad. OMPNA



El Primer círculo pertenece a instituciones que apoyan a la niñez, adolescentes, familias para la protección, prevención, detección y atención, entre ellas está la Oficina Municipal de Protección a la Niñez y Adolescencia -OMPNA-, perteneciente a la municipalidad, siendo el contacto más cercano con la población, trabaja de la mano con otros entes o actores, que apoyan convocando y formando así una RED DE PROTECCIÓN que lo integran además el Centro de Salud, Renap, Delegado Municipal del MIDES, Policía Nacional Civil -PNC-, Líderes comunitarios, Consejo Municipal de Desarrollo -COMUDE-, Ministerio de Educación -MINEDUC-, Sector Religioso, Gobierno Municipal y Alcaldías Indígenas.

En el Segundo círculo se encuentran todas las instancias del Sistema de Justicia y Servicios de Protección, entre estos los Juzgados de Paz, Ministerio Público -MP-, la Procuraduría General de la Nación -PGN-, Secretaría de Bienestar Social -SBS-, Instituto Nacional de Ciencias Forenses -INACIF-.

El tercer círculo está formado por instituciones que colaboran e intervienen en proyectos de intervención para la prevención contra la violencia, colaborando con la detección de casos, como son los bomberos, Cruz Roja, Coordinadora Municipal de Reducción de Desastres -COMRED-, Delegado Municipal de la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional -SESAN-, Medios de comunicación, Organizaciones no gubernamentales -ONGs-. Casa de la Cultura, Conalfa, MAGa, Medios de Comunicación.

En lo que respecta también a la evaluación psicológica se hace por medio de una entrevista que es semiestructurada, donde el equipo de psicología forense del INACIF requiere los documentos que el MP ha contemplado y evaluado.

La declaración que se toma a la agraviada y si hubiera de testigos, así como el dictamen de la evaluación médica permitirá al entrevistador analizar el caso de la mejor manera, valorar el relato y emitir conclusiones con objetividad. Se recomienda que la evaluación se realice en una sola sesión.

De acuerdo a la Psicóloga de Inacif Central Licda. Mata indica que “La función es recoger información con base a las preguntas que se realizan y observar emocionalmente el lenguaje verbal y no verbal de la persona al momento de la entrevista”.

Se realiza un dictamen a nivel psicológico, terminando el proceso con la participación en un debate, donde los colegas psicólogos explican el informe obtenido. En el debate establecen si es válido el informe. Se debe sugerir si la sobreviviente amerita el tratamiento psicológico. Actualmente laboran como 50 psicólogos forenses dando atención a víctimas en distintas sedes del INACIF en el territorio nacional.

## **Capítulo 3**

### **Niñas de 11-13 años en área rural**

#### **3.1. Pubertad**

La pubertad son cambios a nivel corporal que se producen debido a las hormonas sexuales (testosterona, progesterona y estrógeno), influyendo los aspectos genéticos individuales la alimentación.

La pubertad comienza antes de lo que los padres están preparados, se le puede ayudar en estos cambios conversando con ellas.

Las niñas suelen entrar en la pubertad entre los 8 a 13 años de edad. Se van desarrollando los botones mamarios, unos bultitos debajo del pezón, área que se pone sensible y adolorida.

Los signos visibles de la pubertad comienzan con la maduración sexual. En las mujeres se da un estirón siendo el primer signo de la pubertad. Luego se empiezan a desarrollar los senos, apareciendo vello púbico y axilar.

Otro factor es que tienen una secreción vaginal leve a moderada de color transparente que se inicia unos 6 a 12 meses antes de su primera menstruación, aquí es un inicio de niveles de estrógeno. Se puede acompañar de dolores abdominales durante los períodos menstruales cuando ya se van desarrollando y con probable fertilidad.

Se da la menarquía que es el primer ciclo menstrual, ocurriendo por lo general un año más tarde entre los 12 ½ y 13 años, aunque difieren en edades para los cambios de la pubertad. Sus caderas se van anchando y se afirma su cintura.

Se da también el acné, que se pueden dar por los cambios a niveles hormonales. Existe transpiración de las axilas, aumento de olor corporal.

No necesariamente con la menstruación significa que una niña-adolescente esté en condiciones biológicas de procrear.

### 3.2. Cambios psicológicos en el desarrollo de pubertad y adolescencia

A las niñas la maduración temprana les aporta ventajas y desventaja. Una niña que madura pronto puede ser admirada por sus compañeras, y en algunos casos puede ser objeto sexual para algunos de los compañeros y así dañar psicológicamente a las niñas. (Clausen,1075).

En esta etapa del desarrollo se dan varios cambios, los cuales a veces no son bien aceptados, producen vergüenza, temor, irritabilidad, problemas para dormir, tristeza inexplicable, con menos confianza en sí misma, problemas para tomar decisiones, no aceptarse con los cambios que está pasando, malhumor, desesperación, estrés.

También pueden presentar agresividad, rebeldía, aislamiento, cambios en los estados de ánimo, en unos momentos están con depresiones, enojos y en un momento presentan felicidad. Así como también sienten la necesidad de sentirse valorados y admirados en los grupos donde pertenecen. Buscan libertad e independencia, cuestionan las órdenes de sus padres, buscan más a sus amigos(as) o pareja. Así mismo, empiezan a sentir atracción erótico-afectiva y tener amores platónicos.

Todos estos cambios hormonales son normales y los hacen sentir en crisis con el mundo que las rodea. Por ende, es bueno y necesario platicar con las niñas al respecto de todos estos cambios y tratar de estar a gusto con su cuerpo que está transformándose y cambiando. Es muy importante hacer ver que no conviene hacer dietas en caso de que aumenta el peso, ya que todo tiene su desarrollo de acuerdo a su condición física y genética. La salud debe estar balanceada para un buen desarrollo y crecimiento.

En nuestras comunidades a nivel rural, se llevan pláticas a las madres para que preparen a sus niñas y les hablen al respecto de los cambios que tendrán, al mismo tiempo se dan talleres educativos a

las niñas para que conozcan los cambios que tendrán y estén preparadas, rompiendo el tabú de no hablar en casa nada al respecto.

A nivel municipal y departamental existen instituciones las cuales ayudan y dan pláticas y preparan a las niñas en estos momentos, como SVET, MIDES, REFUGIO DE LA NIÑEZ, que constantemente están realizando visitas a las comunidades para ver necesidades y ayuda a las niñas-adolescentes y madres jóvenes.

### 3.3. ¿Cómo es la educación preventiva de las niñas en áreas rurales?

Si se previene a edades más tempranas se tiene por lo general resultados más efectivos. En el caso de PLANEA y el Consejo Nacional de la Juventud del año 2013-2017, realizaron varias acciones preventivas sobre el embarazo en adolescentes de 15-19 años, ampliando dicha prevención de 10-14 años, tomando en cuenta mandatos legales y marcos institucionales.

Prevenir los matrimonios y uniones tempranas, la violencia y el abuso sexual por medio de la Educación Integral Sexual (EIS), en las escuelas y de acuerdo a su edad, se hace muy necesario y comprensible, haciendo consciencia a nivel educativo y familiar.

Lamentablemente en nuestro medio rural, muchas veces esta EIS no la pueden aplicar, ya que algunas comunidades la población todavía es con una cultura patriarcal, y no se pueden tocar los temas ya que a los padres no les agrada que hablen de temas de sexualidad. Actualmente en algunas comunidades, se logra el apoyo de los COCODES para que se pueda dar talleres en forma general en las escuelas o institutos.

Es necesario y urgente que se tome en cuenta la educación integral en sexualidad EIS, ya que garantiza a niñas, adolescentes y jóvenes, dándoles la oportunidad de aprender varios conocimientos, habilidades, actitudes y valores que ayudaran para tomar decisiones asertivas en su vida y sexualidad; basándose en los enfoques de género y derechos humanos. Es bueno unificarse entre sectores de salud, sociedad civil, educación, redes de protección, actores gubernamentales,

organizaciones juveniles, familias y medios de comunicación para dar un seguimiento e implementación de todo este tipo de EIS.

Cuando trabajamos con un enfoque de género nos ayuda a mejorar la calidad de comprensión, siendo otra de las formas de prevención ya que es una manera de prever y generar una postura más abierta y dinámica positiva. El enfoque de género sensitivo, nos puede ayudar como una herramienta de trabajo, para poder analizar todas las variables sexo y género, que permite identificar la condición de género de hombres y las mujeres en una sociedad. Nos ayuda a poder detectar y reconocer causas o problemas que se dan a nivel social.

Podemos decir que el ambiente en que una niña-adolescente se desarrolla y desenvuelve, afecta en su vida a nivel personal y en el caso de la prevención de embarazos es muy importante desarrollar varias acciones que empoderen a estas niñas-adolescentes con planes de vida que repercutirá en tener mejor calidad en su vida y en la sociedad.

Se trata de constituir un lugar determinado y seguro para las sobrevivientes, desarrollando una vida intelectual, emocional y social donde tengan espacios seguros para su convivencia y aprendizaje, brindando una educación integral en sexualidad de manera estratégica para la prevención de embarazos.

Encontramos que en áreas rurales tanto la comunidad y sociedad tienen bajas oportunidades, se ven afectados en ausencia de servicios de salud, educación, y con mucha violencia, por lo que todas las redes de soporte y protección social son necesarias para tener esta intervención y ayudar a tener un mejor desarrollo en su vida a nivel sexual.

A nivel departamental y municipal nos organizamos para brindar protección especial a niñez y adolescencia sobrevivientes y no sobrevivientes, las que mantienen un proceso de desarrollo donde su formación es sana y completa. Realizamos a nivel municipal acciones de prevención y respuesta frente a la violencia, explotación, abuso y violencia de las cuales pueden ser víctimas las niñas y adolescentes.

### 3.4. Derechos de la Niñez

Sabemos que existen casos de niñas-adolescentes madres, víctimas de situaciones de violencia e incesto, siendo que a nivel de área rural son más vulnerables y que muchas de ellas viven situaciones de desprotección, pobreza, problemas de salud las cuales las ponen en riesgo con sus derechos.

Estos derechos están establecidos en la Convención sobre los Derechos del Niño, la Ley de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia y otras leyes del país. Fue aprobada el 20 de noviembre de 1959.

En 1954, cinco años antes, la Asamblea General de Naciones Unidas recomendó que en todos los países se instituyera el Día Universal del niño, lo cual en algunos países quedó esa fecha y en otros hicieron cambio.

El principal objetivo de los Derechos del Niño es que los niños puedan tener una infancia feliz, y que todos reconozcan los derechos y luchen porque se cumplan. Luego el 20 de noviembre de 1989 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la convención de los Derechos del niño (CDN), reconocido como el primer instrumento internacional que reconoce a niños, niñas como agentes sociales y como titulares activos de sus propios derechos.

Todo gobierno tiene la obligación y responsabilidad de aplicarlo, tanto los padres, profesores, profesionales de la salud y los propios niños y niñas. Por lo que estos derechos fueron ratificados por el Estado de Guatemala a través del decreto 27-90 del Congreso de la República y entró en vigencia el 10 de mayo de 1990, convirtiéndose en ley y nuestro Estado Guatemalteco se comprometió a adoptar todas las medidas legislativas y administrativas para garantizar dichos derechos.

Los derechos del niño y niña diez, son

Principio 1: Derecho a la igualdad: Todos niños, niñas tienen derecho a que se cumplan los derechos de la Declaratoria. No se les discriminará por ningún motivo de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición, ya sea del propio niño o de su familia.

Principio 2: Derecho a tener un nombre: Todo niño(a) gozará de una protección, de oportunidades y servicios, extendida por la ley y otros medios, para que se puedan desarrollar en forma física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Tiene derecho desde su nacimiento a un nombre y nacionalidad.

Principio 3: Derecho a tener una familia: Tienen derecho a tener amor de los padres y de la sociedad.

Principio 4: Derecho a tener un hogar: Gozarán de los beneficios de la seguridad social. Tendrán derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a bebé como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. Niños y niñas tendrán derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

Principio 5: Derecho al cuidado especial: Todo niño(a) con un impedimento social, físico o mental debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiere su caso.

Principio 6: Derecho a la salud: Para que el niño desarrolle su personalidad en armonía necesita de amor y comprensión. Por lo que deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y en un ambiente de afecto, seguridad moral y material, salvo situaciones excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre.



La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia. Para el mantenimiento de los hijos de familias numerosas conviene conceder subsidios estatales o de otra índole.

Principio 7: Derecho a la educación: Tienen derecho a recibir educación, gratuita y obligatoria en las etapas elementales. Favoreciendo su cultura y le permita tener condiciones de igualdad de oportunidades, tener un buen desarrollo en aptitudes, juicio individual y sentido de responsabilidad moral y social sintiéndose útil en la sociedad.

Toda responsabilidad de educar es de los padres. Todos los niños(as) deben disfrutar de juegos y recreaciones, orientados hacia los fines perseguidos por la educación; por la sociedad y autoridades públicas esforzándose por promover el goce de este derecho.

Principio 8: Derecho a la alimentación: En todas las situaciones deben ser los primeros que reciban protección y socorro alimentaria.

Principio 9: Derecho a no trabajar: A todo niño(a) se le debe proteger de abandono, crueldad y explotación. No obligarlo a trabajar que lo pueda perjudicar en su salud o educación, físico mental o moral o cualquier tipo de trata, que lo exponga en peligro.

Principio 10: Derecho a jugar: Se debe proteger de la discriminación racial, religiosa o de cualquier índole. Se debe educar en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre pueblos, paz y fraternidad y tener actividades recreativas.

### 3.5. Tratamiento de Terapia Género-Sensitiva

Como terapeutas debemos desarrollar diferentes habilidades clínicas para llegar a comprender los conflictos y a la vez ayudar a las niñas-adolescentes sobrevivientes a que se protejan, que se empoderen y desarrollen redes internas y externas de apoyo saludables. (Batres, G. 2016).

La base para la terapia género sensitiva la encontramos en el reconocer los efectos dañinos de la sociedad sexista en la que vivimos constantemente. Podemos ver que hay conflictos en la opresión de las niñas-adolescentes y mujeres basadas en el género, así como la clase y raza, baja autoestima y falta de poder.

Se toma como base la terapia género sensitiva ya que se encuentran respuestas y funcionalidad en su tratamiento. Incluye el cambio de paradigmas, mitos y creencias básicas de las personas. Esta terapia explora con sus pacientes las contradicciones inherentes en los roles sociales prescritos para las mujeres, en este caso con las niñas y adolescentes. Se trata de un abordaje basado en el género, así como las secuelas en las personas traumatizadas por la violencia sexual, su énfasis y su estructura es una división en terapia dada en tres fases, modalidad propuesta desde Pierre Janet, (1889), utilizada con modificaciones que no cambian su esencia sino facilitan su abordaje con este tipo de población.

Como es una terapia sensible al género el objetivo principal es ayudar y contribuir en sanar las mutiladas vidas de las niñas-adolescentes-madres quienes han vivido un abuso, una violencia; ofreciéndoles una oportunidad más allá de dolor y desesperanza que realmente este crimen de poder ha provocado en sus vidas. Se alerta a todas aquellas personas para que se aplique este tipo de modalidad terapéutica que permitirá hacer un trabajo con la mayor seguridad posible y que ha sido valorizado y enriquecido como la terapeuta Judith Herman (1997).

De acuerdo a Judith Herman (1992), indica que la elaboración de defensas disociativas son las formas más importantes de adaptación en el desarrollo de la identidad fragmentada y el regular los estados emocionales que han sido violentados.

El tratamiento que se le brinda a las sobrevivientes de incesto y abuso sexual se da en tres etapas, de aquí que es un modelo trifásico que lleva y trabaja en terapia grupal y la individual para reafirmar el trabajo realizado en grupo. En la primera etapa es la llamada Seguridad hoy; siendo la meta principal y primordial en el tratamiento. La protección que se brinde debe ser inmediata para que el abuso no siga ocurriendo (Courtois;1988).

Es importante la estabilización del ambiente, el trabajo con la familia, especialmente con la madre, se unen con el trabajo clínico ayudando así a una intervención terapéutica positiva.

El tratamiento está presentado en un Manual de Tratamiento para adolescentes víctimas de abuso sexual, de igual manera se aplicaría el Manual para el Tratamiento Grupal del Incesto y el Abuso Sexual Infantil de la Doctora Gioconda Batres Méndez, pues se trata de una terapia especializada con perspectiva de género y de derechos humanos cuyo proceso terapéutico se lleva a cabo en tres etapas. (Herman, 1992; Batres, 1997). Obteniéndose mejores resultados si se trabaja unida la teoría, práctica y destrezas terapéuticos. A las pacientes se les ayuda a entender las fuentes de opresión por medio de un cuidadoso análisis de los roles sexuales y a acercarse a la filosofía de las teorías de género, para ayudarlas a conceptualizar alternativas, más cuando son sobrevivientes niñas-adolescentes-madres en conflicto. En el Libro Del Ultraje a la Esperanza podemos decir que es la base central de los manuales para dar tratamiento a las mujeres adultas, adolescentes, niños y niñas que son víctimas de abuso sexual. (Batres, 1997, 1998, 2002, 2008).

El trabajo de las terapeutas en esta terapia es apoyar a las mujeres en una exploración de sus recursos internos y la capacidad de cuidado y autocuración, las incentivan para proponerse metas individuales trascendiendo el estereotipo de los roles sexuales, motivan a mejor vida, orientan sexualmente.

Este modelo es psicoeducador ya que las pacientes son aprendices en vez de que se sientan enfermas, la terapeuta se convierte en facilitadora durante el proceso de cambio, se identifican áreas problema, se plantean metas, se evalúa el desarrollo del tratamiento entre paciente y terapeuta y estas técnicas también ayudan a las mujeres a reestructurar sus creencias sobre sí mismas como grupo, y sobre sus situaciones.

En lo que respecta a las terapeutas género sensitivas su trabajo en desmitificar la relación de poder inherente en cualquier situación terapéutica. La terapeuta debe tener criterio amplio y ser abierta sobre sus propios valores y actitudes. La relación entre terapeuta-paciente por lo general debe ser acordada por las terapeutas por medio de verbalización terapéutica, la forma de contestar preguntas,

hablar de su postura política frente a todo lo que se refiere a las mujeres. (Batres, 1997). Al trabajar con esta terapia estamos incidiendo en la vida de las mujeres y ayudamos con los cambios sociales por la igualdad.

Debemos de recordar que las terapeutas género sensitivas tienen una gran responsabilidad de buscar su propia terapia o supervisión profesional cuando les ayude a evitar interferir con el proceso de cambio que tengan sus pacientes.

El tener pacientes mujeres con terapeutas mujeres es casi siempre la mejor opción terapéutica para las mujeres, aplicando tanto el acercamiento individual como el grupal para las terapias.

El trabajar con el modelo de grupo permite que:

- Validar las fortalezas de las demás
- Desarrollar sistemas de apoyo mutuos
- Romper su aislamiento la una de la otra
- Ayudarse las unas a las otras a percibir diversas posibilidades de crecimiento.

Las terapeutas género sensitivas tienen que tener la facilidad para modelar los roles a las pacientes principalmente a las sobrevivientes que son las madres en conflicto, tener empatía con ellas, por la misma experiencia de ser mujer.

Las sobrevivientes en este caso las madres en conflicto, por haber sido víctimas de violencia sexual, tienden a perder sus capacidades básicas para la confianza, autonomía, iniciativa, competencia, identidad e intimidad. (Herman, 1992; Batres, 1997). Por tanto, la recuperación debe atravesar tres etapas para garantizar el proceso y la seguridad de la paciente. Al igual que Herman, la Dra. Batres, dividió la recuperación en tres fases, que, aunque se traslapen entre sí, a pesar de ello su función operativa es de inigualable valor.

Las sobrevivientes que por lo general están traumatizadas y presentan una comorbilidad grave y compleja, lo que se debe tomar en cuenta para el tratamiento; también se tratan temas complejos

por lo que es muy importante que la terapeuta vigile los signos del déficit atencional y que trabaje de la mano de la paciente para observar reacciones emocionales y facilitar recursos de apoyo y mecanismos de su seguridad.

Las tres etapas del Modelo Trifásico se trabajan de la siguiente manera:

- Primera etapa: Seguridad hoy

Es la fase más prolongada y la más importante para lograr el éxito, trata de conseguir que la sobreviviente obtenga el poder y el control que perdió al ser traumatizada. Se trabaja la motivación, el consentimiento informado, educación sobre lo que es psicoterapia y la forma en que participará la paciente. Se trabaja también el malestar emocional, los impulsos suicidas y el aislamiento. Se les enseña a manejar crisis depresivas y la capacidad para la respuesta a su control real. También se abordan todos aquellos estados Re experiencias intusivas y disociaciones. Este proceso a veces sufre altibajos por el obstáculo que tiene la sobreviviente para confiar en otros seres humanos. Se debe trabajar mucho la confianza, el terapeuta debe ser directivo, pero con flexibilidad para lograr una relación horizontal en lugar de vertical e intervenir para proteger, si violar la autonomía (Batres, 1998). Es muy importante construir relaciones con otros y crear redes de apoyo, ya que es importante en esta fase por seguridad y confianza.

- Segunda etapa: Recuerdo y duelo

En esta fase se explora la memoria traumática, la auto reflexión segura, discusión de memorias traumáticas, reacciones asociadas y una elaboración progresiva autobiográfica narrada. En lugar de disociar emociones, tiene que re -asociar, aceptando las emociones. El dolor y duelo son la base de esta fase, se maneja la vergüenza y rabia. Se usan acciones para resolver cual va ser el tipo de relación con sus abusadores, uso de mecanismos de separación, manejar su auto regulación. Es un proceso muy duro por tener que afrontar cada dificultad. En este proceso se le debe apoyar para mantener su nivel de vida, es necesario comprender que la terapia es un aprendizaje que va dirigido a su crecimiento en lugar de sentirse con alguna discapacidad y tener una autoestima positiva.

En la reconstrucción de la historia traumática, romper la amnesia no es difícil, es enfrentar las emociones asociadas y lo que significan estos acontecimientos. Los estudios de memoria traumática, han aclarado sus características y el abordaje traumático que requiere (Van der Kolk, 1996). Se ha determinado que el recuerdo del acontecimiento traumático puede dañar el resto de su vida psíquica. El pasado interfiere en las capacidades y la persona recuerda el trauma; volviéndose una idea fija por no pasarlo a una memoria narrativa. Quedándose con una idea continúa manifestando preocupaciones obsesivas y experiencias somática intensas (Van der Kolk, 1996).

Por el tratamiento y proceso donde se analizan y reconstruyen los pensamientos asociados al abuso sexual, se rompen patrones de silencio y secreto, por lo tanto, la sobreviviente verbaliza lo que tenía en imágenes, sueños, recuerdos intrusivos y sensaciones corporales.

El trabajo de la terapeuta es investigar la historia antes del abuso o violación y la sobreviviente necesita la seguridad que sus experiencias tendrán validación y no serán ignoradas.

La forma de reconstruir el trauma puede ser verbal o en forma escrita, es indispensable hacerlo durante el proceso, ya que la sobreviviente necesita relatar con detalle lo sucedió, con la ayuda del terapeuta, ya que la sobreviviente se sentirá como cuando paso el suceso. La terapeuta debe estar alerta ante pensamientos suicidas o repliegues protectores. (Batres, 1998). Se le debe ayudar a encontrar la dignidad a la sobreviviente al expresar esta denuncia testimonial.

Las sobrevivientes desarrollan síntomas somáticos por lo que a veces es necesario aplicar cierta medicación, que puede ayudar. Esta fase transcurre lentamente ya que los recuerdos vuelven resistente a las sobrevivientes, y más si son niñas-madres en conflicto.

Algunas sobrevivientes intentan sustituir el enojo por el perdón, así creen poder tener cierta compensación en su dolor. Mientras exista el anhelo de victoria, el trauma seguirá ganando terreno en la sobreviviente. (Herman, 1992).

Se supera esta fase cuando ya la sobreviviente no tiene pesadillas, tiene un futuro en su vida y regula su sueño. Avanza en el proceso de madre probablemente.

- Tercera etapa: Reintegración y revaloración

Esta es la última fase de las terapias. Es el desarrollo del deseo y la iniciativa, el cambio de los valores, resurge la alegría y ya fortalece la conexión con los demás.

Aquí es un tiempo donde las disfuncionalidades y patología están en el pasado y la sobreviviente puede mover hacia adelante autorregulándose. (Courtois, Ford, Cloitre, 2009).

En esta fase las sobrevivientes tienen menos culpa y valoran sus fortalezas. Afrontan que lo que pasó es responsabilidad del perpetrador, construyen un sistema de valores personales que las ayuda a procesar el sufrimiento. El pasado se queda, si ha dejado huellas, pero no están en el presente, logran tener una autonomía y valor, ante todo.

En algunos casos se debe dar un proceso más prolongado e individualizado, respetando la terapia de género sensitiva, así se les da fortalecimiento personal. (Batres, 1998)

## **Conclusiones**

Toda sociedad, sin importar sus antecedentes culturales, como económicos y sociales, puede y debe de detener toda violencia sexual contra las niñas-adolescentes menores sobrevivientes de 11-13 años, requiriendo la transformación de la mentalidad de todas las sociedades asociadas a la violencia.

El producto de una violencia sexual e incesto, como lo es un embarazo no deseado, causa vergüenza, ira, repulsión en la maternidad de una niña que todavía se encuentra en pleno desarrollo de su personalidad e identidad como persona que se está formando.

De acuerdo a los últimos informes, indican que hay 6,252 mujeres violadas sexualmente, y que en el caso de niñas embarazadas menores de 14 años, hay un total de 1,095.

Las niñas-adolescentes se convierten en madres en nuestra Guatemala y la mayoría son embarazos producto de violaciones sufridas en sus propios hogares; siendo resultado terrible tanto para las niñas como la sociedad misma.



## Referencias

- Arredondo O. Valeria. (2001-2002). *Guía Básica de Prevención de Abuso Sexual Infantil*. Programa Regional de Prevención de Maltrato Infantil. Editorial ONG Paicabi
- Batres, Gioconda. (1998). *Tratamiento grupal: Adultas y adolescentes sobrevivientes de incesto y Abuso Sexual. Manual para Terapeutas*. Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica. San José: ILANUD.
- Batres Méndez, Gioconda. (2010). *Definiciones sobre incesto y abuso infantil*.  
<http://www.giocondabatres.com/modules/news/article.php?storyid=11&page=1atencion>
- Batres, Gioconda. (1997). *Del ultraje a la esperanza. Tratamiento de las secuelas del incesto*. Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica. San José, Costa Rica: ILANUD.
- Batres, Gioconda. (2008). *Disociación y Abuso Sexual. Curso: Trauma y Disociación*. San José, Costa Rica. ILANUD.
- Batres, G. (2017). *Tratamiento para adolescentes víctimas de abuso sexual*. (3<sup>a</sup>. Ed.). San Jose, Costa Rica. Editorial Perro Azul.
- Batres, G. (s.f.) *Manual de Tratamiento para Abuso Sexual Infantil*. Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica. San José, Costa Rica: ILANUD.
- Batres, G. (s.f.). *Manual para Tratamiento Grupal del Incesto y el Abuso Sexual Infantil*. Edición Marín Richmond, Ana María
- Batres, G, Recinos, S. Dumani, I. (2002). *Violencia de Género, Derechos Humanos e Intervención Policial*. Editorial ILANUD.

- Courtois, Christine; Ford Julian; (2009). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders*. New York. Editorial The Guilford Press.
- Courtois, C.Ford, J; Cloitre, M., (2009). *Best practices in psychotherapy for adults, en Courtois, A; Ford, J; (editors)*. *Treating complex traumatic stress disorders*. New York. Edicotiral The Guilford Press.
- Océano (s.f.). *Enciclopedia de la Psicología*. Vol.4. España. Editorial Océano.
- Gobierno de Guatemala. (2016). *Políticas para Prevenir la Violencia contra las Mujeres*. Guatemala.
- Herman, Judith. (1992). *Trauma and Recovering*. New York. Editorial Basic Books Publishers.
- Ipas / GEDAT. (2016). *Embarazo Impuesto por Violación: Niñas-madres menores de 14 años.*, Managua, Nicaragua. Editorial Ipas.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.(2020). *Guía de prevención del embarazo en la adolescencia en Guatemala*.
- Ministerio Público. (2014). *Protocolo de Atención Integral a Víctimas del Delito*. Guatemala.
- Mujeres Iniciando las Américas. (2020) *Diplomado de Prevención y Protección Afectiva contra la Violencia Sexual*. Guatemala. Editorial USAC.
- Mujeres Transformando el Mundo. (2015). *Los embarazos en niñas y adolescentes en Guatemala. ¿Un eslabón más del continuum de violencia contra las mujeres? .*

Rice, Philip. (1997). *Desarrollo Humano. Estudio del Ciclo Vital*. 2ª. Edición. México. Editorial Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A.

Rodas, Dalila. (2010). *Modelo de Atención Psicosocial*. Guatemala. Editorial Fundación Sobrevivientes.

Soto, María Teresa. (2011). *Violación y Embarazo*. Guatemala. Fundación Sobrevivientes.

Universidad Panamericana (2018). Facultad de Humanidades, Escuela de Ciencias Sociales: *Guía para la elaboración de informes*. Guatemala.

Van der Kolk, B. A., Van der Hart O., Marmar C. R., Van der Kolk B. A., Mc Farlane A., C., Weisaeth L. *et al.* (1996). *Dissociation and information processing in post-traumatic stress disorder. Traumatic stress: the effects of over whelming experience on mind, body and society*. New York. Editorial Guilford Press.