



# **UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS**

Decanato de Postgrado

Trabajo De Grado Para Obtener El Grado De Magíster En Psicología Clínica  
Con Especialización En Psicoterapia Integrativa

INFORME DE PRÁCTICA PROFESIONAL

## **Intervención Psicoterapéutica Del Abuso Sexual Infantil En Menores Entre 12 y 15 Años De Edad**

Presentado por:  
Jurado Espinoza, Zisnely Yurieth 4-756-1276

Asesor:  
Ana Melissa Sagel

David, 2018

## **DEDICATORIA**

A mi esposo Jean Carlos Aparicio, mi compañero en las batallas más difíciles, por su apoyo incondicional, entrega, paciencia y dedicación.

A mi mamá Paulina Espinoza, por ser el pilar más importante en mi vida, por creer y confiar en cada una de mis metas y mi profesión, motivándome siempre a no rendirme, pese a las dificultades.

Zisnely Y. Jurado E.

## **AGRADECIMIENTO**

Primeramente, a Dios, por todas sus bendiciones y ser mi fortaleza en los momentos de debilidad.

A mi esposo y a mis padres por apoyarme con los recursos necesario para iniciar y culminar esta meta tan importante para mí.

A las docentes asesoras, Profesora Ana M. Sagel y Profesora Idalia Gómez, gracias por los conocimientos y experiencias compartidas, por las recomendaciones que cada una en su momento me brindó durante el desarrollo de la práctica profesional.

Al equipo de Aldeas Infantiles SOS, David, en especial a la Magistra Katheryne Jurado, por la confianza brindada y abrirme las puertas de esta Institución, para llevar a cabo mi práctica profesional.

Zisnely Y. Jurado E.

## CONTENIDO GENERAL

### INTRODUCCIÓN

#### CAPÍTULO I: Marco De Referencia Institucional ..... 8

1.1 Antecedentes .....	9
1.2 Justificación.....	13
1.3 Descripción Institucional.....	14
1.4 Objetivos .....	16
1.5 Población Beneficiada.....	17
1.6 Cronograma de Actividades .....	18

#### CAPÍTULO II: Descripción De La Práctica Profesional..... 21

2.1 Actividades Realizadas .....	22
2.2 Portafolio De Actividad .....	22

#### CAPÍTULO III: Analisis E Interpretación De Los Resultados ..... 37

3.1 Análisis De Resultados .....	38
3.1.1 Propuesta De Solución .....	61
3.1.1.1 Marco De Referencia .....	62
3.1.1.2 Justificación .....	65
3.1.1.3 Diseño De La Propuesta.....	66
3.1.1.3.1 Introducción .....	66
3.1.1.3.2 Objetivos.....	67
3.1.1.3.3 Beneficiarios .....	67
3.1.1.3.4 Fases de Intervención .....	68
3.1.1.3.5 Descripción De La Propuesta De Evaluación .....	70

3.1.1.3.6 Referencias Bibliográficas .....	75
CONCLUSIONES.....	76
BIBLIOGRAFÍA.....	78
ANEXOS.....	79

## INTRODUCCIÓN

El presente informe aspira describir las técnicas y procesos terapéuticos utilizados en la atención clínica de cuatro pacientes, entre los 12 y 15 años de edad, referidos por el personal de Psicología de las Aldeas Infantiles SOS, como víctimas de abuso sexual infantil.

Estos casos, pese a que han sido evaluados previamente por personal interdisciplinario, no mantienen seguimiento por parte del personal de psicología de las Aldeas Infantiles SOS, por lo que se consideró prudente aprovechar el abordaje psicoterapéutico por medio de la práctica universitaria.

Como antecedentes revisaremos los datos de incidencia del abuso sexual en menores, tanto internacionalmente como en nuestro País y lo aportes del abordaje clínico y psicoterapéutico, así como programas e intervenciones que se han desarrollado para dar tratamiento a los síntomas psicológicos de las víctimas.

El abuso sexual infantil en uno de los tipos de maltratos con repercusiones graves para quienes lo sufren y que usualmente coexisten con otros tipos de violencia y negligencias familiares, y que puede estar determinado por factores de vulnerabilidad como lo es el estatus socioeconómico, etnia, género, o situación de vida. Aspectos que se detallan en el Marco de referencia institucional del Capítulo I.

Dentro de la justificación se expone la importancia del abordaje del abuso sexual infantil, sus aspectos generales, consecuencias y el interés de realizar la práctica profesional en Aldeas Infantiles SOS, David, institución que funciona como

albergue de protección para niños y niñas que han sido víctimas de abuso infantil.

Se realiza una descripción detallada de la Institución de Práctica, misión, visión y las normas que regulan las funciones de las Aldeas Infantiles SOS. A su vez se plantean los objetivos de la práctica, tanto general, como objetivos específicos, que determinan el propósito del abordaje con los pacientes referidos, la población beneficiada, síntomas por los cuales fueron referidos, así como sus características socioculturales.

En el capítulo II, se desarrolla una descripción de cada actividad realizada de forma detallada, datos y antecedentes generales de los pacientes atendidos, con evidencias de las acciones dirigidas durante la práctica profesional con cada uno de ellos, así como el número de sesiones realizadas con fecha y duración, así como descripción, técnicas y recursos utilizados.

El análisis e interpretación de los resultados del abordaje terapéutico será descrito en el Capítulo III, tomando en cuenta los aspectos más relevantes del abordaje terapéutico con cada uno de los pacientes, pronóstico terapéutico, logros y avances obtenidos, así como las limitantes y factores de riesgo.

El informe de práctica incluye una propuesta de solución, que permitirá mejorar el abordaje de los casos de abuso sexual infantil, incluyendo recomendaciones para terapeutas y cuidadoras de las Aldeas Infantiles SOS y que puede ser desarrollada en otras instituciones y por profesionales capacitados.

Finalmente, este informe de práctica se ha redactado con el objetivo de informar detalladamente sobre el proceso psicoterapéutico desarrollado con cada una de sus etapas de abordaje y ampliar los conocimientos previamente adquiridos, dentro de un ámbito de intervención real.

# CAPÍTULO I

## CAPÍTULO I: MARCO DE REFERENCIA INSTITUCIONAL

### 1.1 Antecedentes

El abuso sexual es cualquier acto de violencia que atenta contra la integridad y dignidad de una persona que sea presionada u obligada a realizar conductas sexuales contra su voluntad afectando su capacidad para controlar y decidir su actividad sexual o las circunstancias bajo las cuales ocurre la actividad sexual.

Por otra parte el abuso sexual infantil, es cualquier actividad sexual forzada entre un niño o niña y una persona mayor de edad, ejerciendo el uso de la manipulación emocional, fuerza física e incluso amenazas, o exposición a la pornografía.

No existe una definición clara y precisa de lo que significa el abuso sexual infantil, sin embargo, (UNICEF, 2015) Define:

**El abuso sexual infantil es la inducción, la persuasión, la seducción o coerción de un niño o niña para realizar cualquier tipo de conducta sexual explícita o la simulación de conductas sexuales con el objetivo de producir una representación visual de esta o la violación, tocamiento, la prostitución, o cualquier otra forma de explotación o acto sexual de un niño o niña, incluido el incesto” (p.25).**

Claramente, esto plantea que el abuso sexual infantil es toda conducta de naturaleza sexual, que un adulto o persona mayor impone sobre un niño o niña, valiéndose de su condición de desigualdad madurativa, emocional y cognitiva para aprobar el consentimiento de la conducta o acción en la que está siendo involucrado.

Los abusos sexuales a menores constituyen, actualmente, una problemática de índole psicosocial de gran importancia, tanto en el ámbito nacional, como internacional; registrándose tales hechos, con un impacto que va más allá de las clases sociales, culturas, religión y lugares, como resultado de una combinación de factores individuales, familiares y sociales.

Según informe de la UNICEF, (Fondo de las Naciones Unidas Para La Infancia), existe un elevado índice de violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe; para enero 2018 se reportaron, aproximadamente, 40 millones de casos de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual y negligencias en el seno de sus familias, escuela y entornos cercanos. Esta situación que parece agravarse cada vez más, en muchos de los casos registrados, actualmente se están generando en los entornos e instituciones llamadas a ser protectoras del menor, lo que resulta mayormente preocupante.

Según el diario panameño La Prensa, (2018), hasta septiembre del pasado año, se ha producido en Panamá un aumento en la cifra de los delitos que atentan contra la libertad e integridad sexual contra menores de edad, pronunciado con más de 3 mil denuncias realizadas en comparación a años anteriores, en el 2015 se registraron alrededor de 2 mil 987 casos, para el 2016 existía un reporte de 2 mil 312 casos, y para el 2017 la cifra reflejaba 2 mil 218 casos denunciados, considerando las cifras ocultas de los casos que no han sido denunciados ante las autoridades (p. 20) .

La mayoría de los casos que se reportan en la estadística del Ministerio Público de Panamá, son denuncias que se realizan en dos grupos: en contra de conocidos y familiares que, generalmente, representan una figura de autoridad y confianza para el menor. En estos casos, generalmente, no hay penetración, pero si se han producido tocamientos, roces y caricias inapropiadas. Cabe destacar que en el grupo de adolescentes, por lo regular, si hay penetración del “novio” o persona desconocida.

El 19 de marzo de 2018 se presentó ante la Asamblea Nacional de Diputados el proyecto de ley para la creación de un registro de pedófilos, a través del cual se pretende establecer un registro de las personas que han sido condenadas por los delitos contra la libertad e integridad sexual, a través de cuyo mecanismo

legal de control, deberá mantenerse actualizado el control, a cargo del Gabinete de Archivo e Identificación Personal de la Dirección de Investigación Judicial.

La SENNIAF, a partir de 2018, ha puesto en marcha un plan de cuatro años que busca combatir todo tipo de violencia contra la población menor de 17 años, mediante tres ejes importantes: la atención a la familia, violencia en las escuelas y en la comunidad. Esta institución es la encargada de dirigir una gran cantidad de albergues protectores para menores víctimas de diferentes tipos de abusos, y de promover programas de disminución del riesgo social, como institución considerada el soporte de la niñez panameña, y que vela por los derechos de la infancia y la adolescencia.

El estudio sobre el abuso sexual infantil mantiene dos ópticas: la visión judicial y la visión psicológica. Esta última constituye el afán objeto de interés en este trabajo, basado en el conocimiento de las graves consecuencias emocionales y psicológicas que deja en quienes han sufrido abuso y vejaciones en su integridad. Se han revisado abordajes psicoterapéuticos previos y sus efectos en la intervención en víctimas del abuso sexual infantil. En tal sentido, cabe mencionar que en Panamá existe muy poca investigación referida a las intervenciones psicoterapéuticas y su efectividad en casos de abuso de la naturaleza que nos ocupa.

En el estudio con víctimas de abuso sexual, Guerra, (2017), utilizó un diseño cuasiexperimental con un grupo de tratamiento y un grupo de comparación, durante el cual se realizaron evaluaciones mediante test como Escala de Depresión de Beck antes y después de la intervención, además de entrevistas de seguimientos, los participantes fueron 21 adolescentes femeninas de entre 12 y 17 años, las cuales habían sido abusadas sexualmente durante la infancia entre los cuatro y ocho años de edad, por miembros de su familia. El estudio constó de varias fases de tratamiento psicoterapéutico, basado en técnicas cognitivas conductuales, durante 20 sesiones de atención individual, dando

como resultado la reducción significativa de los niveles de ansiedad y síntomas depresivos en el grupo de tratamiento. Sin embargo, en el grupo de comparación los niveles de ansiedad, depresión y síntomas asociados no presentaron variaciones. Los resultados de este estudio indican que mediante el abordaje psicoterapéutico, se pueden lograr avances significativos en los síntomas que subyacen al abuso sexual, y dotar de herramientas emocionales, cognitivas y conductuales a las víctimas, para que puedan procesar el trauma y el dolor que les produce.

En su proyecto de intervención, Vicente, (2016), desarrollado en Cataluña, España, evaluó la correlación directa del trauma, el apego disfuncional familiar y la disociación de la personalidad en el abuso sexual infantil intrafamiliar, con un grupo mixto de treinta niños en rango de edad entre los ocho y catorce años. El abordaje con duración de dos semanas se realizó mediante la facilitación de recursos de aprendizajes psicológicos vinculados al protocolo grupal e integrativo con terapia de reprocesamiento y desensibilización a través de movimiento ocular (EMDR), y a su vez, el uso de abordajes complementarios de mindfulness, arteterapia y el abrazo de la mariposa, obteniendo como resultado final de la intervención, mejoría en los síntomas en un 80%, permitiendo de esa manera, la integración de las vivencias en la memoria semántica y creando condiciones para que los recuerdos traumáticos se integraran de manera positiva en la red memorística de los participantes. El uso de técnicas vanguardistas como lo es la terapia EMDR ofrece apoyo al cerebro para procesar un recuerdo doloroso y traumático adecuadamente, la cual se considera apropiada en este tipo de intervención para los casos de abusos sexuales infantiles. Se reconoce que el trabajo de Vicente muestra resultados favorables y significativos en la reducción sintomatológica del trauma.

El abuso sexual infantil es la tipología de maltrato que más ha tardado en estudiarse, ya que se prestaba atención a la intervención de maltratos tipo físico y emocional, más no al abuso sexual. Esto se ha debido, quizás, a los

interminables y complejos mitos que lo han rodeado desde siempre, pero que cada vez hay más conocimiento con respecto al tema a nivel social.

No hay duda que el abuso sexual infantil representa un gran impacto para quien lo sufre, y sea cual sea la disciplina desde donde se aborde, no deja de resultar impactante para quienes intervienen en la atención de estos casos.

## **1.2 Justificación**

Esta práctica profesional, se realizó con el propósito central de intervenir desde la psicoterapia, el fenómeno social del abuso sexual infantil, como un intento más de aportar a los esfuerzos por erradicar su incidencia mediante la prevención y tratamiento, al considerarse que cada esfuerzo y aporte en este tema es un paso adelante. Sin embargo, queda aún un largo camino por recorrer y muchos aspectos que abarcar desde los diferentes ámbitos de atención, tomando en cuenta la naturaleza propia de los hechos, y los contextos sociales involucrados en el abuso sexual infantil en Panamá.

El abuso sexual infantil está asediado de sentimientos negativos como son la estigmatización social, baja autoestima, vergüenza, negación, sentimientos de culpa, ocultamiento, dudas, alarmismo e, incluso, de “secreto profesional”; lo cual ha mantenido a las víctimas en una conspiración silenciosa en el que muchas veces participa el resto de la sociedad y los profesionales encargados de la asistencia a estos niños, de forma impasible ante este problema.

Debido a la creciente evidencia en aumento de abusos sexuales en Panamá, deben emerger programas de alerta y sensibilización por parte de profesionales y asociaciones para la prevención del maltrato infantil, tomando en cuenta la notable repercusión en los medios de comunicación, con el fin de prestar mayor

atención al abuso infantil, como un problema con consecuencias individuales y sociales.

Es por todo esto que resulta relevante la intervención integral desde el campo de la psicología clínica, que permita abordar adecuadamente las necesidades de las víctimas. Los casos que se denuncian no son casos aislados, los abusos sexuales generalmente ocurren a lo largo de mucho tiempo, meses o años y dejan secuelas graves en los niños, niñas y adolescentes víctimas, que si no son atendidos a tiempo, pueden tener efectos negativos en la salud mental, personalidad, autoestima, relaciones interpersonales incluso el desarrollo de trastornos psicológicos considerables.

Aldeas Infantiles SOS Sede David fue elegida como institución de práctica por ser el albergue protector para niños, niñas y adolescentes víctimas de diferentes tipos de abuso infantil y la necesidad que conlleva tal situación, en aras de darle apoyo interdisciplinario a las víctimas y que esto permita abarcar la atención individualizada y seguimiento de los casos de la población que acoge esta institución que recibe el reconocimiento público y confiable al servicio de la población en riesgo social.

### **1.3 Descripción Institucional**

Aldeas Infantiles SOS, es una organización no gubernamental internacional y sin fines de lucro, que trabaja en 135 países en apoyo a las familias y ayudando a niños y niñas en riesgo social, creando hogares protectores, implementando estrategias de abordaje interdisciplinario.

En América Latina y el Caribe, Aldeas Infantiles SOS, trabaja en alrededor de 20 países accionando en diferentes entornos sociales y culturales, brindando un

amplio conocimiento de la realidad que viven los niños y las familias en toda la región.

La organización se especializa en el cuidado de niños huérfanos, abandonados o que cuyas familias no son capaces de cuidar de ellos. La atención que se les brinda está basada en un modelo familiar y en el interés superior del niño y la niña, prestando atención a un plan de desarrollo individual, lo cual promueve un desarrollo práctico y duradero para que cada niño, niña y joven pueda desarrollar relaciones de confianza y enfrentar los retos de la vida en el futuro.

Sus funciones están basadas en la atención directa individualizada, trabajan junto a adolescentes y jóvenes, mantienen juntos a los hermanos biológicos, y participan en diversos espacios de incidencia política a través de redes nacionales e internacionales desarrollando acciones para fomentar la garantía de los derechos de la infancia.

### **Misión**

Atender a niños y jóvenes que se encuentran en situación de vulnerabilidad, impulsando su desarrollo y autonomía, mediante el acogimiento en entornos familiares protectores y el fortalecimiento de sus redes familiares, sociales y comunitarias. “Cada niño y cada niña pertenece a una familia y crece con amor, respeto y seguridad”.

### **Visión**

“Creamos familias para niñas y niños necesitados, los apoyamos a formar su propio futuro y participamos en el desarrollo de sus comunidades”.

## **Descripción del servicio de los colaboradores Psicológicos**

Los psicólogos especialistas dentro de las Aldeas Infantiles SOS, tienen la función de asistir a los niños y jóvenes en situaciones de crisis.

Los psicólogos y psicoterapeutas están a la disposición de los niños y jóvenes desde el momento en el que ingresan a la institución, hasta el día que se retiran; estos profesionales se encargan de elaborar un perfil de la personalidad del niño, de su salud mental y sus habilidades personales, con el objetivo de desarrollar estrategias terapéuticas y psicopedagógicas necesarias para el abordaje de cada caso.

Otra de las funciones del personal de psicología dentro de la institución es brindar apoyo y acompañamiento necesario al resto de los colaboradores que precisen asesoramiento en cuestiones educativas y servir de mediadores en situaciones conflictivas dentro de cada hogar de Aldeas Infantiles SOS.

### **1.4 Objetivos**

#### **Objetivo General**

Desarrollar técnicas de intervención psicoterapéutica, mediante un encuadre integrativo en casos de abuso sexual infantil, valorando las necesidades individuales de las víctimas.

#### **Objetivos Específicos:**

- Evaluar mediante pruebas psicológicas y observación clínica rasgos de personalidad, aspectos emocionales y conductuales consecuentes del abuso sexual infantil de los pacientes referidos.

- Valorar las consecuencias principales del abuso sexual infantil de cada uno de los pacientes con el fin de establecer un tratamiento psicoterapéutico adecuado.
- Aplicar un mínimo de 16 sesiones de psicoterapia individual con cada paciente referido.
- Establecer sesiones de seguimientos de los casos, mediante visitas domiciliarias con las cuidadoras encargadas de los niños atendidos.
- Analizar los resultados de la intervención y las técnicas psicoterapéuticas utilizadas en cada sesión del tratamiento.

### **1.5 Población Beneficiada**

La población beneficiaria está constituida por un total de 63 niños, niñas y adolescentes albergados en Aldeas Infantiles SOS David, con variantes de maltrato infantil y negligencia familiar, de los cuales, 4 fueron referidos para ser atendidos directamente como víctimas de abuso sexual durante el tiempo de práctica profesional. Se debe señalar que tres de los atendidos son de etnia indígena pertenecientes a áreas comarcales de la Provincia de Chiriquí, es de reconocer que la mayor parte de la población que se alberga en Aldeas Infantiles SOS David son procedentes de las comarcas, lo que puede indicar que la población indígena se encuentra en estado de vulnerabilidad, y que en su mayoría son retirados de sus familias por condiciones de trato negligente por parte de los padres, abandono, abuso físico y sexual.

Dentro de la Aldeas el trabajo interdisciplinario es indispensable, por lo que se mantuvo en constante comunicación y reuniones de al menos una vez al mes con los técnicos especialistas, con el fin de evaluar los avances y situaciones que presentaran con los pacientes. El equipo interdisciplinario de Aldeas Infantiles SOS David, está formado por: dos psicólogas clínicas, una maestra

especial y una trabajadora social e incluso el Director de Aldeas sede David, se mantiene involucrado en las juntas técnicas y la toma de decisiones pertinentes.

## **1.6 Cronograma de Actividades**

El abuso sexual se presenta en diferentes formas, por lo que la intervención y tratamiento ha de ser diferente para cada caso, considerando características personales del paciente, edad, nivel madurativo y tipo de abuso sexual sufrido; no es lo mismo si ha existido abuso sexual con contacto físico o sin contacto físico íntimo vaginal o anal, o casos en los que se ha incitado al menor a realizar actividades sexuales como exhibicionismo, exposición a escenas sexuales y material pornográfico.

La intervención que se ha utilizado para la atención de los casos referidos está centrada en la atención individual, mediante un tratamiento psicoterapéutico con encuadre integrativo, tomando como referencia técnicas de las diferentes terapias: cognitiva-conductual, terapia Gestalt, y terapia psicoanalítica, con el objetivo de ayudar al niño a entender, integrar y resolver situaciones conflictivas y experiencias traumáticas que afectan su desarrollo e interacción con su entorno, autoestima y seguridad.

Durante la práctica profesional también se llevaron a cabo entrevistas con el personal encargado del cuidado de los niños en los hogares del albergue, las cuales son un total de 17 mujeres conocidas como la figura de la “tía”, que tienen como función ser eje y sostén de cada familia y preparar la admisión de los niños junto al Director. Las rondas de visitas a los hogares realizadas periódicamente permitieron conocer la experiencia de las tías, y poder orientarlas en cuanto a aspectos del proceso psicoterapéutico y las tareas en casa.

El número de sesiones de psicoterapia dependió del avance de cada uno de los pacientes, atendidos en sesiones individuales de al menos una o dos veces por semana con duración de 45 minutos a 60 minutos en horario matutino. Las sesiones fueron complementadas con observación clínica fuera del horario de sesión.

Las entrevistas periódicas y capacitación con las cuidadoras encargadas dentro de la institución de práctica, se llevaron a cabo con el objetivo de psicoeducar en el restablecimiento de pautas habituales de conductas sexuales conflictivas, apoyo emocional y la necesidad de una escucha activa y respetuosa para facilitar la recuperación emocional del menor.

Se debe señalar que todos los pacientes referidos contaban con una evaluación psicológica reciente muy completa, mediante aplicación de pruebas psicológicas diversas, tanto proyectivas, como psicométricas, a las cuales se tuvo acceso, como información de referencia, por lo que no se consideró necesaria la reaplicación de las mismas, con excepción de uno de los casos donde se aplicaron dos pruebas psicológicas proyectivas complementarias, como parte de la evaluación inicial.

Todos los casos atendidos cuentan con un expediente completo con su informe judicial, psicológico, trabajo social, medicina forense y el informe psicosocial de SENNIAF, a los cuales se permitió el acceso para revisarlos y recabar la información y antecedentes clínicos de las víctimas. Debemos hacer la observación que en el informe judicial se registran los casos como negligencia familiar, más no como abuso sexual, los informes psicológicos y medicina forense son los que registran los antecedentes del abuso sexual de los menores en acogida.

A continuación, se presenta el cronograma de sesiones, donde se especifica el número de sesiones por paciente así como la fecha y horarios de atenciones de cada uno.

**Cuadro N° 1. Cronograma de Sesiones**

N° Sesiones	Paciente 1 Hora de atención 8:00 - 9:00 am	Paciente 2 Hora de atención 9:15 - 10:15 am	Paciente 3 Hora de atención 8:00 - 9:00 am	Paciente 4 Hora de atención 10:00 - 11:00 am
	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
1	6/8/18	6/8/18	7/8/18	7/8/18
2	17/8/18	17/8/18	15/8/18	13/8/18
3	24/8/18	24/8/18	22/8/18	15/8/18
4	7/9/18	7/9/18	29/8/18	22/8/18
5	14/9/18	14/9/18	5/9/18	27/8/18
6	21/9/18	21/9/18	12/9/18	29/8/18
7	28/9/18	28/9/18	19/9/18	3/9/18
8	9/10/18	9/10/18	26/9/18	5/9/18
9	19/10/18	19/10/18	3/10/18	12/9/18
10	26/10/18	26/10/18	10/10/18	19/9/18
11	9/11/18	9/11/18	15/10/18	26/9/18
12	13/11/18	13/11/18	17/10/18	1/10/18
13	16/11/18	16/11/18	22/10/18	8/10/18
14	23/11/18	23/11/18	24/10/18	15/10/18
15	30/11/18	30/11/18	7/11/18	17/10/18
16	7/12/18	7/12/18	14/11/18	22/10/18
17	19/12/18	19/12/18	19/11/18	12/11/18
18	28/12/18	28/12/18	21/11/18	14/11/18
19	16/1/19	16/1/19		19/11/18
20	23/1/19	23/1/19		21/11/18
21		29/1/19		26/11/18
22				31/11/18
23				5/12/18
24				13/12/18
25				14/1/19
26				18/1/19

Zisnely Jurado, 2018

## **CAPÍTULO II**

## CAPÍTULO II: DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

### 2.1 Actividades Realizadas

Las actividades realizadas durante el periodo de práctica profesional, estuvieron enfocadas en el abordaje a cuatro pacientes referidos como víctimas de abuso sexual. Sin embargo, se realizaron funciones complementarias en el abordaje de los casos como: orientaciones a cuidadoras encargadas sobre casos de problemas de conducta, reuniones con el Director de Aldeas Infantiles SOS, David, y participación en actividades extracurriculares, como método de observación clínica de los pacientes referidos en su entorno cotidiano.

**Cuadro N° 2.** Actividades Realizadas

<b>Funciones Desempeñadas</b>	<b>Actividades</b>
Evaluación psicológica de los pacientes referidos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Entrevistas clínicas y diagnósticas con las cuidadoras encargadas</li><li>• Entrevistas clínicas con los pacientes referidos</li><li>• Aplicación de pruebas proyectivas y personalidad</li><li>• Análisis e interpretación de los datos psicológicos de los pacientes atendidos</li></ul>
Intervenciones psicoterapéuticas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Terapia con enfoque integrativo</li><li>• Psicoeducación para niños y cuidadoras</li><li>• Capacitación para cuidadoras</li></ul>
Actividades complementarias para el desarrollo del tratamiento terapéutico	<ul style="list-style-type: none"><li>• Visitas semanales a los hogares del albergue</li><li>• Asistencia a reuniones con el personal técnico</li><li>• Observación clínica durante actividades extracurriculares</li></ul>

Zisnely Jurado, 2018

## 2.2 Portafolio De Actividad

Este apartado contiene información acerca de las actividades realizadas durante la práctica profesional y evidencias fotográficas de las técnicas, herramientas y pruebas psicológicas aplicadas durante las sesiones de la intervención psicoterapéutica con los cuatro pacientes referidos, así como fotografías de los espacios utilizados para el desarrollo de dichas sesiones.

A continuación, se presentan las evidencias por cada paciente:

### Paciente 1 A.S.

**Figura N° 1.** Técnica de psicoarte realizado por paciente A.S, exploración de sentimientos.



**Figura N° 2.** Autorretrato realizado por la paciente A.S, técnica con arcilla.



**Figura N° 3.** Técnica de dibujo en espejo para trabajar el establecimiento del vínculo terapéutico con la paciente A.S.



**Paciente 2 V.A.**

**Figura N° 4.** Fase psicoeducativa, creación libre realizado por paciente V.A.



**Figura N° 5.** Autorretrato realizado por paciente V.A.



Figura N° 6. Taller plan de vida, paciente V.A.

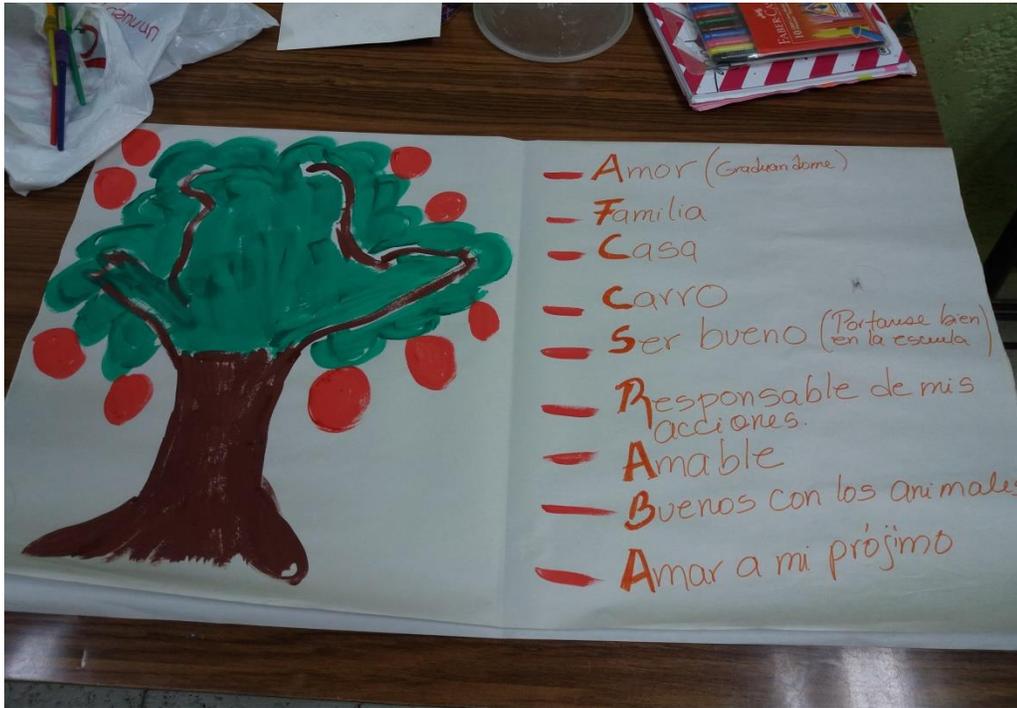
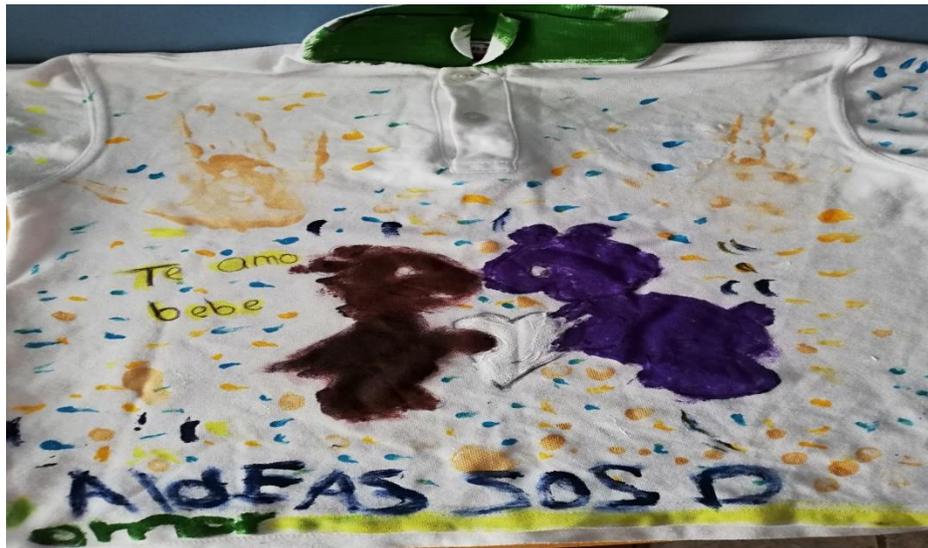


Figura N° 7. Técnica de psicoarte, expresión de deseos y fantasías de la paciente V.A.



**Paciente 3 M.B**

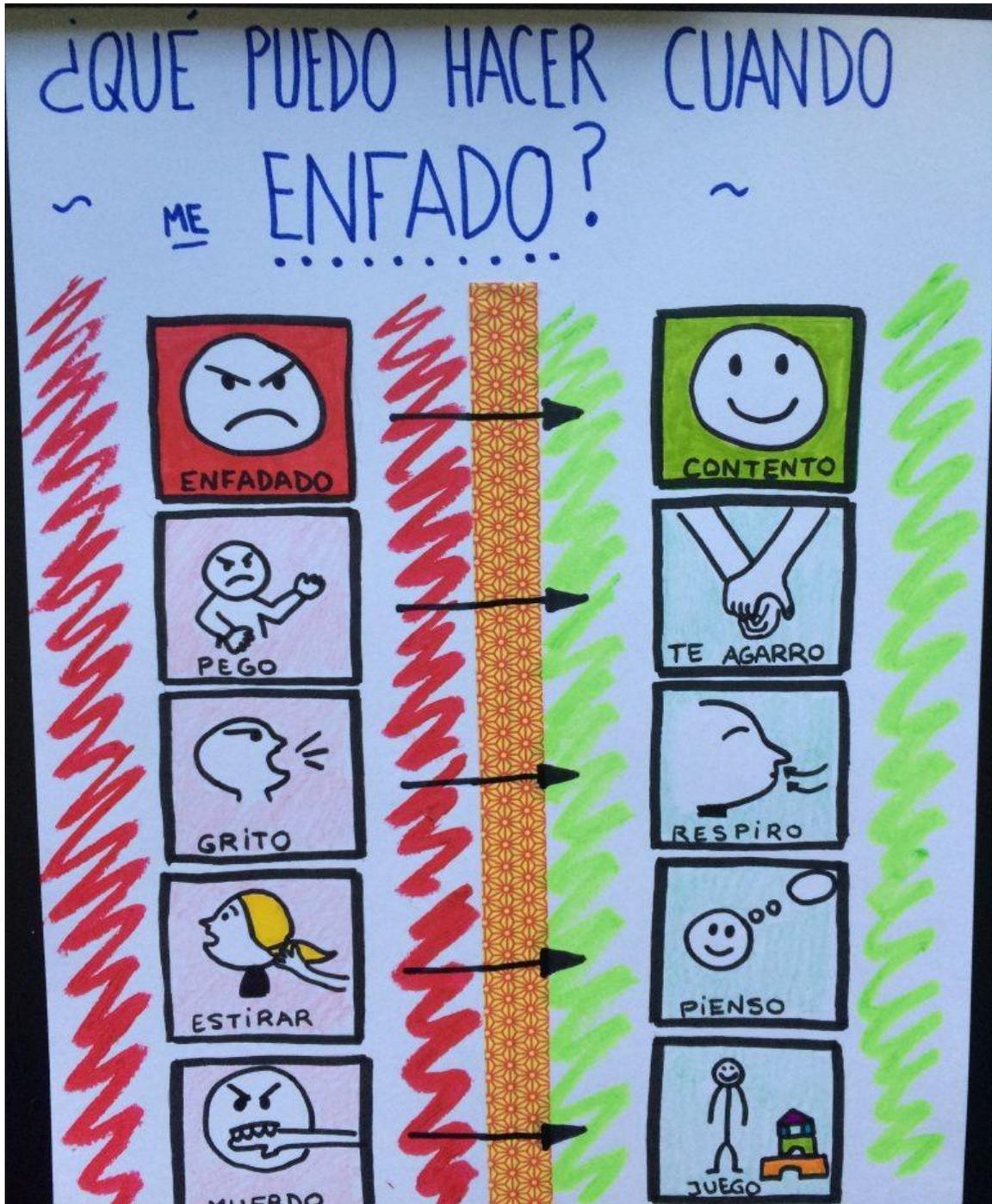
**Figura N° 8.** Técnica dibujo en reflejo, para trabajar vínculo terapéutico con paciente M.B



**Figura N° 9.** Técnica de dibujo libre realizado por la paciente M.B.



Figura N° 10. Termómetro de la ira y control de impulso, técnica utilizada con la paciente M.B



Paciente 4, P.R.

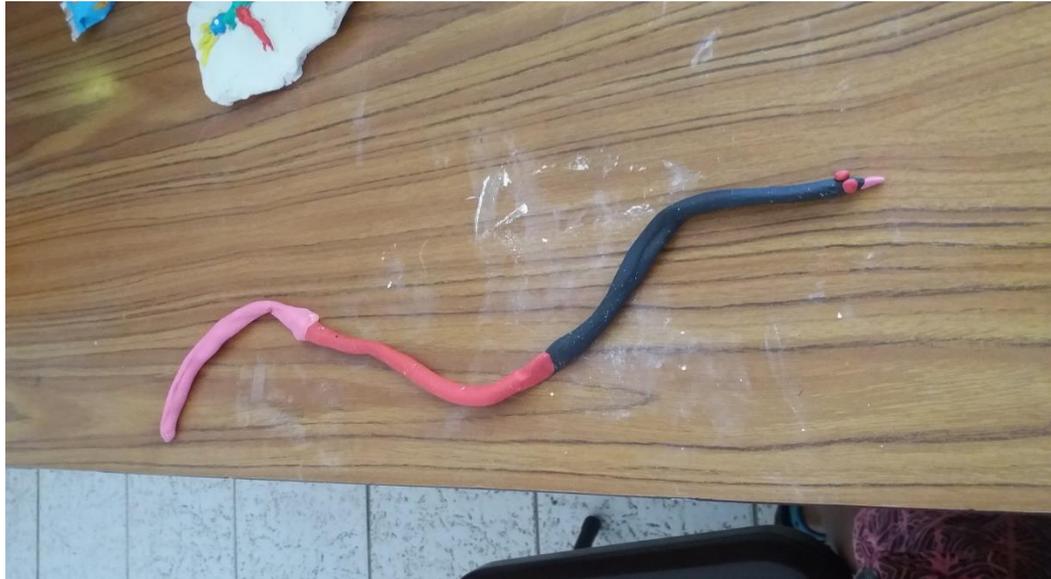
Figura N° 11. Técnica de autorretrato realizado por paciente P.R.



Figura N° 12. Técnica con arcilla, creación libre, identificación con el hermano mayor de P.R.



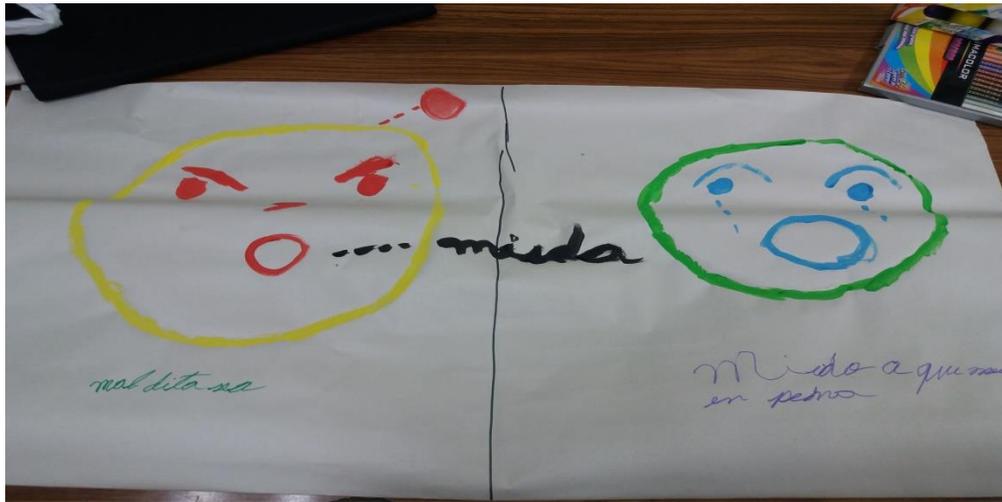
**Figura N° 13.** Técnica con plastilina para trabajar miedo y temores del paciente P.R.



**Figura N° 14.** Paciente P.R. trabajando en etapa psicoeducativa sobre sexualidad y límites corporales



**Figura N° 15.** Técnica con témpera expresión de sentimientos y emociones de P.R.



**Figura 16.** Creaciones del paciente P.R., con técnicas a base de témpera, con los colores predominantes negro, rojo y azul.



**Figura N° 17.** Uso de témpera para trabajar deseos y fantasías, realizado por P.R., en fase de seguimiento.



**Figura N° 18.** Espacio donde se realizaban las sesiones regularmente dentro de las Aldeas Infantiles SOS, David.



Figura N° 19. Tablero de emociones utilizado para trabajar con los cuatro pacientes referidos.



**Figura N° 20.** Material lúdico utilizado en las sesiones.



**Figura N° 21.** Evidencia de asistencia de la terapeuta.



**Figura N° 22.** Tarjetas del test Cuento de Hadas utilizado para la evaluación del paciente 4. (P.R.).



**Figura N° 23.** Capacitación de las cuidadoras encargadas de los pacientes atendidos



**Figura N° 24.** Asistencia de la terapeuta a la segunda capacitación de encargadas del cuidado de los pacientes atendidos.



**Figura N° 25.** Calendario Miccional, utilizado para trabajar la enuresis con paciente 2 V.A. y paciente 3 M.B.

**Calendario miccional** guiainfantil.com

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
<b>Semana 1</b>							
<b>Semana 2</b>							
<b>Semana 3</b>							
<b>Semana 4</b>							
<b>Semana 5</b>							

Número de noches secas  | Número de noches húmedas

## **CAPÍTULO III**

## **CAPÍTULO III: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

### **3.1 Análisis De Resultados**

Cada uno de los casos presentados a continuación, fueron abordados bajo parámetros de psicoterapia con encuadre integrativo. Seguidamente, se presenta el plan de intervención detallado de los pacientes, datos personales, antecedentes e historia clínica, haciendo énfasis en los casos seleccionados para la sustentación de la práctica profesional (paciente 1, A.S y paciente 2, V.A.). Los datos relevantes de los dos pacientes restantes lo encontraremos resumidos en un tercer cuadro.

#### **Descripción De Los Casos Atendidos**

##### **Paciente 1**

##### **Datos Generales:**

Nombre: A.S.

Edad: 12 años

Fecha de Nacimiento: 26 de Diciembre, 2006

Escolaridad: 6to de primaria

Nacionalidad: Panameña

Hermanos Biológicos en Aldeas: hermana de 5 años, hermana de 10 años y hermano de 7 años

##### **Motivo de Atención**

A.S fue referida para atención psicoterapéutica por el Departamento de Psicología de Aldeas SOS, como víctima de abuso sexual infantil, manifestando síntomas de ansiedad, depresión y baja autoestima. Se trata de una niña muy

susceptible e introvertida, con dificultades para relacionarse con los demás y con percepción negativa de sus propias capacidades y cualidades.

### **Historia Clínica y antecedentes relevantes**

La paciente es una niña de 12 años de edad, procedente del área comarcal de la provincia de Chiriquí. Es la menor de cuatro hermanos de padre y madre, presenta buen rendimiento académico en la escuela, refiere que le gusta estudiar y desea ser una profesional en el futuro para ayudar a sus hermanos a salir adelante.

Se desconoce la información sobre la historia clínica infantil de A.S., tampoco se logró realizar entrevista con la madre de la menor, ya que la misma se le restringió el permiso para las visitas supervisadas dentro de las Aldeas SOS, al igual que las llamadas telefónicas, luego de que la madre amenazara con envenenar a los cuatro hermanos, si no se los entregaban.

La paciente indica recordar poco acerca de su padre biológico, al cual tiene muchos años que no ve, ni mantiene comunicación con él y hasta la fecha el equipo de la SENNIAF no ha logrado identificarlo. A.S manifiesta que la relación con su madre era buena cuando vivía con ella, la describe como una madre amorosa y atenta. Sin embargo, con su padrastro la relación nunca fue buena, y expresa que ella y sus hermanos le tenían miedo, sobre todo, cuando su mamá los dejaba solos en casa con él, ya que durante este tiempo el aprovechaba para tocar las partes íntimas de sus hermanos pequeños y abusar sexualmente de ella frente a ellos.

A.S nunca se atrevió a contarle a su madre lo que sucedía en su ausencia, ni a ningún otro familiar, ya que el agresor amenazaba con matar a su mamá y al menor de los hermanos si lo hacían.

A.S es ingresada primeramente al albergue de protección Casa Hogar Trisker, en septiembre 2016, donde permaneció durante tres meses junto a sus tres hermanos biológicos, luego de que una tía materna realizara una denuncia por abuso sexual, contra el padrastro de la menor, quien residía con ellos, en la casa de la madre. Posteriormente, los cuatro hermanos fueron trasladados a las Aldeas Infantiles SOS, David el 28 de Diciembre 2016.

Actualmente, ambos padres biológicos se encuentran deshabilitados permanentemente, el padre considerado figura ausente, y la madre considerada como factor de riesgo para el bienestar de los menores, ya que a la misma le fue ordenado dejar de convivir con el padrastro de sus hijos, para poder iniciar el proceso de reintegración familiar. Sin embargo la madre hizo caso omiso y continuó la relación con el presunto agresor sexual de sus hijos y, actualmente, está embarazada de él, aduciendo que no puede dejar a su futuro hijo sin la presencia de su padre.

La guarda y crianza de A.S. y sus hermanos fue otorgada a la tía materna, misma que realizó la denuncia contra el padrastro de los menores, por lo cual se encuentra a la fecha en el proceso de reintegro familiar. La tía materna es una mujer de 38 años, maestra de profesión, madre soltera de 2 niños (7 y 9 años).

### **Sintomatología y Problemáticas trabajadas**

Durante el proceso de evaluación e intervención psicoterapéutica se identificaron en A.S. las siguientes problemáticas:

**Nivel Emocional:** sentimientos de culpa, tristeza, síntomas de ansiedad, baja autoestima.

**Relaciones Interpersonales:** presenta bajos niveles de participación en actividades cotidianas, aislamiento social, dificultad en el establecimiento de relaciones interpersonales con sus pares y figuras de autoridad.

**Nivel Conductual:** no se identifican conductas de riesgo social ni problemas de conducta significativos; tampoco conductas sexuales desadaptativas.

**Nivel Cognitivo:** somatización, A.S. refiere dolores de estómago y dolores de cabeza con frecuencia, por lo que se le llevaba al médico. Sin embargo, en los exámenes médicos nunca se registraron las causas de los síntomas físicos.

**Nivel Biológico:** se desconoce si existen antecedentes de enfermedades mentales o psicológicas en la familia biológica de A.S.

### **Observaciones Generales**

La paciente asistió a las sesiones puntualmente, con buena apariencia física, siempre cumplió con cada una de las tareas para la casa y se mantuvo muy asertiva ante el tratamiento psicoterapéutico. A pesar de ser bastante introvertida, aprovechó cada recurso durante las sesiones.

Seguidamente, se presenta un cuadro con cada una de las fases de tratamiento, número de sesiones, objetivos de las sesiones de intervención, técnicas y herramientas utilizadas en el abordaje de la paciente A.S.

**Cuadro N° 3:** Plan de Intervención Paciente 1

**Paciente 1:** A.S      **Sexo:** Femenino

**Edad:** 12 años

**Ingreso a las Aldeas SOS, David:** 28 de Dic, 2016

**Situación Actual:** En proceso de reintegro familiar

Fases de Intervención	N° Sesiones	Objetivos de Sesión	Técnicas y Recursos Terapéuticos	Tareas para casa	Observaciones
Evaluación Inicial	sesión 1-3	Recabar información relevante, vínculos de apego familiares, y comportamiento dentro del albergue, Establecer el vínculo terapéutico Diseñar un plan de intervención individual	Entrevista con la cuidadora Revisión del expediente completo de la niña Entrevista con A.S Técnica de dibujo libre Técnica de dibujo en reflejo Resumen de la sesión anterior	Para la segunda sesión se le pidió a A.S. dibujar su estado de ánimo actual	A.S, se mostró callada durante las primeras sesiones limitándose a responder con un sí o un no a las preguntas que se le formulaban o simplemente asentía con la cabeza.

<p style="text-align: center;"><b>Fase de Psicoeducación</b></p>	<p style="text-align: center;">sesión 4-7</p>	<p>Identificación y expresión de emociones y sentimiento ligados al abuso</p> <p>Disminuir los niveles de ansiedad</p> <p>A.S. sea capaz de poner nombre a la experiencia abusiva y atribuir la responsabilidad al agresor</p> <p>Explicación y prevención de la experiencia abusiva (límites corporales y sexualidad)</p> <p>Identificar las áreas libres de abuso</p>	<p>Técnicas de intervención verbal: parafraseo, reflejo, y clarificación</p> <p>Utilización de tarjetas de emociones</p> <p>Técnica: poner color a tus emociones</p> <p>Técnicas narrativas (expresión por escrito de sus principales conflictos emocionales)</p> <p>Material audiovisual (videos y películas)</p> <p>Técnicas de arte-terapia</p> <p>Técnicas de respiración y relajación (mindfulness)</p> <p>Inicio de la reestructuración cognitiva</p> <p>Resumen de la sesión anterior</p>	<p>Registro de emociones y sentimientos</p> <p>Registro de emociones y sentimientos de forma jerarquizada</p>	<p>Durante la cuarta sesión A.S comparte su experiencia de abuso, muestra llanto fácil durante las siguientes sesiones, expresa con mayor facilidad sus sentimientos y emociones. Sin embargo, hace uso del silencio con mucha frecuencia. Cumple con las tareas para casa</p>
--	---	---	--	---	--

<p style="text-align: center;"><b>Fase de Tratamiento</b></p>	<p style="text-align: center;">Sesión 8-15</p>	<p>Elaboración cognitiva y emocional del abuso sexual Identificar mecanismo de adaptación y resistencias Eliminar los sentimientos de culpa y vergüenza Modificación de distorsiones cognitivas ante el abuso Fortalecer la autoestima, autonomía y habilidades sociales</p>	<p>Utilización de relatos representativos a través de material audiovisual, cuentos y técnicas de arte-terapia (trabajo con plastilina, arcilla y temperas) Técnicas narrativas y desahogo emocional escrito Técnica de la silla vacía Role playing Reestructuración cognitiva Cuadernillo de registro de pensamientos Técnicas de respiración y relajación muscular Utilización de música instrumental Cuadro de las emociones</p>	<p>Activación conductual: desempeñar habilidades sociales aprendidas durante las sesiones y realizar registro de la experiencia. Llevar los registros de pensamientos, emociones y conducta Lectura del libro ¿Qué pasa en mi cuerpo?,</p>	<p>Durante esta fase de intervención A.S se muestra más locuaz y tranquila durante las sesiones, expresa sus sentimientos sin que se produzca llanto, a partir de 9ª sesión logra expresar emociones sin necesidad de dibujarlas o escribirlas. Es puntual con la hora de sesión Comparte sus experiencias cotidianas y cumple con las tareas en casa</p>
---	--	--	---	--	---

			<p>Representaciones simbólicas del yo</p> <p>Técnica de modelado</p> <p>Entrenamiento en autoinstrucciones</p> <p>Diálogo socrático</p> <p>Biblioterapia</p> <p>Resumen de la sesión anterior</p> <p>Uso de metáforas</p>	<p>realizar un análisis escrito</p> <p>Lectura de fragmentos del libro, jóvenes altamente eficientes, compartir ideas relevantes durante la sesión</p>	
<p><b>Evaluación Final</b></p>	<p>Sesión 16-18</p>	<p>Evaluar los cambios significativos de la problemática de A.S y conocer la modificaciones</p>	<p>Valoración clínica social (identificar por parte de las personas del entorno de A.S y la valoración propia de la paciente)</p>	<p>en el cuadernillo de registro, anotar los cambios significativos</p>	<p>Durante esta fase de tratamiento, se informa a A.S que iniciará el proceso de reintegración familiar,</p>

		<p>sintomatológicas</p> <p>Informar a la paciente de la pronta terminación del proceso terapéutico</p>	<p>Aplicación del Inventario de Depresión del Beck</p>	<p>que siente que logró durante el proceso de terapia</p>	<p>Inicia visitas familiares supervisadas</p> <p>Se muestra alegre y motivada</p>
<p><b>Fase de Seguimiento</b></p>	<p>Sesión 19-20</p>	<p>Promover que el bienestar y los cambios logrados durante el tratamiento sean permanentes</p> <p>Terminación del proceso de terapia.</p>	<p>Diálogo racional de los nuevos aprendizajes adquiridos para hacerle frente a las posibles dificultades que se puedan presentar</p> <p>Técnica de Autorevelación de algunos gustos personales de la terapeuta (comida favorita, color favorito y pasatiempos).</p>		

Zisnely Jurado, 2018

## **Paciente 2**

### **Datos Generales:**

Nombre: V.A.

Edad: 12 años

Fecha de Nacimiento: 18 de mayo 2013

Escolaridad: 6to de primaria

Nacionalidad: Panameña

Hermanos Biológicos en Aldeas: Hermana de 8 años, hermano de 17 años, hermano de 13 años, hermano de 5 años y hermano menor de 3 años

### **Motivo de Atención**

La paciente es referida a atención psicoterapéutica por personal de psicología de las Aldeas Infantiles SOS, David, como víctima de abuso sexual sin contacto físico, y violencia familiar, presenta problemas de conducta, miente frecuentemente, y mantiene relaciones conflictivas con la cuidadora encargada y el resto de los niños que permanecen en el hogar de acogida.

### **Historia Clínica y Antecedentes Relevantes**

V.A es una paciente de 12 años, quien reside en el Albergue de Aldeas Infantiles SOS, David desde hace 6 años, junto a sus 5 hermanos de padre y madre, provenientes de área comarcal, ella y sus hermanos fueron retirados de su hogar biológico por sufrir maltrato físico y sexual por parte del padre biológico.

La denuncia fue interpuesta por un vecino cercano a la familia, luego de que V.A con tan solo 6 años le pidiera que llamara a la policía porque su papá estaba muy violento.

La paciente refiere que no le gustaría regresar jamás a su hogar biológico, pues mantiene muchos recuerdos dolorosos de cuando vivía con su madre y su padre. Le gusta vivir en las Aldeas, ya que dentro de la institución cuenta con la posibilidad de poder estudiar y ser una profesional.

Durante la entrevista inicial con V.A., expresó los maltratos que sufrían ella y sus hermanos por parte de su padre, quien llegaba a casa bajo efectos del alcohol y golpeaba a su madre hasta dejarla inconsciente, tiraba al patio la comida que su madre preparaba y los dejaba sin comer. Luego, los tomaba a ellos y los golpeaba, incluso, tocaba sus partes íntimas y les decía palabras obscenas mientras lo hacía, refiere que en varias ocasiones ella y su hermano mayor escondían a sus hermanos pequeños para que su padre no les hiciera nada, lo que ocasionaba que este se enfureciera y los golpeará más fuerte que de costumbre y, en ocasiones, obligaba a su hermano mayor que la tocara y acariciara. De lo contrario, los maltrataba física y verbalmente.

La relación de V.A. con su madre es nula, desde que fueron retirados del hogar biológico, jamás la volvieron a ver. A pesar de lo vivido, comparte que le gustaría verla y saber si está bien. Acerca de su padre, manifiesta que no quiere volver a saber de él nunca más en su vida y cuenta que siente mucho odio hacia él.

El caso siempre ha estado en proceso de seguimiento por la SENNIAF durante todos estos años, por lo que ambos padres fueron inhabilitados permanentemente de la tutela de los menores, luego que se le comprobara que la madre estaba en estado de embarazo y continuaba viviendo junto al padre de sus hijos, bajo la misma situación de maltrato intrafamiliar. Los dos niños menores de 5 y 3 años fueron retirados de la familia biológica en 2016, para asegurar su protección y cuidado.

La paciente refiere que no conoce a ningún familiar por parte de sus padres, no sabe si tiene tíos, primos o abuelos, ya que nunca se relacionaron con nadie mientras vivieron con sus padres.

Al ingresar al albergue, los menores se encontraban en estado de desnutrición y en condición analfabeta, por lo que fueron integrados a las Aldeas a un programa de dos por uno, para cumplir con sus niveles de educación básica y ponerse al día con su nivel de escolaridad.

V.A. a pesar de sus problemas de conducta dentro del albergue, mantiene buenas calificaciones en la escuela, obteniendo un promedio de 4.2 al finalizar el año escolar 2018.

### **Sintomatología y Problemáticas trabajadas**

Durante el proceso de evaluación e intervención psicoterapéutica se identificaron en V.A. las siguientes problemáticas:

**Nivel Emocional:** Síntomas de ansiedad, baja autoestima, falta en el control de impulsos, enuresis nocturna al menos 4 veces por semana

**Relaciones Interpersonales:** Relaciones interpersonales conflictivas con su pares y relación conflictiva con su hermana menor de 8 años. La paciente refiere que su hermana menor le hace la vida imposible, que se la pasa espiando todo lo que ella hace, para luego contárselo a la “tía” encargada del cuidado de ambas. Aduce, además, que la tía cuidadora, tiene preferencias por su hermana y que todo lo mejor se lo da a ella, por lo que considera que todo lo malo que le sucede, es culpa de su hermana menor, manifestando odiarla por ser entrometida y la tilda de ser mentirosa y bochinchosa.

**Nivel Conductual:** Miente con facilidad, presenta conductas de riesgo en cuanto a la sexualidad (se involucra con personas del sexo opuesto, de mayor edad que ella), es agresiva físicamente y verbalmente con otros niños, principalmente, con su hermana menor de 8 años. En varias ocasiones, la paciente ha sido sorprendida en situaciones comprometedoras de índole sexual, junto a su hermano mayor de 17 años, tomándose en cuenta los antecedentes de abuso incestuoso por parte del padre, el hermano mayor ha sido retirado de las Aldeas e integrado al albergue de chicos de mayor edad.

**Nivel Cognitivo:** no se identifican síntomas cognitivos significativos en la paciente.

**Nivel Biológico:** Antecedentes de alcoholismo del padre biológico y síntomas depresivos por parte de la madre.

### **Observaciones Generales**

La paciente asistió a cada una de las sesiones de manera puntual, sin ninguna inasistencia a la terapia. Se ha mostrado siempre locuaz, participativa y activa durante el proceso. Su apariencia personal al principio fue bastante descuidada, sin embargo, a medida que avanzaban las sesiones, se presentaba mejor arreglada y limpia.

V.A. es el tipo de paciente que a primera impresión nos hace pensar que no se encuentra afectada emocionalmente, pero a medida que avanzan las intervenciones, las consecuencias de los maltratos sufridos quedan al descubierto.

Seguidamente se presenta un cuadro con cada una de las fases de tratamiento, número de sesiones, objetivos de las sesiones de intervención, técnicas y herramientas utilizadas en el abordaje de la paciente V.A.

**Cuadro N° 4:** Plan de Intervención Paciente 2

**Paciente 2:** V. A.    **Sexo:** Femenino

**Edad:** 12 años

**Ingreso a las Aldeas SOS, David:** 18 de mayo 2007

**Situación Actual:** Declarada en estado de adoptabilidad

Fases de Intervención	N° Sesiones	Objetivos de Sesión	Técnicas y Recursos Terapéuticos	Tareas para casa	Observaciones
Evaluación Inicial	sesión 1-3	-Recopilar información relevante, -Establecer el vínculo terapéutico -Diseñar un plan de intervención individual.	Entrevista con la cuidadora Revisión del expediente completo de la paciente Entrevistas con V.A. Técnica de las consignas para facilitar la expresión de emociones y sentimientos, resumen de la sesión anterior.	Se le pidió a la paciente redactar una carta donde se le pide, se describa a sí misma, sus mayores miedos y problemas.	La paciente se muestra dispuesta a participar durante las actividades terapéuticas, es locuaz, extrovertida, comparte aspectos relevantes de su historia personal de forma abierta.

<p style="text-align: center;"><b>Fase de Psicoeducación</b></p>	<p style="text-align: center;">sesión 4-8</p>	<p>-Dotar a la paciente de información necesaria acerca del tratamiento.</p> <p>-Orientar sobre temas de sexualidad y límites corporales</p> <p>-Ofrecer una explicación clara a la paciente y a cuidadoras encargadas, del porqué de la enuresis, y</p> <p>-Sugerir consejos para minimizarlo o aliviarlo.</p> <p>-Bajar los niveles de ansiedad</p>	<p>Técnicas de intervención verbal: parafraseo, reflejo, y clarificación</p> <p>Técnicas narrativas (expresión por escrito de sus principales conflictos emocionales)</p> <p>Material audiovisual (videos y películas)</p> <p>Técnicas de expresión pictórica (arcilla, plastilina, tempera, colores)</p> <p>Técnicas de respiración y relajación (mindfulness)</p> <p>Inicio de la reestructuración cognitiva,</p> <p>Resumen de la sesión anterior</p>	<p>Realizar un vocabulario de emociones y sentimientos que conozca.</p> <p>Confección de la caja de recursos</p> <p>Registro de un horario miccional.</p>	<p>La paciente se mantiene motivada y muestra interés por el tratamiento psicoterapéutico, cumple con cada una de las tareas para la casa y es puntual con la hora de las sesiones.</p>
--	---	---	--	---	---

<p style="text-align: center;"><b>Fase de Tratamiento</b></p>	<p style="text-align: center;">Sesión 9-16</p>	<p>Integración de las experiencias traumáticas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificar mecanismo de adaptación y resistencias</li> <li>-Modificar pensamientos distorsionados relacionados a la situación de abuso</li> <li>-Fortalecer habilidades sociales</li> <li>-Dotar de estrategias para mejorar el control de impulsos.</li> <li>-Lograr la sequedad completa durante las noches, en cuanto a</li> </ul>	<p>Utilización de relatos representativos a través de material audiovisual, cuentos y técnicas de arte-terapia (trabajo con plastilina, arcilla y temperas)</p> <p>Técnicas narrativas y desahogo emocional escrito</p> <p>Entrenamiento en habilidades sociales</p> <p>Técnica de la silla vacía</p> <p>Rol playing</p> <p>Reestructuración cognitiva</p> <p>Cuadernillo de registro de pensamientos</p> <p>Técnicas de respiración y relajación muscular</p> <p>Utilización de música</p>	<p>Redactar una “carta desde el futuro”, donde sus problemas hayan sido superados.</p> <p>Confeccionar un collage de los sueños</p> <p>Redactar 5 frases positivas y motivacionales por cada sesión, escritas a mano en tiras de cartoncillos de colores para luego</p>	<p>V.A. se mantiene motivada, cumple con las tareas para casa, sin embargo a medida que avanza la fase de tratamiento parece sentirse incomoda con temas referente a su experiencia de abuso, por lo que a menudo pide lápiz y papel para expresar de forma escrita información referente, durante el reto de la sesión, la paciente se desenvuelve de manera locuaz y tranquila.</p>
---	--	---	---	---	---

		<p>la enuresis.</p> <p>Desarrollo de relaciones de apego y vinculación sana y positiva</p> <p>Intervenciones psicoeducativas en situaciones específicas en relación con límites sexuales y corporales</p>	<p>instrumental</p> <p>Cuadro de las emociones</p> <p>Representaciones simbólicas del yo</p> <p>Técnica de modelado</p> <p>Entrenamiento en autoinstrucciones</p> <p>Horario miccional</p> <p>Dialogo socrático</p> <p>Resumen de la sesión anterior</p>	<p>introducirlas en la caja de recursos</p> <p>Registros de pensamientos</p> <p>Llevar un horario miccional por semana, donde debe registrar noches secas y noches mojadas.</p>	<p>La paciente en dos de las sesiones manifestó llanto, mientras se trabajaba la integración de los abusos, sin embargo al final de las sesiones refería sentirse con un peso menos encima.</p>
<p><b>Evaluación Final</b></p>	<p>Sesión 17-19</p>	<p>-Evaluar los cambios significativos de la problemática de V.A y conocer la</p>	<p>Valoración clínica social (identificar la valoración por parte de las personas del entorno de V.A y la</p>	<p>Registrar en su cuadernillo los cambios significativos</p>	<p>Durante esta etapa V.A retrocede en los avances logrados de la enuresis</p>

		<p>modificaciones sintomatológicas</p> <p>Informar a la paciente de la pronta terminación del proceso terapéutico</p>	<p>valoración propia de la paciente)</p> <p>-Dialogar con la paciente sobre el retroceso de la enuresis, se realizaron técnicas de relajación para bajar los niveles de ansiedad.</p>	<p>que considera logró durante el proceso de terapia</p> <p>Registro de horario miccional</p>	
<p><b>Fase de Seguimiento</b></p>	<p>Sesión 20-21</p>	<p>Consolidar los aprendizajes de cada uno de los objetivos terapéuticos y que la paciente pueda incorporarlos en su vida diaria.</p> <p>Terminación del proceso psicoterapéutico.</p>	<p>Dialogo racional de los nuevos aprendizajes adquirido para hacer frente a las posible dificultades que se puedan presentar</p> <p>Intervenciones psicoeducativas para el manejo de la enuresis nocturna.</p>		<p>Luego de la sesión final, se realizó un seguimiento vía telefónico con la paciente de una vez por semana durante dos semanas para dar seguimiento a los avances sobre la eliminación de la enuresis.</p>

Zisnely Jurado, 2018

**Cuadro N° 5:** Características y Plan De Intervención De Los Pacientes 3 y 4

	<b>Paciente 3 M.B.</b>	<b>Paciente 4 P.R.</b>
<b>Datos personales</b>	Edad: 15 años      Sexo: femenino Escolaridad: 5to de primaria Ingreso a Aldeas: 28 de marzo 2018	Edad: 12 años      Sexo: masculino Escolaridad: 5to de primaria ingreso a Aldeas: 10 de Junio 2015
<b>Motivo de Atención</b>	Referida como víctima de abuso sexual, presenta conductas autolesivas y agresivas hacia cuidadoras, demás niños y adolescentes, conductas sexuales desadaptativas (muestra interés por hombres mayores de edad). Diagnóstico previo: Trastorno esquizoide de la personalidad.	Referido como víctima de abusos sexual, presenta conductas autolesivas y agresiones físicas a cuidadores y personal administrativo del Albergue, conductas sexuales desadaptativas. Ha intentado abusar sexualmente de niños menores que el dentro del albergue. Paciente de Paidopsiquiatría, con tratamiento farmacológico.
<b>Síntomas Predominantes</b>	Indicadores de depresión, síntomas de ansiedad, hostilidad y agresividad, enuresis nocturna, ideación suicida, somatización, conductas sexuales desadaptativas, autolesiones.	Hostilidad y agresividad, síntomas de ansiedad, conductas autolesivas, interacciones sociales conflictivas, conductas antisociales, masturbación compulsiva, conductas de exhibicionismo, agresiones sexuales contra animales.
<b>Técnicas</b>	Técnicas de psicoarte, reestructuración	Utilización de diversas técnicas de expresión

<b>psicoterapéuticas utilizadas</b>	cognitiva, juego de roles, técnicas de relajación muscular, ejercicios de respiración, termómetro de la ira, música instrumental, técnica con arcilla y plastilina, plan de vida, tarjetas de emociones, Psicoeducación sexual y límites corporales, registro de pensamiento, horario miccional, uso de material audiovisual (videos motivacionales, películas), técnicas narrativas, observación clínica fuera de horarios de sesión	pictórica (uso de arcilla, plastilina, témpera, colores), técnica del dibujo libre, uso de material audiovisual, material lúdico (objetos y muñecos inanimados), puzzles sobre las partes de cuerpo para trabajar la sexualidad y límites corporales, tarjetas de emociones, rol playing, aplicación del Test Cuento de Hadas y el Test de Apercepción Infantil CAT, dialogo socrático y utilización de cuentos representativos.
<b>Fase de Evaluación Inicial</b>	Desarrollado entre las sesiones 1-4	Desarrollado entre las sesiones 1-4
<b>Fase de Psicoeducación</b>	Desarrollado entre las sesiones 5-10	Desarrollado entre las sesiones 5-12
<b>Fase de Tratamiento</b>	Desarrollado entre las sesiones 11-17	Desarrollado entre las sesiones 13-21
<b>Fase de Evaluación Final</b>	Desarrollado en la sesión 18	Desarrollado entre las sesiones 22-24
<b>Fase de Seguimiento</b>	La paciente fue reintegrada a su familia de origen (terminación de la intervención)	desarrollado entre las sesiones 25 – 26

Zisnely Jurado, 2018

## Resultados de la Intervención Psicoterapéutica

El siguiente cuadro muestra los resultados obtenidos por cada paciente durante el proceso de intervención psicoterapéutica con encuadre integrativo, lo cual nos proporcionará, una impresión diagnóstica, el pronóstico de cambio y logro de objetivos clínicos terapéuticos de los pacientes atendidos.

**Cuadro N° 6:** Resultado De La Terapia

Paciente	Resultados
<b>Paciente 1: A.S.</b>	El objetivo principal de la intervención psicoterapéutica con la paciente A.S. consistió, principalmente, en bajar los niveles de ansiedad y fortalecimiento de las habilidades sociales y autoestima, así como trabajar la estigmatización propia del abuso sexual. El enfoque integrativo y la utilización de las diversas técnicas narrativa y de psicoarte permitieron la expresión libre y sin resistencia de sus sentimientos y emociones, logrando disminuir gradualmente los niveles de ansiedad, los síntomas somáticos, y la culpa relacionada con el abuso sexual, integrando la experiencia traumática e identificando sus mayores miedos y fortalezas para hacer frente a situaciones sociales con éxito y de forma asertiva, reflejado en una mayor participación en actividades extracurriculares, y aumento de relaciones interpersonales con sus pares. Dentro y fuera del albergue, se muestra segura de sí misma y expresa de forma asertiva sus pensamientos y emociones. Se puede apreciar que la paciente logró cambios significativos y alcanzó el cumplimiento de los objetivos psicoterapéuticos, por lo que su pronóstico de cambio es favorable y satisfactorio post tratamiento.

<p><b>Paciente 2: V.A.</b></p>	<p>Durante los cinco meses de tratamiento, la intervención se centró, principalmente, en introducir diversas técnicas de enfoque integrativo sobre los problemas de conducta, el control de impulsos y la enuresis nocturna. Cabe señalar que las técnicas cognitivo-conductual utilizadas para modificar los pensamientos irracionales, en conjunto con el entrenamiento en habilidades sociales proporcionaron a la paciente herramientas de asertividad valiosas para lograr cambios significativos en cuanto a su conducta, lo que redujo las fuertes discusiones que V.A mantenía con la cuidadora del hogar y los demás niños. Además, dejó de mentir afrontando asertivamente las consecuencias de sus actos y obedeciendo las normas y reglas del hogar. En cuanto a la enuresis nocturna se logró una disminución total desde la primera intervención del problema. Sin embargo, para finales del tratamiento la paciente volvió a mojar las sabanas durante la noche, haciendo retroceder los avances logrados, se intervino mediante técnicas cognitivas conductuales, hasta conseguir su disminución total. En la fase de seguimiento se logró constatar que la paciente no ha vuelto a presentar enuresis nocturna, su buena conducta se ha mantenido, por lo que se considera un logro terapéutico significativo que fortalece su autonomía, autoconfianza y autoestima.</p> <p>De forma general, se aprecia que los objetivos propuestos para la intervención con la paciente han sido satisfactorios a lo largo del tratamiento y post tratamiento.</p>
<p><b>Paciente 3: M.B.</b></p>	<p>Se considera que los avances durante las sesiones trabajadas en la psicoterapia con la paciente fueron poco significativos, el establecimiento de la alianza terapéutica resultó bastante difícil, ya que es una paciente que no</p>

	<p>respetaba los horarios de las sesiones, manteniendo creencias, pensamientos muy rígidos, provocando resistencias al cambio. La paciente encuentra ventajas en su conducta desadaptativa y tendencia victimista. La cronicidad del problema y las recaídas, así como el diagnóstico previo presentan un mal pronóstico por sí solos.</p>
<p><b>Paciente 4: P.R.</b></p>	<p>Los logros psicoterapéuticos con el paciente durante el tratamiento fueron prácticamente nulos, a pesar de las diversas técnicas y herramientas terapéuticas utilizadas, y la reformulación de los objetivos y técnicas, no se logró constatar cambios favorables. Las conductas antisociales y comportamientos sexuales desadaptativos parecieran ir en aumento, los trastornos de conducta y déficit atencional, así como los antecedentes del paciente, dificultaron su atención, así como los propios rasgos de la personalidad del paciente representan una limitante para el tratamiento: Dado que se observan rasgos notorios de rigidez, manipulación, impulsividad, lo que impidió una buena relación psicoterapéutica. En este sentido el tratamiento farmacológico resulta indicado para apaciguar los síntomas y problemáticas del paciente, quien presenta un mal pronóstico a largo plazo.</p>

Zisnely Jurado, 2018

### 3.1.1 Propuesta De Solución

En el presente trabajo se presenta una propuesta dirigida a tutores y cuidadores directos, que intentan orientarlos, por medio de las intervenciones y manejo de conductas sexuales problemáticas en víctimas de abuso sexual infantil en menores institucionalizados.

### **3.1.1.1 Marco De Referencia**

Durante mucho tiempo se han empeñado grandes esfuerzos en el intento de identificar y diagnosticar el abuso sexual infantil. Sin embargo, entender y prestar la debida atención a estos casos sigue enfrentando un reto para profesionales y tutores, debido a que este tipo de violencia en particular adquiere diferentes dimensiones y está presente sin distinción en todos los entornos de la sociedad.

Cada vez resulta más común encontrarse con situaciones de abuso sexual, que involucran a niños y adolescentes en el rol de agresores sexuales de otros niños y adolescentes, lo cual parece indicar que se presenta una mayor predisposición de la población en riesgo social, principalmente aquellos niños y adolescentes, que han sido sexualizados, en consecuencia de abusos sexuales y maltrato intrafamiliar.

Los estigmas sociales suelen estar presentes en mayor o menor medida cuando de sexualidad se trata y aún en la actualidad se sigue considerando como un tabú causante de pudor entre las personas.

Definir la sexualidad desde una misma perspectiva de desarrollo no resulta conveniente, ya que la sexualidad humana está dotada de distintos componentes del desarrollo de la vida del hombre, desde aspectos biopsicosociales, hasta los aspectos meramente biológicos. Por consiguiente, se puede decir que la sexualidad humana está condicionada por factores biológicos, influencias sociales y las experiencias propias e individuales, constituyendo así una forma dinámica, cambiante y única en la mente de cada individuo.

Al considerar el criterio doctrinal de algún autor, se observa que (Hernandez, 2013), expresa que la sexualidad está íntimamente relacionada con el placer, la

comunicación y el intercambio afectivo (p.17). Es por tanto que la condición sexuada del cuerpo humano, y la sexualidad van de la mano, y nos permite pensar, sentir, expresar y hacer sentir, formando así, una parte esencial de la vida del ser humano, desde que nace, hasta que muere.

Cuando el proceso de desarrollo biopsicosocial de la sexualidad es interrumpido e influido mediante situaciones del entorno donde se exponga la integridad sexual del individuo, dicho proceso natural puede dar lugar a consecuencias permanentes o a largo plazo e influir en cómo viva la sexualidad en una vida adulta.

El desarrollo de los órganos sexuales durante la infancia no se ha completado, por lo que las sensaciones de placer en los niños no han adquirido significados específicos, la sexualidad durante esta etapa se expresa a través del autodescubrimiento de su cuerpo, observación, curiosidad, imitación e identificación. De esta manera, cada una de las experiencias vivida por el niño, serán factores claves que condicionarán la calidad de su sexualidad a lo largo de su vida.

Los niños que sufren abuso sexual prolongado, no están preparados psicológicamente, ni fisiológicamente para afrontar al estímulo sexual repetitivo del que son víctimas, desarrollando pensamientos, sentimientos y conducta desadaptativas y, en su mayoría, muestra una dificultad muy marcada en el establecimiento de relaciones con otras personas, a menos que estas relaciones tengan connotación sexual. Incluso algunos niños abusados sexualmente pueden convertirse en adultos agresores sexuales, darse a la prostitución, o presentar consecuencias emocionales a largo plazo.

Son muchos los factores de predisposición que determinan el desarrollo de conductas sexuales desadaptativas y problemáticas en los niños y adolescentes.

Sobre todo, las que tienen que ver con experiencias traumáticas de abuso sexual, violencia familiar y falta de límites sexuales en el hogar.

Para abordar de manera eficaz y determinar las conductas sexuales problemáticas que puedan presentar los niños víctimas de abuso sexual, se debe categorizar dichas conductas, en conductas normales o conductas problemáticas y abusivas, examinando tres aspectos fundamentales: la conducta afecta directamente la vida del niño, niña o adolescente, la conducta representa un problema para los demás, o si se da en ambos casos.

Es escasa la información actualizada y reciente sobre programas ejecutados para capacitar a tutores y cuidadores en cuanto a manejo de conductas sexuales problemáticas en niños y adolescente, sin embargo encontramos algunas guías de orientación como referencia, para la propuesta de intervención sugerida.

(NCTSN, 2012) La Red Nacional Para El Estrés Traumático Infantil, en su guía, información para padres y cuidadores de niños, presentan pautas e indicadores de identificación de comportamientos sexuales normales y comportamiento inapropiados en niños, niñas y adolescentes y las opciones de tratamiento, que aspiran erradicar los mitos que envuelven la ignorancia de los padres y tutores ante situaciones específicas de comportamientos sexuales problemáticos. Esta resulta una guía bastante general, ya que está desarrollada como documento orientador para padres y cuidadores de niños y adolescentes en los diferentes entorno sociales.

(McGrath, 2010) En su guía sobre los comportamientos sexuales en niños y adolescentes, desarrolla pautas a seguir por padres y tutores, ha sido diseñada para orientar a padres, tutores, profesionales y padres de acogida a niños, niñas y adolescentes institucionalizados, brindando información clara y concisa, acerca de estos temas potencialmente delicados y difíciles. Esta guía proporciona una fase de monitoreo de la conducta sexual problemática, luego de haberla

identificado, mostrando ejemplo de casos y de la forma de intervenir adecuadamente cuando se amerite.

No existen estudios específicos que demuestren la eficacia de los programas dirigidos a cuidadores y tutores institucionales a cargo del cuidado directo de niños, niñas y adolescentes, sin embargo se considera oportuna la orientación asertiva desde un marco integral por parte de personas responsables, ya sea cuidadores, tutores o profesionales idóneos para la intervención de las conductas sexuales problemáticas y agresivas entre la población menor de edad institucionalizada.

### **3.1.1.2 Justificación**

La población en las Aldeas Infantiles, está caracterizada por mantener antecedentes de negligencia familiar, violencia intrafamiliar, y abuso sexual, este último, encabezando la lista de mayor cantidad de casos dentro del albergue.

A medida que realizábamos las visitas y las entrevistas con las tutoras y encargadas directas del cuidado de los niños, niñas y adolescentes identificamos una gran necesidad en cuanto a la orientación en el manejo de las conductas sexuales problemáticas que se presentan la mayor parte del tiempo entre la población albergada. Algunas de las personas encargadas del cuidado directo niegan la naturaleza sexual de la que están dotados los niños y adolescentes, lo cual incluye la conducta sexual normal, así como la inapropiada, a la cual tienden en muchas ocasiones a normalizar y en otras ocasiones a reaccionar de forma poco asertiva y escandalosa, provocando de forma no intencional el reforzamiento de la conducta sexual inapropiada y agravando las problemáticas en la conducta de la población albergada.

La necesidad de intervenir, mediante un programa que permita capacitar y orientar a las encargadas de los hogares en el albergue surge de la identificación de la desorientación, la falta de conocimiento relacionado con el tema y el cómo intervenir, dirigirse y hablar con los niños, niñas y adolescentes, suponiendo un reto para ellas y un problema a la hora de abordar temas relacionados con la sexualidad.

Todos estos aspectos los hemos tomado en cuenta para sugerir una intervención con pautas de orientación preventiva para las cuidadoras y evitar la revictimización entre pares, ya que las conductas sexuales problemáticas de estos niños, niñas y adolescentes han sido resultado de experiencias sexuales negativas importantes, por lo que una respuesta inmediata, asertiva y constructiva a aquellos menores víctimas de abuso sexual reduce el riesgo de daño a largo plazo y que los propios chicos se conviertan en abusadores sexuales.

### **3.1.1.3 Diseño De La Propuesta**

Seguidamente la descripción de cada uno de los elementos que estructuran la propuesta de intervención.

#### **3.1.1.3.1 Introducción**

Como complemento del proceso de abordaje psicoterapéutico para víctimas de abuso sexual infantil, la propuesta busca ser una guía de apoyo para tutores y cuidadores directos de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual infantil y, a su vez, servir como referencia institucional de Aldeas Infantiles SOS, David, asumiendo la necesidad y el reto de tratar los temas de abuso sexual y sexualidad en un contexto de acogimiento familiar, bajo fundamentos éticos y valores morales de la institución en mención.

La presente propuesta enmarca primeramente conceptualizaciones sobre el desarrollo sexual del niño y adolescente, haciendo una revisión de la información que permita comprender el desarrollo sexual y las conductas propias de la edad, en segunda instancia proponer medidas preventivas para evitar agresiones sexuales entre niños y adolescentes y finalmente medidas de abordaje o sugerencias para intervenir ante sucesos de conductas sexuales no apropiadas y problemáticas.

La labor de prevención y abordaje en pro del bienestar integral de niños, niñas y adolescentes resulta de gran prioridad, y es de reconocer que cada acción u omisión en la atención a la población infanto-juvenil víctima de abuso sexual, puede resultar perjudicial para su desarrollo psicosocial.

#### **3.1.1.3.2 Objetivos**

- Establecer el rol de los tutores y cuidadoras directas, en la orientación psicosexual de niños, niñas y adolescentes de Aldeas SOS, David.
- Identificar situaciones que puedan propiciar las conductas sexuales problemáticas de niños, niñas y adolescentes SOS.
- Categorizar las conductas sexuales de niños, niñas y adolescentes según edad y desarrollo psicosexual.
- Sugerir alternativas de abordaje de las conductas sexuales problemáticas de forma asertiva y apropiada.

#### **3.1.1.3.3 Beneficiarios**

Los beneficiarios principales de la propuesta de intervención psicoeducativa para el manejo de conductas sexuales agresivas y problemáticas, será el personal de cuidadoras directas, conformado por un número de 17 mujeres, las cuales están a cargo de un total de 63 niños en Aldeas Infantiles SOS, David, población que de igual forma se beneficiará directamente con la intervención psicoeducativa que se lleve a cabo con las tutoras de las familias de acogida dentro del albergue.

#### **3.1.1.3.4 Fases de Intervención**

La propuesta de intervención está comprendida por tres fases para su desarrollo, dichas fases estarán desarrolladas durante 6 semanas con sesiones de una hora y treinta minutos semanales, para lograr que todas las cuidadoras sean partícipes de la propuesta de intervención, conviene dividir en dos grupos de 8 y 9 participantes.

A continuación, las fases que comprende la propuesta de intervención:

#### **Fase 1: Conceptualizaciones Sobre Sexualidad Y Desarrollo Psicosexual Infanto-Juvenil**

En esta fase de la intervención desarrollaremos los conceptos que aportarán información clara y concreta para la comprensión del desarrollo psicosexual y las etapas de desarrollo en la que se encuentran los niños, niñas y adolescentes que tienen a cargo, así como la etiología de las conductas sexuales problemáticas y agresivas, que ayudará a aclarar dudas, que se planteen las cuidadoras en cuanto a las conductas normales, apropiadas y las no apropiadas por rango de edad. Esto, con el fin de que se aprenda a identificar cuando es una conducta apropiada y cuando es una conducta sexual problemática, conviene que las cuidadoras presten mucha atención, cuando una conducta se

convierte en un problema para el niño y para los demás y hasta que niveles puede llegar a afectar la conducta sexual problemática en la vida cotidiana del niño, niña o adolescente.

## **Fase 2: Medidas Preventivas**

Durante esta fase desarrollaremos estrategias y pautas que fortalezcan las medidas preventivas para disminuir las conductas sexuales inapropiadas de niños, niñas y adolescentes. Para el desarrollo de esta fase de la intervención, la participación activa de las cuidadoras nos resultará importante, ya que tomaremos en cuenta un modelo de acción integral, que permitirá identificar los factores de riesgo en contexto real, basado en antecedentes del comportamiento sexual e historial personal y familiar de cada niño, trabajaremos en el reforzamiento de los límites interpersonales, manejo de los espacios o ambientes del hogar de acogida para la supervisión de los casos potenciales, educación sexual y educación emocional.

## **Fase 3: Medidas de abordaje directas ante la ocurrencia de conductas sexuales problemáticas o agresivas**

En esta etapa, primeramente buscaremos identificar y conocer las respuestas o las formas de accionar que ofrecen las cuidadoras en el momento que se dan situaciones específicas de ocurrencia de conductas sexuales problemáticas o conductas sexuales agresivas, proporcionaremos guía sobre el tipo de respuesta ante las conductas sexuales no apropiadas basado en experiencias previas y contexto real, a fin de promover en las cuidadoras, conductas formativas en la población infanto-juvenil de las Aldeas Infantiles SOS, David.

### 3.1.1.3.5 Descripción de la propuesta de evaluación

**Cuadro N° 7:** Descripción De La Propuesta

Fases de Acción	Duración	Objetivos	Contenidos	Actividades y talleres	Materiales y Recursos didácticos
<b>Conceptualizaciones Desarrollo psicosexual infanto- juvenil</b>	Semana 1	Definir conceptos relevantes para la comprensión del desarrollo sexual infantil.	Uso de terminología correcta para referirnos a las conductas sexuales problemáticas. Etapas del desarrollo sexual	Taller de bienvenida Preguntas diagnósticas para evaluar la información previa de las participantes. Presentación digital de los temas a tratar	Uso de equipo audiovisual Páginas blancas Bolígrafos Cuadernillo de trabajo Método participativo
	Semana 2	Explicar los comportamientos sexuales problemáticos desde una mirada integral.	por rango de edad y sus características principales. Clasificación de las conductas sexuales problemáticas y	Videos informativo sobre conductas	

			prácticas sexuales abusivas entre pares. Causas de las conductas sexuales problemáticas.	sexuales problemáticas en menores de edad Taller sobre mitos y realidades sobre la sexualidad, mediante la utilización de tarjetas. Lluvia de ideas para reflexión sobre los contenidos tratados.	
<b>Medidas de acción preventivas</b>	Semana 3	Establecer pautas de comunicación asertiva entre cuidadoras y los niños, niñas y adolescentes del	Comunicación asertiva en el llamado de atención e intervención. Factores de riesgo de las conductas	Bienvenida a la sesión Presentación digital de los temas Redacción de carta sobre cómo les	Material audiovisual Páginas blancas Bolígrafos Recurso

	Semana 4	<p>albergue.</p> <p>Orientar en cuanto a las medidas preventivas de las conductas sexuales problemáticas.</p>	<p>sexuales problemáticas y abusivas.</p> <p>Identificación de las conductas sexuales problemáticas dentro de Aldeas SOS, David.</p>	<p>hubiese gustado que sus padres o cuidadores les hubiesen orientados sobre su propia sexualidad.</p> <p>Psicodrama en grupo de dos sobre al menos una situación que hayan experimentado dentro del albergue en cuanto al manejo de situaciones de conductas sexuales problemáticas.</p> <p>En cartulinas de colores redactar</p>	<p>humano</p> <p>Cartulinas de colores</p> <p>Marcadores</p>
--	----------	---	--	--	--

				<p>una lista de las acciones que consideran no ayudan al manejo de las conductas sexuales inapropiadas y paralelamente redactar las acciones que consideran de forma individual deberían mejorar para un mejor manejo de las conductas sexuales inapropiadas de los niños y adolescentes a cargo.</p>	
--	--	--	--	---	--

<b>Medidas de abordaje directo</b>	Semana 5	Evaluar las medidas de acción inmediata ante situaciones específicas de conductas sexuales problemáticas y abusivas.	Tipos de respuestas ante situaciones complejas de ocurrencia de conductas sexuales problemáticas y abusivas. Manejo de los espacios y ambientes de supervisión en casos potenciales.	Bienvenida de la sesión Lluvia de ideas sobre experiencias previas dentro del albergue Evaluación de casos ficticios sobre ocurrencia de conductas sexuales problemáticas.	Material audiovisual Páginas blancas bolígrafos Cuadernillo de trabajo
	Semana 6	Proponer medidas de abordaje asertivo que eviten reforzamientos de la conductas sexuales inapropiadas	Manejo de las emociones tanto de las cuidadoras como de la población meta.	Compartir las emociones y los sentimientos que experimentan ante situaciones de conductas sexuales problemáticas.	

Zisnely Jurado, 2018

### **3.1.1.3.6 Referencias Bibliográficas**

Hernández, G. (2013). *La Educación Sexual De La Primera Infancia*. España: SAOR Artes Gráficas.

McGrath, K. (2010). *Guía Sobre Los Comportamientos Sexuales En Niños Y Adolescentes*. Valencia, España: Ipinfa.

NCTSN. (2012). *Cómo Entender Y Manejar Los Problemas De Comportamiento Sexual En Los Niños*. *The National Child Traumatic Stress Network*, 1-7.

## CONCLUSIONES

El abordaje psicoterapéutico desde un marco integrativo del abuso sexual infantil, proporcionó un amplio abanico de técnicas y herramientas que pudieran adaptarse a las diferencias individuales y atender las necesidades de los pacientes desde sus variantes y niveles de afectación, bajo un tratamiento individual, por lo que podemos realizar las siguientes inferencias:

- La valoración clínica de los rasgos de personalidad a nivel emocional y conductual de las víctimas de abuso sexual resulta de gran relevancia para la incorporación del tratamiento adecuado para los pacientes, ya que nos permite identificar el nivel de afectación y los recursos psicológicos con los que cuenta el individuo y desde qué foco iniciar el tratamiento correspondiente. Las técnicas utilizadas mediante aplicación de pruebas psicológicas y la observación clínica dentro y fuera de la sesión fueron de gran ayuda, proporcionando una fuente de información complementaria acerca de la personalidad, dinámica y acceso directo a las conductas de interés clínico de cada uno de los pacientes.
- El número de sesiones de una psicoterapia convencional corresponde a un mínimo de 16 sesiones individuales. Sin embargo, la complejidad de los casos atendidos, nos llevó a extender el número de sesiones mínimas, y permitió abordar síntomas subyacentes del trauma, de una forma más completa y profunda. Esto resultó conveniente para el abordaje de los casos, dado que se ha reforzado el tratamiento y en otras ocasiones reestructurando los objetivos del tratamiento en búsqueda de una mayor efectividad del mismo. Desde este aspecto es factible aportar que existen casos donde el trauma es tan severo que el tratamiento correspondiente tomaría años, para obtener pronósticos favorables.

- El trabajo interdisciplinario es base fundamental para el tratamiento integral de las víctimas de abuso sexual infantil, razón por la cual dentro del abordaje y tratamiento se consintió la colaboración técnica de otros profesionales, así como la participación de las cuidadora directas de las víctima dentro del alberge, pudiendo identificarse las falencias de la institución en cuanto a la capacitación del personal a cargo, para el manejo de conductas sexuales problemáticas, que tiene una importante ocurrencia entre la población meta, suscitando situaciones de riesgo y reforzando conductas sexuales inapropiadas entre niños, niñas y adolescentes en acogida institucional.
- Las experiencias sexuales traumáticas producen una reacción psicológica que supone una autopercepción de vulnerabilidad y victimización, resulta conveniente recordar que, a pesar de que se esperan ciertas reacciones o conductas de niños y adolescentes víctimas de abuso sexual, existen quienes presentan un cuadro asintomático que puede estar determinado por varios factores como edad en la que ocurrió el abuso, sexo, nivel madurativo, sobre quién ha sido el agresor, gravedad del abuso y la duración del abuso, entre otros.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Guerra, C. (2017). Psicoterapia Con Víctimas De Abuso Sexual Inspirada En La Terapia Cognitivo-Coductual Centrada En El Trauma. *Revsita de Psicología* , 1-13.

Hernandez, G. (2013). *La Educación Sexual De La Primera Infancia*. España: SAOR Artes Gráficas.

McGrath, K. (2010). *Guía Sobre Los Comportamientos Sexuales En Niños Y Adolescentes*. Valencia, España: Ipinfa.

NCTSN. (2012). Cómo Entender Y Manejar Los Problemas De Comportamiento Sexual En Los Niños. *The National Child Traumatic Stress Network*, 1-7.

Prensa. (4 de Noviembre de 2018). Abuso Sexual A Menores En Aumento. *LA PRENSA/ Panorama*.

UNICEF. (2015). *Abuso Sexual Infantil. Cuestiones Relevantes Para Su Tratamiento En La Justicia* (Primera Edición ed.). Uruguay, Montevideo : Mastergraf.

Vicente, J. L. (26 de Junio de 2016).

[openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/.../7/jvicenteroTFG0616memoria.pdf](https://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/.../7/jvicenteroTFG0616memoria.pdf). Obtenido de file:///C:/Users/Administrador.000/Pictures/tesis%20de%20referencia%20emdr%20abuso%20sexual.pdf

# **ANEXOS**

Protocolo de Respuestas del Test Cuento De Hadas, aplicado al paciente N°4, durante la fase de evaluación.

## FAIRY TALE TEST (FTT)

Carina Coulacoglou, PhD

NOMBRE: <i>Pedro Thomas.</i>	EDAD: <i>11</i>	SEXO: H <i>M</i>	ESCUELA: <i>Aldeas SOS.</i>
NOMBRE DE LA MADRE: <i>/</i>		NOMBRE DEL PADRE: <i>/</i>	
SITUACIÓN FAMILIAR*: <i>Institucionalizado.</i> <i>"Abuso sexual"</i> <small>*(p.ej. divorciado, familia monoparental, niño adoptado, etc)</small>		NIVEL SOCIAL: <i>/</i>	
OTROS MIEMBROS (HERMANOS-EDADES)		CUENTO FAVORITO: → <i>Caperucita Roja</i> → <i>Gigantes.</i>	
ADMINISTRADOR: <i>Zisnely Juanto</i>		Duración de aplicación	
FECHA: <i>29/8/18</i>		→ <i>35 minutos.</i>	
CIUDAD: <i>David, Chiriquí</i>			

CAPERUCITA ROJA

En estas láminas vemos tres Caperucitas. ¿Qué piensa y siente cada una de ellas? (¿Por qué?)



Lámina 1: *Levante flores a la mamá*



Lámina 2: *compra verduras para la abuelita.*



Lámina 3: *huye por que viene el lobo.*

¿Cuál crees que es la Caperucita del cuento? ¿Por qué?

Lámina 3.

Porque:

*Por que es una combinación de las dos Caperucitas ella no es tan pequeña, pero tampoco tan adulta, es solo como la de la figura 3.*

¿Cuál te comerías si fueras el lobo? ¿Por qué?

Lámina 3.

Porque:

*por que es un niño medio y está más jugosa*

LOBO

En estas láminas vemos tres lobos. ¿Qué piensa y siente cada uno de ellos? (¿Por qué?)



Lámina 1:

comerse a la capucita.



Lámina 2: Esta sólo posando para la Foto.



Lámina 3:

quier cazar y devorar.

¿Cuál crees que es el lobo del cuento de Caperucita Roja? ¿Por qué? Lámina 1.

Porque:

por que se saborea, los lobos que devoran siempre se saborean (hace gesto de saborearse, mientras frota sus manos)

¿Cuál te da más miedo? ¿Por qué?

Porque:

Lámina 3.

El tiene ganas de comer y cazar y esta gruñendo (hace sonidos con la boca)

ENANO

En estas láminas vemos tres enanos. ¿Qué piensa y siente cada uno de ellos? (¿Por qué?)

Lámina 1:



Asonbrado.

Lámina 2:



Me está mirando y muy serio.

Lámina 3:



Está Feliz, aunque mira los botones de su camisa se están desabrochando (risas), está muy gordo

¿Cuál crees que es el enano del cuento de Blancanieves? ¿Por qué?

Lámina 1º

Porque:

porque es el más pequeño

¿Con cuál de los enanos se casaría Blancanieves? ¿Por qué?

Lámina 2º

Porque:

por que es más grande, se ve más adulto, pero debe casarse con la Capucita más grande.  
«pide ver nuevamente las láminas de la capucita»

BRUJA

En estas láminas vemos tres brujas. ¿Qué piensa y siente cada una de ellas? (¿Por qué?)

Lámina 1:

Tiran un hechizo con la bauta mágica



Lámina 2:

Enojada, por que le quitaron la bauta. y quiere pagarle al que se la quito.



Lámina 3:

Enojada y es mala.



¿Cuál crees que es la bruja de los cuentos? ¿Por qué?  
Porque:

Lámina 3<sup>o</sup> aterroriza mucho.

¿Cuál de las tres te da más miedo? ¿Por qué?  
Porque:

Lámina 1<sup>o</sup> porque con su bauta me podría tirar un hechizo.

¿Cuál es la bruja más malvada? ¿Por qué?  
Porque:

Lámina 2<sup>o</sup>

su cara se ve más mala, y enojada.

¿Qué puede hacer una bruja malvada?

convertir a los niños en sapo y puerres y desaparecerlos.

Pon nombre a las brujas:

Lámina 1: Hechicera

Lámina 2: malvada

Lámina 3: espeluznante

GIGANTE

En estas láminas vemos tres gigantes. ¿Qué piensa y siente cada uno de ellos? (¿Por qué?)



Lámina 1:

*Saluda a nosotros*



Lámina 2:

*Tiene hambre "mira su barriga" (risas)*



Lámina 3:

*Quiere aplastar a nosotros y me está mirando muy fijó.*

¿Cuál crees que es el gigante de los cuentos? ¿Por qué?  
Porque:

Lámina 3.  
*es grande los gigante son malos.*

¿Cuál de los tres te da más miedo? ¿Por qué?  
Porque:

*Se nota que con el mazo quiere pegarme.*

Lámina 3.

¿Cuál es el gigante más malvado? ¿Por qué?

Porque: *porque es el único que tiene un mazo para pegar.*

Lámina 3.

¿Qué puede hacer un gigante malvado?

*aplastar, demoler y comernos niños.*

Pon nombre a los gigantes:

Lámina 1: *bueno*

Lámina 2: *también*

Lámina 3: *malvado*

## ESCENAS DEL CUENTO DE CAPERUCITA ROJA

En estas láminas vemos tres escenas del cuento de Caperucita Roja. Dime qué está ocurriendo en cada escena.

Lámina 1: *la están castigando porque hizo algo malo*



Lámina 2: *está triste por que la regañaron, la tía.*



Lámina 3: *su mamá está aconsejándole y ella está feliz.*



¿Cómo termina el cuento? ¿Por qué?

Lámina 3

Porque: *porque las dos están felices, aunque se parecen la lámina 3 con la 1, pero cambia su cara, la de la 3 es más bonita, joven y agradable, la otra es fea y vieja y regañona*

¿Cómo te gustaría que terminase el cuento? ¿Por qué?

Lámina 3

Porque: *por que terminan muy felices las dos.*

## ESCENAS DEL CUENTO DE BLANCANIEVES Y LOS 7 ENANOS

En estas láminas vemos tres escenas del cuento de Blancanieves y los 7 enanos. Dime qué está ocurriendo en cada escena.



Lámina 1: Se están enamorando.  
Se sienten felices  
Se dan besitos en la boca



Lámina 2: Están viendo <sup>televisión</sup> el papá e hija y están felices.



Lámina 3: Los enanos están felices porque Capucita roja volvió por que al principio el príncipe la beso en la boca.

¿Cómo termina el cuento? ¿Por qué?

Lámina 1.

Porque:

siempre termina dándole un beso con el príncipe

¿Cómo te gustaría que terminase el cuento? ¿Por qué?

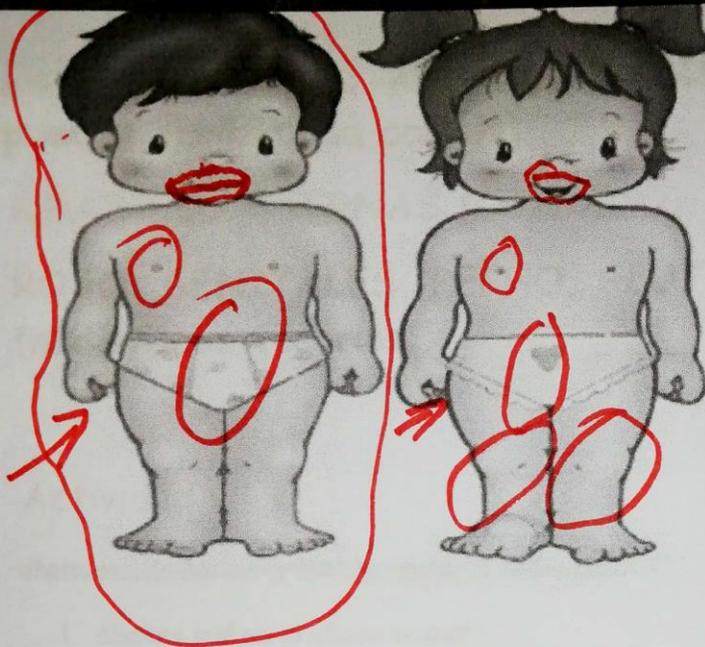
Lámina 3.

Porque:

Así se ve más pretty.  
por que sería una forma diferente

Taller sobre límites sexuales y prevención del abuso sexual, en fase de intervención psicoeducativa.

Aldeas SOS - David Paciente: P.D. 7/11/18



Actividad  
Diagrama  
de  
semáforos  
para la  
prevención  
del abuso  
sexual en  
los niños.

Los niños  
en un

dibujo deben reconocer las siguientes áreas de su cuerpo y enseñarles que hay algunas partes que nadie puede tocarles y que hay otras en las que si ellos quieren pueden recibir una caricia, ejemplo:



## ÍNDICE DE CUADROS

<b>Cuadro N° 1.</b> Cronograma de Sesiones .....	20
<b>Cuadro N° 2.</b> Actividades Realizadas .....	22
<b>Cuadro N° 3.</b> Plan Intervención Paciente 1 .....	46
<b>Cuadro N° 4.</b> Plan Intervención Paciente 2 .....	56
<b>Cuadro N° 5.</b> Plan Intervención Paciente 3 y 4 .....	58
<b>Cuadro N° 6.</b> Resultados de la Terapia .....	59
<b>Cuadro N° 7.</b> Descripción de la Propuesta .....	70