

**Diseño y validez de contenido de un programa de afrontamiento hacia el abuso sexual  
en niños de 7 a 9 años del Municipio de Chocontá Cundinamarca**

**Carolina Casas Vera**

**Martha Liliana Escobedo Quintero**

**Facultad de Psicología, Universidad de La Sabana**

**Septiembre de 2010**

## Tabla de Contenido

1. Resumen.....	7 - 8
2. Marco Teórico.....	9 – 38
3. Justificación.....	38 - 44
4. Planteamiento del problema.....	44
5. Objetivos	
5.1. Objetivo General.....	44
5.2. Objetivos específicos.....	45
6. Método	
6.1. Diseño.....	45
6.2. Unidad de Análisis.....	45
6.3. Instrumentos.....	45 - 46
6.4. Procedimiento.....	46 - 47
6.5. Consideraciones éticos.....	47
6.6. Resultados.....	48-55
6.7. Discusión.....	55-60
7. Referencias.....	61- 64

## Tabla de Apéndices

### Apéndice A.

1. Portada.....	1
2. Justificación.....	2
3. Objetivos	
3.1. Objetivo General.....	2
3.2. Objetivos específicos.....	3
4. Presentación del programa.....	3 -4
5. Sesión 1 para padres. Conociendo mejor el programa.....	4-18
5.1. Bienvenida.....	4
5.2. Presentación .....	4
5.3. Reglas .....	5
5.4. Objetivos .....	5
5.5. Aclaración de expectativas .....	6
5.6. Actividad 1. Presentación del programa.....	6
5.7. Consentimiento Informado .....	6 – 8
5.8. Asignación de tareas .....	8 – 18
5.9. Cierre de la sesión .....	18
6. Sesión 2 para niños. Quienes somos tu y yo que vamos aprender.....	19 - 31
6.1. Bienvenida.....	19
6.2. Quienes somos tu y yo.....	19
6.3. Objetivo.....	19
6.4. Aclaración de expectativas.....	20
6.5. Presentación del programa .....	20
6.6. Actividad 2. Evaluando mis conocimientos sobre abuso sexual.....	20
6.7. Cuestionario sobre conocimientos de abuso sexual .....	21 – 23
6.8. Actividad 3. Evaluando mis habilidades de afrontamiento sobre el abuso sexual.....	23 - 24
6.9. Escala de afrontamiento para el abuso sexual en niños .....	24 -28
6.10. Asignación de tareas .....	28 - 30

6.11. Cierre de la sesión .....	31
7. Sesión 3. Aprendiendo a explorar mis sentimientos .....	31 – 34
7.1. Saludo.....	31
7.2. Revisión de la tarea.....	31
7.3. Objetivos.....	31 - 32
7.4. Actividad 1. Aprendiendo a explorar mis sentimientos.....	32 - 33
7.5. Asignación de tareas .....	33 - 34
7.6. Cierre de la sesión .....	34
8. Sesión 4. Mis tesoros.....	35 - 42
8.1. Saludo.....	35
8.2. Revisión de la tarea.....	35
8.3. Objetivos.....	35
8.4. Actividad 1. Manejo de secretos .....	35 - 37
8.5. Actividad 2. Mis tesoros.....	38 - 39
8.6. Actividad 3. Mis partes privadas. ....	39 - 42
8.7. Asignación de tareas .....	42
8.8. Cierre de la sesión .....	42
9. Sesión 5. Aprendiendo a conocer mi limite personal y logrando afrontar y superar mis miedos .....	43 - 51
9.1. Saludo.....	43
9.2. Revisión de la tarea.....	43
9.3. Objetivos.....	43 - 44
9.4. Actividad 1. Aprendiendo a reconocer mi espacio personal.....	44 - 45
9.5. Actividad 2. Espacio personal y limite personal.....	45 - 46
9.6. Actividad 3. Logrando afrontar y superar mis miedos .....	47 - 50
9.7. Asignación de tareas .....	50 - 51
10. Sesión 6. Tengo derecho a decir NO .....	52 - 59
10.1. Saludo.....	52
10.2. Revisión de la tarea.....	52
10.3. Objetivos.....	52

10.4. Actividad 1. Aprendiendo a decir no y nuevas habilidades de afrontamiento.....	53 - 54
10.5. Actividad 2. Letreros que indican NO. Basta, Pare .....	54 - 56
10.6. Actividad 3. Nuevas habilidades de afrontamiento.....	56 - 57
10.7. Asignación de tareas .....	57 - 59
10.8. Cierre de la sesión .....	59
11. Sesión 7. Diferenciando las caricias buenas y malas.....	60 - 63
11.1. Saludo.....	60
11.2. Objetivos.....	60
11.3. Actividad 1. Las caricias.....	60 - 62
11.4. Actividad 2. Reconozco las caricias.....	62
11.5. Asignación de tareas .....	63
11.6. Cierre de la sesión .....	63
12. Sesión 8 para padres. Educando sobre sexualidad.....	64 - 66
12.1. Saludo.....	64
12.2. Objetivos.....	64
12.3. Actividad 1. Principio de sexualidad.....	64 - 65
12.4. Actividad 2. Educando sobre sexualidad.....	65 - 66
12.5. Asignación de tareas .....	66
12.6. Cierre de la sesión .....	66
13. Sesión 9 para niños. Educando sobre sexualidad.....	67 - 69
13.1. Saludo.....	67
13.2. Revisión de la tarea.....	67
13.3. Objetivos.....	67 - 68
13.4. Actividad 1. Principio de sexualidad.....	68
13.5. Actividad 2. Mis estrategias de solución de dificultades sexuales.....	68 - 69
13.6. Asignación de tareas .....	69
13.7. Cierre de la sesión .....	69
14. Sesión 10 para padres. Evaluando lo aprendido.....	70

14.1. Saludo.....	70
14.2. Objetivos.....	70
14.3. Cierre del programa.....	70
15. Sesión 11 para niños. Evaluando lo aprendido.....	71 - 73
15.1. Saludo.....	71
15.2. Revisión de la tarea.....	71
15.3. Objetivos.....	71
15.4. Actividad 1. Aplicación Post-test cognitivo.....	71-72
15.5. Actividad 2. Aplicación Post.test conductual.....	72
15.6. Cierre de la sesión.....	73

### **Apéndice B.**

1. ¿La justificación que acaba de leer, es pertinente? .....	1
2. ¿Los objetivos están bien formulados?.....	1- 2
3. ¿El Diseño está bien formulado?.....	2
4. ¿La presentación del programa es pertinente? .....	2
5. Sesión 1 .....	3 - 4
6. Sesión 2.....	4 - 15
7. Sesión 3.....	15 - 16
8. Sesión 4.....	16 - 19
9. Sesión 5.....	19 - 21
10. Sesión 6.....	21- 23
11. Sesión 7.....	23 - 25
12. Sesión 8.....	25 - 27
13. Sesión 9.....	27 - 29
14. Sesión 10.....	29
15. Sesión 11.....	30

**Diseño y validez de contenido de un programa de afrontamiento  
hacia el abuso sexual en niños de 7 a 9 años del Municipio de Chocontá  
Cundinamarca**

**Casas. C, Escobedo. L\*  
Moreno. J\*\***

**Resumen**

*La presente investigación tuvo como objetivo diseñar y validar el contenido de un programa de afrontamiento hacia el abuso sexual en niños víctimas de esta problemática de edades entre 7 a 9 años con sus respectivos padres, pertenecientes a estratos socioeconómicos 1 y 2 de la Jurisdicción del Municipio de Chocontá. El programa “SUPERÁNDOME”, está enfocado desde el modelo cognitivo conductual, fue diseñado en forma de taller para ser realizado durante 11 sesiones de 2 horas cada una, una vez por semana. El diseño de este estudio es de tipo psicométrico, donde se realizó una revisión rigurosa de programas cognitivo conductuales dirigidos hacia el abuso sexual enfocado en generar habilidades de afrontamiento, resolución y resignificación emocional de la experiencia que los niños víctimas de abuso sexual han vivido. Para tal fin fue necesario diseñar un cuestionario de conocimientos sobre abuso sexual y un cuestionario de Afrontamiento hacia el abuso sexual. Se realizó la validez de contenido basada en criterios de 4 jueces expertos teóricos y 2 jueces expertos metodológicos. Asimismo se enfocó en obtener el coeficiente de razón de validez de contenido, analizando las respuestas dadas por cada experto y la aprobación de la mayoría de ellos en cuanto a la pertinencia, la suficiencia y la claridad de cada uno de los aspectos a evaluar que conforman el programa. De acuerdo a los resultados se identificó que los aspectos conceptuales se ajustan al programa teniendo en cuenta que más de la mitad de los jueces lo aprobaron, en otras categorías donde solo estuvieron de acuerdo la mitad de jueces se modificaron los ítems y en donde no estuvieron de acuerdo se excluyeron.*

*Palabras clave: abuso sexual SC08650, evaluación de un programa SC40835, habilidades de afrontamiento SC11790*

**Abstract**

*The purpose of the current investigation was to design and validate the content of a coping program towards sexual abuse in children aged 7 to 9 years old who are victims of this problems with their respective parents, belonging to the Chocontá's municipality jurisdiction 1st and 2nd socioeconomic levels. The “SUPERANDOME” program is focused from the cognitive behavioral model, was designed in a workshop way to be developed in 11 sessions of 2 hours each one, once a week. The design of this psychometric study, where a rigorous review of the cognitive behavioral programs targeted to sexual abuse focused on generating coping skills, resolution and emotional re significance of the experience that children victims of sexual abuse have lived, was made. For this purpose it was necessary to design a questionnaire on sexual abuse knowledge and another on coping towards sexual abuse. The content validity was made based on the criteria of 4 theoretical expert judges and 2 methodological expert judges. Likewise focused on getting the right ratio of content validity, analyzing the answers given by each expert and the approval given by the majority of*

*them in terms of relevance, sufficiency and clarity of each of the aspects to evaluate that make part of the program. According to the results it could be identified that the aspects are in accordance with the program taking into account that more than half of the judges approved it, in other categories where only half of the judges agreed, the items were modified; and where the judges disagreed, were excluded.*

*Key words: child abuse SC08650, Program evaluation SC40835, coping behavior SC11790.*

---

\* Estudiantes de especialización

\*\* Asesor de trabajo de grado

## MARCO TEORICO

No es desconocido que el abuso sexual es una forma de expresión de la violencia y el maltrato que ejerce una persona sobre otra ocasionando múltiples daños visibles e invisibles en quienes la padecen. A través de este estudio, se podrán evidenciar las causas, consecuencias y estrategias para afrontar situaciones donde se vulneran los derechos humanos específicamente el derecho a la integridad, viéndose involucrada de esta manera la salud física, psicológica, emocional y sexual de los niños y niñas abusados y atentando contra el adecuado desarrollo psicoemocional y moral del menor de edad causando problemas de salud pública por los altos índices de estados socioemocionales afectados de quienes son víctimas de este flagelo.

Si bien es cierto que las condiciones culturales y sociales de un contexto no son consideradas causales, sino se convierten en elementos facilitadores de ciertas situaciones de violencia, deben ser condiciones en lo posible que orienten, sensibilicen, concienticen y prevengan cualquier tipo de abuso hacia los niños y niñas que obstruya su sano desarrollo y armoniosa convivencia en cualquier contexto. Analizar las características de los niños víctimas de delitos sexuales permite identificar condiciones asociadas así como criterios para diseñar programas orientados a la restitución de los derechos y a la disminución de la vulnerabilidad (Ramírez, 2008).

El abuso sexual y físico tiene efectos a largo plazo en el bienestar emocional del niño. La autoestima queda dañada de manera irreparable y resulta difícil volver a confiar en alguien por miedo a repetir lo sucedido, ya que las víctimas en este caso los niños o niñas abusados crecen en un ambiente lleno de ira y dolor, con tendencia a aislarse e incluso a desplegar más comportamientos agresivos. Adicionalmente, presentan dificultad para concentrarse y tienen más problemas en la escuela que los niños criados en hogares no abusivos (Hanson, 1989; Vondra, 1990; citado por Craig, 1997).

Cuando los niños llegan a la adolescencia y a la madurez están en mayor riesgo de padecer desordenes psicológicos, incluyendo depresión y alcoholismo, algunos tratan de suicidarse y otros se mezclan en actividades delictivas (Craig, 1997).

Según Ramírez (2008), en el campo del maltrato infantil el hecho de reconocer el papel de factores situacionales desde una perspectiva ecológica ha sido de gran avance en la comprensión del tema y ha llevado a los teóricos a proponer modelos multicausales e interactivos del fenómeno. Dentro de estas aproximaciones se encuentran los modelos ecológicos de Belski (1980 y 1993) y Garbarino (1977) fundamentados en la teoría de desarrollo de Broffebrenner, así como el modelo transicional de Wolfe (1991) en el que el maltrato se concibe como un proceso de escalaje que finaliza en una paternidad inadecuada, y el modelo transaccional de Cicchetti y Lynch (1985) el cual concibe que el maltrato es el resultado de correlaciones complejas entre variables cuya influencia puede variar en un sentido o en otro durante diferentes periodos históricos y evolutivos del individuo.

En el caso específico del abuso sexual también se han desarrollado modelos desde esta perspectiva con explicaciones más limitadas pero que se han iniciado en modelos tradicionales. Es importante tener en cuenta, que en la mayoría de los reportes de investigación existe la tendencia a discutir las relaciones causa efecto y las relaciones de riesgo entre factores (Ramírez, 2008).

Respecto al apartado anterior los factores de riesgo en el abuso sexual causan un gran impacto en la salud física y mental de la víctima así como dañinas repercusiones en sus relaciones sociales. Encontrando que en el **aspecto físico** puede originar embarazo no deseado, riesgos de abortos, enfermedades de transmisión sexual, daños en el sistema reproductor, desangramientos traumáticos, abuso de alcohol o drogas, intentos de suicidio. A nivel de la **salud mental**: vulnerabilidad ante nuevos abusos, baja autoestima, desprecio por sí mismo, miedo, sentimientos de culpa, rabia, deseos de venganza, vergüenza, tristeza, impotencia, sexualización traumática y sentimientos de traición. Y en el **área social**: sentimientos de estigmatización por ejemplo; pensar que constantemente es señalado por los demás, tender a realizar acciones destructivas, desconfianza, aislamiento y sentirse diferente a otras personas.

Desde el desarrollo conceptual, teórico y metodológico es pertinente respecto al problema de investigación de abuso sexual, tener en cuenta diferentes fuentes relevantes para el ejercicio investigativo. Según (Pichot y Valdés, 1995) en los

criterios del DSM-IV manual diagnóstico de los trastornos mentales, el término abuso sexual debe usarse cuando el objeto de atención clínica es el abuso sexual de un niño, igualmente para el CIE-9-MC si el objeto de atención clínica es la víctima.

Del mismo modo, Escobar (2006) refiere que el **abuso sexual infantil (ASI)** se refiere a todo acto sexual realizado por un adulto con un menor de edad sin consentimiento del niño, de manera violenta, es decir, por medio de coerción física o psicológica o por medio de seducción. Encontrando que los abusos a menores de edad se pueden dar en todos los ámbitos sociales y pueden suceder tanto fuera como dentro del círculo familiar siendo este el más frecuente.

Como actividad sexual se incluye:

- Cualquier tipo de penetración, roces o caricias de órganos genitales en contra de la voluntad, o toque de los órganos genitales del abusador.
- Cualquier acción que inste al menor a presenciar contenido sexual impropio por ejemplo observar al adulto desnudo o mientras mantiene relaciones sexuales con otras personas, ver material pornográfico o asistir a conversaciones de contenido sexual, entre otros.

Igualmente Ramírez en el año 2000 y el Ministerio de Protección Social indican que existen diferentes tipos de abuso sexual en los que se incluyen abusos **sin contacto** como; exposición de genitales, masturbación en presencia de la víctima, filmación de videos, llamadas telefónicas, darle instrucciones para tener actividad sexual, hacerle repetir comentarios seductores. **Con contacto** como; besos, caricias, masturbación a la víctima, sexo oral, penetración anal, digital o vaginal y frotamiento de los genitales. Asimismo, la violación y los actos sexuales abusivos con menor de 14 años, son considerados delitos sin importar el sexo de la víctima, y el estupro. En el caso de abuso sexual infantil, los fenómenos que se desencadenan tienen que ver con trastornos en el desarrollo psicosexual.

#### **Ontogénesis del abuso sexual infantil en el hogar:**

El tipo de abuso sexual infantil que ha sido objeto de mayor estudio es el que ocurre dentro del hogar del menor por un familiar o cuidador cercano, como el padre, debido a su ocurrencia significativa, y al trastorno que implica en la dinámica familiar (Barudy, 1998) .

De acuerdo a ello, el abuso sexual de un niño, niña o adolescente es un proceso que consta generalmente de varias etapas o fases mencionadas a continuación:

1. **Fase de seducción:** en que el futuro abusador manipula la dependencia y la confianza del menor, y prepara el lugar y momento del abuso. Es en esta etapa donde el futuro abusador incita la participación del niño o adolescente por medio de regalos o juegos.

2. **Fase de interacción sexual abusiva:** es un proceso gradual y progresivo, que puede incluir: comportamientos exhibicionistas, voyeurismo, caricias con intenciones eróticas, masturbación, etc.

3. **Instauración del secreto:** el abusador, generalmente por medio de amenazas, impone el silencio en el menor, a quien no le queda más remedio que adaptarse. En esta fase la madre o hermanos suelen ser ausentes o cómplices.

4. **Fase de divulgación:** esta fase puede o no llegar puesto que muchos abusos quedan por siempre en el silencio por cuestiones sociales, e implica un quiebre en el sistema familiar, hasta ahora en equilibrio. Puede ser accidental o premeditada, esta última a causa del dolor en niños pequeños o cuando llega la adolescencia del abusado.

5. **Fase represiva:** Generalmente, después de la divulgación, la familia busca desesperadamente un reequilibrio para mantener a cualquier precio la cohesión familiar, por lo que tiende a negar, a restarle importancia o a justificar el abuso, en un intento por seguir "como si nada hubiese sucedido".

En este sentido muchas veces es necesario un gran número de intentos de divulgación para impedir que la familia vuelva a la fase represiva y que logre obtener nuevamente estabilidad y equilibrio en el contexto primario.

Entendiendo que el maltrato infantil, no es en sí un trastorno ni una alteración psicopatológica, se trata más bien de un acontecimiento vital estresante o una experiencia aversiva que puede llegar a constituir un evento traumático con extraordinarias consecuencias negativas en la salud del niño, que requieren de una atención clínica y una intervención terapéutica específicas (Finkelhor y Berliner, 1994., citado por Comeche, 2006).

Su naturaleza, multideterminada y multidimensional, hace de este fenómeno un concepto complejo que incluye numerosos factores de diferente proximidad al niño (individuales, familiares o sociales) a los que se suman al menos tres aspectos que contribuyen a su complejidad. La dificultad de discernir la intencionalidad de agredir por parte del agresor; la aceptación de determinados hábitos violentos de crianza como comportamientos parentales en nuestra cultura y la heterogeneidad en sus múltiples manifestaciones (Comeche, 2006).

Las explicaciones de las causas del abuso sexual, han ido variando desde una postura de causalidad única a modelos multidimensionales y multifactoriales del fenómeno. Es evidente que una condición como el abuso sexual no es ocasionada por un solo elemento sino por varios que influyen en determinados momentos y estados para dar como resultado una situación de abuso. Las aproximaciones que postulan que el maltrato infantil en general y el abuso sexual específicamente, son el resultado de la interacción de múltiples efectos y diversas vías son posiblemente las más acercadas por la comunidad científica en la actualidad. En todo caso, hablar del término etiología del abuso sexual no es preciso en la medida que el abuso sexual no es un diagnóstico clínico sino una condición o evento externo al individuo que lo sufre.

El conjunto de estas acciones intencionales u omisiones accidentales a las que se hace referencia, pueden adoptar diversas formas según los parámetros en su delimitación: a) activo-pasivo; b) intrafamiliar-extrafamiliar; c) físico-emocional. El primero de estos parámetros agrupa las actuaciones del maltrato en función de que el acto de maltrato ocurra por acción (abuso físico, sexual, maltrato emocional) u omisión (abandono físico o emocional) y el segundo, según ocurran dentro (intrafamiliar, ej. Abuso sexual) o fuera del seno familiar (extrafamiliar, ej. maltrato institucional). Por último, el parámetro, físico-emocional, clasifica las actuaciones maltratantes según se utilicen acciones físicas (golpes, patadas, ej. maltrato físico) o estrategias de contenido emocional (burlas, conductas agresivas, humillaciones, ej. maltrato emocional) para infringir el daño en el niño.

Cada una de estas actuaciones o tipos de maltrato pueden ser definidos de acuerdo con un conjunto de indicadores manifiestos tanto en la víctima como en el

agresor, además de las necesidades básicas que vulneran al niño. El tipo de necesidades vulneradas es considerado, según algunos autores, como el aspecto definitorio esencial del tipo de maltrato (Dubowits, Black, Starr y Zuravin, 1993; citado por Comeche, 2006).

Como se mencionó, la experiencia de maltrato se constituye en ocasiones a partir de más de un tipo de maltrato, tales como abuso físico y abandono; o abuso físico y maltrato psicológico por lo que las posibilidades de describir diferentes situaciones maltratantes se multiplican, así como sus consecuencias y efectos (Comeche, 2006). Craig (1997) plantea que el abuso sexual o físico siempre está acompañado de un componente psicológico como consecuencia de dicha situación.

Vargas & Ramírez (2009) definen el abuso sexual infantil como cualquier comportamiento en el que un menor es implicado por un adulto, o incluso otro menor, con algún grado de cercanía en actividades de tipo sexual, en los que la víctima no posee la suficiente madurez emocional, física o cognitiva para comprender la naturaleza y consecuencias de estos actos. Cuando existe abuso sexual se encuentran varias asimetrías entre la víctima y el agresor, lo que supone una diferencia de aproximadamente cinco años; cuando existe asimetría de poder, se refiere al abusador quien es el que controla o tiene algún tipo de autoridad con respecto a la víctima. Se distinguen los tipos de asimetrías de conocimiento y gratificación tales como; discriminación, de los actos del adulto que acentúa las diferencias que tiene el menor con respecto al grupo al cual pertenece, o en el cual se encuentra, el de descalificación que son actuaciones violatorias de la dignidad del menor que se manifiestan por medio de mensajes de desacreditación, desautorización e incluso de humillación, el de trato desigual y jerárquico a individuos o grupos dado su origen social o étnico, capacidad intelectual, minusvalía, enfermedad, sexo, características culturales o físicas y desatención de las necesidades educativas especiales de población vulnerable discapacitada o con capacidades excepcionales.

Del mismo modo, hay diferentes formas de abusos sexuales a niños como: el incesto, la violación y la explotación sexual (Gallardo 1997). Algunos de estos comportamientos por parte de los agresores pueden consistir en exhibir sus órganos

sexuales, tocar, besar, o manosear a los niños, conversar con ellos de forma obscena, exhibir películas o fotos pornográficas, tomar fotos de niños desnudos, inducirlos a realizar actividades sexuales o eróticas, entre otros, todo esto con el objetivo de obtener una gratificación sexual (Martínez & Paúl, 1993).

Según Arrubarena y de Paul, (1994); Echeburúa y Guerricaechevarría, (2000); citado por Comeche, (2006) el abuso sexual es la utilización del menor como objeto sexual con contacto físico (caricias, masturbación, penetración anal, genital o sexo oral) o sin él (exhibicionismo, voyeurismo, pornografía) por parte de un agresor que intenta estimularse y satisfacerse sexualmente desde una relación asimétrica o de poder.

Los indicadores de la víctima pueden obedecer a ropa interior rasgada; dificultad para andar y sentarse; dolor o picor de las zonas genitales que aumenta cuando orina o defeca; restos de semen o sangre en el cuerpo o la ropa; hematomas en la cara interna del muslo; lesiones, desgarros o inflamación en el ano o la vulva. Miedo y/o rechazo a algún miembro de la familia; cambios bruscos de conducta y conductas autodestructivas; conductas regresivas (chuparse los dedos, orinarse...) tendencia al secretismo; rechazo de caricias o contacto físico; conducta seductora o interés por la conducta sexual de los adultos; y conocimientos precoces sobre contenidos sexuales. Estas conductas se reflejan a nivel emocional, social y sexual en las víctimas de abuso.

Es importante mencionar que las numerosas y diversas implicaciones derivadas del maltrato en el caso específico del abuso sexual, no solo tienen un efecto en la vida inmediata del niño, sino que pueden extenderse a lo largo de los años con graves repercusiones sobre el ajuste biológico, psicológico, familiar y social, adicionalmente existe la posibilidad que alguno de los niños maltratados no manifiestan ni la sintomatología ni las dificultades señaladas y por otra, que de las consecuencias halladas no se desprenda un patrón específico propio y definitorio del maltrato que discrimine al niño maltratado de cualquier otro niño con alguna afectación clínica (Cerezo, 1995; citado por Comeche, 2006).

A diferencia de los otros tipos de maltrato, el abuso sexual permite en mayor medida establecer unos efectos diferenciales más claros relacionados con la conducta sexual alterada y las manifestaciones comportamentales sexualizadas, además de la

sintomatología disociada y el trastorno de estrés postraumático presentes principalmente, aunque no de forma exclusiva, con este tipo particular de experiencia (Comeche, 2006).

Todas las formas de maltrato, desde el físico, el psicológico, el abuso sexual, la negligencia, entre otros, afectan el bienestar emocional y psicológico de un niño, además conllevan a problemas cognitivos o en la conducta, que bien pueden aparecer inmediatamente después del maltrato o ser evidentes años más tarde y afectar negativamente las áreas del desarrollo de habilidades verbales y comunicativas, la capacidad para solucionar problemas y el desempeño académico.

Así mismo estos tipos de maltrato o abuso se derivan en complicaciones como baja autoestima, depresión, ansiedad, falta de empatía, agresividad, problemas conductuales o de interacción social y en casos severos conductas autolesivas, como los intentos de suicidio. Además presenta escasas habilidades para relacionarse con sus pares, ocasionando aislamiento o frente a sus relaciones y la manera como son tratados se muestren excesivamente pasivos o excesivamente activos (Puerto, Olaya y Dorado, 2009).

Según la Secretaria Distrital de la Salud (2008) la violencia sexual es definida como un evento de interés en salud pública por su impacto sobre el individuo, su familia y la sociedad. En atención al sufrimiento y el daño que genera, la violencia sexual requiere de máxima atención. Los altos costos personales y sociales, entre ellos la disminución de la productividad de las personas y el nexo indisoluble de este fenómeno con otros eventos de interés en salud pública establecidos en la norma nacional y territorial vigente y en las políticas distritales relacionadas con el VIH/Sida, las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo en adolescentes especialmente en niñas entre 10 y 14 años de edad, la mortalidad materna y perinatal, la mortalidad infantil, la desnutrición y los suicidios, son también objeto de máxima atención. A su vez, la violencia sexual representa peligro para la salud de la víctima, con secuelas para el resto de la vida. También es una urgencia en salud mental, pues el intenso estrés y sufrimiento emocional producido pueden generar disfunción, así como ideaciones y conductas suicidas. Es común observar complicaciones y peligros para la salud de las

madres, así como las consecuencias del estrés psicosocial, como graves factores de riesgo para la mortalidad materna y perinatal.

La violencia sexual se relaciona, además, con efectos sociales como agresión y rechazo a la familia, que pueden verse incrementados por amenazas o medidas tomadas por el agresor en contra de la vida de los integrantes de la misma. Con frecuencia, se presentan crisis familiares asociadas, entre otras razones, a la dependencia económica o emocional hacia el agresor, conflicto entre el creer o no creer y “culpar” a la víctima.

La violencia sexual impacta la salud física y mental. Estudios indican que las mujeres sobrevivientes de actos de violación tienen altas tasas de trastornos que persisten debido al estrés postraumático, constituyendo el mayor grupo al cual se le ha diagnosticado este trastorno. Las víctimas de violación tienen 9 veces más probabilidades de intentar suicidarse y padecer depresión grave, que quienes no han sido víctimas. Además, entre un 50% y 60% de las víctimas padecen trastornos sexuales, incluido el temor a las relaciones sexuales durante buena parte de sus vidas (Herrera, 1997; citado por Secretaria Distrital de la Salud, 2008).

Así mismo, se considera que al menos una parte del embarazo en niñas y adolescentes está asociado a relaciones asimétricas de poder en términos de edad, posición económica y política, que se asocian a la violencia sexual. Entre 1990 y el 2005, la fecundidad adolescente pasó del 12,8% al 20,5%. (Sistema Operacional de las Naciones Unidas en Colombia, 2006).

Recientemente las investigaciones realizadas en torno al maltrato infantil han demostrado que existen ciertas condiciones que al combinarse e interactuar predisponen o precipitan las acciones u omisiones vulnerantes. Estas condiciones son llamadas factores de riesgo que pueden ser individuales, familiares y ambientales.

Puerto, Olaya y Dorado, (2009) plantean que el atribuir a un solo factor el abuso, como las características del padre en términos de trastornos psicopatológicos o las características de vulnerabilidad del niño como responsables de las situaciones de maltrato o abuso no se pueden considerar explicaciones suficientes. Si bien es cierto que existen características de cada uno de estos actores que pueden ser relevantes también hay otros elementos a considerar. Así, a mediados de los años 70's el pasado

siglo se incorporaron otras variables a la explicación de este fenómeno. En esta perspectiva se incluyen factores del contexto próximo, como la familia, y el contexto distal, como la comunidad y la cultura, y se conciben como factores de riesgo.

Los factores de riesgo en el agresor son: historial de maltrato, abuso o relaciones conflictivas, bajo nivel de escolaridad, sesgos cognitivos, baja tolerancia a la frustración y dificultad para manejar situaciones de tensión emocional, pobre manejo de conflictos, baja autoestima, baja capacidad para adaptarse a cambios o periodos de crisis, desconocimiento sobre adecuadas pautas de crianza, incapacidad o enfermedad que no permite desempeñar las funciones maternas o paternas, trastornos psicológicos, antecedentes delictuales y abuso de sustancias psicoactivas (Puerto, et al., 2009).

Mientras que los factores de riesgo en el niño son: mal estado de salud, limitaciones físicas o cognitivas o anomalías congénitas, condición de hijo no deseado, adoptado, hijastro o hijo extramatrimonial, nacidos después de la separación de la pareja, haber sido prematuro, historial de maltrato, problemas de comportamiento, trastorno por déficit de atención por hiperactividad y bajo desempeño académico.

En cuanto a los factores de riesgo familiares se evidencia: estructura monoparental o cambios frecuentes de pareja, parejas muy jóvenes, padre o madre solteros, ausencia de padres biológicos, personas o familiares diferentes a los padres que ejercen el papel paterno y/o materno, alto número de hijos, embarazo no deseado, hijos muy seguidos o de varias uniones, problemas de pareja, escaso número de amistades, pérdida de empleo, proceso de separación o divorcio, muerte o enfermedad de un miembro de la unidad familiar.

A su vez, los factores de riesgo ambientales o socioculturales se refieren a: inestabilidad laboral o desempleo, jornadas de trabajo extensas, escasez de recursos económicos y materiales, residencia en zonas deprimidas, de conflicto o con presencia de inseguridad, situación de desplazamiento, acceso limitado a redes de servicio social como salud y educación, violencia de género, cultura patriarcal, aceptación de la violencia como herramienta de solución de conflictos, aceptación del castigo como forma de disciplina, transmisión intergeneracional del maltrato, relatividad de los

conceptos de moderación y normativas legales que permiten el castigo a los niños (Vargas y Ramírez 1999; citado por Puerto, Olaya y Dorado, 2009).

En el caso de abuso sexual, las chicas de edades próximas a la pubertad suelen ser el objetivo más frecuente. A todo esto habría que sumar las características protectoras que desde el punto de vista psicológico (ej. Alta autoestima, estabilidad emocional, habilidades de afrontamiento, entre otros) actúan como elementos defensivos, reparadores o neutralizadores de la agresión externa (Comeche, 2006).

Pons, Martínez, Pérez & Borrás (2006) plantean que existe una alta probabilidad de que los niños abusados tienden a vivir en familias con graves problemas de relación o drogodependencias y tienen sentimientos negativos hacia el presunto perpetrador, lo que obedece a un porcentaje elevado de casos en el que el perpetrador utiliza amenazas y/o agresiones, adicionalmente refieren que el abuso se confirma cuando es el niño quien informa y cuando muestra conducta sexualizada o conocimientos sexuales no apropiados a la edad.

En una investigación de abuso sexual infantil sobre los efectos conductuales y cognoscitivos que genera el abuso sexual en niños y adultos encontraron síntomas conductuales parecidos en niños de edad preescolar abusados sexualmente como ansiedad, pesadillas, estrés postraumático, conducta internalizada, externalizada, conducta sexualmente inapropiada y comportamientos persistentes de regresión en el desarrollo. Los niños en edad escolar abusados presentaban miedo, agresión, depresión, pesadillas, problemas escolares, hiperactividad y aumento o disminución repentina de peso. Por su parte en los adolescentes abusados presentaban depresión, pérdida de la autoestima, rebelión creciente, quejas somáticas, actos ilegales, huidas de casa, aislamiento social, suicidio, autolesiones, y abuso de sustancias psicoactivas (Kendall, Tackett et, al. 1993; citado por Pieschacón, 1995).

De acuerdo a lo anterior la conducta sexual ha sido el síntoma más comúnmente estudiado y se considera generalmente como el resultado más característico del abuso sexual. Este incluye el juego sexual con muñecas, introducirse objetos en el ano y/o vagina, la masturbación excesiva o pública, la conducta seductora, la demanda de

estimulación sexual, por parte de adultos u otros niños y el conocimiento sexual inapropiado para la edad (Beitchman et, al., 1991; citado por Pieschacon, 1995).

De la misma manera otros autores han observado reacciones de miedo y síntomas relacionados con ansiedad en niños abusados sexualmente; estas reacciones van desde síntomas de miedo hasta evitaciones fóbicas. También se han reportado ataques de pánico y síntomas relacionados con la ansiedad en víctimas de abuso sexual infantil (SgROI, 1982; Biere y Runtz, 1988; citado por Pieschacon, 1995).

Como se ha señalado, no todas las víctimas muestran los mismos síntomas, ni los síntomas en el mismo grado, incluso algunas permanecen en condiciones similares al estado previo de maltrato. Una razón que puede dar cuenta de ello, así como de la inexistencia de un perfil psicopatológico concreto o de un cuadro sintomático reactivo específico asociado a la experiencia de maltrato, son los aspectos de vulnerabilidad y fortaleza del niño, además otros elementos mediadores de carácter social, familiar o demográfico. Brevemente y por mencionar algunos, los menores más pequeños, por sus dificultades de autocontrol, tienen una mayor probabilidad de ser maltratados físicamente al igual que los niños con alguna dificultad física o psíquica, menores con enfermedades recurrentes o niños de temperamento difícil (Comeche, 2006).

La UNICEF (2006), cita las consecuencias de la violencia contra niños y niñas que dañan su salud física y mental, desestabiliza los entornos seguros de aprendizaje y hace estragos en la igualdad entre los géneros. Plantea que el maltrato infantil es una problemática que de la misma manera tiene múltiples dimensiones que la caracterizan, trasciende en la realidad de varias maneras; atenta de forma directa contra la satisfacción adecuada de las necesidades biológicas, cognitivas y emocionales del niño, además de que repercuten en la unidad familiar y la comunidad en la que se presenta.

Cualquiera que sea el tipo de violencia que se ejerza en contra de un niño, necesariamente acarreará consecuencias, y estas dependen principalmente de la naturaleza del maltrato, su duración, severidad y cronicidad, aspectos que se expresan tanto a corto como a largo plazo (Vargas y Ramírez 1999; citado por Puerto, Olaya y Dorado, 2009).

Arruabarrena (1996) planteó que los niños víctimas de abuso pueden convertirse en potenciales agresores o manifestar conductas hipersexualizadas como la masturbación compulsiva, conductas seductoras, o un exceso de curiosidad por los temas sexuales. De acuerdo con el autor dichas características pueden generar distorsiones en los pensamientos y conductas sexuales impropias en los niños o adolescentes que han experimentado tal problemática.

A la vez López (1995) indica que existen diferencias en cuanto a edad y género. Si las víctimas son niñas suelen manifestar depresión y ansiedad. Además, la depresión es una de una de las secuelas más comunes del abuso infantil, existiendo gran evidencia que asocia el abuso físico y sexual con la depresión: esta generalmente se acompaña de baja autoestima, conducta autodestructiva, apatía y huidas de casa. El déficit en el control de impulsos es característico en niños abusados física y sexualmente. Las víctimas del abuso físico son incapaces de controlar la agresión, tienen dificultad para mantener y modular los impulsos sexuales, en el caso de los niños puede ocurrir, que se manifiesten más agresivos o que se conviertan en abusadores de otros niños (Rosenthal et, al. 1984; citado por Pieschacon, 1995).

De Paúl (2000), en una conferencia pronunciada en la Universidad de Málaga, indicó que es frecuente decir que los abusadores hayan tenido en su infancia una historia de abuso sexual o al menos así lo relatan, no es posible decir que haya una transmisión intergeneracional porque no hay indicadores precisos que lo demuestren dado que la mayoría de los abusos se producen de hombre a mujer y la mayoría de las mujeres no son abusadoras sexuales.

Según Caballo y Simón (2001) han identificado una serie de factores de protección y de vulnerabilidad en los niños, la familia y la comunidad, que influyen en las reacciones de los niños ante factores potenciales de riesgo o estímulos estresantes así como factores de mayor riesgo que afectan de manera adversa al niño e incluyen tanto situaciones estresantes agudas y crónicas como la adversidad, la pobreza, déficits graves en los cuidados recibidos, psicopatología de los padres, la muerte de un familiar, desastres en la comunidad, no tener una vivienda, la descomposición de la familia, el estrés perinatal y haber vivido experiencias de maltrato, abuso sexual o abandono. Por

tal razón se deben tener en cuenta factores protectores a nivel familiar incluyendo la oportunidad de establecer una estrecha relación por lo menos con una persona que comprenda las necesidades del niño, le brinde una educación positiva y la disponibilidad de acceder a recursos relacionados con su cuidado, a ser valorado por los adultos o los iguales, y recibir apoyo y estabilidad durante épocas de sufrimiento o adversidad.

En el niño los factores de protección que se han identificado incluyen, estrategias tempranas de afrontamiento que combinan la autonomía con la búsqueda de ayuda cuando la necesite, la comunicación eficaz y las habilidades de solución de problemas, la autoestima positiva y la auto eficacia. Igualmente, a nivel de la comunidad, los factores de protección incluyen relaciones extrafamiliares agradables con vecinos, pares o adultos, un ambiente escolar adecuado con profesores que desempeñan modelos en un papel positivo y sean fuentes de apoyo, y el disponer de oportunidades en las transiciones principales de la vida (Caballo y Simón, 2001).

Entendiendo que los factores protectores a nivel personal son los recursos que cada niña, niño y adolescente poseen. Tienen que ver con defensa de sus derechos, esto incluye entre otras cosas poder denunciar situaciones que les hace sentir mal. Así mismo, esta relacionada con la autoestima y la forma en que cada quien se cuida así mismo. Los conocimientos que puedan tener son muy importantes, pues les hace sentir más seguros, consigo mismos y con los demás.

Los factores protectores a nivel social son los recursos que los niños, niñas y adolescentes pueden encontrar a su alrededor; algunos ejemplos son: el respeto a sus derechos por parte de otras personas, el amor, confianza, y apoyo dentro de la familia, buena relación con los amigos y amigas, la seguridad que ofrece la escuela y la comunidad.

Al mismo tiempo, las leyes como el código de la infancia y la adolescencia, la ley 230 contra la violencia intrafamiliar, y la ley 150 contra los delitos sexuales, son factores protectores fundamentales que deben aplicarse adecuadamente.

Por otra parte, Llanos y Sinclair (2001) relacionan la experiencia clínica en la atención de personas que fueron víctimas de abuso sexual en su infancia, atendiéndolos en el centro psicológico de la Universidad Católica, donde incluyen aspectos relevantes para una terapia de reparación, señalando las implicaciones terapéuticas de la misma y las etapas que incluyen: reconocerse como víctima que supone registrar la situación de desigualdad jerárquica y de abuso de poder a la que se estuvo sometido en el pasado como niño en relación con el abusador, reconocerse como sobreviviente es decir; identificar los recursos personales que le han permitido protegerse del abuso y sobreponerse de sus efectos a lo largo del tiempo además de recuperar la posibilidad de imaginar un futuro libre de la influencia del abuso como un factor determinante en la estructuración de la propia vida.

Adicionalmente describen las características de un contexto terapéutico que resulte seguro y confiable, desarrollando cuatro focos terapéuticos interrelacionados, que se articulan de manera flexible, según las necesidades y características de cada paciente: creación de un marco comunicacional que permita integrar el abuso, clarificación de los efectos del abuso, reconstrucción de una imagen positiva de sí mismo y desarrollo de un estilo de vida constructivo.

Ramírez (2006) analizó algunos hallazgos en relación con el impacto del maltrato infantil en los niños y niñas en Colombia, revisó los objetivos de los estudios, así como las estrategias metodológicas y los resultados en comparación con los planteamientos de otros autores en relación con el tema de impacto. Hizo énfasis en la dificultad de las definiciones del maltrato infantil desde el punto de vista operacional en la investigación científica respecto al concepto como tal, llegando a la conclusión que los estudios muestran la magnitud y las consecuencias negativas en las distintas esferas del desarrollo de los niños y niñas y la implicación en la salud mental en la edad adulta.

En el caso de los niños pequeños abusados la forma de hablar de lo sexual muestra un impacto en el lenguaje sexualizado, utilizan expresiones que no son características de la edad cronológica. (Faller, 1999; Carnes, 2005; Ramírez, Cuadros, García, Orjuela, et al., 2005; citado por Ramírez 2006).

De la misma manera Martínez y De Paúl (1993) distinguen los efectos que ocurren según la edad del niño: preescolar, infantil y adolescente, teniendo en cuenta los síntomas que van apareciendo a corto, mediano y largo plazo. Estos autores indican además, otras variables que afectan y tienen consecuencias debido a la frecuencia y duración del evento traumático. Todos los datos anteriores respecto al tipo de abuso se obtienen durante la evaluación y son previos a la intervención terapéutica, precisamente porque se debe identificar si existen secuelas y consecuencias del abuso para determinar el tratamiento que se debe brindar.

Igualmente Gallardo, Trianes y Jiménez (1998) expresan que en la evaluación previa el niño manifiesta sus problemas y supone un desahogo no traumático que deja al niño tranquilo y satisfecho de la atención recibida pues es importante que desde la misma evaluación se tenga presente la intención terapéutica.

Es importante recordar que el abuso sexual presenta diferentes formas y por tanto también el tratamiento debe ser distinto: no es lo mismo si ha existido o no contacto físico íntimo, vaginal o anal; si ha consistido en exhibicionismo o inducción al niño a realizar actividades sexuales en determinado contexto y si son miembros de la familia o no.

Es por ello que Arruabarrena y De Paúl (1996), distinguen el tipo de intervención según el grado de urgencia. Es diferente una intervención en el momento de crisis que una intervención a mediano o largo plazo. El tipo de intervención depende también de las necesidades específicas del niño y de la severidad de sus problemas. También, deben tenerse en cuenta las características del niño: edad, capacidad verbal, madurez emocional, entre otros rasgos propios de su personalidad.

En cuanto a la duración del tratamiento, Gallardo (1997), distingue los que pueden ser desarrollados a corto, medio y largo plazo. Aunque el tratamiento en estos casos de abuso puede ir dirigido a la familia, o a la pareja, y llevado tanto a nivel individual como grupal.

Adicionalmente, Cohen, Mannarino y Deblinger (2006), afirman que los niños víctimas de una experiencia traumática sufren la pérdida de confianza en los demás y en la visión del mundo como un lugar seguro, justo y protector. El restablecimiento de

esta seguridad y confianza se logra con el enganche del niño en una relación única, confiable, genuina, protectora, cálida y empática con la familia no ofensora y equipo de profesionales que le brindan oportunamente terapia.

Es así que en esta investigación se quiere tener en cuenta la perspectiva cognitivo conductual que se enfoca en la importancia de las cogniciones como determinantes importantes de las emociones y la conducta; las cogniciones incluyen el pensamiento del niño así como su manera de procesar la información. Esta perspectiva también considera el papel de cogniciones tales como los valores, las creencias, las autoafirmaciones, la confianza y la seguridad en sí mismo basada en experiencias anteriores, las estrategias para resolver problemas, las expectativas, las imágenes y las metas desempeñan en el desarrollo de una conducta de inadaptación por ejemplo, cuando un niño siente que tiene poca valía, puede desarrollar aislamiento o no querer realizar sus tareas (Sattler y Hoge, 2008). Finalmente esta perspectiva destaca las influencias individuales y ambientales que pueden moldear y controlar el pensamiento, los sentimientos y la conducta del niño por decir, un estímulo auditivo como los sonidos de los objetos que giran pueden provocar que el niño continúe una actividad estereotipada, o las respuestas de los demás, como los comentarios verbales provocados por la conducta agresiva del menor, pueden intensificar esa conducta.

### *Sistemas terapéuticos*

#### *Definición*

Las actividades psicoterapéuticas han existido en cada momento de la historia, pero es importante mencionar que en los últimos cien años aproximadamente se han ido desarrollando dichas experiencias con el término de psicoterapias. Teniendo en cuenta que los sistemas terapéuticos no pueden definirse con exactitud, ya que no podemos hablar de una sola disciplina o actividad a la cual se asocie el término (Cullari, 2001; citados por Celis y Casas 2006).<sup>1</sup> Pese a lo anterior, se hace necesario encontrar una definición genérica que permita captar la esencia de todas las propuestas en pocas palabras.

---

<sup>1</sup> Cullari, S. (2001). Fundamentos de Psicología clínica. México, Editorial Pearson Educación.

Así, la psicoterapia puede ser definida como la relación interpersonal que contiene una teoría abierta o implícita de malestar psicológico y de las condiciones que son necesarias para que ocurra el cambio psicológico. En este sentido, las interrelaciones interpersonales que enmarcan esta relación están estructuradas de tal manera que se optimicen las condiciones para la transformación psicológica (Celis y Casas, 2006).

Según Gold (1996)<sup>2</sup> se pueden identificar más de 400 escuelas de psicoterapia, cada una de las cuales se define de manera diferencial a otros tipos de terapias. Partiendo de esta perspectiva, Zeig y Munion (1990), observaron hasta 81 definiciones referentes a psicoterapia, pero después de realizar cierto consenso estructural, fueron destacados nueve amplios tipos de psicoterapia: Psicodinámica, humanista /existencial, conductual, cognitiva, filosófica, sistémica familiar, de grupo, hipnoterapia, ecléctica integrativa y en los últimos años el campo de la arteterapia.

### ***Antecedentes de la Psicoterapia***

Al igual que muchas enfermedades, el malestar psicológico desde tiempos remotos fue atribuido a fuerzas sobrenaturales, a la acción de los Dioses, o a los conjuros mágicos de hechiceros y / o enemigos.<sup>3</sup> Así pues, los acercamientos que fueron generados para estas enfermedades de orden físico o psicológico incluyeron desde la intervención de un Chamán, sacerdote o autoridad curativa o religiosa, hasta el uso de recetas contra los hechizos. Esta situación generó el uso de drogas alucinógenas o algunos métodos primitivos psicoquirúrgicos.

De la misma forma, algunas religiones tomaron un papel predominante en la sociedad occidental, como el caso del cristianismo. Las explicaciones a este tipo de eventos tuvieron unos resultados netamente sobrenaturales y atribuidos a errores de la fe y la moralidad de la época.

Ahora bien, después de esta etapa medieval, la aparición de la psicoterapia en la era moderna muestra su raíz en la ilustración europea y en el desarrollo de la

---

<sup>2</sup> Gold citado por Cullari. *Ibíd.* Pág. 138.

<sup>3</sup> *Ibíd.* Pág. 139

ciencia y la medicina moderna del siglo XVIII y XIX. Este tipo de influencia propició desde un estudio empírico, la aplicación de métodos e ideas científicas a la mente y sus posibles “Anormalidades”.

En este orden de ideas, es relevante mencionar que la psiquiatría moderna comenzó a emerger en el siglo XIX conforme la autoridad para tratar la “locura” y pasó de las personas no preparadas tales como; órdenes religiosas, chamanes, entre otros, a manos de profesionales médicos.

Así mismo, en este siglo se abrió un nuevo campo a la psiquiatría dominado por teorías biológicas, sobre el origen de la enfermedad mental y por trabajos valiosos de psiquiatras como Emil Kraepelin, el cual estableció el primer sistema de clasificación ampliamente aceptados de los trastornos psiquiátricos.<sup>4</sup>

A pesar de estos esfuerzos, la segregación y la discriminación en el ámbito social fue una constante ya que los casos severos o profundos fueron confinados a asilos o instituciones asistenciales de carácter religioso mientras que las personas con problemas moderados o leves fueron puestos al cuidado del servicio médico existente, el cual estableció como hipótesis de base a dichos trastornos una debilidad o una anomalía congénita del Sistema Nervioso Central. Este último grupo poblacional accedería a técnicas para su rehabilitación tales como estímulos eléctricos, baños calientes, entre otras medidas de apoyo.

Con el objetivo de realizar una descripción retrospectiva de los tipos de psicoterapia, a continuación se expondrán cada una de ellas teniendo en cuenta el momento histórico de su aparición y la incidencia que la misma tiene respecto al quehacer terapéutico actual.

#### ***Antesala a las guerras mundiales.***

En el marco del final del siglo XIX y durante la primera Guerra mundial, Sigmund Freud<sup>5</sup> propuso un método de terapias basado en la exploración de los contenidos inconcientes, la sexualidad infantil y la transferencia.

---

<sup>4</sup> Ibíd. Pág. 141

<sup>5</sup> Bransky S. (2003). Manual de psicología y psicopatologías dinámicas. Edit El Áncora. Pág. 35

El trabajo de Freud, surgió de la experimentación con la hipnosis como tratamiento para la histeria, por parte de colegas como; Jean Charcot e Hippolyte Bernheim. Pese al profundo impacto que generó la nueva propuesta terapéutica, se propusieron alrededor de 1930 métodos alternativos, aunque paralelos, desde una postura menos rígida y más abierta. Tales propuestas por Carl Jung con la psicología analítica y Alfred Adler con la psicología individual, entre otras, enriquecieron la teoría original.

En Estados Unidos, durante los años 20 y 30, el psicoanálisis freudiano y sus ramificaciones tuvieron un gran impacto en un segmento de la comunidad psicoterapéutica que logró una posición más dogmática y rígida en su enfoque hacia el psicoanálisis, de lo que su fundador inicialmente había pensado.

De esta manera, el fenómeno del psicoanálisis generó inquietud e inspiración en algunos psicoterapeutas estadounidenses como Karen Horney, Erich Fromm y Harry Stack Sullivan, aunque estos ajustaron la propuesta combinándola con ideas propias considerando las variables ambientales y el impacto de la cultura, la política y la economía (Celis y Casas, 2006).

Posteriormente, durante la década de los 40, se desarrollaron en Estados Unidos otras psicoterapias no psicoanalíticas. De esta forma, Carl Rogers ofreció su terapia “centrada en el cliente”, basada en una teoría vivencial que se centró en el crecimiento psicológico y la realización del potencial humano.<sup>6</sup>

Por otra parte, perspectivas psicológicas y del aprendizaje de corte conductual, recurrieren a los escritos de Pavlov, Watson, Hull, Spence y otros investigadores que trabajaban en el laboratorio, quienes comenzaron a explicar la psicopatología dentro un esquema estímulo – respuesta, al considerar que la curación para el sufrimiento emocional residía en el aprendizaje nuevo y en la corrección de hábitos y patrones de conducta inadecuados.

---

<sup>6</sup> Prada R (1998). Escuelas psicológicas y psicoterapéuticas, Bogotá, Colombia, Cuarta edición, Editorial San Pablo.

***Postguerra.***

Considerando el profundo impacto social que se generó después de la segunda guerra mundial, se identificó un aumento significativo en el interés público y por el uso de la psicoterapia. Del mismo modo, este periodo posterior a la guerra, también vio a la psicoterapia emerger como una actividad profesional compartida, por disciplinas distintas: psiquiatría, psicología clínica, trabajo social, enfermería, entre otras.<sup>7</sup> Esta situación dio como resultado la división de campos por las diferencias entre terapeutas centrados en el paciente, los psicoanalistas, así como el influyente grupo de terapeutas conductuales, y por otro lado, los nuevos sistemas terapéuticos llevados al campo de trabajo por los psicólogos practicantes: la terapia racional emotiva, la terapia gestalt, la terapia conductual conductista y la terapia existencial, entre otras.

A pesar de este nutrido grupo de terapias, en este periodo, es pertinente aclarar el gran impacto que la terapia conductual a través de su creciente investigación generó sobre las demás. Así, la psicología clínica disminuyó paulatinamente sus prácticas de orientación psicoanalítica y humanista y se dirigió a modelos conductuales. Por otra parte, la psiquiatría optó por basarse en el uso de modelos farmacológicos y se alejó de los métodos psicológicos.

***Década del 80 al inicio del nuevo milenio.***

Pese a las profundas teorías que se generaron entre las diferentes propuestas terapéuticas, se observó que ninguna psicoterapia podía superar sustancialmente a la otra y que de hecho, cada una de ellas presentaba limitantes dadas las situaciones o momentos que el paciente presentaba.

En las últimas décadas se ha observado el surgimiento de la psicoterapia cognoscitiva como una teoría y un método influyente, así mismo, la integración de teoría y de métodos cognoscitivos, con los principales enfoques conductuales, la revitalización de psicoterapias psicoanalíticas y humanistas a través de una expansión

---

<sup>7</sup> Cullari, S. (2001). Fundamentos de Psicología clínica. México, Editorial Pearson Educación.

de sus teorías y métodos, así como un interés general por combinar o integrar lo mejor de las diversas terapias en tratamientos más poderosos y eficaces.<sup>8</sup>

Este mismo esquema permitió readaptar las terapias existentes, también dio la posibilidad de observar el surgimiento de terapias alternativas que ofrecen de manera paralela a las tradicionales, nuevas opciones terapéuticas en el marco ambiental, artístico y social (Celis y Casas, 2006).

### ***Principales sistemas psicoterapéuticos.***

Como se expuso anteriormente, son muchas las propuestas psicoterapéuticas que se han generado a través de la historia. Sin embargo, a continuación se mencionaran de forma general las que se creyeron conveniente representar como un fuerte apoyo al desarrollo de la psicología.

### ***Estructuralismo***

En la primera década del siglo XX, Wundt y su discípulo Titchner discuten con un grupo de psicólogos de la universidad Austriaca de Würzburg acerca del número de elementos de la mente y ciertas condiciones del método de la introspección científica.

El objeto de estudio de esta escuela es la mente humana, mediante la introspección o autoobservación controlada. De esta manera, la mente o conciencia inmediata no es algo sustancial sino un proceso. Los elementos simples e irreductibles sobre los que descansa toda la actividad mental son: sensación, sentimiento e imagen.<sup>9</sup>

Así, la escuela de Würzburg distingue un cuarto elemento: las actitudes inconscientes o pensamiento. Esta escuela además enfatiza el carácter activo de la mente, que regula el curso del pensamiento y dirige la decisión, ya que tradicionalmente se venía aceptando que el proceso de pensar, pasaba de un contenido a otro, venía determinado por la ley de asociación: por contigüidad, semejanza y contraste.

---

<sup>8</sup> *Ibíd.* Pág. 141

<sup>9</sup> Prada R (1998). Escuelas psicológicas y psicoterapéuticas, Bogotá, Colombia, Cuarta edición, Editorial San Pablo.

### *Sistema psicodinámico*

Retomando Celis y Casas 2006 el concepto del psicoanálisis expresan que constituye un especial tratamiento de los enfermos de neurosis. Pero además de una técnica de tratamiento constituye una teoría de lo psíquico. En un principio, dos afirmaciones del psicoanálisis fueron principalmente las que causaron mayor extrañeza y desaprobación general. Éstas servirán para resumir la teoría del psicoanálisis:

1) Los procesos psíquicos son en sí mismos inconscientes y los procesos conscientes no son sino actos aislados o fracciones de la vida anímica total. Existe pues un sentimiento, un pensamiento y una voluntad inconscientes. Esta última constituye todo un sistema de segundas intenciones. Poseemos la ilusión de una libertad psíquica, y no queremos renunciar a ella. Todo lo psíquico pues, posee un sentido, incluido los sueños.

2) Determinados impulsos instintivos, que únicamente pueden ser calificados de sexuales, desempeñan un importante papel como causa de enfermedades nerviosas y psíquicas y, además, coadyuvan a la génesis de las más altas creaciones culturales, artísticas y sociales.<sup>10</sup>

Partiendo de lo anterior, la cultura ha sido creada obedeciendo al impulso de las necesidades vitales y a costa de la satisfacción de los instintos, y cada individuo que entra en la sociedad humana repite, en provecho de la colectividad, el sacrificio de la satisfacción de los instintos. Entre las fuerzas instintivas desempeña un importantísimo papel los impulsos sexuales, los cuales son aquí objeto de sublimación; esto es, son desviados de sus fines sexuales y dirigidos a fines socialmente más elevados, faltos ya de todo carácter sexual.

Como se mencionó anteriormente, algunos discípulos de Freud, complementaron la teoría psicoanalítica desde diferentes perspectivas. De esta manera, Adler mencionó que el carácter neurótico es un comportamiento agresivo-compensatorio el cual tiene su origen en un sentimiento de inferioridad que pudo ser resultado de las difíciles condiciones de vida infantil. Por otra parte, para Jung, la psique resulta de la integración de las experiencias conscientes, el inconsciente

---

<sup>10</sup> *Ibíd.*, Pág. 20

personal, que agrupa en "complejos", y las experiencias colectivas, que se transmiten hereditariamente.

### ***Sistema Humanista***

Para los psicólogos humanistas el hombre es psicológicamente distinto de los animales. Es naturalmente bueno y algo en sí mismo. Cada hombre, además de la naturaleza específica, común a la de otros hombres, posee una naturaleza individual, que es única e irrepetible. Por ser cada hombre distinto a los demás, como tal debe ser tratado y estudiado. Se debe evitar por tanto en lo posible, el uso de esquemas o conceptos preestablecidos a través de los cuales se puede explicar o interpretar la conducta coincidente de un colectivo pero, en modo alguno, la del individuo como ser diferente que recibe y asimila cada experiencia de una manera típica y personal.<sup>11</sup>

Para la psiquiatría americana imperante, la enfermedad es algo así como la existencia de un germen que impide actuar en responsabilidad y en socialización. Por ello, el humanismo pone el énfasis en la posibilidad del hombre de redescubrir su propia personalidad y su autenticidad personal.

De acuerdo al postulado anterior hay dos aspectos importantes que se transmitieron a través de la filosofía existencial y que retoma la psicología humanista: de un lado, la aceptación dolorosa de la existencia. De otra parte, las estructuras sociales son generadoras de enfermedad siendo la primera de estas estructuras la familia. La interiorización de las normas educativas deriva hacia estados de alienación es decir, estar despojado del otro, y no ser él.

Por otra parte, Rogers se centra en la trama de la relación terapéutica psicólogo-cliente y parte de la idea de que el individuo tiene dentro de sí mismo recursos suficientes que pueden ser movilizados con tal que el psicólogo consiga crear un clima adecuado.

Sin embargo, para Maslow la persona progresa al ir superando una serie de necesidades ordenadas jerárquicamente de mayor a menor importancia biológica y de menor a mayor importancia psicológica. El hombre se realiza cuando actualiza todas sus potencialidades y, en última instancia, cuando sus necesidades prioritarias llegan a

---

<sup>11</sup> *Ibíd.* Pág. 157

ser las de autorrealización como; contemplación de la belleza, búsqueda de la verdad y encuentro religioso.

### ***Sistema existencial.***

Para comprender el funcionamiento de la psicoterapia existencial hay que entender los principios en que se basa. Se parte de la existencia de un mundo objetivo al que se le da forma gracias a las interpretaciones y el mecanismo por el que se construye el significado es lo que se conoce como toma de decisiones, personalidad, proyecto fundamental, procesos y ser auténtico.

La Psicología Existencial está interesada por los estados psicopatológicos que incluyen la falta de significado, estos estados aparecen en individuos con poca protección ante los eventos estresantes evalúan de forma pesimista y evitan las situaciones, produciendo en ellos malestar significativo en varias áreas del desarrollo.

En este orden de ideas, la Confrontación se usa para forzar al cliente a reflexionar sobre lo que está pensando y haciendo. Al igual que la corriente psicoanalítica, la existencial considera que el funcionamiento presente de una persona es reflejo de lo aprendido en el pasado. Ahora bien, las confrontaciones de la corriente existencial incluyen los hechos específicos de la vida diaria presente, en el psicoanálisis las interpretaciones conducen al paciente hacia el pasado. Así, la importancia de las Emociones que surgen en la interacción terapéutica se debe a que expresan las reacciones de lo que está sucediendo. Si las emociones son negativas significa que la interacción no es productiva.

De esta manera, las emociones pueden suponer un obstáculo para lograr el cambio cuando se refieren al pasado o a sí mismo; los existencialistas consideran que el presente y el futuro son más importantes para recuperarse que el pasado.

Los terapeutas existenciales tienen unos contenidos de la experiencia que son importantes para el funcionamiento humano. El primer contenido, el de responsabilidad, hace referencia a que cuanto antes acepte el sujeto que es responsable de sus pensamientos, sentimientos y actos mucho mejor porque le llevará a romper con el pasado y así podrá tomar decisiones orientadas hacia el futuro. Como segundo contenido se encontró el aislamiento, el cual se refiere a que no se puede conocer

completamente a los demás, ni éstos a nosotros. Hay que ayudar a los clientes a aceptar el aislamiento pero, mientras deben continuar esforzándose por hacer posible la intimidad.

Finalmente la Psicología Existencial busca que el cambio del desarrollo sea constante, lo mismo que la vitalidad. La terapia se centra más en procesos racionales al considerar que las capacidades mentales son las que formulan el significado (Celis y Casas, 2006).

### ***Sistema terapéutico conductual***

A diferencia de los anteriores sistemas psicológicos, el conductismo es una escuela basada en el estudio del comportamiento animal. Se estudia lo que se ve y reemplaza la introspección por estudios sobre el condicionamiento y además se trabaja sobre el aprendizaje.<sup>12</sup>

Así, Watson lucha a comienzos de la década de 1910 por una psicología que tan sólo trabaje con variables objetivas y manipulables, para poder controlar científicamente la conducta de los organismos incluido el hombre.

De esta forma, para el Conductismo la Psicología debe ser ciencia eminentemente práctica, sin nada de introspección, y teniendo como objetivo la predicción y el control de la conducta.

Tan sólo reconoce aquellos procedimientos que atiendan exclusivamente a las actividades del organismo en cuanto a respuestas externas observables y a estímulos. Watson concibe la personalidad como el producto final de nuestros sistemas de hábitos y negó la existencia de caracteres o facultades innatos.

Según el conductismo lógico de Hull la conducta de todos los mamíferos opera según las mismas leyes primarias. Intentó explicar cómo y por qué los estímulos y las respuestas se conectan. Por ello, Hull postuló la existencia de entidades teóricas inobservables, que intervienen entre el estímulo y la respuesta.

Así mismo, el conductismo de Tolman puede ser definido como un conductismo cognitivo, ya que destacó la importancia de los estados mentales para el proceso de aprendizaje.

---

<sup>12</sup> *Ibíd.*, Pág. 63

Según Skinner y su conductismo radical toda conducta se halla siempre completamente determinada, pues nunca hay libertad de elección.

Consideramos que alguien merece elogios cuando decide libremente obrar bien y merece culpa cuando libremente obra mal. Sin embargo, para Skinner tanto el elogio como la culpa son igualmente irracionales, dado que toda conducta está determinada por las contingencias de reforzamiento, no por libre albedrío del individuo.

Skinner utiliza el condicionamiento operante, según el cual una respuesta se repite si con ella consiguió el animal el éxito o placer deseado. La probabilidad de una respuesta aumenta o disminuye por lo que pasa inmediatamente después de la misma, siendo este suceso un reforzador positivo o negativo, según aumente o disminuya tal probabilidad. La relación entre la respuesta y lo que sigue es únicamente temporal. Skinner experimenta con este modelo (E-R-refuerzo) para averiguar cuándo y bajo qué condiciones se refuerza una respuesta y las consecuencias que esto tiene sobre su probabilidad de emisión.

Skinner pone en duda la eficacia del castigo y para eliminar una respuesta indeseable lo hace mediante el no refuerzo o el refuerzo de la respuesta contraria deseada.

Algunos aportes que dio esta escuela a la psicología fueron el condicionamiento y el uso del método científico para el estudio del comportamiento, lo anterior ayudó además a que se convirtiera en una ciencia.

### ***Sistema Cognitivo***

El objetivo de la psicología cognitiva es la actividad humana de un sujeto activo que busca, elige, elabora, interpreta, transforma, almacena y reproduce la información proveniente del medio ambiente o del interior, a la luz de un propósito y que, de acuerdo con ella, planifica, programa, ejecuta y corrige la acción en el proceso (retroacción o feedback) o al término de la misma.<sup>13</sup> Esta actividad procesadora genera una información adicional a la que proviene del estímulo y es función de múltiples factores de naturaleza cognitiva.

---

<sup>13</sup> Díaz D. (2000). Manual de desarrollo Cognoscitivo. México. Editorial Trillas.

Por otra parte, Piaget divide el desarrollo del niño en cuatro estadios, en cada uno de los cuales se produce un tipo distintivo de inteligencia. Atribuye estas diferentes clases de inteligencia, o formas de conocimiento del mundo, a cambios de estructura lógica de la mente del niño.

Partiendo de lo anterior, el conocimiento de estructuras cognitivas permiten al niño adaptarse al ambiente. Piaget llama a su campo de estudio Epistemología Genética, o estudio de los orígenes del conocimiento en el desarrollo del niño.

De esta forma, los psicólogos del procesamiento de la información empezaron a trazar un paralelismo general entre los ordenadores y los seres humanos. El ordenador recibe input es decir, información del ambiente que procesa y almacena esta información, y después la usa para producir output programado y dirigido a un objetivo. Los seres humanos pueden también ser considerados de esta manera. Reciben información a través de los sentidos, esta es procesada y almacenada por el cerebro, que la utiliza para realizar conducta programada y dirigida a un objetivo.

A partir de los estudios de memoria, atención y resolución de problemas ha surgido una nueva psicología cognitiva, organizada toda ella en torno a la idea de que las personas son dispositivos de procesamiento de la información, similares a ordenadores.

Con la aparición del mentalismo se comenzó a hablar de la psicología de la mente humana y sus aspectos creativos. De igual forma, para Bransford el conocer la meta modifica la conducta. La mente humana recoge lo que es significativo para ella.

Paralelamente, Barlett trabaja sobre la memoria y recupera el concepto de esquema a la hora de encajar los conocimientos en la memoria.

### ***Sistema Cognitivo Conductual***

A continuación se hará una breve descripción del tratamiento cognitivo conductual del abuso sexual infantil que puede ser llevado a cabo por profesionales de la salud mental y el comportamiento y del cual se considera tiene elementos importantes para este tipo de población.

En lo que a la intervención del abuso sexual se refiere, existen en la actualidad protocolos para el tratamiento específico de este problema, se debe tener en cuenta que

normalmente el menor llega a tratamiento por alguna de las consecuencias negativas de haber sufrido esta experiencia aversiva, la cual es desvelada en la evaluación o en algún momento del tratamiento. Por ello, la eficacia y efectividad de los tratamientos para los niños que han sufrido un abuso sexual, comienza en la recogida de datos y en la evaluación biopsicosocial (Budrions y Jongsma, 2003., citado por Comeche 2006), evaluación que continua abierta durante toda la intervención.

Cuando ha existido abuso sexual se deben tener en cuenta prioritariamente los problemas más relevantes, aquellos que son los responsables del mayor grado de deterioro funcional, para dar paso, en el momento idóneo, al tratamiento de los problemas más específicos del abuso.

La planificación del tratamiento no sólo está determinada por los problemas específicos del menor y su familia sino que, también, deberá enmarcarse dentro del estadio del desarrollo evolutivo del menor que influye, entre otras cosas, en la apreciación objetiva de la amenaza, en la atribución de significado, en las estrategias emocionales y cognitivas de afrontamiento que se ponen en marcha ante una situación estresante, en la tolerancia a las propias reacciones emocionales, en las expectativas acerca de la recuperación y eficacia en la adaptación a cambios vitales, así como en la expresión de la propia sintomatología (Comeche 2006).

Los trabajos sobre resultados de los tratamientos realizados dentro del campo de la terapia cognitivo conductual generalmente se han enmarcado en el trastorno por estrés postraumático, lo que ha determinado la naturaleza y el contenido de la intervención. Para el tratamiento de este problema la terapia cognitivo conductual ofrece una variedad de técnicas que ya han sido empíricamente validadas, en el tratamiento de las respuestas de miedo condicionado y en el tratamiento de errores cognitivos, así como un amplio abanico de habilidades que pueden ayudar al menor abusado (Comeche, 2006).

La intervención suele girar alrededor de cinco ejes:

1. *Autocontrol emocional* para superar la dificultad en la regulación emocional, y aprender a manejar emociones negativas como la rabia, la culpa, etc.

2. *Exposición a la experiencia traumática* a través de técnicas que permiten reducir las respuestas de ansiedad y de miedo condicionado y ayudan a procesar la experiencia.

3. *Trabajo cognitivo* en el que se atiende a las creencias negativas del menor sobre sí mismo, los otros y el mundo y favorecer que se forje una imagen positiva de sí mismo, así como recuperar la confianza en el otro.

4. *Aprendizaje de nuevas habilidades* técnicas de estudio, habilidades sociales y aprendizaje de solución de problemas, para superar el aislamiento social y enseñar al menor a manejar situaciones difíciles, en las que un afrontamiento inadecuado puede convertirse en un foco de emociones negativas y problemas futuros.

5. *Educación sexual* para dar solución a los problemas sexuales que suelen acompañar a este tipo de experiencia, así como estrategias para prevenir nuevos abusos.

### ***Autocontrol emocional***

Los tratamientos específicos del abuso sexual infantil han dado gran importancia al control de las emociones. El objetivo es no solo alentar la expresión adecuada de los sentimientos relacionados con el abuso, como por ejemplo la rabia, la ambivalencia, el miedo, sino también enseñar al menor estrategias de control emocional, estrategias que pueden ayudarle a solucionar los problemas presentes y enfrentarse de forma más adecuada con situaciones futuras difíciles.

### ***Exposición a la experiencia traumática***

Las técnicas de exposición y en especial la desensibilización sistemática, son técnicas pioneras de la terapia cognitivo conductual con probada eficacia en el tratamiento de los problemas de ansiedad. Ahora bien el papel de la exposición para el tratamiento del trauma infantil aún se encuentra en debate. Los problemas son variados, en algunos casos comienzan con la propia realización de la jerarquía, dificultades que van desde la narración del suceso al grado de ansiedad intenso que puede conllevar la especificación de algunos recuerdos. En algunas ocasiones será necesario

desensibilizar, primero, los elementos más bajos de la jerarquía y proceder de forma sucesiva incluyendo los recuerdos nuevos que vayan apareciendo.

Deblinger, McLeer y Henry. 1990., citado por Comeche 2006, realizaron un tratamiento cognitivo conductual focalizado en el trauma a menores que habían sufrido un abuso sexual. La exposición gradual fue, para estos autores, el punto álgido del tratamiento. El objetivo de la exposición es reducir las emociones altamente negativas que desencadenan los pensamientos, recuerdos y estímulos externos relacionados con el abuso sexual. El tratamiento se completo en 12 sesiones. Antes y después de intervenir se llevó a cabo una valoración objetiva de los problemas del niño. Las técnicas empleadas fueron: exposición graduada a las memorias y pensamientos relacionadas con el abuso, discusión de la experiencia; entrenamiento de habilidades de afrontamiento, relajación y manejo de la ira; así como también incluyó un entrenamiento en habilidades de prevención de nuevos abusos. Las nuevas estrategias de afrontamiento se entrenaron mediante moldeamiento. Los cuidadores y progenitores no abusantes también participaron en el programa. Para corregir cualquier error cognitivo del que pudieran surgir reacciones emocionales negativas, se les informó sobre las consecuencias del abuso sexual. Los progenitores expresaron sus pensamientos y emociones que fueron aceptadas y validadas por el terapeuta. Con el objetivo de desarrollar prácticas parentales convenientes que redujeran, sin costes, las conductas inadecuadas y promovieran además conductas positivas, fueron entrenados en técnicas de manejo conductual. También se llevó a cabo un entrenamiento en habilidades de comunicación con los hijos. La intervención redujo significativamente los síntomas de estrés postraumático, depresión y ansiedad generalizada y ayudó a procesar de forma cognitiva y afectiva las experiencias abusivas. Los progenitores informaron, así mismo, de una reducción de las conductas externalizadas de sus hijos.

### ***Desensibilización por movimientos oculares***

Según Comeche (2006), es un tipo complejo de intervención que posee un protocolo estructurado para el tratamiento de las memorias traumáticas y sus secuelas. Esta considerado una variante de los tratamientos cognitivos conductuales y combina componentes de exposición y terapia cognitiva con estimulación bilateral. En su

revisión sobre el tratamiento del trastorno por estrés postraumático en menores y adolescentes Cohen, Berliner y March (2003) consideran, basándose en los estudios existentes, que esta intervención puede ser beneficiosa en el tratamiento pediátrico del trauma y para el tratamiento de las memorias traumáticas del abuso sexual, en su influyente planificación cognitivo conductual del tratamiento del abuso sexual infantil.

### ***Terapia cognitiva***

Al vivir un acontecimiento traumático el mundo pierde su significado benévolo, se sobreestima la cantidad de peligro, al tiempo que se realiza una estimación erróneamente baja de la auto-eficacia para resolver los problemas y se reduce la sensación de valía personal. Estas estructuras cognitivas se convierten en filtros a través de los cuales el menor entiende y responde a su entorno.

En la actualidad se le ha dado una gran importancia al componente cognitivo del tratamiento, la terapia deberá dirigirse de forma explícita a aquellos factores que contribuyen a la formación de síntomas y a su mantenimiento y cada vez poseemos mas evidencia de que las atribuciones y percepciones del menor relacionadas con el trauma, predicen de forma fidedigna su sintomatología psicológica. Así, la culpa correlaciona con distintas dificultades conductuales y emocionales. El profesional ayuda al menor a pensar que lo que le han hecho está mal ética y moralmente, además de legalmente penado; que el abuso no ha sido debido a ninguna de sus características físicas, psicológicas o morales, y que la responsabilidad es solo del otro.

### ***Gestalt***

La Psicología de la Gestalt pone de manifiesto la insuficiencia del elementalismo es decir reducción de la mente a sus elementos más simples en el estudio de la percepción. Se funda a principios del siglo XX, reconocen la importancia de la conciencia, afirman que: "El Todo es la suma de sus partes". Además impacta en el estudio de la percepción.<sup>14</sup>

Rompe, por tanto, con el enfoque asociacionista impuesto por Wundt, al afirmar que: Las propiedades del conjunto "del todo" emergen de alguna manera de los

---

<sup>14</sup> Prada R (1998). Escuelas psicológicas y psicoterapéuticas, Bogotá, Colombia, Cuarta edición, Editorial San Pablo. Pág. 141

elementos que lo componen, sin que se hallen estas propiedades en los elementos aislados. El fenómeno psicológico es en sí mismo un "todo" gestalt que, cuando se analiza, puede perder el riesgo de dejar su identidad, porque las propiedades de las partes sin más no definen las del todo que resulta. Como principios básicos de la Psicología de la Gestalt Celis y Casas (2006) encontraron dos aspectos importantes mencionados a continuación:

- Isomorfismo: entre la experiencia y los procesos fisiológicos subyacentes, existe la misma relación que entre un mapa y el territorio que representa esto se trata de realidades distintas, aunque el uno sirve como guía del otro.
- Totalismo: la experiencia se ha de estudiar tal y como se ofrece, sin dividirla en sus partes constituyentes.

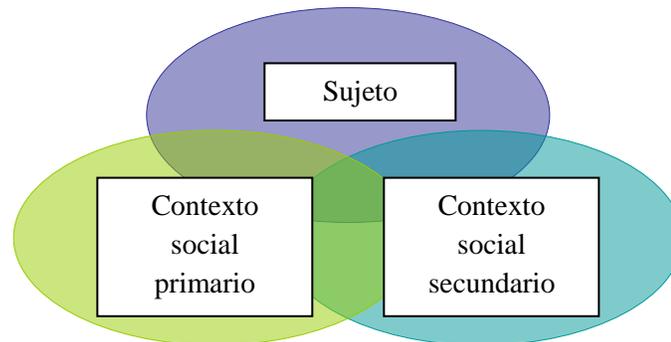
### ***Terapia sistémica***

Teniendo en cuenta las propiedades de los sistemas y sus axiomas (Watzlawick, 1982; citado por Bertalanffy, 2001)<sup>15</sup>, se entiende que toda conducta humana intencionada depende en gran medida de las opiniones o premisas que posean las personas, ya que dichas opiniones son las que rigen su interpretación de las situaciones, los acontecimientos y las relaciones.

En el específico universo de conducta que denominamos psicoterapia, esto significa que las ideas o premisas que defina una persona con respecto a la naturaleza de los problemas y del tratamiento influirá notablemente en el tipo de datos sobre los cuales se centrará su atención, la clase de personas que tratará, lo que dirá y hará – e igualmente, lo que no dirá ni hará – con el paciente y las demás personas implicadas, y, lo que es más importante, cómo evaluará los resultados de tales acciones.<sup>16</sup>

<sup>15</sup> Bertalanffy L.V. (2001). Teoría General de los sistemas. México.

<sup>16</sup> Prada R (1998). Escuelas psicológicas y psicoterapéuticas, Bogotá, Colombia, Cuarta edición, Editorial San Pablo. Pág. 179



Grafica 1. Interrelación sujeto - contextos

La terapia sistémica se centra en el paciente no en solitario sino en su contexto social primario, la familia. La atención otorgada a la comunicación y a la interacción dentro de la familia conduce a un énfasis mucho mayor sobre la conducta real independientemente si el encuadre usado es el de la terapia familiar o la terapia individual. Dentro del encuadre de la terapia sistémica, existen algunos conceptos relevantes que le dan soporte y que en su conjunto configuran como tal este tipo de psicoterapia la cual puede ser terapia sistémica breve que va de 6 sesiones a 21 sesiones de acuerdo al nivel de gravedad y a la evolución de los sujetos.

Inicialmente se habla de la redefinición, la cual implica cambiar la relación entre causa y efecto del problema o queja. Su meta es cambiar la definición de un problema para que se vuelva solucionable, no subestimarlos ni interpretarlos como algo positivo. Pasarlos de lo individual a lo social y se consideran los síntomas como una manera de comunicación metafórica.

Partiendo de lo anterior, la ilusión de las alternativas: es brindarle al o los pacientes dos alternativas entre las cuales deberá elegir una. Se relaciona con el doble vínculo terapéutico. De igual forma, la prescripción del síntoma: consiste en hacer que

se comporte como ya lo estaba haciendo; por lo tanto la conducta sintomática ya no será espontánea.

Por otra parte, la asignación de tareas tiene como meta promover rutinas, alianzas y generar nuevos rumbos en la persona para lograr el cambio. La tarea tiene que encuadrar en los miembros de la familia para que estos acepten realizarla. Tienen un objetivo claro y preciso, un tiempo limitado, para poder luego ser evaluadas; y deben estar justificadas teniendo en cuenta los estados emocionales y códigos de la familia. En general las razones tienen que tener un sentido coherente y guardar relación con el problema-queja y con su elaboración.

La secuencia utilizada no es estática. En la terapia los ciclos de conductas interpersonales que constituyen una entidad dinámica y regular en el proceso de vida del paciente. Estos ciclos son repetitivos y es lo que se conoce como *recurrencias*. El terapeuta observa los subsistemas y sus transacciones; poniendo el énfasis en las alianzas, las fronteras, las jerarquías a fin de poder llegar al diagnóstico estructural.<sup>17</sup> En el reencuadre se trata de descubrir las secuencias disfuncionales y buscar nuevos significados o vinculaciones posibles de las mismas.

Otra vía muy utilizada en la terapia sistémica es la pautaación escénica o escenificación, la cual tiene dos significados generales. En primer lugar, es el ordenamiento de un sistema según los componentes o según agrupamientos nuevos. De esta manera, la pautaación escénica puede proceder por acomodación si enfoca las subdivisiones que ya existen, o por reestructuración por la creación de divisiones nuevas y no comunes en la familia. En segundo lugar, la pautaación escénica de una entrevista o de un tratamiento íntegro importa una planificación activa de lo que se debe hacer en las diferentes etapas o momentos operaciones terapéuticas dentro de un tiempo limitado.

Así mismo se busca provocar una crisis: El objetivo es introducir novedad, variedad, y diversidad en la organización de la familia. Una crisis genuina, se produce en caso de ser cuestionadas y bloqueadas las estrategias usuales de reducir tensión. El terapeuta activo puede producirla en la familia por alguno de estos medios:

---

<sup>17</sup> *Ibíd.*, Pág. 183

1) dotación interrumpir con persistencia determinadas secuencias críticas hasta que surjan rutinas nuevas para la solución de problemas;

2) reestructurar determinados subsistemas de la familia, con la consecuencia de quebrantar una regla crítica mantenedora del problema,

3) una deliberada pauta de escenas en la conducta del grupo familiar, con arreglo a la cual los miembros que participan en el manejo de una emergencia sean reemplazados por otros que de ordinario permanecen en la periferia respecto del problema.<sup>18</sup>

La estrategia utilizada, busca tener una visión de mundo y creencias desde otra perspectiva. Las historias que crean las personas sobre sus vidas determinan tanto la atribución de significado a sus vivencias como la selección de los aspectos de la experiencia que van a expresarse, estos relatos son constitutivo o moldeadores de la vida de las personas.

Para tal fin la narrativa es un instrumento pertinente para dicho cambio. Una terapia situada en modo narrativo de pensamiento considera que los relatos vitales se han construido a través del filtro de la conciencia de los protagonistas, por lo tanto se le da máxima importancia a las vivencias de la persona; también se invita al paciente a tomar una postura reflexiva y fomentar el sentido de la autoría y la re-autoría de la propia vida y de las relaciones de cada persona al contar y volver a contar la propia historia (Bertalanffy, 2001).

Finalmente, la resignificación entra en el interjuego terapéutico. Es cambiar la historia pasada, cambiar el significado de los viejos hechos o mitos familiares. Todas las cosas tienen muchos significados, depende de la visión de mundo o puntuación de los hechos y de las creencias de los pacientes. "No son las cosas las que nos enferman sino la opinión que se tiene de ellas" (Heráclito). Implica redefinir al problema, connotarlo positivamente y circularizarlo.<sup>19</sup>

Paulatinamente se busca la externalización del síntoma. La externalización es un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar y, a veces, a personificar,

<sup>18</sup> Minuchin, S y Fishman, H.Ch. (1984). Técnicas de terapia familiar, Edit. Paidós, Barcelona España.

<sup>19</sup> *Ibíd.*, Pág. 185

los problemas que las oprimen. En este proceso, el problema se convierte en una entidad separada, externa. Cuando puede separarse claramente la distinción del problema de la distinción de la persona, se hace posible examinar cuidadosamente la dinámica y la dirección de la interacción entre personas y problemas. Cuando los miembros de una familia, los amigos, los vecinos, los compañeros de trabajo piensan que una persona tiene una cierta característica o un problema determinado, están ejerciendo un poder sobre él al representar este conocimiento respecto a esa persona.

De esta manera, permite a las personas separarse de los relatos dominantes que han estado dando forma a sus vidas y sus relaciones. Al hacerlo recuperan la capacidad de identificar aspectos previamente ignorados, pero cruciales "acontecimientos extraordinarios". Cuando se identifican acontecimientos extraordinarios, puede estimularse a las personas para que desarrollen nuevos significados en relación con ellos. Esto requiere que los acontecimientos extraordinarios pasen a formar parte de una historia alternativa de la vida de la persona. Se ha denominado "relato extraordinario" a esta historia alternativa.

Celis y Casas en el año 2006 en su tesis de investigación retoman los conceptos teóricos de Minuchin<sup>20</sup> quien entre los años 1965 y 1970, desarrollando su trabajo como director en la clínica de orientación infantil de Filadelfia, crea un enfoque terapéutico centrado en la estructura. La terapia estructural se fundamenta en el concepto de estructura, que alude al conjunto de demandas de los miembros de una familia reflejo de los procesos de interacción familiar en un momento dado. Las variables estructurales específicas en las que se centran son los límites que implican reglas de participación, el trato y las jerarquías, que encierran reglas de poder, maltrato infantil entre ellos el abuso sexual. El acento recae en la organización jerárquica del sistema familiar y en la descripción de las distintas estructuras de comunicación que conllevan los tipos de límites.

---

<sup>20</sup> Minuchin, citado por Ochoa de Alda, en Enfoques en terapia Familiar Sistémica, Editorial Herder 1995 Barcelona España, Pág. 127 - 143

Con fines estrictamente pedagógicos podemos considerar que el proceso terapéutico se desarrolla fundamentalmente en tres etapas: En la primera el terapeuta se “une” a la familia desde una posición de liderazgo; en la segunda se “desliga” y evalúa la estructura familiar subyacente, y en la tercera crea las circunstancias que permitirán transformar dicha estructura.

Así mismo, Minuchin sostiene que no se puede evaluar el sistema familiar, como si se tratara de una entidad estática, teniendo en cuenta que esta es dinámica y en constante transformación, ya que el centro de la experiencia diagnóstica debe ser el proceso de interacción de la familia y otros sistemas, con el terapeuta como agente del cambio, de modo que en ese proceso, se susciten las estructuras tanto manifiestas como latentes que gobiernen la vida familiar. Por ello, la evaluación parte de una serie de hipótesis sobre la interacción sistémica entre el contexto familiar total y en las conductas sintomáticas de sus miembros individuales y continua poniendo a prueba dichas hipótesis mediante un proceso interaccional del terapeuta con la familia denominado coparticipación, que permite además crear una fuerte relación terapéutica. De esta manera, la familia se concibe como un sistema sociocultural abierto y en transformación, que afronta una serie de tareas evolutivas y que facilita el paso de la comunicación y crea un ámbito propio a individuos y a subsistemas.

### ***Participación de los cuidadores en el tratamiento***

Según Comeche (2006) en el estudio de Cohen y Mannarino (2000) se obtuvo como resultado que los problemas psicológicos de los menores abusados sexualmente están relacionados tanto con factores individuales cognitivos, como con factores familiares. La terapia, concluyeron, debe dirigirse hacia ambos factores, siendo crucial fomentar el apoyo parental al niño.

De forma repetida ha aparecido en la literatura que si el resultado del tratamiento de los menores está influenciado por el contexto familiar, las cuestiones familiares más amplias pueden requerir evaluación e intervención. Se propone hacer un trabajo paralelo con los padres, focalizado tanto en sus dificultades para educar a los hijos, como en su propia sintomatología, entre la que cabe destacar depresión, abuso de sustancias o trastornos de personalidad, así como las vivencias de haber vivido

experiencias traumáticas similares. La presencia de un patrón de comportamiento agresivo o de un estilo cognitivo basado en atribuciones negativas, deberá ser tenido en cuenta. El impacto de la revelación de abuso también debe ser considerado, sin olvidar la posibilidad de tratar su propia experiencia de abuso, si la hubo. Los padres son figuras clave para promover el cambio y pueden participar en la terapia como agentes terapéuticos.

Según plantea Vargas, Vargas y Mejía (1996) dentro de la práctica profesional terapéutica existe mayor posibilidad de generar información y pruebas claras para fundamentar medidas acerca del cuidado del niño. Las pautas que se presentan están basadas en los siguientes principios: Objetivos de la intervención; 1) Protección del niño, para conseguir la terminación del abuso en la forma menos perjudicial teniendo en cuenta al niño como individuo, en donde se orienta a aliviar al niño del sentimiento de temor, culpa y confusión y a reducir su aislamiento elevando su autoestima, además de identificar al niño como ser social facilitando la formación de vínculos con los demás que sean adaptativas, no abusivos y de confianza 2) Resolución de los conflictos emocionales, esta puede dividirse en las respuestas dirigidas a auxiliar al niño como individuo, y las que se dirigen al niño en su contexto. Para el bienestar emocional del niño es esencial considerar a todos los individuos y las relaciones que componen su contexto social. La psicoterapia individual intensiva conlleva la formación de una relación importante con el terapeuta, que normalmente continua durante un tiempo. Es posible que el trabajo con el niño se focalice no solo en el abuso y la sexualidad sino también en otras relaciones y la visión de sí mismo del niño.

Los niños de edad entre los 7 a 9 años poseen la capacidad cognitiva para formar sistemas de representación, es decir en la terminología neopiagetiana, tercera etapa del desarrollo de la autodefinición, caracterizada por la amplitud, el equilibrio, la integración y valoración de diversos aspectos del yo: autoconceptos amplios e inclusivos que integran diferentes aspectos del yo (Harter, et al. 1998). Por lo que se podría equiparar su yo real con su yo ideal y juzgar los estándares sociales que se encuentran en comparación con los demás. Todos estos cambios contribuyen al desarrollo de la autoestima y valoración del propio valor del niño.

El crecimiento emocional de los niños de 7 u 8 años característicamente han internalizado la vergüenza y el orgullo. Estas emociones, que dependen del conocimiento de las implicaciones de sus acciones y de la clase de socialización recibida por los niños, afectan su opinión respecto a si mismos. Los niños también son capaces de expresar emociones conflictivas. A medida que crecen los niños son más conscientes de sus propios sentimientos y de los demás personas. Pueden controlar mejor su expresión emocional en las situaciones sociales y responder a la ansiedad emocional de los otros (Saarni, Mumme y Campos, 1998; citado por Papalia 2003).

También Santrock (2007) refiere que de acuerdo al desarrollo de los niños de 5 a 10 años muestran una mayor capacidad para reflejar las emociones de forma verbal y para tener en cuenta relaciones más complejas entre las emociones y las situaciones. Un aspecto del crecimiento emocional consiste en el control de las emociones negativas. Los niños casi siempre expresan los que les produce enfado, miedo o tristeza, y a veces reaccionan ante la presión de estas emociones y aprenden a modificar su comportamiento en consecuencia muchas veces de forma negativa, aunque con ayuda especializada pueden asimilar la diferencia entre sentir una emoción y expresarla.

Según Lazarus y Folkman (1986) el afrontamiento hace referencia a aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluados como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Planteando el afrontamiento como un proceso y no como un rasgo.

Así mismo (Salanova, Grau y Martínez, 2005; citados por Cantón y Justicia 2008) refieren que el término afrontamiento es el proceso que incluye los intentos del individuo para manejar los estresores. En la actualidad se emplean diversas taxonomías de estilos de afrontamiento, lo que hace difícil las comparaciones entre estudios. Sin embargo, el modelo que predomina a la hora de clasificar las estrategias empleadas al hacer frente a la experiencia de abuso es el de «aproximación-evitación» (Roth y Cohen, 1986; citados por Cantón y Justicia 2008).

Según este modelo, los pensamientos y/o acciones pueden estar dirigidos hacia una amenaza o a alejarse de ella (Merrill, Thomsen, Sinclair, Gold y Milner, 2001;

citados por Cantón y Justicia 2008). De este modo se enfatiza la dirección del afrontamiento, de forma que las estrategias de aproximación están orientadas hacia la amenaza, mientras que las de evitación a alejarse de esta.

La mayor parte de los estudios han encontrado que el empleo de estrategias de afrontamiento de evitación como; negación, distanciamiento y aislamiento social, se encuentra asociado a consecuencias psicológicas negativas, tanto en población general, como en víctimas de ASI (Bal, Van Oost, Bourdeaudhuij y Crombez, 2003; Daigneault, Hébert y Tourigny, 2006; Filipas y Ullman, 2006; Merrill et al., 2001; Merrill, Guimond y Thomsen, 2003; citados por Cantón y Justicia 2008).

También se ha visto el empleo de estrategias de afrontamiento por evitación en niños de edad escolar que predicen una mayor ansiedad sexual, que se relacionaba con menos problemas conductuales según sus padres. Por otra parte, las estrategias aproximativas como; tratar de ver la situación desde un punto de vista diferente y la búsqueda de apoyo social, se han asociado a un mejor ajuste (Bal et al., 2003; Merrill et al., 2001; Runtz y Schallow, 1997; Steel et al., 2004; citados por Cantón & Justicia 2008).

Sin embargo, muchos otros estudios no han encontrado esta relación entre este estilo de afrontamiento y un funcionamiento positivo en víctimas de ASI (Filipas y Ullman, 2006; Hébert et al., 2006; Shapiro y Levendosky, 1999; Tremblay et al., 1999), o incluso han hallado una relación inversa. Así mismo se encontró que las estrategias de afrontamiento de evitación, consideradas por los autores como no adaptativas, aumentaban el riesgo de re victimización, así como de desarrollo de trastorno de estrés postraumático.

Fernández, Hamido y Rodríguez (2001) mencionaron que los niños que han sufrido algún tipo de maltrato por lo general se convierten en niños que presentan un amplio abanico de conductas que pueden englobarse bajo la denominación de antisociales, violentas o agresivas. También, la tipología del maltrato infantil propuesta por De Paul (1998), el abuso sexual es un tipo de maltrato activo; y como secuelas se presentan problemas de comportamiento como agresividad, fugas de casa, impulsividad, delincuencia, mentiras, robos entre otros, los mecanismos que pueden

explicar la aparición de la conducta violenta son el aprendizaje vicario, donde el menor observa como el maltratador mediante la violencia controla la situación, la falta de un aprendizaje alternativo y en ocasiones la conducta delictiva es adaptativa en su entorno. Desde el modelo cognitivo conductual preventivo y protector se pueden realizar intervenciones tanto a nivel familiar como individual que rompan el esquema que genera y mantiene estas conductas.

Las terapias psicológicas han experimentado un gran desarrollo en diferentes áreas, la psicología clínica basada en evidencia implica la integración de la experiencia clínica con los resultados de la investigación; sin embargo el desarrollo reciente de las terapias breves no es ajeno a los cambios sociales, por esta razón no solo se trata de demostrar que una terapia es eficaz para un determinado trastorno, sino que es más apropiada que otras alternativas y en unas mejores condiciones, puesto que una evaluación eficiente de las intervenciones terapéuticas es una necesidad prioritaria, porque el progreso científico de la psicología clínica requiere de la delimitación de las terapias eficaces, así como de los componentes activos de las mismas (Echeburúa & Corral, 2001).

### **Prevención del abuso sexual**

#### *Caricias buenas y caricias malas*

A diferencia de las violaciones en donde existe penetración, se dice que una de las características más frecuentes del abuso sexual a menores es que el abusador toca o acaricia el cuerpo de una manera que hace sentir incomodo, avergonzado o culpable al menor (Ramírez, 2000).

Es por esta razón que debemos ayudar a los niños y niñas a diferenciar las caricias y brindarles instrucciones sencillas sobre lo que deben hacer si alguien los acaricia de una manera que los hace sentir incómodos o avergonzados. Un ejemplo es decirles que desde que nacemos, todas las personas necesitamos que nos abracen, nos besen, nos arrullen, nos mimen, en fin que nos acaricien, para sentirnos amados e importantes. Estas manifestaciones nos hacen sentir bien, contentos, tranquilos y seguros de quienes nos cuidan y nos quieren. A este tipo de caricias les decimos buenas porque nos ayudan a seguir creciendo.

Se puede continuar diciéndoles que no siempre las caricias son buenas; existen muchas que no nos gustan que nos incomodan, que nos hacen sentir mal, nos hacen daño y nos avergüenzan. Por ejemplo los pellizcos en el cachete que nos hace una amiga de la familia no nos gusta o el beso en la mejilla de alguien que nos desagrada, los masajes durante el baño de la persona que nos cuida y que nos incomoda; esas son caricias que no respetan nuestras partes privadas, ni nuestros sentimientos, nos fastidian, nos entristecen y no nos hacen sentir amados y respetados.

El niño debe entender la importancia de lo privado como algo que es solamente de uno y nadie más. Privadas son todas aquellas cosas que no queremos que los otros vean o toquen porque violan nuestra intimidad.

En un estudio de Dorrepaal, Thomaes, Smit, Balkom, Dyck, Veltman, et al. (2010) pusieron a prueba un protocolo de tratamiento, diseñado para el manejo de las secuelas del abuso sexual infantil a largo plazo, cuando ha ocurrido estrés postraumático (TEPT). El tratamiento está basado en la evidencia para este subgrupo de pacientes con TEPT. Dicho tratamiento tiene por objeto mejorar la estabilización de TEPT por medio de psico-educación y las intervenciones cognitivo-conductuales.

Dentro del método utilizado contaron con treinta y seis pacientes con antecedentes de abuso sexual infantil, que presentaban trastorno de estrés postraumático y comorbilidad grave, la duración del tratamiento fue de 20 semanas con pretest, postest y seguimiento de las evaluaciones. Los resultados encontrados fueron: positivos para el mejoramiento de TEPT y síntomas límites. Después del tratamiento el 64% y al cabo de 6 meses 78% de los pacientes no cumplían los criterios de trastorno de estrés postraumático. Concluye el estudio con la posibilidad abierta de investigar los resultados del tratamiento y la eficacia inicial del mismo en pro de estabilizar al grupo de pacientes gravemente enfermos con trastorno de estrés postraumático relacionado con el abuso sexual infantil y del cual lograron resultados adecuados.

A su vez, Cantón y Justicia (2008) plantearon en su estudio examinar las consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil (ASI) sobre el ajuste psicológico de estudiantes universitarios, así como comprobar los efectos en dicho ajuste del

empleo de diversas estrategias de afrontamiento, de evitación y aproximación. En total participaron 1.162 estudiantes de la Universidad de Granada y los datos obtenidos sobre el ASI fueron mediante un cuestionario elaborado con esta finalidad. Para evaluar las estrategias de afrontamiento se utilizó la escala de Burt y Katz, en tanto para la depresión y autoestima se determinaron mediante el Inventario de depresión Beck, respectivamente. Encontrando que los participantes víctimas de ASI, frente al grupo de comparación, presentaron puntuaciones significativamente superiores en depresión e inferiores en autoestima.

El análisis de las estrategias de afrontamiento les indicó que únicamente el empleo de estrategias de evitación se relacionaba con el ajuste psicológico, mostrando los participantes que hacen uso de puntuaciones superiores en depresión e inferiores en autoestima. Finalmente sus resultados confirman la idea de que el ASI supone una experiencia de riesgo que puede afectar en mayor o menor medida al ajuste de las víctimas en función de la estrategia de afrontamiento que utilizan.

Por otra parte, la dinámica traumatogénica explica que el abuso sexual altera el desarrollo cognitivo y emocional de la víctima, distorsionando su autoconcepto, la visión del mundo y las habilidades afectivas. En dicho modelo realizan una clasificación de la dinámica del trauma respecto a: sexualización traumática, traición, indefensión y estigmatización, cada una de las cuales tiene unas propias características, en primer lugar en la sexualización traumática puede haber; disociación, comportamientos que no corresponden a la edad evolutiva, cosificación, erotización, promiscuidad, repetición compulsiva del evento traumático, inhibición sexual, problemas de identidad y disfunciones sexuales. En segundo lugar se refieren a la traición cuando puede ocurrir una ruptura del vínculo afectivo, alteración en la manera de vincularse con los demás, necesidad de protección, desconfianza y hostilidad. En tercer lugar se puede generar indefensión; pérdida de autonomía, impotencia ante futuras agresiones, sensación crónica de vulnerabilidad, ansiedad, baja autoeficacia, déficit en habilidades personales, necesidad de control y delincuencia y en cuarto lugar, estigmatización; sentimientos de culpa y vergüenza, vivencia de ser diferente a los demás, y consumo de sustancias psicoactivas (Finkelhor y Browne, 1985).

La ONG “Sí mujer” (1998 y 1999) en su investigación *embarazo por violación*, realizada en Colombia, dio luces para esa época sobre el por qué las mujeres víctimas de violencia sexual acuden poco a las instituciones. El estudio reveló que el 59.5% de las mujeres que participaron en la investigación no comunicaron que habían sido violadas, en especial debido al temor a ser estigmatizadas. Al respecto refirieron que las asustaba la interpretación que pudieran hacer las demás personas al identificarlas como víctimas de violación. En los casos estudiados para *embarazo por violación*, la violencia sexual sólo fue denunciada excepcionalmente. De las 121 víctimas del estudio, sólo 4 (2,9%) informaron haberlo hecho ante la Fiscalía. Los motivos para no denunciar revelados por el estudio están ligados, en la mayoría de casos, a: 1) desconocimiento de los mecanismos e instancias para denunciar, 2) temor de que la gente se enterara, 3) desconfianza hacia la efectividad de la justicia y 4) miedo de recibir un mal trato. Aquellas que identificaron a sus violadores no los denunciaron por temor a las represalias de muerte con que fueron amenazadas, especialmente las dirigidas contra miembros de sus familias; así que el silencio que guardan es obligado por el miedo, la amenaza y el peligro. (Londoño, Ortiz, Gil, et al. *Citado por* “Si mujer, 2004).

Por otra parte, se deben tener en cuenta instrumentos jurídicos nacionales y leyes que determinan lo normativo frente al fenómeno explicadas a continuación.

En la legislación nacional, La Constitución Política, en su artículo 44, consagra como Derechos Fundamentales de los Niños: la vida, la integridad física, la salud, la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separado de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. También establece que serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, **abuso sexual**, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. A continuación se dan a conocer algunas leyes que permiten a la sociedad actuar bajo protección de derechos del estado.

**Ley 012 de 1991**, Por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989.

**Ley 360 de 1997 y sus modificaciones en la Ley 599 de 200**, Nuevo Código Penal cuyo título referido a violencia sexual se denominó: “Delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales”, que en sus artículos 205 a 219 considera la violencia sexual un delito contra la libertad y la dignidad humana.

**Ley 679 de 2001**, por medio de la cual se expide un estatuto para prevenir y contrarrestar la explotación, la pornografía y el turismo sexual con menores, en desarrollo del artículo 44 de la Constitución Política.

**Ley 765 de 2002**, por medio de la cual se aprueba el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño, relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de los niños en la pornografía, adoptado en Nueva York, el 25 de mayo de 2000.

**Ley 800 de 2003**, por medio de la cual se aprueban la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional y el Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional, adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 15 de noviembre de 2000.

**Ley 1098 de noviembre 8 de 2006**, Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia.

Así mismo se evidencia un conjunto de políticas públicas a nivel nacional y distrital que establecen la necesidad de adelantar acciones de prevención y atención de las distintas formas de violencia, en especial de la violencia sexual, entre las cuales están:

**Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – PNSSR** Formulada por el Ministerio de la Protección Social, plantea mejorar y promover el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de toda la población, con énfasis en la reducción

de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, y el estímulo de los factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas.

**Ley 1146 De 2007** por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente.

También el **Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010**, adoptado por el Ministerio de la Protección Social, mediante el Decreto 3039 de 2007, que reconoce como problemas críticos de salud pública las diferentes formas de violencia intrafamiliar y sexual y recomienda la realización de acciones de prevención y promoción del buen trato.

La **Política Distrital “Sexualidad sin indiferencia”**, construida como respuesta social a las diferencias y desigualdades en salud sexual y reproductiva, considera que la salud sexual y el derecho a la salud van más allá de la ausencia de enfermedades. Se propone lograr que una persona conozca su cuerpo de tal manera que pueda cuidarlo; ser capaz de tomar decisiones respecto a su sexualidad es decir; la forma de ser, sentir, amar y actuar, como hombres o como mujeres y en relación con la pareja, conocerse a sí misma y escoger formas de mostrar su afectividad y de relacionarse con las demás personas. Se orienta a que las personas tengan condiciones para tener una vida sexual segura, satisfactoria y placentera, no necesariamente ligada a la procreación.

La **Circular 010 de 2007, de la Secretaría Distrital de Salud, sobre Atención a Presuntas Víctimas de Violencia Sexual** Dirigida a las Empresas Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, Instituciones Prestadoras de Salud IPS, Empresas Sociales del Estado adscritas e instituciones de los regímenes especiales de salud distritales, profesionales independientes, asociaciones de usuarios y Copagos.

**Los derechos sexuales y reproductivos:** Derecho a las condiciones de salud, nutricionales, afectivas, educacionales y ambientales apropiadas para el desarrollo armónico de hombres y mujeres en todas las etapas del ciclo vital, para favorecer el nivel más elevado de SSR. Derecho al ejercicio autónomo de la sexualidad, de acuerdo con las propias preferencias y a la protección legal de las mismas, incluida o no la finalidad reproductiva e independiente del sexo, de la edad, de la raza, de la creencia

religiosa y del estilo de pareja. Derecho a una educación sexual y reproductiva desde la infancia, no sexista, que favorezca el autoconocimiento, el autocuidado, y el ejercicio de una sexualidad y una reproducción libre, gratificante y responsable. Derecho de todos los individuos y parejas a decidir libre y responsablemente sobre el número de hijos y el espaciamiento entre ellos, a que sean fruto de una maternidad deseada, libre, segura y compartida, y a disponer de la información y los medios para ello. Derecho a servicios de salud sexual y reproductiva integral, eficientes, oportunos, de buena calidad y humanizados, dentro de las condiciones éticas, de intimidad, confidencialidad, respeto y conocimiento, basados en una información correcta, que respete los valores culturales y las creencias religiosas, en el marco de lo reglamentado en el SGSSS”. Derecho a un trato equitativo y no discriminatorio, en el trabajo, en instituciones educativas o en contextos sociales, por condiciones asociadas al estado civil, el embarazo, tener hijos, tener ITS/VIH/Sida, tener cáncer del aparato reproductivo o por la edad, y a vivir y trabajar en un ambiente sin riesgo para la fecundidad y la reproducción. Derecho de hombres y mujeres en todas las edades a no ser maltratados ni violentados sexualmente y a adoptar decisiones relativas a la reproducción, sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de DDHH y en la Constitución Política.

En conclusión, es importante comprender que el abuso sexual a niños es la actividad encaminada a proporcionar placer sexual, estimulación o gratificación sexual a un adulto que utiliza a un niño o niña aprovechándose de la situación de superioridad.

López y Del Campo (1999) expresan la existencia de falsas creencias en este tema tales como; los abusos ocurren rara vez, sólo lo sufren las niñas, actualmente se dan más abusos que en el pasado, son predominantes en clase social baja y los niños no suelen decir la verdad. Todas estas opiniones, son discutidas por estos dos autores que explican claramente cómo los abusos son más frecuentes de lo que pensamos, que se dan en todas las clases sociales y que es conveniente creer a los niños o al menos prestarles toda la atención necesaria cuando dicen que han sufrido un abuso.

Recientemente Finkelhor (2000), afirma que existe una mayoría de abusadores menores de edad, entre un tercio del 90% masculino; estos niños suelen imitar el abuso

que ya han sufrido. Es posible que tengan una historia de rechazo social y de estigmatización sin que ellos mismos sepan el motivo o la causa inicial de estos problemas, los cuales pueden perdurar en el tiempo causando un malestar significativo en la vida de las personas.

Pereda, Guilera, Forns y Gómez (2009) compararon las tasas de prevalencia del abuso sexual infantil reportados por Finkelhor en 1994 de acuerdo a la epidemiología internacional de abuso sexual infantil y negligencia. Para tal fin, buscaron artículos sobre prevalencia del abuso sexual infantil mediante búsquedas en bases de datos digitalizados y una búsqueda de manuales de abuso sexual infantil y negligencia. En total revisaron treinta y ocho artículos correspondientes a 39 estudios independientes sobre la prevalencia de abuso sexual infantil en 21 países diferentes alrededor del mundo. Dicho estudio muestra que el abuso sexual infantil sigue siendo un problema generalizado en la sociedad y que los hallazgos son especialmente relevantes en mujeres de acuerdo a los resultados obtenidos en otros países distintos de América del Norte o Europa. Es importante destacar la alta prevalencia encontrada en la mayoría de los países, por lo que esta información podría ser una nueva advertencia a la sociedad y los gobiernos conscientes de este problema, con el fin de realizar acciones para prevenir el abuso sexual en la infancia.

Por otra parte, el presente estudio es de tipo psicométrico, dado que su interés se centra en seguir la metodología de construcción de instrumentos y hallar el coeficiente de razón de validez de contenido, retomando a Ruiz (2008) la característica principal de un instrumento de medición recibe el nombre de validez, la cual debe medir realmente el rasgo que pretende medir. En este sentido, la validez de un instrumento tiene que ver con las siguientes preguntas: ¿qué miden los puntajes del test? y ¿qué predicen dichas puntuaciones?. Entendiendo que la validez de un instrumento usa métodos para medir variables psicoeducativas, entre otras, con el fin de probar empíricamente que el instrumento es válido en todos los casos. Cuando se estima la validez de un instrumento, se requiere saber qué característica se desea predecir. Asimismo a través de la validez de contenido se trata de determinar hasta dónde los ítems de un instrumento son representativos del dominio o universo de contenido de la

propiedad que se desea medir. A diferencia de otros tipos de validez, la de contenido no puede ser expresada cuantitativamente, a través de un índice o coeficiente; es más bien una cuestión de juicio. Es decir, la validez de contenido, por lo general, se estima de manera subjetiva o intersubjetiva.

Ruiz (2008) plantea que el procedimiento más comúnmente empleado para determinar este tipo de validez, es el que se conoce con el nombre de *juicio de expertos*, para lo cual se procede de la siguiente manera:

1. Se seleccionan por lo menos dos jueces expertos, con el fin de juzgar de manera independiente, la “bondad” de los ítems del instrumento, en términos de la relevancia o congruencia de los reactivos con el elemento de contenido, la claridad en la redacción y la tendenciosidad o sesgo en la formulación de los ítems.

2. Cada experto recibe suficiente información escrita acerca de: (a) el propósito de la prueba; (b) conceptualización del universo de contenido; (c) plan de operacionalización o tabla de especificaciones (en el caso de las pruebas de rendimiento académico).

3. Cada juez recibe un instrumento de validación en el cual se recoge la información de cada experto. Dicho instrumento normalmente contiene las siguientes categorías de información por cada ítem: congruencia ítem-dominio, claridad, tendenciosidad y observaciones.

4. Se recogen y analizan los instrumentos de validación y se toman las decisiones siguientes: (a) los ítems donde hay un 100 por ciento de coincidencia favorable entre los jueces (los ítems son congruentes, están escritos claramente y no son tendenciosos) quedan incluido en el instrumento; (b) los ítems donde hay un 100 por ciento de coincidencia desfavorable entre los jueces, quedan excluidos del instrumento; y (c) los ítems donde sólo hay coincidencia parcial entre los jueces deben ser revisados, reformulados, si es necesario, y nuevamente validados.

## JUSTIFICACIÓN

La explicación de una teoría completa de abuso sexual en niños es un asunto complejo, ya que incluye aspectos relacionados con procesos psicológicos, sociales y del desarrollo sexual en cuanto a lo psicológico hace referencia a: evitación, aproximación, distorsión de pensamientos, distorsión del afecto, baja autoestima, depresión, ansiedad, entre otros. A nivel social; aislamiento, dificultad para mantener contactos o demasiada confianza hacia los demás y por ultimo aspectos del desarrollo sexual tales como; sexualización traumática, juegos con contenido sexual impropio, disociación de comportamientos que no corresponden a la edad evolutiva del niño, erotización, promiscuidad, repetición compulsiva del evento traumático, inhibición sexual, problemas de identidad, embarazos no deseados y disfunciones sexuales. Unificando criterios de diversos autores, el abuso sexual infantil es un fenómeno social vinculado a comportamientos, actitudes y prácticas generales hacia los niños y también los modos como las relaciones sexuales se hallan organizadas y reguladas en un contexto social. En la guía de atención al menor maltratado del Ministerio de Salud (2000), el abuso sexual es el contacto o interacción entre un menor y un adulto, en el que el menor es utilizado para la satisfacción sexual del adulto o de terceros, desconociendo el desarrollo psicosexual del menor. Este puede ocurrir a niños, niñas y adolescentes de cualquier edad y no siempre se lleva a cabo mediante la fuerza o la violencia; con frecuencia se emplean formas más sutiles de presión como el chantaje, la amenaza, el soborno, la manipulación o la seducción. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones la sola relación de autoridad y confianza entre el adulto y el niño o niña es suficiente para que el abuso ocurra.

De acuerdo con la Política Haz Paz (2001), en un porcentaje muy amplio, el abusador es un miembro de la familia inmediatamente del niño como padres, padrastros, tíos, primos o alguien que el niño ya conoce y en quien confía como amigos, vecinos o profesores. Incluso puede ser un buen ciudadano, buen miembro de la familia, una persona muy religiosa, amable y cariñosa.

Este tipo de violencia se ha asociado con múltiples factores de riesgo tanto individuales, como familiares, dejando secuelas físicas, psicológicas y sociales a corto, mediano y largo plazo. Esto en Colombia se ha constituido en un verdadero problema de salud pública. (Arredondo, 2002).

Según (Tsai y cols, 1979; Goodwin, 1989 citado por Cuadros, 2000) existen considerables pruebas de que el abuso sexual infantil es una experiencia aversiva para los niños que produce a menudo efectos dañinos a largo plazo, ya que los niños sexualmente abusados por lo general muestran reacciones emocionales negativas tales como depresión, culpa, o autoestima disminuida. Igualmente Oakley y Ortega, (1994) refieren que en el abuso sexual no solamente están presentes el peligro de embarazo, de una enfermedad venérea, el contagio de VIH (SIDA) o el trauma físico, lo mas graves son las secuelas que perduran para toda la vida como la baja autoestima y los sentimientos de culpa. A su vez, reportan que hay indicadores emocionales y de comportamiento del abuso sexual tales como: miedo a dormir solo, terrores nocturnos, ansiedad ante la separación, enuresis diurna y nocturna, encopresis, regresión del lenguaje, conversaciones clandestinas sobre sexualidad, excesiva masturbación, posturas sexuales agresivas, cambios de conducta en la escuela, pataletas frecuentes, excesivo temor, depresión, ansiedad, intentos de suicidio, cambios frecuentes y rápidos del estado de ánimo, abuso de alcohol o drogas y rechazo a relaciones cercanas con otros.

De la misma manera, Fernández, Hamido y Rodríguez (2001) plantearon que los niños que han sufrido algún tipo de maltrato por lo general se convierten en menores que despliegan un amplio abanico de conductas que pueden englobarse bajo la denominación de antisociales, violentas o agresivas. También, De Paul (1998) propuso que el abuso sexual es un tipo de maltrato activo; y como secuelas se presentan problemas de comportamiento como agresividad, fugas de casa, impulsividad, delincuencia, mentiras, robos entre otros, los mecanismos que pueden explicar la aparición de la conducta violenta son el aprendizaje vicario, donde el menor observa como el maltratador mediante la violencia controla la situación, la falta de un aprendizaje alternativo y en ocasiones la conducta delictiva es adaptativa en su entorno. De acuerdo a los autores, los niños deben adaptarse a la situación

de abuso sexual desarrollando conductas inadecuadas o negativas para sobrevivir en ese contexto.

Por otro lado, Finkelhorn, 1994; citado por Meza y Hernández (2005), expresan que la prevalencia de agresiones sexuales para las niñas involucran, 4% de las veces, coito niña adulto, entre 20% y 25% contacto oral genital, 20% exhibicionismo, 38% manipulación de genitales y 14% incesto.

Al mismo tiempo, es difícil encontrar datos estadísticos que sean representativos de la realidad, pero países como Australia, Inglaterra, USA, y algunos de Europa, coinciden en la opinión que aproximadamente: 1 entre 4 a 6 mujeres y 1 entre 7 a 9 varones sufren algún tipo de abuso sexual antes de cumplir los 18 años. También se ha encontrado que el 75% de los casos de abuso sexual a niños o niñas son cometidos por familiares o conocidos de ellos, igualmente el 95% de los agresores son varones. (Child Protection Council, 1985; citado por Escartin, 2003).

Igualmente las estadísticas de medicina legal (Forensis 2010), explican que por cada niño, se atienden 4,2 niñas y por cada persona adulta se atienden 5,8 menores de edad, lo que evidencia la problemática tan grave contra la niñez. De acuerdo a ello, en Colombia se presentaron 14.318 casos de abuso sexual en el año 2008, y en el Departamento de Cundinamarca se registraron 1.716 casos en el año 2007 y 1.733 casos en el 2008. Debido a que cada día son más altos los porcentajes de niños abusados sexualmente, es de resaltar que según el Forensis en el año 2007 se registraron 35 casos, 32 en el año 2008 y en el año 2009 se registraron 57 casos de abuso sexual en la jurisdicción del municipio de Chocontá, sin embargo existen casos que no son reportados por temor, lo cual es preocupante y alarmante. (Medicina Legal, 2010).

Al Instituto Colombiano de bienestar Familiar, Centro Zonal Chocontá, llegan aproximadamente 20 casos al año tanto de población rural como urbana, para que se realice una valoración inicial al menor y en busca de orientación para superar la situación traumática, identificando en ellos abuso sexual de los dos tipos, con contacto y sin contacto; debido a que quedan secuelas tanto comportamentales como cognitivas y emocionales a corto mediano y largo plazo, que de no ser atendidas se puede convertir en un problema que

afecta a la sociedad, se ha planteado diseñar un programa de tratamiento breve que permita brindar habilidades de afrontamiento a las víctimas y superar el evento.

En este medio el tema no ha sido abordado con la suficiente profundidad, ya que culturalmente en la Jurisdicción del municipio de Chocontá los problemas y circunstancias asociados al tema de abuso sexual hacia los niños y/o niñas, se considera un tabú existiendo ignorancia del tema de sexualidad debido a la falta de conocimiento, niveles de escolaridad bajos, aspectos que generan un impacto negativo en los niños, familias y comunidad. Se desconoce la magnitud de factores causales, variables del contexto inmediato y la forma adecuada de tratamiento, ya que desde múltiples modelos lo identifican dependiendo sus criterios y características particulares lo que dificulta una adecuada intervención motivo por el cual, se hace no solo necesario sino imprescindible el abordar la problemática del abuso sexual desde el enfoque cognitivo conductual que permita precisar la caracterización científica de la problemática.

Por esta razón, es importante revisar los programas de terapia que se han hecho en Colombia, sobre tratamientos y con base en estas diseñar un programa de atención para el tratamiento de abuso sexual dirigido a niños y niñas de 7 a 9 años de edad, correspondientes a estratos socioeconómicos 1 y 2 de la Jurisdicción del municipio de Chocontá Cundinamarca que lleguen al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), en busca de ayuda, o bien sean remitidos por otras instituciones como; Fiscalía, Hospital, Centro de Salud, o Comisaria de familia cuando han sido víctimas de abuso sexual. A su vez, se pretende contar con la colaboración de jueces expertos y metodológicos para validar el programa.

Es así que para el ICBF es de vital importancia brindar atención integral inmediata a los niños víctimas de abuso sexual, con el fin de restablecer sus derechos de manera oportuna contando con un equipo humano altamente competente que presta un servicio de calidad y pertinencia superando las expectativas de los usuarios.

Asimismo, para la psicología es de interés ofrecer ayuda terapéutica como un aspecto fundamental de autoprotección, cuidado personal y crecimiento emocional que consiste en enseñar habilidades para el control de las emociones negativas, puesto que los niños que han experimentado un trauma de abuso sexual generan diversos sentimientos

como; enfado, miedo, tristeza, culpa, vergüenza, entre otros y ante la presión de estas emociones, aprenden a modificar su comportamiento siendo esto una consecuencia negativa a nivel individual, familiar y social. Por ello, este estudio pretende brindar una adecuada terapia psicológica a niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual, por medio de psicoeducación y entrenamiento en habilidades de afrontamiento, para que logren superar el trauma aprendiendo a identificar y asimilar la diferencia entre sus pensamientos, sentimientos y que aprendan a expresarlos logrando estabilidad emocional. De la misma manera, incorporen factores de autocuido y autoprotección para prevenir futuros abusos sexuales. Resaltando que para la psicología clínica basada en la evidencia implica la integración de la experiencia clínica con los resultados de la investigación; sin embargo el desarrollo reciente de las terapias breves no es ajeno a los cambios sociales, por esta razón no solo se trata de demostrar que una terapia es eficaz para un determinado trastorno, sino que es más adecuada que otras alternativas y en unas mejores condiciones.

De acuerdo con Echeburúa y Corral (2001) la evaluación de la eficacia de las intervenciones terapéuticas es una necesidad perentoria, porque el progreso científico de la psicología clínica requiere de la delimitación de las terapias eficaces, así como de los componentes activos de las mismas.

Es así que, se considera importante implementar un programa eficaz y eficiente para niños víctimas de abuso sexual, porque se ha encontrado en algunos estudios que los tratamientos existentes no cumplen con las características necesarias, o condiciones adecuadas y sus alternativas son diferentes. Además, varía el tiempo de duración de la terapia, la población a la que va dirigida entre otros; por esto es de vital importancia diseñar un programa acorde al tipo de población puesto que las familias usuarias tienen un nivel de educación bajo o nulo y es pertinente involucrar a la familia no ofensora como red de apoyo para obtener mejores resultados en el proceso terapéutico. En cuanto a la duración del tratamiento se pretende que sea corto con un aproximado de 11 sesiones teniendo en cuenta que los usuarios que acuden al Centro zonal de ICBF vienen de diferentes municipios y en la mayoría de ocasiones no poseen los suficientes recursos para su desplazamiento.

A la vez, es importante mencionar que el para qué de la investigación está dado por varios aspectos primero porque en Colombia no existe un programa de afrontamiento hacia el abuso sexual de corta duración y segundo porque en la jurisdicción de Chocontá no se cuenta con un programa de afrontamiento hacia el abuso sexual que permita superar un evento traumático en los niños y sus familias no ofensores.

Por esto, el presente programa busca generar un nuevo conocimiento desde el modelo cognitivo conductual preventivo y protector a niños que han sido víctimas de abuso sexual en donde las intervenciones que se realizan tanto a nivel individual como familiar rompan el esquema que genera y mantiene estas conductas, logrando beneficios directos al niño y sus familias no ofensoras en la recuperación integral de los acontecimientos negativos que han experimentado.

De la misma manera, es una motivación para el campo de la psicología aportar herramientas de intervención que logren cambios significativos en los niños mejorando su comportamiento, aspecto emocional y cognitivo con estrategias terapéuticas que faciliten superar eventos traumáticos y prevenir que se repitan nuevos abusos sexuales.

A su vez, la perspectiva cognitivo-conductual enfatiza la importancia de la validación empírica durante los procesos de evaluación y tratamiento. Las medidas cuantitativas como los conteos de frecuencia, las medidas de duración, de intensidad y el registro de número de veces de ocurrencia se usan para documentar la conducta relevante de un niño. Además, la evaluación del automonitoreo puede proporcionar información acerca del pensamiento, los sentimientos y la conducta del niño y le proporciona al niño una sensación de que es un participante activo en la evaluación y la intervención (Sattler y Hoge, 2008).

Del mismo modo el aspecto cognitivo de una perspectiva cognitiva-conductual reconoce que las cogniciones, aunque son privadas, intervienen en el aprendizaje y la conducta. Las cogniciones y la conducta también están relacionadas desde el punto de vista funcional: los cambios en unas pueden causar modificaciones en la otra. Lo que más importa es la manera en que la conducta varía como una función de los cambios de las cogniciones del niño y la manera en que éstas y la conducta pueden modificarse para dar un resultado deseado y el aspecto conductual de esta perspectiva propone las contingencias

ambientales, como los factores del entorno, los reforzadores naturales y los distractores que también intervienen en la conducta y el aprendizaje (Sattler, et al. 2008).

En este orden de ideas el programa de afrontamiento hacia el abuso sexual pretende lograr cambios en distorsiones del pensamiento, errores cognitivos y conductas inadecuadas que puedan ser riesgo para el niño y sus padres no ofensores y que al modificarlas puedan ser factores protectores y de autocuidado. Al mismo tiempo, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento les permitirá enfrentar o tener control en situaciones difíciles y evitar que ocurran nuevos abusos sexuales.

### **Planteamiento del problema**

¿Qué validación de contenido tendrá un programa de afrontamiento hacia el abuso sexual para niños víctimas de esta problemática?

### **Objetivo General**

Diseñar y validar el contenido de un programa de afrontamiento hacia el abuso sexual dirigido a niños de 7 a 9 años de edad víctimas de abuso sexual, pertenecientes a estratos socioeconómicos 1 y 2 de la jurisdicción del municipio de Chocontá Cundinamarca.

### **Objetivos Específicos**

Diseñar un programa de afrontamiento hacia el abuso sexual dirigido a niños de 7 a 9 años de edad víctimas de esta problemática, pertenecientes a estratos socioeconómicos 1 y 2 de la jurisdicción del municipio de Chocontá Cundinamarca.

Establecer la Validez de contenido del programa de afrontamiento hacia el abuso sexual en niños por medio de jueces expertos metodológicos y teóricos.

## **METODO**

### **Diseño**

La presente investigación se encuentra dentro de los estudios de desarrollo de tecnología utilizando como estrategia metodológica un diseño psicométrico, dado que su interés se centra en seguir la metodología de construcción de instrumentos y hallar la validez de contenido, a partir del juicio de expertos, tanto conceptuales como metodológicos, determinando el coeficiente de razón de validez de contenido.

Cuando se estima la validez de un instrumento, se requiere saber qué característica se desea predecir. Asimismo a través de la validez de contenido se trata de determinar hasta dónde los ítems de un instrumento son representativos del dominio o universo de contenido de la propiedad que se desea medir. Para esto se seleccionaron intencionalmente seis (6) jueces expertos, cuatro (4) considerados profesionales en el área clínica y en el trabajo con niños abusados sexualmente y dos (2) expertos en psicometría.

### **Unidad de Análisis**

Como elemento de análisis en la investigación, y dentro de los requisitos para la construcción del programa se toman los documentos, que permiten construir los aspectos teóricos, los diferentes programas relacionados que servirán de referente y las diferentes formas de evaluación que se utilizan en el afrontamiento y en el tratamiento de niños víctimas de abuso sexual.

### **Instrumentos**

Los instrumentos que se utilizaron para construir el programa de afrontamiento, fueron por medio de tablas de especificaciones relacionadas con información de otros programas cognitivo conductuales para el abuso sexual, así como revisión teórica y de material sobre esta problemática, obteniendo el programa de afrontamiento “SUPERÁNDOME”, diseñado pensando en un tratamiento de atención para niños de 7 a 9 años pertenecientes a estratos socioeconómicos 1 y 2 de la jurisdicción del municipio de Chocontá Cundinamarca víctimas de abuso sexual. Este programa

permite adquirir y desarrollar en los niños y en los padres no ofensores conocimientos y habilidades de afrontamiento frente al abuso sexual, por medio de estrategias cognitivas y conductuales de carácter psicoeducativo y entrenamiento asertivo en habilidades que permitan afrontar el abuso, buscando generar estrategias de autocuidado, autoprotección, superación del evento traumático, estabilidad emocional y autoayuda para que los niños puedan reaccionar adecuadamente ante una situación traumática, ya que en la mayoría de los casos quedan secuelas emocionales, comportamentales y cognitivas a corto, mediano y largo plazo que afectan el desarrollo psicosocial y sexual del niño o la niña. El programa consta de 11 sesiones individuales, de las cuales tres (3) son con padres y ocho (8) con los niños, con una duración de dos horas cada sesión una vez por semana (ver apéndice A)

### **Procedimiento**

Para la construcción del programa de afrontamiento “**SUPERÁNDOME**”, se partió de una base teórica, revisando literatura sobre abuso sexual, habilidades de afrontamiento, factores de riesgos, factores protectores y programas de tratamiento para el abuso sexual. Además se consideraron temas como psicoeducación, expresión de sentimientos y emociones, educación sexual, manejo de secretos y límite personal.

La construcción de este programa se realizó en cuatro fases; Diseño del programa, validación por jueces, análisis de la información y ajustes al programa. En la primera fase para el Diseño del programa se hizo una revisión rigurosa de programas cognitivo conductuales dirigidos hacia el abuso sexual, estudios relacionados con habilidades de afrontamiento, tratamientos basados en la evidencia, con el fin de tener una visión más amplia del tema; la segunda fase consistió en validar el programa mediante 4 jueces expertos en la temática y 2 jueces expertos en lo metodológico, a quienes se les entregó un cuestionario donde debían calificar de 1 a 5 cada uno de los aspectos que conforman el programa, siendo 1 el puntaje más bajo y 5 el puntaje más alto; la tercera fase de análisis de datos, se enfocó en obtener el coeficiente de razón de validez de contenido, analizando las respuestas dadas por cada experto y el acuerdo de la mayoría de ellos en cuanto a la pertinencia, la suficiencia y la claridad de cada uno de los aspectos a evaluar que

conforman el programa; y en la última fase, se realizaron los correspondientes ajustes al programa teniendo en cuenta las sugerencias de los jueces expertos tanto metodológicos como de la temática.

### **Consideraciones Éticas**

De acuerdo al marco legal y ético Artículo 49; los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis, de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización.

Artículo 56. Todo profesional de la psicología tiene derecho a la propiedad intelectual sobre los trabajos que elabore en forma individual o colectiva, de acuerdo con los derechos del autor establecidos en Colombia. Estos trabajos podrán ser divulgados o publicados con la debida autorización de los autores.

De la misma forma los resultados se entregaran al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Regional Cundinamarca y Centro Zonal Chocontá, para dar a conocer la investigación y posteriormente ser socializada y aplicada a la población objeto, de acuerdo a las consideraciones éticas y legales que implique la misma.

### **Resultados**

Este apartado muestra los resultados encontrados a partir del objetivo planteado de diseñar y validar el contenido de un programa de afrontamiento hacia el abuso sexual por medio de jueces expertos metodológicos y teóricos. Con el fin, de resolver el objetivo primero se diseño el programa y luego se valido a través del procedimiento de validez de contenido implicando que los ítems midieran lo que realmente querían medir resaltando que debía haber congruencia de los reactivos con el elemento de contenido. Dicho programa contenía las siguientes categorías de información por cada ítem: que estuviera formulado

apropiadamente, fuera pertinente, suficiente, claro, con redacción y observaciones adecuadas.

Se entregó a cada juez un instrumento de validación el cual se recogió después de un (1) mes aproximadamente con la información de cada experto. Al analizar los instrumentos de validación se tomaron algunas decisiones como: calificar de 1 a 5 cada uno de los aspectos que conformaban el programa, siendo 1 el puntaje más bajo y 5 el puntaje más alto en donde la calificación de 4 a 5 de coincidencia entre los jueces fue favorable para quedar incluido en el instrumento; cuando la calificación fue de 1 a 2 de coincidencia entre los jueces, fue desfavorable y quedaron excluidos del instrumento; y cuando la puntuación fue de 3 por sólo haber coincidencia parcial entre los jueces se revisaron los ítems, algunos se reformularon, y en otros fue necesario validarlos nuevamente, mediante el coeficiente de razón de validez de contenido cuya formula es:

$$CVR = \frac{ne - N/2}{N/2}$$

Lo que significa que el dominio de contenido  $ne = \text{Número de jueces que aprobaron}$ , y  $N = \text{total de jueces}$ . La magnitud va desde 0.00 hasta 1.00; el valor 1.00 es la mayor magnitud posible que indica un perfecto acuerdo entre los jueces respecto a la mayor puntuación de validez de los contenidos evaluados y cuando arroja una puntuación negativa indica que se deben excluir los ítems.

Es así, que después de utilizar el coeficiente de razón de validez de contenido se presenta un análisis descriptivo por categorías que se trabajaron y los resultados cuantitativos en las tablas.

La tabla uno muestra que los aspectos conceptuales se ajustan al programa teniendo en cuenta el acuerdo entre más de la mitad de los jueces en cuanto a la presentación del programa. Por otra parte, la mitad de los jueces están de acuerdo en la pertinencia, claridad y suficiencia de los objetivos dando algunas recomendaciones para mejorarlos por lo que se realizan los correspondientes ajustes.

Tabla 1. Aspectos conceptuales del programa “SUPERANDOME”

Aspectos conceptuales	CVR
Justificación	1
Presentación de programa	0
Objetivo general	0.33
Objetivos específicos	0.33

Como se aprecia en la tabla dos los resultados de la validez de contenido de la primera sesión, se ajustan los objetivos al programa obedeciendo al acuerdo de más de la mitad de los jueces. En cuanto a la tarea propuesta en la sesión, se observa que no existe acuerdo entre más de la mitad de los jueces, por lo tanto se realizan los cambios según las observaciones que ellos realizan.

Tabla 2. Sesión padres. Conociendo mejor el programa

Primera sesión	CVR
Objetivo general	1
Objetivo específico	0.33
Actividad	0.66
Tarea	0

En la tabla tres se evidencia que los aspectos a evaluar para la segunda sesión son validados como son; el objetivo y los instrumentos, excepto la tarea por lo cual se reestructura completamente según las sugerencias de los jueces expertos.

Tabla 3. Sesión niños. Quienes somos tu y yo que vamos aprender durante el programa.

Segunda sesión	CVR
Objetivo general	0.33

Instrumentos propuestos	0.33
Tarea	-1

Tal como muestra la tabla cuatro los aspectos evaluados en la sesión tres se validan en su totalidad de acuerdo a los contenidos de los objetivos, actividades y tarea, puesto que más de la mitad de los jueces expertos están de acuerdo.

Tabla 4. Aprendiendo a explorar mis sentimientos

Tercera sesión	CVR
Objetivo general	0.33
Objetivo específico	0.33
Actividad	1
Tarea	0.33

La tabla cinco indica que los aspectos propuestos para la cuarta sesión se ajustan al programa en cuanto a los objetivos, actividades y tarea de la sesión, evidenciando acuerdo de más de la mitad de los jueces expertos para validarlas.

Tabla 5. Mis tesoros

Cuarta sesión	CVR
Objetivo general	1
Objetivos específicos	0.66
Actividad 1	1

Actividad 2	0.66
Actividad 3	1
Tarea	0.66

Como se aprecia en la tabla seis se observa que los aspectos a evaluar para la sesión cinco se validan por sus objetivos y actividades, excepto la tarea propuesta, por lo tanto se reestructura a partir de las sugerencias de los jueces expertos.

Tabla 6. Aprendiendo a conocer mi límite personal y logrando afrontar y superar mis miedos.

Quinta sesión	CVR
Objetivo general	1
Objetivo específico	1
Actividad 1	1
Actividad 2	0.33
Tarea	0

En la tabla siete se observa que los aspectos propuestos para la sexta sesión se validan por sus objetivos y actividades, ya que en las puntuaciones existió acuerdo entre los jueces, y se obtuvieron puntuaciones altas, excepto la tarea propuesta para la sesión en donde las calificaciones fueron medias, por lo tanto se reestructura según lo propuesto por los jueces expertos.

Tabla 7. Tengo derecho a decir NO

Sexta sesión	CVR
--------------	-----

Objetivo general	1
Objetivo específico	1
Actividad 1	0.66
Actividad 2	0.66
Tarea	0.33

Como se muestra en la tabla ocho las puntuaciones fueron altas existiendo acuerdo entre más de la mitad de los jueces expertos, quienes validaron los objetivos, actividades y tareas propuestos para la sesión séptima.

Tabla 8. Diferenciando las caricias buenas y malas

Séptima sesión	CVR
Objetivo general	0.66
Objetivo específico	0.66
Actividad 1	1
Actividad 2	1
Tarea	0.66

En la tabla nueve se observa que los aspectos planteados para la sesión octava se validan por el acuerdo entre más de la mitad de los jueces, lo cual indica que se ajusta al programa, excepto el planteamiento de la tarea, por lo que se reestructura de acuerdo a las sugerencias de los jueces expertos.

Tabla 9. Sesión padres. Educando sobre sexualidad

Octava sesión	CVR
Objetivo general	1

Objetivo específico	0.33
Actividad 1	0.66
Actividad 2	1
Tarea	0

Como se aprecia en la tabla diez las puntuaciones de los jueces fueron variadas y la opinión dividida en cuanto a la pertinencia, suficiencia y claridad de los objetivos, actividades y tareas planteados para la novena sesión por lo que se realizan los ajustes correspondientes de acuerdo a las sugerencias planteadas por ellos.

Tabla 10. Sesión niños. Educando sobre sexualidad

Novena sesión	CVR
Objetivo general	1
Objetivo específico	0
Actividad 1	0
Actividad 2	0.33
Tarea	0

En la tabla once se muestra que los aspectos del programa planteados para la décima sesión se validan, ya que las puntuaciones fueron altas por el acuerdo que existe entre la mayoría de los jueces expertos.

Tabla 11. Sesión padres. Evaluando lo aprendido

Décima sesión	CVR
Objetivo general	0.66
Objetivo específico	0.66

Se observa en la tabla doce que la mitad de los jueces están de acuerdo y la otra mitad están en desacuerdo con el objetivo específico y la actividad planteada para esta sesión, por lo tanto se realizan los correspondientes ajustes.

Tabla 12. Sesión niños. Evaluando lo aprendido

Onceava sesión	CVR
Objetivo general	0.33
Objetivo específico	0
Actividad	0

Se evidencia en la tabla trece que el programa queda validado puesto que en su mayoría los jueces estuvieron de acuerdo en 47 aspectos de los 60 que se tenían diseñados para el programa obteniendo una puntuación alta para la validación del mismo.

Tabla 13. Validez del programa de acuerdo a jueces

Aspectos generales	CVR
Presentación de programa aprobado	78%
Presentación del programa no aprobado	22%

El análisis de los resultados expuesto anteriormente indica que el programa de afrontamiento hacia el abuso sexual fue validado por jueces expertos teóricos y metodológicos que aprobaron en un 78% el programa, la justificación y objetivos del mismo, así como algunas actividades y tareas en cuanto a su formulación, pertinencia, suficiencia, claridad y redacción adecuada. Sin embargo en un 22%, algunas actividades y tareas no fueron validadas por lo cual fue necesario modificarlas o excluirlas teniendo en cuenta las observaciones o sugerencias de los expertos.

## DISCUSIÓN

A continuación se presentan las conclusiones obtenidas a partir del análisis de los resultados y su relación con el marco teórico:

Teniendo en cuenta el propósito del estudio de diseñar y validar el contenido de un programa de afrontamiento hacia el abuso sexual dirigido a niños de 7 a 9 años de edad víctimas de abuso sexual, pertenecientes a estratos socioeconómicos 1 y 2 de la jurisdicción del municipio de Chocontá Cundinamarca, fue necesario llevar a cabo una revisión teórica desde el punto de vista conceptual y metodológico para llevar a cabo la investigación de tipo psicométrico bajo estudio descriptivo, es decir observando, analizando y describiendo cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno social y sus componentes.

El interés por realizar el programa de afrontamiento hacia el abuso sexual fue motivado a partir de la práctica profesional y laboral ejercida en el ICBF donde con frecuencia se presentan y verifican casos de abuso sexual infantil que son conocidos a través de las denuncias por parte de la comunidad, los cuidadores o padres de familia quienes se acercan al Centro Zonal Chocontá reportando dichas situaciones y solicitando ayuda profesional, para que se tomen las medidas correspondientes y sean restablecidos los derechos de los niños y niñas víctimas de esta problemática que afecta la población del municipio y a sus 7 jurisdicciones (Villapinzón, Macheta, Manta, Tibirita, Sesquilé, Suesca y Guatavita).

Por tal razón, se planeó el diseño de un programa con el cual se logrará a nivel psicoeducativo brindar conocimientos y desarrollar habilidades de afrontamiento relacionadas con autocuidado, confianza, seguridad, respeto consigo mismo, con los demás y con su entorno como consecuencia del abuso sexual al que ha sido expuesto este tipo de población. Adicionalmente, ofrecer herramientas de protección con el fin de restablecer sus áreas de ajuste afectadas y evitar que se repitan nuevos abusos mejorando su calidad de vida.

Una razón más para diseñar el programa de afrontamiento está originada por el hecho de evidenciar que las entidades competentes en el municipio y su jurisdicción no cuentan con un protocolo propio estandarizado tanto para la evaluación como para el tratamiento de abuso sexual infantil, por lo que obstaculiza el trabajo eficaz y eficiente en el tratamiento a las víctimas.

Asumiendo lo referido anteriormente es preciso dar a conocer el programa y su finalidad respecto a las repercusiones a nivel psicológico y social del abuso en los niños, debido a que genera consecuencias tales como; distorsiones de pensamiento, comportamientos sexualizados, interacción social inadecuada, entre otros no acordes con su edad de desarrollo.

Para tal fin, se recomienda realizar antes del tratamiento la evaluación frente al abuso sexual, ya que autores como Sattler y Hoge (2008), la recomiendan mencionando que la evaluación psicológica, se refiere a toda actividad diseñada para mejorar el proceso de acumular información y formar un juicio acerca de las características conductuales, emocionales o sociales de un individuo. Por ello, se debe tener en cuenta de forma integral al niño y la familia, la etapa del ciclo vital según la edad de desarrollo, el lenguaje, aspectos cognitivos y conductuales del menor, la gravedad del caso, además otras dificultades que se presentan en las relaciones familiares, aspectos de la población si es rural o urbana, nivel de escolaridad de la familia y posibles secuelas psicológicas causadas por la experiencia traumática la cual genera malestar significativo en la víctima así como en su contexto primario.

A su vez, es importante recordar algunas referencias encontradas en la investigación que aportan sustento teórico y permiten a su vez comprender las

dimensiones que abarcan la realidad del abuso en Colombia. En relación a esto, en el año 2006 Comeche planteó que las numerosas y diversas implicaciones derivadas del maltrato en el caso específico del abuso sexual, no solo tienen un efecto en la vida inmediata del niño, sino que pueden extenderse a lo largo de los años con graves repercusiones sobre el ajuste biológico, psicológico, familiar y social implicando que pueda presentar conductas sexuales impropias, así como sintomatología disgregada y trastorno de estrés postraumático por haber experimentado una experiencia traumática de abuso sexual.

Igualmente por medio de la revisión se encontró que el abuso sexual infantil es un problema de tipo social y familiar que se presenta en diferentes estratos socioeconómicos y no tiene distinción de edad, género y/o nivel educativo, entre otros factores que afectan el bienestar y calidad de vida del niño, familia y comunidad. Además, que a nivel cultural aún es un tema que se considera tabú por lo que no todos denuncian la problemática, prefiriendo guardar silencio, negar la situación o minimizar el abuso.

Por lo tanto, el programa de afrontamiento hacia el abuso sexual ofrece diferentes estrategias cognitivas conductuales para superar problemas emocionales, afectivos y conductuales a través de herramientas de autoprotección, superación del evento traumático, estabilidad emocional y autoayuda para que los niños puedan reaccionar adecuadamente ante una situación de abuso, ya que como se había mencionado anteriormente quedan secuelas emocionales, comportamentales y cognitivas a corto, mediano y largo plazo que afectan el desarrollo psicosexual del niño o la niña.

Dentro de las estrategias para disminuir la ansiedad y los síntomas conductuales prevalentes esta la terapia cognitiva conductual programada en 11 sesiones de las cuales 3 se llevan a cabo con los padres y 8 se hacen con los niños directamente. La ejecución del programa de afrontamiento tiene como propósitos; primero dar a conocer el contenido del programa, motivar a los padres a participar y acompañar a sus hijos en el proceso colaborando desde el hogar en tareas o actividades dejadas a los niños y en segundo lugar gira alrededor de unos ejes fundamentales como

son: el autocontrol emocional por medio del reconocimiento de los diferentes sentimientos que existen y la forma adecuada de expresarlos, la exposición a la experiencia traumática utilizando la desensibilización sistemática con un lenguaje sencillo para los niños, el trabajo cognitivo, aprendizaje de nuevas habilidades de afrontamiento y educación sexual con el fin de superar el evento traumático.

Así como psicoeducar a los niños víctimas de abuso sexual en el tema de abuso, consecuencias y factores de autocuidado y protección. Esto con el fin de que desarrollen habilidades de afrontamiento logrando identificar y modificar comportamientos, pensamientos y sentimientos que están manteniendo la problemática y afectan sus áreas de ajuste.

Con la intervención se espera reducir los síntomas conductuales como ansiedad, pesadillas, estrés postraumático, conducta internalizada, externalizada, conducta sexualmente inapropiada y comportamientos persistentes de regresión en el desarrollo, miedo, agresión, depresión, pesadillas, bajo rendimiento escolar, hiperactividad y problemas alimenticios que afectan el desarrollo integral del niño. Retomando a Comeche en el año 2006 planteó que para el tratamiento de este problema la terapia cognitivo conductual ofrece una variedad de técnicas que ya han sido empíricamente validadas, en el tratamiento de las respuestas de miedo condicionado y en el tratamiento de errores cognitivos, así como un amplio abanico de habilidades que pueden ayudar al niño abusado a recuperarse.

Para la intervención del abuso sexual existen en la actualidad protocolos para el tratamiento específico de este problema, pero el programa de afrontamiento diseñado pretende mayor eficacia y efectividad de los tratamientos para los niños que han sufrido un abuso.

Si bien es cierto que hay variedad de técnicas terapéuticas para el abuso sexual de acuerdo a los diversos enfoques o corrientes psicológicas sin descalificar ninguna, la perspectiva cognitivo-conductual es apropiada ya que enfatiza la importancia de la validación empírica durante los procesos de evaluación y tratamiento. Las medidas cuantitativas como; los conteos de frecuencia, duración, intensidad y registro de ocurrencia ayudan a documentar la conducta relevante de un niño. Además, la

evaluación del auto monitoreo puede proporcionar información acerca del pensamiento, errores cognitivos, sentimientos, habilidades y la conducta del niño proporcionándole una sensación de que es un participante activo en la intervención.

Del mismo modo el aspecto cognitivo de este enfoque reconoce que las cogniciones, aunque son privadas, intervienen en el aprendizaje y la conducta. Las cogniciones y la conducta también pueden generar cambios o modificaciones en la otra, ya que no hay que verlas como entidades separadas. Lo más importante es la manera en que la conducta varía como una función de los cambios de las cogniciones del niño y la manera en que éstas y la conducta pueden modificarse para dar un resultado positivo de acuerdo a lo esperado en el tratamiento. Además, el aspecto conductual de esta perspectiva propone las contingencias ambientales, como los factores del entorno, los reforzadores naturales y los distractores también intervienen en la conducta y el aprendizaje.

Es importante retomar los conceptos de Minuchin, ya que el proceso terapéutico requiere unas reglas y límites que nos permitan en la intervención misma generar un clima y una organización propicia para el desarrollo de los objetivos propuestos. Así mismo dentro del quehacer terapéutico se requiere ser flexibles, ya que se manifiestan valores individuales sobre el sistema y los subsistemas, para generar un apoyo que permita el adecuado desarrollo psicosocial de los componentes del sistema.

Asimismo se sugiere que en el tratamiento se tengan en cuenta los factores protectores tanto del niño, como de la familia y de la comunidad, entendiendo que la protección es estar a salvo del peligro y a salvo de ser lastimado. Y así se logrará que los niños, niñas y adolescentes se sientan protegidos, permitiéndoles estar relajados, sin sentir miedo y siendo ellos mismos. Esto con el fin, de garantizarles un adecuado bienestar: mediante la aceptación del cuerpo, los sentimientos y los pensamientos como mecanismos de protección.

También se recomienda que a través de un espacio de reencuentro con ellos mismos recuperación de confianza, desculpabilización, y proyecciones de vida los niños pueden aprender aceptar su condición y salir adelante con apoyo, rompiendo el

silencio, hablando de cómo, cuando y por qué fueron violentados sexualmente, de sus sentimientos, inquietudes y esperanzas de cómo fueron ayudados por algunas personas.

Aunque se plantea una paradoja pues si bien es cierto que la familia como formadora y educadora de los niños, niñas y adolescentes, es responsable de crear los mecanismos afectivos, sociales y culturales, mediante un diálogo concertado, que permita al menor y a las personas con alto riesgo el prevenir ser víctimas de abuso, el denunciar situaciones y acciones que atenten contra su integridad física y psicológica; también es muy cierto que la mayoría de los casos denunciados tienen como directivos involucrados a integrantes de la familia o muy allegados a la misma por lo que a veces guardan silencio sin denunciar, minimizan o niegan el evento traumático.

En este sentido se recomienda sensibilizar a la población para detectar más casos de abuso sexual incentivando la denuncia y promoviendo una corresponsabilidad entre varios actores para estar alerta de posibles abusos sexuales y evitando que se vuelvan a cometer.

También, es indispensable la participación de los cuidadores o padres no ofensores en el tratamiento ya que es de vital importancia para la recuperación del niño. Esto relacionado con un estudio arrojó como resultado que los problemas psicológicos de los niños abusados sexualmente están relacionados tanto con factores individuales cognitivos, como con factores familiares. Concluyendo que la terapia, debe dirigirse hacia ambos factores, siendo crucial fomentar el apoyo parental al niño (Cohen y Mandarin, 2000; citado por Comeche 2006).

De acuerdo a ello, con la colaboración de los cuidadores o padres no ofensores, se lograrán beneficios directos al niño y sus familias en la recuperación integral de los acontecimientos negativos que han experimentado y que deben ser tratados por un especialista clínico siendo una motivación para el campo de la psicología aportar herramientas de intervención que logren cambios significativos en los niños mejorando su comportamiento, aspecto emocional y cognitivo con estrategias terapéuticas que faciliten superar eventos traumáticos y prevenir que se repitan nuevos abusos sexuales.

Teniendo en cuenta el problema de investigación y uno de los objetivos propuestos, se evidencia que si se logró validar el contenido del programa de

afrontamiento hacia el abuso sexual para niños víctimas de esta problemática de 7 a 9 años y sus respectivos padres no ofensores de niveles socioeconómicos 1 y 2 de la jurisdicción del municipio de Chocontá. En un 78% los jueces expertos en el tema y metodológicos, aprobaron los contenidos del programa, así como algunas actividades y tareas en cuanto a su formulación, pertinencia, suficiencia, claridad y redacción adecuada. Sin embargo en un 22% sugirieron cambios en algunas actividades y tareas que no fueron validadas, por lo cual fue necesario modificarlas o excluirlas teniendo en cuenta las observaciones y sugerencias de los expertos para validar el programa.

Es así que se considera importante implementar este programa para niños víctimas de abuso sexual en la jurisdicción del municipio de Chocontá, con el fin de generar nuevos conocimientos y habilidades de afrontamiento en ellos, desde el modelo cognitivo conductual preventivo y protector a nivel individual como familiar para romper esquemas que generan y mantienen un inadecuado ajuste biológico, psicológico, familiar y social.

En este orden de ideas, se resalta la importancia de este programa de corte cognitivo conductual hacia el abuso sexual ya que en Colombia no existe un programa dirigido a esta problemática de corta duración que permita generar habilidades de afrontamiento y conocimientos psicoeducativos que prevengan la repetición de nuevos abusos, además porque en la jurisdicción de Chocontá no se cuenta con un programa con estas características que permita superar un evento traumático en los niños y sus familias no ofensores.

Finalmente, se sugiere darle importancia a esta investigación para que los psicólogos interesados en el tema realicen el pilotaje y aplicación de los instrumentos elaborados para tal fin y que en próximos estudios puedan implementar el programa de afrontamiento hacia el abuso sexual de corte cognitivo conductual y validar la efectividad y eficacia del tratamiento en este tipo de problemática que afecta no solo al niño sino a la familia no ofensora y que acarrea un verdadero problema de salud pública en la población en general.

## REFERENCIAS

- Arruabarrena, M. y de Paúl, J. (1994). Maltrato a los niños en familia. Evaluación y tratamiento. Madrid: Pirámide.
- Arruabarrena, M. (1996). Evaluación y tratamiento familiar. Manual de protección infantil. Barcelona: MASSON, 312-324.
- Arredondo, V. (2002). La guía básica de prevención del abuso sexual infantil. Paicabi.
- Barudy, J (1998). El dolor invisible de la infancia. Madrid: Paidós.
- Bertalanffy, L. V. (2001). Teoría General de los sistemas. México.
- Bransky, S. (2003). Manual de psicología y psicopatologías dinámicas. El Áncora.
- Caballo, V., y Simón A. (2001). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente, trastornos generales. Madrid España: Ediciones pirámide.
- Cantón y Justicia (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema*. 20,4, 509-515.
- Celis, A. y Casas, C. (2006). Incidencia de la música sobre el desarrollo de la memoria auditiva en niños con síndrome down en el Centro de Educación y Rehabilitación Santa María de la Providencia. Tesis no publicada, Facultad de psicología, Fundación Universitaria San Martín, Colombia.
- Comeche, M. (2006). Manual de Terapia de la conducta en la infancia. Madrid: Dykinson - Psicología.
- Consejería presidencial para política social (2001). Patrones de crianza y maltrato infantil. Política Nacional de Construcción de Paz y convivencia familiar
- Convenio Secretaría Distrital de Salud – Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA (2008). Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud. Bogotá.
- Cullari, S. (2001). Fundamentos de Psicología clínica. México: Pearson Educación.
- Craig, G. (1997). Desarrollo Psicológico. México: Prentice Hall.
- Cuadros, I (2000), Manual básico para el tratamiento y diagnóstico del maltrato infantil. Bogotá Imprenta
- Díaz, D. (2000). Manual de desarrollo Cognoscitivo. México: Trillas

- Dorrepaal, E., Thomaes K., Smit, JH., Balkom, V., Dyck, V., Veltman. DJ., et al. (2010). Stabilizing group treatment for Complex Posttraumatic Stress Disorder related to childhood abuse based on psycho-education and cognitive behavioral therapy: a pilot study. *Child Abuse & Neglect*. 34, 4, 284-288.
- Escartin, M (2003). Una Guía Sobre Abuso Sexual Hacia Los Niños Y Las Niñas. Asociación Afecto.
- Escobar, J (2006). Diagnosticó situacional sobre Abuso y Explotación sexual de niños y adolescentes trabajadores de dos municipios.
- Finkelhor, D. y Browne, W. (1985). Sexually victimized children. Nueva York: Free Press.
- Finkelhor, D. (1986). Abuso Sexual al menor. Editorial Fgx. México.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF (2006). Hojas informativas sobre la protección de la infancia.
- Gallardo, J. A. (1997b). Intervención y tratamiento en el maltrato infantil. En M. Jiménez, Tratamiento psicológico de los problemas infantiles (pp.291-307). Málaga: Aljibe.
- Herrera, J. (1997) Universidad del Valle, Ministerio de La Protección Social, Unicef, FNUAP. Aplicación de un modelo biopsicosocial para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en Colombia.
- Hewith, N. y Rozo (1985). Parloteo entrenamiento en respiración y relajación niños.
- ICBF, Colciencia, UNICEF, (1994). Familia, democracia y cotidianidad. Bogotá.
- López, F. y del Campo, A. (1999). Prevención de abusos sexuales a menores. Guía para padres y educadores. Madrid: Amarú y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Llanos, T., Sinclair C., (2001). Terapia de Reparación en víctimas de abuso sexual aspectos fundamentales. *Psykhé* 10, 2, 53-70
- Martínez, A. y de Paúl, J. (1993). Maltrato y abandono en la infancia. Barcelona: Martínez Roca.
- Medicina Legal (2010). Colombia. Recuperado en Abril 05 de 2010 de, [www.medicinalegal.gov.co](http://www.medicinalegal.gov.co)
- Merino, C y Livia J. (2009). Intervalos de confianza asimétricos para el índice la validez de contenido: Un programa Visual Basic para la V de Aiken. *Anales de Psicología*, 25, 1, 169-171.

- Ministerio de salud. (2000). La guía de atención al menor maltratado del ministerio de salud y del acuerdo No. 117 del consejo nacional de seguridad social en salud. Colombia.
- Minuchin, S. y Fishman, H. Ch. (1984). Técnicas de terapia familiar. Barcelona España: Paidós
- Oakley, P y Ortega, M. (1994). Manual para la detección de casos de maltrato a la niñez Save the children . Colombia. Éxito editores LTDA.
- Papalia, D; Wendkos, S & Duskin, R (2003). Desarrollo Humano. Colombia. 8 Edición. MC Graw Hill.
- Pereda, N. Guilera, G. Forns, M & Gómez, J (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse & Neglect*. 33,331-342.
- Pieschacon M. (1995). Abuso Sexual Infantil: Una revisión de la literatura y la investigación. *Suma Psicológica* 2, 1, 5-21.
- Pichot, P. López-Ibor, J. J., & Valdés, M. M. (1995). DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson S.A.
- Portillo R. Tratamiento psicológico de niños víctimas de abuso sexual. Ministerio De Salud, Colombia.
- Puerto C, Olaya E., Dorado, D. (2009). Maltrato Infantil. Investigación criminal criminalística y ciencias forenses. Grupo editorial Ibáñez. Colombia.
- Pons G., Martínez a., Pérez m., BORRAS, J. (2006). La evaluación del abuso sexual infantil: comparación entre informes periciales en función del diagnóstico de abuso. *Intervención Psicosocial* 15,3, 317-330.
- Prada, R. (1998). Escuelas psicológicas y psicoterapéuticas, (4ª ed.). Bogotá, Colombia: San Pablo.
- Ramírez, L. F. (2000). Prevengamos el Abuso Sexual Programa de Atención Psicosocial de Carácter Preventivo y Terapéutico a Individuos, Familias y Grupos.
- Ramírez C., (2006). El impacto del maltrato en los niños y las niñas en Colombia. *Revista infancia, adolescencia y familia*. 1, 2, 287-301.

- Ramírez, C. (2008). Consecuencias del Abuso Sexual en el Desarrollo Psicológico en la infancia y la adolescencia. Tesis Doctoral, Facultad de Psicología clínica y de la salud, Universidad de Granada. España.
- Richard S. Lazarus (1986). Folkman Susan. Estrés y procesos cognitivos. Editorial Martínez Roca, 2º edición.
- Ruiz, C. (2008). Validez. Programa Interinstitucional Doctorado en Educación.
- Sattler, J y Hoge, R (2008). Evaluación Infantil: Aplicaciones conductuales, sociales y clínicas. Mexico. 5 edición. Manual Moderno.
- Santrock, J (2007) Desarrollo Infantil. Mexico. Onceava Edición. Mc Graw Hill.
- Sistema Operacional de las Naciones Unidas en Colombia (2006). *Evaluación conjunta de Bogotá*, 19.
- Sosa, C. y Capafons, J. (1996). Abuso sexual en niños y adolescentes. Psicopatología en niños y adolescentes. Madrid: Pirámide, 77- 99.
- Vargas E, Vargas C, & Mejía, S. (1996). Guía para la detección precoz del Abuso Sexual Infantil: Bogotá. Impresión Ariza.

**Apéndice A.** Programa de afrontamiento hacia el abuso sexual  
“SUPERANDOME”

**Apéndice B.** Formato Validación por jueces expertos

UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
INSTITUTO DE POSTGRADOS  
RESUMEN ANALÍTICO DE INVESTIGACIÓN

**ORIENTACIONES PARA SU ELABORACIÓN:**

El Resumen Analítico de Investigación (RAI) debe ser elaborado en Excel según el siguiente formato registrando la información exigida de acuerdo la descripción de cada variable. Debe ser revisado por el asesor(a) del proyecto. EL RAI se presenta (quema) en el mismo CD-Room del proyecto como un segundo archivo denominado: " RAI "

No.	VARIABLES	DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE
1	NOMBRE DEL POSTGRADO	PSICOLOGIA CLINICA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA
2	TÍTULO DEL PROYECTO	DISEÑO Y VALIDEZ DE CONTENIDO DE UN PROGRAMA DE AFRONTAMIENTO HACIA EL ABUSO SEXUAL EN NIÑOS DE 7 A 9 AÑOS DEL MUNICIPIO DE CHOCONTÁ CUNDINAMARCA
3	AUTOR(es)	CASAS VERA CAROLINA ESCOBEDO QUINTERO MARTHA LILIANA
4	AÑO Y MES	SEPTIEMBRE DE 2010
5	NOMBRE DEL ASESOR(a)	Se escriben los apellidos y nombres completos del asesor(a) del proyecto designado por el Comité de Investigación.
6	DESCRIPCIÓN O ABSTRACT	La presente investigación tuvo como objetivo diseñar y validar el contenido de un programa de afrontamiento hacia el abuso sexual en niños víctimas de esta problemática de edades entre 7 a 9 años con sus respectivos padres, pertenecientes a estratos socioeconómicos 1 y 2 de la Jurisdicción del Municipio de Chocontá. El programa "SUPERÁNDOME", está enfocado desde el modelo cognitivo conductual, fue diseñado en forma de taller para ser realizado durante 11 sesiones de 2 horas cada una, una vez por semana. El diseño de este estudio es de tipo psicométrico, donde se realizó una revisión rigurosa de programas cognitivo conductuales dirigidos hacia el abuso sexual enfocado en generar habilidades de afrontamiento, resolución y resignificación emocional de la experiencia que los niños víctimas de abuso sexual han vivido. Para tal fin fue necesario diseñar un cuestionario de conocimientos sobre abuso sexual y un cuestionario de Afrontamiento hacia el abuso sexual. Se realizó la validez de contenido basada en criterios de 4 jueces expertos teóricos y 2 jueces expertos metodológicos. Asimismo se enfocó en obtener el coeficiente de razón de validez de contenido, analizando las respuestas dadas por cada experto y la aprobación de la mayoría de ellos en cuanto a la pertinencia, la suficiencia y la claridad de cada uno de los aspectos a evaluar que conforman el programa. De acuerdo a los resultados se identificó que los aspectos conceptuales se ajustan al programa teniendo en cuenta que más de la mitad de los jueces lo aprobaron, en otras categorías donde solo estuvieron de acuerdo la mitad de jueces se modificaron los ítems y en donde no estuvieron de acuerdo se excluyeron.
7	PALABRAS CLAVES O DESCRIPTORES	abuso sexual SC08650, evaluación de un programa SC40835, habilidades de afrontamiento SC11790
8	SECTOR ECONÓMICO AL QUE PERTENECE EL PROYECTO	Sector educación.
9	TIPO DE INVESTIGACIÓN	Desarrollo Tecnológico
10	OBJETIVO GENERAL	Diseñar y validar el contenido de un programa de afrontamiento hacia el abuso sexual dirigido a niños de 7 a 9 años de edad víctimas de abuso sexual pertenecientes a estratos socioeconómicos 1 y 2 de la jurisdicción del municipio de Chocontá Cundinamarca.
11	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Diseñar un programa de afrontamiento hacia el abuso sexual dirigido a niños de 7 a 9 años de edad víctimas de esta problemática, pertenecientes a estratos socioeconómicos 1 y 2 de la jurisdicción del municipio de Chocontá Cundinamarca.

12	FUENTES BIBLIOGRÁFICAS	<p>Arruabarrena, M. (1996). Evaluación y tratamiento familiar. Manual de protección infantil Barcelona: MASSON, 312-324</p> <p>Arredondo, V. (2002). La guía básica de prevención del abuso sexual infantil. Paicabi.</p> <p>Barudy, J (1998). El dolor invisible de la infancia. Madrid: Paidós.</p> <p>Caballo, V., y Simón A. (2001). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente, trastornos generales. Madrid España: Ediciones pirámide.</p> <p>Cantón y Justicia (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. Psicothema. 20,4, 509-515.</p> <p>Comeche, M. (2006). Manual de Terapia de la conducta en la infancia. Madrid: Dykinson - Psicología.</p> <p>Consejería presidencial para política social (2001). Patrones de crianza y maltrato infantil. Política Nacional de Construcción de Paz y convivencia familiar</p> <p>Convenio Secretaría Distrital de Salud – Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA (2008). Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud. Bogotá.</p> <p>Craig, G. (1997). Desarrollo Psicológico. México: Prentice Hall.</p> <p>Cuadros, I (2000), Manual básico para el tratamiento y diagnóstico del maltrato infantil. Bogotá Imprenta</p> <p>Dorrepaal, E., Thomaes K., Smit, JH., Balkom, V., Dyck, V., Veltman, DJ., et al. (2010). Stabilizing group treatment for Complex Posttraumatic Stress Disorder related to childhood abuse based on psycho-education and cognitive behavioral therapy: a pilot study. Child Abuse &amp; Neglect. 34, 4, 284-288.</p> <p>Escartin, M (2003). Una Guía Sobre Abuso Sexual Hacia Los Niños Y Las Niñas. Asociación Afecto.</p> <p>Escobar, J (2006). Diagnóstico situacional sobre Abuso y Explotación sexual de niños y adolescentes trabajadores de dos municipios.</p> <p>Finkelhor D. y Browne, W. (1985). Sexually victimized children. Nueva York: Free Press.</p> <p>Finkelhor D. (1986). Abuso Sexual al menor. Editorial Fgx. México.</p> <p>Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF (2006). Hojas informativas sobre la protección de la infancia.</p> <p>Gallardo, J.A. (1997b). Intervención y tratamiento en el maltrato infantil. En M. Jiménez (Ed.), Tratamiento psicológico de los problemas infantiles (pp.291-307). Málaga: Aljibe.</p> <p>Herrera, J. (1997) Universidad del Valle, Ministerio de La Protección Social, Unicef, FNUAP. Aplicación de un modelo biopsicosocial para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en Colombia.</p> <p>Hewith, N. y Roza (1985). Parloeo entrenamiento en respiración y relajación niños.</p> <p>ICBF, Colciencia, UNICEF, (1994). Familia, democracia y cotidianidad. Bogotá.</p> <p>López, F. y del Campo, A. (1999). Prevención de abusos sexuales a menores. Guía para padres y educadores. Madrid: Amará y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.</p> <p>Llanos, T., Sinclair C., (2001). Terapia de Reparación en víctimas de abuso sexual aspectos fundamentales. Psykhé 10, 2, 53-70</p> <p>Martínez, A. y de Paul, J. (1993). Maltrato y abandono en la infancia. Barcelona: Martínez Roca.</p> <p>Medicina Legal (2010). Colombia. Recuperado en Abril 05 de 2010 de, <a href="http://www.medicinalegal.gov.co">www.medicinalegal.gov.co</a></p> <p>Merino, C y Livia J. (2009). Intervalos de confianza asimétricos para el índice la validez de contenido: Un programa Visual Basic para la V de Aiken. Anales de Psicología, 25, 1, 169-171.</p>
13	RESUMEN O CONTENIDO	<p>En lo posible se elabora según el orden cronológico desarrollado en el proyecto (objetivos, variables, marco teórico, metodología, etc.) La redacción de contenido o resumen no debe superar una hoja de tamaño carta.</p>
14	METODOLOGÍA	<p>Hace referencia a los pasos y técnicas metodológicas empleadas para llevar a cabo el proyecto. Por ejemplo: tipo de muestra, instrumentos de recolección de información, talleres, simuladores, medidas estadísticas etc.</p>
15	CONCLUSIONES	<p>Con el fin, de resolver el objetivo primero se diseño el programa y luego se valido a través del procedimiento de validez de contenido implicando que los ítems midieran lo que realmente querían medir, resaltando que debía haber congruencia de los reactivos con el elemento de contenido. Dicho programa contenía las siguientes categorías de información por cada ítem: que estuviera formulado apropiadamente, fuera pertinente, suficiente, claro, con redacción y observaciones adecuadas.</p> <p>e entregó a cada juez un instrumento de validación el cual debían calificar de 1 a 5 cada uno de los aspectos que conformaban el programa, siendo 1 el puntaje más bajo y 5 el puntaje más alto en donde la calificación de 4 a 5 de coincidencia entre los jueces fue favorable para quedar incluido en el instrumento; cuando la calificación fue de 1 a 2 de coincidencia entre los jueces, fue desfavorable y quedaron excluidos del instrumento; y cuando la puntuación fue de 3 por sólo haber coincidencia parcial entre los jueces se revisaron los ítems, algunos se reformularon, y en otros fue necesario validarlos nuevamente, mediante el coeficiente de razón de validez de contenido.</p> <p>El análisis de los resultados expuesto anteriormente indica que el programa de afrontamiento hacia el abuso sexual fue validado por jueces expertos teóricos y metodológicos que aprobaron en un 78% el programa, la justificación y objetivos del mismo, así como algunas actividades y tareas en cuanto a su formulación, pertinencia, suficiencia, claridad y redacción adecuada. Sin embargo en un 22%, algunas actividades y tareas no fueron validadas por lo cual fue necesario modificarlas o excluirlas teniendo en cuenta las observaciones o sugerencias de los expertos.</p>
		<p>se recomienda realizar antes del tratamiento la evaluación frente al abuso sexual, ya que autores como Sattler y Hoge (2008), la recomiendan mencionando que la evaluación psicológica, se refiere a toda actividad diseñada para mejorar el proceso de acumular información y formar un juicio acerca de las características conductuales, emocionales o sociales de un individuo. Por ello, se debe tener en cuenta de forma integral al niño y la familia, la etapa del ciclo vital según la edad de desarrollo, el lenguaje, aspectos cognitivos y conductuales del menor, la gravedad del caso, además otras dificultades que se presentan en las relaciones familiares, aspectos de la población si es rural o urbana, nivel de escolaridad de la familia y posibles secuelas psicológicas causadas por la experiencia traumática la cual genera malestar significativo en la víctima así como en su contexto primario</p>

secuelas psicológicas causadas por la experiencia traumática del caso genera manifestar síntomas en la víctima así como en su entorno primario.

A su vez, es importante recordar algunas referencias encontradas en la investigación que aportan sustento teórico y permiten a su vez comprender las dimensiones que abarcan la realidad del abuso en Colombia. En relación a esto, en el año 2006 Comeche planteó que las numerosas y diversas implicaciones derivadas del maltrato en el caso específico del abuso sexual, no solo tienen un efecto en la vida inmediata del niño, sino que pueden extenderse a lo largo de los años con graves repercusiones sobre el ajuste biológico, psicológico, familiar y social implicando que pueda presentar conductas sexuales impropias, así como sintomatología disgregada y trastorno de estrés postraumático por haber experimentado una experiencia traumática de abuso sexual.

Igualmente por medio de la revisión se encontró que el abuso sexual infantil es un problema de tipo social y familiar que se presenta en diferentes estratos socioeconómicos y no tiene distinción de edad, género y/o nivel educativo, entre otros factores que afectan el bienestar y calidad de vida del niño, familia y comunidad. Además, que a nivel cultural aún es un tema que se considera tabú por lo que no todos denuncian la problemática, prefiriendo guardar silencio, negar la situación o minimizar el abuso.

Por lo tanto, el programa de afrontamiento hacia el abuso sexual ofrece diferentes estrategias cognitivas conductuales para superar problemas emocionales, afectivos y conductuales a través de herramientas de autoprotección, superación del evento traumático, estabilidad emocional y autoayuda para que los niños puedan reaccionar adecuadamente ante una situación de abuso, ya que como se había mencionado anteriormente quedan secuelas emocionales, comportamentales y cognitivas a corto, mediano y largo plazo que afectan el desarrollo psicosexual del niño o la niña.

Dentro de las estrategias para disminuir la ansiedad y los síntomas conductuales prevalentes esta la terapia cognitiva conductual programada en 11 sesiones de las cuales 3 se llevan a cabo con los padres y 8 se hacen con los niños directamente. La ejecución del programa de afrontamiento tiene como propósitos: primero dar a conocer el contenido del programa, motivar a los padres a participar y acompañar a sus hijos en el proceso colaborando desde el hogar en tareas o actividades dejadas a los niños y en segundo lugar gira alrededor de unos ejes fundamentales como son: el autocontrol emocional por medio del reconocimiento de los diferentes sentimientos que existen y la forma adecuada de expresarlos, la exposición a la experiencia traumática utilizando la desensibilización sistemática con un lenguaje sencillo para los niños, el trabajo cognitivo, aprendizaje de nuevas habilidades de afrontamiento y educación sexual con el fin de superar el evento traumático.

Así como psicoeducar a los niños víctimas de abuso sexual en el tema de abuso, consecuencias y factores de autocuidado y protección. Esto con el fin de que desarrollen habilidades de afrontamiento logrando identificar y modificar comportamientos, pensamientos y sentimientos que están manteniendo la problemática y afectan sus áreas de ajuste.

Con la intervención se espera reducir los síntomas conductuales como ansiedad, pesadillas, estrés postraumático, conducta internalizada, externalizada, conducta sexualmente inapropiada y comportamientos persistentes de regresión en el desarrollo, miedo, agresión, depresión, pesadillas, bajo rendimiento escolar, hiperactividad y problemas alimenticios que afectan el desarrollo integral del niño. Retomando a Comeche en el año 2006 planteó que para el tratamiento de este problema la terapia cognitivo conductual ofrece una variedad de técnicas que ya han sido empíricamente validadas, en el tratamiento de las respuestas de miedo condicionado y en el tratamiento de errores cognitivos, así como un amplio abanico de habilidades que pueden ayudar al niño abusado a recuperarse.

Para la intervención del abuso sexual existen en la actualidad protocolos para el tratamiento específico de este problema, pero el programa de afrontamiento diseñado pretende mayor eficacia y efectividad de los tratamientos para los niños que han sufrido un abuso.

Si bien es cierto que hay variedad de técnicas terapéuticas para el abuso sexual de acuerdo a los diversos enfoques o corrientes psicológicas sin descalificar ninguna, la perspectiva cognitivo-conductual es apropiada ya que enfatiza la importancia de la validación empírica durante los procesos de evaluación y tratamiento. Las medidas cuantitativas como: los conteos de frecuencia, duración, intensidad y registro de ocurrencia ayudan a documentar la conducta relevante de un niño. Además, la evaluación del auto monitoreo puede proporcionar información acerca del pensamiento, errores cognitivos, sentimientos, habilidades y la conducta del niño proporcionándole una sensación de que es un participante activo en la intervención.

Del mismo modo el aspecto cognitivo de este enfoque reconoce que las cogniciones, aunque son privadas, intervienen en el aprendizaje y la conducta. Las cogniciones y la conducta también pueden generar cambios o modificaciones en la otra, ya que no hay que verlas como entidades separadas. Lo más importante es la manera en que la conducta varía como una función de los cambios de las cogniciones del niño y la manera en que éstas y la conducta pueden modificarse para dar un resultado positivo de acuerdo a lo esperado en el tratamiento. Además, el aspecto conductual de esta perspectiva propone las contingencias ambientales, como los factores del entorno, los reforzadores naturales y los distractores también intervienen en la conducta y el aprendizaje.

Es importante retomar los conceptos de Minuchin, ya que el proceso terapéutico requiere unas reglas y límites que nos permitan en la intervención misma generar un clima y una organización propicia para el desarrollo de los objetivos propuestos. Así mismo dentro del quehacer terapéutico se requiere ser flexibles, ya que se manifiestan valores individuales sobre el sistema y los subsistemas, para generar un apoyo que permita el adecuado desarrollo psicosocial de los componentes del sistema.

Asimismo se sugiere que en el tratamiento se tengan en cuenta los factores protectores tanto del niño, como de la familia y de la comunidad, entendiendo que la protección es estar a salvo del peligro y a salvo de ser lastimado. Y así se logrará que los niños, niñas y adolescentes se sientan protegidos, permitiéndoles estar relajados, sin sentir miedo y siendo ellos mismos. Esto con el fin, de garantizarles un adecuado bienestar: mediante la aceptación del cuerpo, los sentimientos y los pensamientos como mecanismos de protección.

También se recomienda que a través de un espacio de reencuentro con ellos mismos recuperación de confianza, disculpabilización, y proyecciones de vida los niños pueden aprender aceptar su condición y salir adelante con apoyo, rompiendo el silencio, hablando de cómo, cuando y por que fueron violentados sexualmente, de sus sentimientos, inquietudes y esperanzas de cómo fueron ayudados por algunas personas.

Aunque se plantea una paradoja pues si bien es cierto que la familia como formadora y educadora de los niños, niñas y adolescentes, es responsable de

Aunque se plantea una paradoja pues si bien es cierto que la familia como formadora y educadora de los niños, niñas y adolescentes, es responsable de crear los mecanismos afectivos, sociales y culturales, mediante un dialogo concertado, que permita al menor y a las personas con alto riesgo el prevenir ser victimas de abuso, el denunciar situaciones y acciones que atenten contra su integridad física y psicológica; también es muy cierto que la mayoría de los casos denunciados tienen como directivos involucrados a integrantes de la familia o muy allegados a la misma por lo que a veces guardan silencio sin denunciar, minimizan o niegan el evento traumático.

En este sentido se recomienda sensibilizar a la población para detectar más casos de abuso sexual incentivando la denuncia y promoviendo una corresponsabilidad entre varios actores para estar alerta de posibles abusos sexuales y evitando que se vuelvan a cometer.

También, es indispensable la participación de los cuidadores o padres no ofensores en el tratamiento ya que es de vital importancia para la recuperación del niño. Esto relacionado con un estudio arrojó como resultado que los problemas psicológicos de los niños abusados sexualmente están relacionados tanto con factores individuales cognitivos, como con factores familiares. Concluyendo que la terapia, debe dirigirse hacia ambos factores, siendo crucial fomentar el apoyo parental al niño (Cohen y Mandarin, 2000; citado por Comeche 2006).

De acuerdo a ello, con la colaboración de los cuidadores o padres no ofensores, se lograran beneficios directos al niño y sus familias en la recuperación integral de los acontecimientos negativos que han experimentado y que deben ser tratados por un especialista clínico siendo una motivación para el campo de la psicología aportar herramientas de intervención que logren cambios significativos en los niños mejorando su comportamiento, aspecto emocional y cognitivo con estrategias terapéuticas que faciliten superar eventos traumáticos y prevenir que se repitan nuevos abusos sexuales.

Teniendo en cuenta el problema de investigación y uno de los objetivos propuestos, se evidencia que si se logró validar el contenido del programa de afrontamiento hacia el abuso sexual para niños víctimas de esta problemática de 7 a 9 años y sus respectivos padres no ofensores de niveles socioeconómicos 1 y 2 de la jurisdicción del municipio de Chocontá. En un 78% los jueces expertos en el tema y metodológicos, aprobaron los contenidos del programa, así como algunas actividades y tareas en cuanto a su formulación, pertinencia, suficiencia, claridad y redacción adecuada. Sin embargo en un 22% sugirieron cambios en algunas actividades y tareas que no fueron validadas, por lo cual fue necesario modificarlas o excluirlas teniendo en cuenta las observaciones y sugerencias de los expertos para validar el programa.

Es así que se considera importante implementar este programa para niños víctimas de abuso sexual en la jurisdicción del municipio de Chocontá, con el fin de generar nuevos conocimientos y habilidades de afrontamiento en ellos, desde el modelo cognitivo conductual preventivo y protector a nivel individual como familiar para romper esquemas que generan y mantienen un inadecuado ajuste biológico, psicológico, familiar y social.

En este orden de ideas, se resalta la importancia de este programa de corte cognitivo conductual hacia el abuso sexual ya que en Colombia no existe un programa dirigido a esta problemática de corta duración que permita generar habilidades de afrontamiento y conocimientos psicoeducativos que prevengan la repetición de nuevos abusos, además porque en la jurisdicción de Chocontá no se cuenta con un programa con estas características que permita superar un evento traumático en los niños y sus familias no ofensores.

Finalmente, se sugiere darle importancia a esta investigación para que los psicólogos interesados en el tema realicen el pilotaje y aplicación de los instrumentos elaborados para tal fin y que en próximos estudios puedan implementar el programa de afrontamiento hacia el abuso sexual de corte cognitivo conductual y validar la efectividad y eficacia del tratamiento en este tipo de problemática que afecta no solo al niño sino a la familia no ofensora y que acarrea un verdadero problema de salud pública en la población en general.

*	CÓDIGO DE LA BIBLIOTECA	No aplica para usted.
---	-------------------------	-----------------------

CRISANTO QUIROGA OTÁLORA  
 Coordinador Comité de Investigación