

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Aplicación de Técnicas de Terapia de Duelo a Niños entre
6 y 8 años de edad Víctimas de Abuso Sexual**

Proyecto de Investigación

Cristina Alejandra Zavala Serrano

Psicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Psicólogo Clínico

Quito, 12 de mayo de 2019

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Aplicación de Técnicas de Terapia de Duelo en Niños entre 6 y 8 años
de edad Víctimas de Abuso Sexual**

Zavala Serrano Cristina Alejandra

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico:

Mariel Paz y Miño, Ph.D.

Firma del profesor

Quito, 12 de mayo de 2019

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Zavala Serrano Cristina Alejandra

Código: 00128080

Cédula de Identidad: 1400541635

Lugar y fecha: Quito, 12 de mayo de 2019

DEDICATORIA

A mis padres Carlos y Eliza, los precursores de cada una de mis alegrías y metas cumplidas, por ser motivación y fuerza, porque nunca les importó los kilómetros para estar siempre presentes

A mis hermanos Carlos José y Juan Pablo, mis cómplices y apoyo incondicional desde y hasta siempre

A mis amigos, extensión de mi familia, por su lealtad, por su compañía en los días malos y su alegría incansable en los buenos.

A mi tutora y profesores, porque estuvieron siempre dispuestos a extenderme la mano y generosamente impartieron sus conocimientos profesionales y nos brindaron ejemplo como seres humanos

A todos ustedes, les dedico estos cinco años de esfuerzo, felicidad y aprendizaje.

Eternamente agradecida,

Cristina

RESUMEN

Esta propuesta de investigación se basa en la necesidad de intervención psicológica en los casos de abuso sexual infantil, enfatizando en la incidencia y escaso acompañamiento terapéutico que se aplica a los mismos. Por lo tanto, se presentan técnicas de terapia de duelo que pueden actuar sobre los síntomas consecuentes de experimentar un evento traumático con el objetivo de priorizar el bienestar psicológico del niño o niña al que se acostumbra únicamente tratar desde el aspecto legal. Para la evaluación de las efectividades de estas técnicas se presentan dos escalas cuantitativas: Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Post Traumático y el Inventario de Duelo Complicado acompañados de una entrevista clínica que fundamentará y explorará la anamnesis del infante. La principal motivación de este estudio es otorgar alternativas funcionales y accesibles a niños que lamentablemente han sufrido un suceso de abuso sexual.

Palabras clave: abuso sexual, terapia de duelo, víctimas, trauma, infancia.

ABSTRACT

This research proposal is based on the need for psychological intervention in cases of child sexual abuse, emphasizing the incidence and scarce therapeutic support that is applied to them. Therefore, bereavement therapy techniques are presented that can act on the consequent symptoms of experiencing a traumatic event with the aim of prioritizing the psychological well-being of the child who is usually treated only from the legal aspect. For the evaluation of the effectiveness of these techniques, two quantitative scales are presented: The Gravity Scale of Symptoms of Post Traumatic Stress Disorder and the Inventory of Complicated Grief, accompanied by a clinical interview that will support and explore the anamnesis of the infant. The main motivation of this study is to provide functional and accessible alternatives to children who have unfortunately suffered an event of sexual abuse.

Key words: sexual abuse, grief therapy, victims, trauma, childhood.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 8 |
| Antecedentes..... | 8 |
| Problema..... | 12 |
| Pregunta de Investigación..... | 13 |
| Significado del Estudio..... | 14 |
| | |
| REVISIÓN DE LA LITERATURA..... | 15 |
| Formato de la revisión de la literatura | 15 |
| Abuso Sexual..... | 15 |
| Características de la víctima y el agresor..... | 16 |
| Proceso legal ante el delito de abuso sexual infantil..... | 18 |
| Consecuencias del abuso sexual infantil..... | 20 |
| Estrés post traumático..... | 22 |
| Terapia de Duelo..... | 25 |
| | |
| DISEÑO Y METODOLOGÍA | 29 |
| Diseño..... | 30 |
| Población | 31 |
| Procedimiento de Recolección y Análisis de Datos..... | 34 |
| Consideraciones Éticas..... | 35 |
| Resultados Esperados..... | 35 |
| | |
| Discusión | 38 |
| Bibliografía | 44 |
| ANEXOS | 49 |
| ANEXO A: RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES | 49 |
| ANEXO B: Formulario de Consentimiento Informado | 49 |
| ANEXO C: Escala de Gravedad de Síntomas de TEPT..... | 55 |
| ANEXO D: INVENTARIO DE DUELO COMPLICADO | 58 |

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

“Abuso sexual significa usar el cuerpo del alguien más para producir placer sin su consentimiento y es determinado como un crimen” (Florice & Broyles, 2012), el cuál presenta agravantes en caso de que la víctima sea menor de edad, denominándose abuso sexual infantil.

Walsh & Brandon (2012) toman el término de abuso sexual infantil para señalar las consecuencias a corto y largo plazo de esta perpetración, al reconocer el impacto que genera en los círculos de desarrollo que rodean al niño, tales como la familia, que incluye la modificación obligatoria del desenvolvimiento del sistema familiar, al volcar la atención en el infante a raíz del cambio en la percepción que se posee del entorno y de la comunidad que se refiere a la estigmatización social, la exposición constante de la víctima a estímulos relacionados al evento traumático, el déficit o la ausencia de tratamiento y la intensificación de los síntomas.

Así mismo, Walsh & Brandon (2012) mencionan como el abuso sexual infantil escala desde un ámbito personal pasando por el ámbito psicológico, social y legal, al encontrarse ante la decisión de presentar a la víctima a la exposición pública mediante la iniciación de un proceso judicial. La complejidad del mismo se debe a que requiere implementar recursos psicológicos personales y económicos para su continuidad y para que exista la posibilidad de acceder a un tratamiento, dichos elementos se añaden a factores fundamentales que se indagan para determinar la gravedad de la transgresión, en la que los más importantes se enfocan en la edad, duración, la relación de la víctima

y el ofensor, la violencia impuesta en el acto, las reacciones de los miembros de su entorno y la calidad de recursos psicológicas que posea.

Considerando los elementos psicosociales mencionados que se encuentran en pleno desarrollo durante la infancia y que fluctúan en cada etapa del crecimiento, los parámetros de evaluación y tratamiento, que se presentan a través de informes por parte del médico legal, psicólogo y trabajador social y de la declaración de la víctima, estos deben estructurarse tomando en cuenta las características y limitaciones que abarcan la intimidación propia que genera este tipo de abuso en un menor. Con relación a ello se sostiene que “La infancia es un período caracterizado por cambios en el desarrollo, así que las generalizaciones sobre todas las víctimas juveniles deben ser moderadas” (Shattuck & Finkelhor, 2012) enfatizando la importancia de una atención personalizada.

Se recalca que no se debe generalizar el producto o los efectos del abuso sexual en los niños, debido a que cada caso es individual y debe ser estudiado de acuerdo a las complejidades del mismo, a través, de la consideración de los términos de vulnerabilidad del infante que podrían verse afectadas ante las acciones legales, psicológicas y sociales que se generan ante un caso de abuso sexual infantil.

Para evitar el retraso e impacto negativo de la integridad de un niño o niña que ha sido violentado sexualmente, se ha extendido la preocupación hacia la protección del infante motivando la realización de estudios, investigaciones y campañas, con el mismo objetivo de esta propuesta que se basa en construir un modelo de acompañamiento psicológico, debido a la necesidad de intervención por la gravedad de las secuelas que sufre una víctima de abuso sexual. Echeburría y Guerricaechevarría (2011) señalan con respecto a las consecuencias negativas que pueden ser similares en los diferentes tipos de cohesión y que estas se acentúan dentro del funcionamiento psicológico de la víctima, sobre todo cuando el agresor es un miembro de la familia de origen y cuando

en el acto se ha infringido violencia, como ocurre mayormente en los casos de abuso sexual infantil.

Los elementos que atribuyen que el abuso sexual se desenvuelve como un evento traumático, que se evidencia a través de cifras, tal como lo sostienen García, Gomez & Loredo, quienes señalan que aproximadamente 80% de las víctimas de abuso sexual sufren trastornos psicológicos, lo que depende del grado de culpabilidad que los padres hayan creado en el niño o del apoyo familiar, así como de las estrategias de afrontamiento de la víctima (2009). En cuanto a la sintomatología que presenta el infante, Rodríguez, Aguir y García (2012) describen que las molestias emocionales se perciben como problemáticas que se expresan en la disfunción de la conducta, en las relaciones interpersonales, sexuales y en el comportamiento enfocado en la adaptación y aceptación del suceso, los cuales son objetivos similares a los que se propone tras la exposición al trauma de sufrir una pérdida emocional significativa.

Con lo que se propone relacionar los síntomas consecuentes al trauma de haber sufrido abuso sexual y al del impacto de la pérdida emocional, debido a la similitud en la descripción de los indicadores que generan disfuncionalidad, puesto que el concepto de duelo puede dar apertura a contextualizarse en diferentes ámbitos psicosociales, al señalar que “el duelo se define como una serie de comportamientos, sentimientos y emociones que se manifiestan cuando se produce una pérdida de algo o alguien significativo” (Romero, 2013). La pérdida de algo o alguien constituye situaciones que generan dolor traumático tal como “la tortura, el desaparecimiento de un hijo o el asesinato del padre pueden constituirse en un trauma, como ocurre con el abuso sexual en los niños y adultos” (Lira, 2010). Entonces surge la necesidad de actuar sobre el trauma debido a que “provoca una disfunción del sujeto, no solo cuantitativa, entendiendo lo cuantitativo como cantidades de energía no procesables o tramitables por

el aparato psíquico, sino también una alteración cualitativa, la imposición de una nueva subjetividad. Después del trauma el sujeto sentirá, pensará o se expresará de otra manera” (Marugán, 2016).

En esta investigación, para tratar los síntomas producidos por abuso sexual se propone aplicar técnicas de terapia de duelo, debido a que este tipo de intervenciones se realizan a partir de que se produce un episodio de pérdida emocional, tal como lo es el duelo. “Duelo es un término que, en nuestra cultura, suele referirse al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto en duelo, el deudo estaba psicosocialmente vinculado” (Cabodebilla, 2007). En cuestión al tratamiento Meza, García, Torres, Castillo & Martínez (2008) señalan que en el proceso de duelo se plantean metas como mejorar la calidad de vida del sufriente, disminuir aislamiento social, control de la autoestima, reducir el estrés y mejorar la salud mental. Para ello, se enfatiza en la importancia de reconocer etapas que serán de utilidad en el proceso de restablecimiento emocional, dichos planteamientos permiten direccionar la terapia, procurando adecuarla al paciente, por lo tanto, “después de sufrir una pérdida, hay ciertas labores que se deben realizar para restablecer el equilibrio y para completar el proceso de duelo” (Neymeyer, 2000). Worden (2013) describió cuatro tareas básicas, que consideraba fundamentales a la hora de elaborar dicho proceso, las cuales son: aceptación de la realidad de la pérdida; identificación y expresión de sentimientos; adaptación y facilitar la recolocación emocional del ser querido y seguir viviendo.

En esta investigación estos indicadores se proponen para los casos de abuso sexual debido a que se enfoca en un evento traumático al igual que lo es el suceso de pérdida que desencadena un proceso de duelo, tal como se ha descrito, ya que generan

conductas mal adaptativas y el trabajo a partir de los mismos, constituye en un proceso encaminado a la recuperación interna de la víctima.

Problema

El problema en el que se basa esta investigación radica en la incidencia de casos de abuso sexual infantil que se han reportado, los cuales muestran mayor ocurrencia conforme avanza el tiempo, según las cifras estimadas publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006). La OMS (2006) sugiere que existen alrededor del mundo 223 millones de menores de edad que han sido abusados sexualmente, de los cuales 150 millones son niñas y 73 millones son niños, lo que fundamenta la fuerte complicación que constituye, ya que “el abuso sexual infantil sigue siendo un problema importante, ya que las tasas de prevalencia en todo el mundo oscilan entre el 8 y el 31% para las niñas y del 3 al 17% para los niños”. (Barth, Bermetz, Heim, Trelle y Tonia, 2013). Sostenidos en la base de cifras y en el manejo del proceso de un abuso sexual infantil se motiva a la propuesta de un tipo de intervención psicológico para las víctimas, puesto que este ámbito ha sido desenfocado por el protagonismo del área legal, tal como lo señalan Baita & Moreno (2015) sosteniendo la justicia es el primer medio de protección cuando ha ocurrido un caso de abuso sexual intrafamiliar, el cual se determina cuando un miembro del grupo biológico, político o adaptativo familiar ha sido el atacante.

En el Ecuador, el abuso sexual según el código de la niñez y adolescencia en el artículo 68, se define como: “todo contacto físico, sugerencia de naturaleza sexual, a los que se somete un niño, niña o adolescente, aún con su aparente consentimiento mediante intimidación, chantaje, seducción, engaños, amenazas o cualquier otro medio”

Así mismo en torno a esta línea existe el Código Orgánico Integral Penal (COIP), en la sección IV: Delitos contra la integridad sexual y reproductiva, en los artículos 170 y 171 hacen referencia a los delitos de abuso sexual y violación, respectivamente, para determinar la culpabilidad y la agravación del delito, los cuales se basan en la infracción de los derechos descritos en el código de la niñez y adolescencia que aplica para los menores de dieciocho años.

Siendo el marco legal el principal actor en este tipo de casos, en el cual la víctima pasa a ser un elemento del juicio penal que prosigue a la investigación basada en las declaraciones del suceso, descuidando la salud mental del infante, en este caso, quien como se ha mencionado se encuentra en etapa de vulnerabilidad emocional. Por lo mismo, este estudio se enfoca en proponer un tipo de terapia acorde a las necesidades psicológicas del infante, tomando en cuenta la etapa del desarrollo en la que se encuentra para lo cual se delimitó la edad de ocho a diez años y se responderá a la pregunta de investigación que se centra en cuestionar si las técnicas de terapia de duelo descritas anteriormente constituyen un óptimo acompañamiento psicológico para el manejo y regulación de las emociones producidas a partir del abuso sexual.

Pregunta de Investigación

¿Cómo y hasta qué punto las técnicas utilizadas dentro de la terapia de duelo mejoran el manejo emocional de niños de 8 a 10 años que han sido abusados sexualmente?

Propósito del Estudio

Como principal objetivo se plantea cuestionar el enfoque que se ha priorizado y que actúa como primera instancia al suscitarse un caso de abuso sexual, el cual ha sido direccionado únicamente hacia al aspecto legal, mediante la denuncia formal y el

seguimiento del proceso penal, por lo cual se resta importancia al aspecto psicológico, De acuerdo a esto, se propone las técnicas de terapia de duelo como medio de intervención terapéutica puesto que abarca la pérdida y se relaciona a la presencia de un evento traumático tal como lo es el abuso sexual en la infancia. Con esto, reducir los efectos a largo plazo de la negligencia que constituiría no recibir acompañamiento psicológico en el proceso de recuperación evitando causar conflictos personales, sociales y comunitarios en la adolescencia y adultez, mediante la entrega de herramientas resilientes y fortalecimiento de las redes de apoyo.

Significado del Estudio

La problemática existente y constante del abuso sexual necesita de la movilización de recursos multidisciplinarios para ser tratada de manera efectiva. La propuesta de un tipo de terapia que responda a los requerimientos de una víctima de abuso sexual constituye un elemento de aplicación posterior que fomente la recuperación emocional para de manera directa evitar que la misma escale a conflictos internos que se consideren imposibles de manejar o empeore la situación.

La terapia de duelo al centrarse en un evento que suscita síntomas que necesitan ser reconocidos, validados y motivo de acompañamiento se vinculará con el tema de abuso sexual, al aplicar técnicas responsables de cumplir con los objetivos planteados para la recuperación de la víctima, con el enfoque general que la terapia psicológica sea fundamental en el proceso que se inicia conjuntamente con la denuncia y el posterior proceso investigativo, reduciendo que se produzcan consecuencias a largo plazo, desensibilización y costos comunitarios graves debido a la posible disfuncionalidad de las víctimas.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

El presente proyecto de investigación se realizará basado en literatura científica que abarque los temas que se relacionen al propuesto, con el objetivo de fomentar y facilitar la búsqueda de la teoría se han utilizado un conjunto de palabras claves, tales como: abuso sexual, violación, abuso sexual infantil, terapia psicológica y terapia de duelo. La mayor parte de información se obtuvo a través del medio digital y físico como de diversas bases de datos relacionadas al ámbito social.

Formato de la revisión de la literatura

Para la siguiente revisión se ha procurado que la información obtenida se relacione al posible nexo existente entre las secuelas de haber sido víctima de abuso sexual en la infancia con los elementos principales que mejoran a través de la aplicación de las técnicas de terapia de duelo. Para la continuación y entendimiento del análisis se lo realizara mediante temas enfocados en conceptualizar y describir los términos apropiados y de relevancia para este proyecto.

Abuso Sexual

Existen diferentes tipos de maltrato en la infancia, los cuales pueden ser de carácter físico y psicológico, uno de los que presenta mayor intensidad por la gravedad de sus consecuencias y el perjuicio integral que causa, es el de índole sexual denominado abuso sexual infantil, dicho termino será utilizado como la central de esta investigación.

El abuso sexual infantil es una problemática psicosocial reconocida y que ha generado mayor impacto comunitario por la cantidad de aspectos que abarca. Al ser un tipo de violencia “el abuso sexual pertenece a la clasificación de maltrato infantil

considerado como uno de los más graves y difíciles de asimilar, tanto como para la víctima y sus familiares” (Petrzelová, 2013). Por lo tanto, posee varias conceptualizaciones debido a la dificultad de delimitar sus características y consecuencias, pero en términos generales “se considera abuso sexual el involucrar al niño/a en actividades sexuales en las cuales no está en condiciones de dar su consentimiento informado o para las cuales esta evolutivamente inmaduro” (Giordano, 2013).

Basándose en estos conceptos se considera a la infancia como una etapa que necesita de protección, desarrollo integral y se encuentra en constante adquisición de facultades, en contraste a la capacidad de autonomía de un adulto el niño se encuentra en estado de vulnerabilidad, por lo tanto, este actúa como un factor determinante al momento de reconocer el abuso sexual infantil como un delito, además de que “la diferencia en edad entre la víctima y el agresor impide la verdadera libertad de decisión y hace imposible una actividad sexual común, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas muy diferentes”. (Céspedes & Lago, 2006). Por lo que se rescata, que, a pesar de la diversidad de actos relacionados a la violencia sexual, en el caso de un menor se enfatiza que es cualquier tipo de cohesión, sometimiento o abuso de índole sexual a un infante por parte de una persona con diferencia de edad significativa.

Características de la víctima y el agresor

La infancia puede poseer diferentes elementos por lo que se la tiende a caracterizar como vulnerable y necesaria de proteger dada su fragilidad, por lo tanto, se toman medidas precautelares para evitar o disminuir el riesgo que puede sufrir el niño o la niña, entre las más comunes se encuentra el involucrar a individuos que ocupan un rol en el que se advierte y se promueve que es una figura de autoridad, experiencia y

sabiduría, es decir, un adulto, quien puede ser un familiar, amigo, miembro de la comunidad, etc. cuando el mismo omite el papel de protector y en casos dados, transgrede la integridad física sexual del niño o niña, se comete el delito de abuso sexual infantil, causando que el elemento de protección se convierta en el principal factor de riesgo, tomando en cuenta que existe un delgado límite entre los mismos, se señala que “el mayor número de abusos sexuales es cometido por personas de la familia de la víctima, en especial padres, padrastros y parejas de la madre. Estas personas suelen tener mayor y mejor acceso al niño, mayores oportunidades de iniciar y continuar el abuso” (Baita & Moreno, 2015). Por lo tanto, la confianza es la primera arma que utilizan cuando se encuentran dispuestos a actuar ante la posible atracción que les genera un infante, se señalan dos requisitos necesarios: que el abusador se excite sexualmente ante la presencia o imagen de los niños y que desee o se sienta motivado a actuar impulsado por esa excitación (Figuro & Ortiz, 2005), lo que es congruente con características que comparten los abusadores, sin intención de homogeneizar se concuerda en que “muchos violadores muestran graves déficits en la empatía y habilidades sociales. Tienden a exhibir un marcado egocentrismo y severas dificultades para imaginar y entender de manera realista lo que otros y particularmente sus víctimas, pueden pensar, querer y sentir”. (Martínez-Catena & Redondo, 2016).

Los déficits emocionales descritos son disfuncionales, puesto que, potencian la intención de actuar y causar daño físico, psicológico y social a la víctima, por lo tanto, el perpetrador se convierte elemento de juzgamiento, quien indiferentemente de la causa o razones del perpetrador será denominado como un presunto abusador sexual, en casos de iniciarse la denuncia formal ante los entes reguladores del estado.

Existe un número elevado de niños y niñas que no reportan el haber sufrido algún tipo de abuso sexual, “entre las niñas adolescentes de 15 a 19 años de edad que

alguna vez han sido víctimas de violencia física y/o sexual, casi 7 de cada 10 indicaron que nunca pidieron ayuda para poner fin a la situación de abuso” (UNICEF, 2014). Lo que consta que existen muchos casos que quedan en el silencio de la víctima, fundamentando que “muchos de los casos de abuso sexual infantil no llegan al sistema judicial porque las víctimas están avergonzadas, temen no ser creídas, les preocupa ser estigmatizadas o les asusta hacer frente a un proceso largo y victimizante en sí mismo”. (Subijana & Echeburúa, 2018). Por lo tanto, es complicado tomar la iniciativa de denunciar, puesto que, es un enfrentamiento fuerte personal, familiar, social hasta llevarlo al ámbito judicial. La predisposición es difícil, debido a que se predice que la revelación causará modificaciones en el sistema a corto y largo plazo, por eso inicia en el aspecto personal con la forzada situación y el estadio entre dar aviso y no hacerlo, es normal que se inicie con la familia y la reacción de la misma puede ser positiva o negativa para la víctima ya que puede proveer de apoyo, respaldo, aceptación o de críticas, juzgamiento, acusaciones, respectivamente.

El acompañamiento de la familia o de la red de apoyo primaria para el niño es fundamental y determinante al momento de decidir si se toman medidas legales, por que como ya se ha mencionado, el acceso al servicio constituye responsabilidad financiera, realización y seguimiento de trámites. El cual evidentemente constituye un proceso que abarca inversión económica, de tiempo y necesita de herramientas de afrontación psicológica para sobrellevar las distintas fases del mismo.

Proceso legal ante el delito de abuso sexual infantil

El ámbito legal ha sido considerado como parte de este proyecto de investigación debido al protagonismo compartido, entendiéndose que “constituye un

fenómeno complejo, resultante de una combinación de factores individuales, familiares y sociales. La gravedad de esta conducta ha sido elevada transculturalmente a la categoría de delito” (Martinez, Baena, Crissien, Pérez y Prego de Oliver, 2017). Debido a ello se lo considera un acto punible por los entes reguladores del estado que se han establecido con el objetivo de precautelar la seguridad de los habitantes, a través de secciones en las que se distingue según el grado de vulnerabilidad social de las posibles víctimas, por lo tanto, cuando se ha ejercido un acto de abuso sexual en contra de un menor hay distinciones en contraste a ser un ciudadano que haya cumplido con la edad establecida para ser considerado mayor de edad.

A continuación, se realiza una reseña del proceso legal en caso de abuso sexual infantil para contextualizar la importancia de la propuesta de un tipo de terapia psicológica que se desarrolle como acompañamiento del tratamiento de los síntomas emocionales que puede presentar la víctima y son descuidados por primar el seguimiento judicial.

En Ecuador, el proceso penal se inicia con la denuncia formal del delito con el respectivo acompañamiento de un representante legal, quien debe haber cumplido la mayoría de edad, considerando la edad limitante de la víctima, la misma debe rendir su versión y las palabras utilizadas serán consideradas literalmente como se exprese en el que debe brindar el mayor número de detalles posibles, por lo que cuando los medios lo permiten se opta por el asesoramiento de un profesional en delitos penales. Como parte de la investigación se realizan pruebas médicas que se realizan de acuerdo a la agresión suscitada y psicológicas a través de una entrevista por un profesional representante. Finalizada la fase de denuncia, se prosigue con la captura del presunto delincuente para el proceso investigativo, dadas las audiencias previas denominadas de procesamiento, en las que se cumple el objetivo de presentar las pruebas de ambas partes,

posteriormente, en la audiencia de juzgamiento, el juez encargado será quien decide si el procesado debe ser declarado inocente o culpable, conforme a esto se procede a devolverlo a la libertad o al anuncio y cumplimiento inmediato de la sentencia.

El enfoque principal es que el niño o niña al convertirse en un elemento de prueba, se necesita que reviva constantemente la agresión que le produjeron para externalizar y constatar la versión que emita, es decir, se promueve que repita y repase ante diferentes personas que no pertenecen a su círculo social cercano un evento traumático sin un debido acompañamiento psicológico de las secuelas, tanto de la agresión, como del impacto de ser parte activa de la demanda. Además, dada la falencia del sistema legal en el desenvolvimiento de la demanda, la investigación y durante el desarrollo del juzgamiento se promueve que se magnifiquen los síntomas producidos por el abuso sexual, concluyéndose que “la causa de la niñez está muy mal defendida en el mundo, esta es una realidad evidenciada en los atropellos, explotación, maltratos y abusos que padecen millones de niños y niñas” (Jofré, 2016). Enfatizando en la necesidad de adherencia a un tipo de terapia que conecte con las emocionales mal adaptativas y refuerce las positivas con el objetivo de cumplir con la aceptación del suceso y minimizar el daño a corto y largo plazo.

Consecuencias del abuso sexual infantil

En la mayoría de los casos de abuso sexual infantil suelen presentarse consecuencias que debilitan la posibilidad de un ciclo evolutivo óptimo debido a la

gravedad de la agresión y el amplio involucramiento en aspectos ajenos a su ambiente usual.

Las consecuencias psicológicas que se vinculan a la experiencia de abuso sexual infantil pueden perdurar a lo largo del desarrollo de una persona y prevalecer en la edad adulta debido a que existen diferenciaciones que caracterizan la reactividad de acuerdo al género y tiempo de aparición de las mismas, las cuales pueden distinguirse en consecuencias a corto y largo plazo (López, 2009).

Las manifestaciones a corto plazo son aquellas que se presentan en los días, semanas y meses posteriores al evento traumático, los cuales puede determinar el grado de afección que se ha causado en el infante y la forma de manejar dichos síntomas pueden estipular la intensidad de los mismos. Se considera que un 80 % de los niños y niñas que han sufrido abuso sexual presentan consecuencias psicológicas negativas en este período (Sarmiento, 2013), lo que permite concluir que sobrepasan la frecuencia de las consecuencias a largo plazo, las cuales se revelan a partir de dos años después de haber experimentado la agresión, presentándose aproximadamente en un 20% de las víctimas de abuso sexual infantil (López, 1994) .

En torno a los síntomas que se perciben con prontitud, se describe que “durante la infancia los principales efectos parecen ser los problemas somáticos, retrasos en el desarrollo, problemas internalizantes y especialmente, trastorno de estrés post-traumático y conducta sexualizada” (Cantón & Cortes, 2015). Lo que posee congruencia, dada la relevancia del suceso y el alto porcentaje de posible aparición, tomando en cuenta que dichas expresiones se manifiestan en diferentes grados de intensidad y conjuntamente con las herramientas de afrontamiento que posea el niño pueden convertirse en predictores del nivel de disfuncionalidad que le puede ocasionar en su desenvolvimiento próximo. Además de las descritas también existen

consecuencias a largo plazo que se manifiestan años posteriores al evento traumático y, a pesar de que los efectos a largo plazo se presentan con menos frecuencia en comparación con las consecuencias desarrolladas inicialmente, es importante considerar que el abuso sexual infantil constituye un significativo factor de riesgo que posibilita el desarrollo de una gama amplia de los trastornos psicopatológicos conocidos en la adultez (Flitter, Elhai y Gold, 2003). Los mismos intensifican la vulnerabilidad de las víctimas adultas de abuso sexual infantil para obtener una mayor probabilidad de padecer principalmente trastornos emocionales como depresión, ansiedad, baja autoestima o problemas en las relaciones sexuales (Cantón & Cortes, 2015) las cuales, causaran conflicto en la socialización del individuo y en la construcción de los conceptos de su identidad.

Lo que sostiene la relevancia de la propuesta de un tipo de aplicación que abarque el tratamiento de síntomas relacionados a los descritos dentro de las consecuencias procurando el bienestar del paciente mediante las consideraciones apropiadas al tipo de abuso.

Estrés post traumático

Un suceso traumático es un acontecimiento que ha superado la capacidad de manejo emocional de una persona y por ende interfiere negativamente en el desenvolvimiento cotidiano, definiéndose un acto como traumático por la reacción ante el mismo y el daño psicológico que ha alcanzado (Echeburúa, E., et al. 2016).

La intención de tratar sintomatología relacionada a la reducción de consecuencias tras un evento de abuso sexual infantil, se enfatiza en las secuelas emocionales de haber sufrido este tipo agresión, tomando en cuentas las características, la vulnerabilidad del infante y las medidas que se acostumbran a tomar a partir del

mismo. Estos elementos establecen la gravedad del suceso, la posibilidad de que se presenten otros problemas, el apoyo social que existe y los recursos psicológicos de afrontamiento disponibles (Echeburúa, E., et al. 2016) y a través de estas determinantes es posible reconocer el nivel de resistencia al estrés de la víctima.

El concepto de abuso sexual infantil lo reconoce como un tipo de violentamiento y dada la relevancia de las consecuencias, se lo considera como un evento traumático, debido al sometimiento a un acto que viola la seguridad física y psicológica de quien lo padece (Echeburua, Guerricaechevarría, 2011).

Los sujetos que han sido víctimas de situaciones aversivas, que no son parte del desarrollo usual y se presentan de forma brusca tales como, las experiencias de la guerra o que han sufrido un atentado, las agresiones sexuales, los accidentes o desastres naturales, crean una respuesta que generalmente es una reacción de estrés adaptativa para poder sobrellevar lo vivido, pudiendo llegar a desplegarse los síntomas de un Trastorno de Estrés Postraumático. (Sarmiento, P, Guitiérrez, F, Vicario, B, & Vázquez, G. (2006)

El trastorno por estrés postraumático o como es conocido por sus siglas TEPT, tiene su primera aparición con la descripción que fue publicada por primera vez en 1980, en la tercera edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders y que en términos generales sugiere que se desempeña como una respuesta a un suceso que ha causado estrés y molestia generalizada por haberse expuesto a acontecimientos que involucra emocionalidad fuerte (Marty, & Carvajal, 2005). Por lo que se relaciona directamente el hecho de sufrir una experiencia traumática y el surgimiento de consecuencias psicológicas, para lo que primero se describirán las características que debe tener un acto para considerarse evento traumático como medio para respaldar el concepto brindado, de la que además existen consideraciones, que son diferentes

factores que potencian la probabilidad de sufrir un evento traumático: demográficos, por ejemplo pertenecer al sexo femenino, haber accedido a bajos niveles de educación, poseer ingresos económicos inferiores, haber atravesado un divorcio o ser viudo, entre los trastornos se encuentran los psiquiátricos y los de personalidad, tales como los afectivos, de carácter ansioso, el abuso de sustancias, poseer un tipo de personalidad evitativa, antisocial o neuróticas y al haber estado expuesto previamente a sucesos traumáticos en la edad temprana, es decir, haber sido víctima de maltrato infantil. (Medina et al, 2005)

La combinación de los elementos descritos promueve que la sintomatología se intensifique y que el correcto desenvolvimiento de la víctima sea difuso, entendiéndose por el mismo, la capacidad de funcionalidad en los diferentes aspectos de su vida, como un constructo de reacciones adaptativas ante situaciones de estrés común.

Varios elementos caracterizan a un suceso traumático que lo permiten diferenciarse de los acontecimientos a los que se está expuesto una persona comúnmente durante el transcurso de su vida, principalmente son hechos que han amenazado la integridad física y psicológica de la víctima, de alguien cercano o que lo observó. (Bustos, Rincón & Aedo, 2009). Conjuntamente con la experiencia se debió haber reaccionado intensamente a través de emociones como temor, desesperanza u horror y que posteriormente cause disfuncionalidad en áreas en las que se desenvuelve la persona. Este deterioro se manifiesta a través de síntomas que deben presentarse por durante más de un mes y los mismos han sido agrupados en reexperimentación, evitación e hiperactivación. (Bustos, Rincón & Aedo, 2009). También existen otras expresiones en las que incluyen problemas en el desarrollo social, somatización y complicaciones psicosociales que podrían persistir durante mucho tiempo y perturban la

calidad de vida de las víctimas, sin que alcance el diagnóstico de un síndrome de estrés posttraumático como tal (Medina et al, 2005).

La violencia sexual ha sido expuesta como un factor de riesgo para la estabilidad de la salud mental debido a que se reportan una gran variable de síntomas que se manifiestan a partir de esta perpetración, siendo reportado con mayor frecuencia los pertenecientes al trastorno de estrés post traumático (Guerra, Plaza & Farkas, 2017). Por lo tanto, el abuso sexual se considera un evento que genera trauma, que potencializa la presentación de los síntomas descritos, los cuales se intensifican por ocurrir en una etapa de vulnerabilidad como es la infancia.

Terapia de Duelo

Esta propuesta se encuentra basada en la sintomatología en común y más frecuente que desencadena un caso de abuso sexual infantil, para lo que se describió el abuso sexual como un evento traumático, considerando las respuestas que reportan los dolientes después de una muerte se asemejan con las reacciones que corresponden a estrés post traumático, tales como: sueños recurrentes, pensamientos intrusivos relacionado al recuerdo, sufrimiento psicológico ante la exposición personas u objetos que recuerden el suceso. (Payás, 2010). Al definir la experiencia de afrontamiento de una muerte como un evento de estrés post traumático, la propuesta de intervención se enfoca sobre estos síntomas ya que se reconoce al abuso sexual como un evento de la misma índole al poseer similitud de sintomatología. Se procurará redireccionar el tratamiento del sufrimiento de una muerte al de haber sido víctima de violencia sexual durante la infancia, tomando en cuenta, que aunque existan variaciones de la misma, la similitud de las consecuencias se expresa en que “ los niños que viven situaciones de abuso sexual de ellos experimentan entre 46 y 66% síntomas severos, de los cuales del

40 a 80% corresponden a síntomas de Trastorno de Estrés Post traumático”

(Sacoto,2005) por lo tanto, el enfoque de las técnicas de terapia de duelo descritas a continuación estarán direccionadas hacia el tratamiento de esta sintomatología.

Para definir la aplicación de la terapia de duelo, primero se inicia por conceptualizar el término a tratar, considerando que el duelo puede ser descrito como la reacción normal que se origina ante enfrentarse a un hecho relacionado a la muerte de un ser importante y que por lo mismo se comprometen pensamientos, emociones y comportamientos que son consecuentes y congruentes con la pérdida o en algunos casos desde su anticipación. Conforme a lo mencionado, el duelo es un proceso que necesita ser experimentado porque permite a la persona adquirir la capacidad de adaptarse ante la pérdida y a afrontar una nueva realidad (Limonero, Lacaasta, García, Mate & Prigerson, 2009). Aunque el proceso de duelo en diversos casos no necesita acompañamiento terapéutico hay desencadenantes que producen el requerimiento del apoyo profesional usualmente cuando existe continua presentación de síntomas por un periodo de tiempo significativo, es decir, cuando el doliente está recurriendo a actividades que interfieren con sus funcionalidad o salud emocional y física como: intensa culpa, ideación suicida, somatización, ira extrema o abuso de sustancias (Neimeyer, 2002). Aunque es una decisión personal se recomienda acudir a los servicios de un terapeuta cuando se han presentado este tipo de reacciones que corresponden al concepto de duelo complicado, entendiéndose por el mismo como un proceso que ha presentado inconvenientes y alteraciones relevantes en la vida de las personas y se describe como diferente al “normal” en el que la persona es capaz de regular y sobrellevar los síntomas en un periodo menor a dos años (Gil, Bellver & Ballester, 2008). Dada esta complicación se crea este tipo de terapia que se encuentra dirigida a

tratar estos síntomas con el objetivo de evitar que escale a consecuencias mayores se irreversibles.

La terapia de duelo está enfocada en ofrecer un modelo de acompañamiento que profundice el dolor que está sintiendo la persona, por lo que orienta el tratamiento de los síntomas a través de la creación de un espacio de aceptación y seguridad, que motive la expresión de las emociones internas con el objetivo de adquirir significados y plantearse propósitos personales (Payás, 2010). Mediante el proceso terapéutico se aumenta la posibilidad de brindar un significado a lo sucedido y reconocer que existen aspectos reparables aun cuando la perspectiva negativa de la situación nuble esta probabilidad constituyendo una compleja labor que necesitará tiempo y esfuerzo para llegar a la aceptación. A través del descubrimiento del daño que ha causado la pérdida en la propia persona, se elaboraran diferenciaciones entre lo que está presente y lo que no, se pretende intervenir de manera adecuada tomando en cuenta los criterios de la experiencia para identificar las necesidades de la persona que cursa el duelo y proponer métodos en los momentos adecuados durante el proceso.

Debido a la complejidad del duelo y a su variada forma de experimentarlo, los principios de esta terapia no son exclusivos a un suceso de muerte, sino pueden ser aplicados a diferentes tipos de pérdidas como divorcios, amputaciones, pérdida del empleo y a las víctimas de los distintos tipos de violencia (Neimeyer, 2002) es por esta razón que las tareas del duelo estarán dirigidas a afrontar la vertiente traumática en el caso de un abuso sexual infantil.

Muchas personas que han sufrido un trauma intentan eludir u olvidar su realidad, porque consideran que es la mejor forma de manejar la situación para no tener que lidiar con la misma, en el momento de enfrentarse se presentan diferentes estadios que se acomodan tanto al duelo como al desafío de superar un evento traumático.

Las técnicas de terapia de duelo aplicadas a la resolución de un evento traumático como son los casos de abuso sexual infantil, constituirán un modelo acompañamiento terapéutico que se enfocará en el cumplimiento de etapas distribuidas de la siguiente manera:

La primera tarea se resume en aceptar la realidad, dado el impacto de un evento como la muerte o un ataque de abuso sexual, hay personas que no aceptan que lo sucedido es real, niegan su significado o que es irreversible. Estas distorsiones pueden presentar variaciones lo que debe ser reconocido para comprender el proceso del paciente. Esta parte es fundamental y se necesita entregar el tiempo que sea necesario para aceptarlo cognitiva y emocionalmente, mediante la narrativa se puede fomentar este paso con el acompañamiento adecuado (Worden, 2013).

La segunda etapa se enfoca en el trabajo de las emociones y el manejo del dolor de la pérdida, en el que se prioriza el reconocimiento de dichos sentimientos para posteriormente enfrentarlos a través de una expresión acompañada y asertiva. Estos síntomas suelen manifestarse a nivel físico o mediante conductas disfuncionales como un comportamiento evitativo. Por lo tanto, lo que se procura es que la persona llegue a sentir verdaderamente sus emociones, es decir, que contacte con ellas y sea capaz de aceptarlas y describir lo que siente con respecto a específicas situaciones. Este es un procedimiento doloroso para la víctima de abuso sexual quien comúnmente no se permite interiorizar y bloquea los sentimientos que le produjeron el acto de violencia (Worden, 2013).

En la tercera tarea se prioriza la adaptación al medio que le recuerda al trauma, este ambiente puede significar cosas diferentes, Worden lo direcciono ante el fallecido y para este caso se utilizara la relación con el agresor, por lo tanto, depende del nivel de acercamiento que tenía la víctima con el mismo y el rol que ocupaba en su vida, puesto

que se enfatiza y aumenta la relevancia de su presencia después del evento, en este aspecto es importante que la estrategia de afrontamiento se oriente hacia el desarrollo de habilidades, fomentando su propio valor y evitar la generalización de la percepción que le origina el culpable hacia otras personas que fomenten su evocación (2013).

En la última tarea del duelo se busca recolocar emocionalmente y promover la continuación de su vida con el uso de las herramientas psicológicas obtenidas. No se intenta eliminar la experiencia de la historia del paciente, entonces, significa encontrar un significado que no ocupe el espacio emocional de la víctima. No se culmina la tarea sin el reconocimiento de que la vida se paralizó en el suceso del trauma, por ello, se finaliza el proceso cuando la persona ha encontrado sentido a su vida, cuando es capaz de recordar el evento como aprendizaje sin el sufrimiento que le causaba en el comienzo de esta etapa. (Worden, 2013).

Para el desempeño de las tareas de duelo existen intervenciones que pueden posibilitar este objetivo, las cuales deben presentarse en el orden en el que el paciente responda a cada etapa, se plantean principios de la terapia de duelo que colaboran en el procedimiento los cuales son: ayudar a la víctima a afrontar la realidad, apoyar en la identificación y expresión de sentimientos, facilitar el encuentro del significado brindando el tiempo requerido a través de un continuo acompañamiento (Neymeyer, 2002)

La esperanza, el interés, la motivación y el desvanecimiento de los síntomas de estrés post traumático pueden indicar el cumplimiento de las etapas de la terapia de duelo direccionadas al traumático evento de haber sido víctima de abuso sexual en la infancia.

DISEÑO Y METODOLOGÍA

Diseño

Basados en que la propuesta de investigación se encuentra direccionada a su realización, se centrara en satisfacer la cuestionante de la pregunta de investigación planteada desde el inicio de este proyecto, la cual es: ¿Cómo y hasta qué punto las técnicas utilizadas dentro de la terapia de duelo mejoran el manejo emocional de niños de 8 a 10 años que han sido abusados sexualmente? Acorde a lo mencionado se propone utilizar un diseño de investigación experimental que abarque metodología de evaluación cuantitativa, el mismo pretende constar de una prueba preliminar de evaluación de síntomas de estrés post traumático y dos pruebas posteriores, una de ellas que mida si ha existido mejoramiento de dichos síntomas y otra que evalúe la efectividad de la terapia de duelo, conjuntamente acompañados de una entrevista.

La metodología ha sido seleccionada basada en la temática de este proyecto, puesto que, como se ha señalado con sustento teórico, atravesar un episodio de abuso sexual durante la infancia se considera un evento traumático que desencadena secuelas de esta naturaleza, que ocasiona que este sea el primer elemento de evaluación, que también funcionara como factor de selección para la conformación de la población para el estudio, mediante corroborar que existe este tipo de sintomatología en víctimas de abuso sexual. La evaluación de las técnicas de terapia de duelo son parte de esta investigación, con una justificación relacionada a las razones de la primera etapa, siendo es necesario evaluar si hubo impacto de las mismas en la población seleccionada, para determinar el cumplimiento de la meta planteada, la cual se sostiene en constituir un modelo de terapia que actué como solución a la problemática en la que se centra esta propuesta, que se basa en la necesidad de acompañamiento psicológico a los infantes víctimas de abuso sexual.

Población

La selección de la muestra en el tipo de población en el que se sugiere intervenir debe mantener rigurosamente las consideraciones éticas de confidencialidad y la previa aprobación del representante legal, debido a que el enfoque se centra en menores de edad.

Por lo tanto, para la difusión de la realización del proyecto se utilizarán los medios de comunicación interesados en la colaboración de estudios relacionados a la problemática del abuso sexual infantil, con el fin de alcanzar una muestra de mínimo 25 participantes, en la cual los protagonistas serían los niños dispuestos a participar de un proceso de terapia psicológica, los padres serán parte activa de la decisión de formar parte del estudio debido a que ellos son quienes actúan como cuidadores y representantes legales de los infantes, por lo cual su autorización es necesaria.

Los niños y las niñas que accedan a ser parte de la investigación deberán cumplir con requisitos como: encontrarse dentro del rango entre ocho y diez años de edad, haber sido víctima de un abuso sexual infantil, manifestar su aceptación personal de ser parte del proyecto, este último factor en términos legales no es necesario, pero se considera de relevancia conocer la opinión y predisposición del niño.

Instrumentos o Materiales

La medición de este proyecto de investigación se realizará en dos fases, en el que se utilizarán dos tipos de evaluaciones cuantitativas diferentes: la escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés post traumático y el inventario de duelo complicado. La primera será replicada en dos ocasiones con el objetivo de medir la sintomatología de la población previa a la terapia psicológica y posterior a la misma.

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Post Traumático

Como primer instrumento de evaluación se aplicara uno relacionado al reconocimiento de síntomas de estrés post traumático, con el objetivo de recolectar información relevante acerca del evento se iniciará con una prueba denominada Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5, esta es una escala que se encuentra estructurada en el formato de Likert con un rango de 0 a 3 que califican la frecuencia e intensidad de los síntomas, mediante 21 ítems que abarcan contenido de los criterios diagnósticos del DSM-5. Detalladamente cinco están enfocados en los síntomas de re experimentación (rango de 0 a 15 puntos), tres se relacionan a la evitación conductual o cognitiva (rango de 0 a 9 puntos), siete que evalúan el estado de ánimo negativo (rango de 0 a 21 puntos) y finalmente seis a los síntomas de reacción fisiológica (rango de 0 a 18 puntos) (Echeburúa, et al., 2016).

Para el análisis de los datos se considera que el síntoma está presente cuando se puntúa mínimo dos puntos en el ítem que corresponda. (Echeburúa et al., 1997. Esta evaluación será aplicada en su versión más reciente de la primera elaboración, en la que se incluyeron cuatro ítems que actúan como complementarios en la evaluación de la presencia de síntomas disociativos, estos son añadidos conjuntamente con seis ítems que valoran el grado de afectación y disfuncionalidad que ha generado el suceso traumático (Echeburúa, et al., 2016).

Esta escala ha sido escogida para esta propuesta debido a que la versión modificada y actualizada de la original, en el que participó el mismo autor de 1997, ya mostraba buenas propiedades psicométricas y la revisión ha sido corroborada con un

estudio en el que participaron 526 participantes que han sido víctimas de agresiones físicas o sexuales (Echeburúa, et al., 2016), el cual se relaciona directamente con la población de este proyecto.

Dicha medición será realizada en dos ocasiones conjuntamente con la entrevista, durante la primera sesión y la última, con el objetivo de reconocer si ha existido extinción o mejoramiento de los síntomas de trastorno de estrés post traumático.

Inventario de Duelo Complicado

Este cuestionario se establece para reconocer si las emociones propias del duelo se han prolongado y si se necesita de intervención psicológica. Fue elaborada por Prigerson et al. en 1995, actualmente existe la versión en español que es la que se utilizara para el presente estudio. El inventario consta de una escala que posee 19 ítems en formato Likert que analiza la persistencia de cada síntoma, en cuanto a la manera de responder cuenta con opciones que inician en 0 que representa “nunca” hasta 4 que será “siempre” (Navia, C & Gamba-Collazos, H, 2016). Esta adaptación al español en cuestión a confiabilidad presenta un alfa de cronbach =.88 y una correlación de $r=.81$ en la prueba del test-retest (Limonero, et al., 2009).

Dicho inventario es seleccionado para esta investigación debido a que se cuenta con adaptación al castellano, no es extenso para perder el interés del niño, mide la sintomatología relacionada a la propuesta de tratamiento que se va a aplicar.

Así mismo, se adaptarán los términos relacionados a la muerte por la relación con el agresor y al evento traumático.

Procedimiento de Recolección y Análisis de Datos

Como fase final para la selección de los participantes y en la previa iniciación del proyecto de investigación se les entregará un documento de compromiso en el que se describirá el detalle del proceso en el cual se van a involucrar los participantes, mediante el cual se explicará el rol del terapeuta, de los investigadores, los objetivos del proyecto, las pruebas que serán aplicadas y la descripción de la importancia del estudio. Mediante el mismo se pretende motivar y constituir la muestra final con participantes que se sientan capaces de participar en el estudio, dichas consideraciones son tomadas en cuenta debido a la delicadeza del problema a tratar.

Se pretende extender el proceso psicológico durante catorce semanas, que corresponderá al mismo número de sesiones, considerando que dos de las mismas mantendrán una estructura diferente que corresponderán a la primera, en la cual se iniciara con la bienvenida y la aplicación de dos evaluaciones, mientras tanto que la última destinara a dos evaluaciones y al cierre del proceso terapéutico, siendo de importancia fundamental en los casos relacionados al trauma.

Las doce sesiones constituirán en la aplicación de las técnicas de terapia de duelo descritas en el marco teórico direccionadas al tratamiento de la sintomatología de estrés post traumático, basado en ese enfoque se constituyó el orden de la aplicación de las evaluaciones en el que se utilizaran dos entrevistas y tres evaluaciones de selección, repartidas entre la primera y última sesión con el objetivo de evaluar si se alcanzaron los objetivos planteados.

La intervención será realizada por profesionales clínicos quienes, en la etapa preliminar, mantendrán como objetivo el preparar al paciente para las posteriores sesiones mediante brindarle información de las mismas, resolver dudas del niño y de los

padres, empatizar, establecer los objetivos, dar a conocer el detalle del proyecto y recoger información acerca de los eventos traumáticos que el paciente se sienta cómodo en expresar.

Consideraciones Éticas

El cumplimiento ético es de importancia fundamental en este proyecto de investigación por la población a la que se encuentra dirigido, tomando en cuenta que se trata de menores de edad se debe entregar el consentimiento informado a los padres de familia o representantes legales para que con su firma constaten la aprobación de participación del infante.

Así mismo, considerando la edad del niño y su capacidad de entendimiento se le entregara toda la información pertinente y necesaria para asegurar su comodidad durante el proceso.

Resultados Esperados

El presente trabajo mantiene como objetivo recolectar datos acerca del beneficio de aplicar técnicas de terapia de duelo en niños que han sido abusados sexualmente, por ende, se presentará los resultados que se esperan obtener tras la aplicación de los métodos de evaluación propuestos.

El primer instrumento que será aplicado es la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Post Traumático en el que se solicita información personal del eventual paciente, en este punto uno de los factores de mayor relevancia es la edad, dada la delimitación del planteada en el objetivo del proyecto de investigación, por lo que se aspira que la misma se señale en el rango entre ocho y diez años de edad, para que pueda ser tomada en cuenta.

En la misma escala, existe un apartado que trata acerca del suceso traumático, en el mismo se permite seleccionar que tipo de exposición sufrió el infante, para lo cual se requiere que aquellos que participen seleccionen que fueron directamente expuestos, porque se entendería que pertenecen a la población que se desea aplicar las técnicas de terapia de duelo. Dado el caso contrario en el elemento de la edad y del grado de exposición, los resultados posteriores no podrán ser tomados en cuenta para la presentación de conclusiones finales.

Los enunciados posteriores están direccionados a recaudar información del evento traumático, tales como la frecuencia, temporalidad, situación actual, dichos puntuaciones serán útiles en cualquiera de sus opciones, puesto que, se verifica la existencia de un caso de abuso sexual, en las que será posible evaluar factores de riesgo y una posible correlación con la intensificación de los síntomas, que serán evaluados posterior a este punto en la prueba.

El área de evaluación sintomatológica es probablemente la de mayor interés, en cuanto a la expectativa de resultados, debido a que se está midiendo la efectividad de técnicas de terapia psicológica para la disminución o extinción de síntomas relacionados a la experiencia de un evento traumático y es exactamente en lo que centra esta escala. De acuerdo a lo que se espera para el procedimiento de análisis, es que la evitación conductual o cognitiva puntúe entre los valores más altos de acuerdo a su rango que es de 0 a 9 puntos, considerándose significativo un resultado mayor a 7 (Echeburúa, et al., 2016). Así mismo, un factor de evaluación importante que se presente alto es el que mide el estado de ánimo negativo, con cifras mayores a dieciséis (>16) sobre veintiuno, se puede considerar significativo (Echeburúa, et al., 2016). Las reacciones fisiológicas son consideradas de relevancia en la evaluación tras un evento traumático, debido a que son los primeros indicadores de que ha existido un tipo de abuso sexual, para elevar este

elemento de la escala, se necesitará puntuación mayor catorce (>14) sobre dieciocho (Echeburúa, et al., 2016).

Debido a que este detalle de la expectativa de resultados se enfoca en la primera aplicación, es decir, previa a la intervención, para la posterior evaluación se esperan resultados contrarios. En los que respectivamente a los rangos expuestos en la descripción de la escala, para comprobar la confiabilidad o el cambio positivo mediante la aplicación de técnicas de terapia de duelo se espera obtener valores inferiores a la media, la cual para cognitivo conductual debe ser menor a cuatro o (<3.5), en el estado de ánimo negativo debe corresponder a un valor inferior a nueve u (<8.5) y finalmente en la evaluación de reacción sintomatológica, correlacionada altamente a ansiedad, el valor debe ser a seis. (Echeburúa, et al., 2016).

Otro método de evaluación propuesto para este proyecto, es el Inventario de Duelo Complicado, en el cual las puntuaciones indicaran si existe sintomatología que pueda beneficiarse de las técnicas de terapia de duelo. Los 19 ítems que se presentarán al niño mediante este instrumento evaluarán la existencia de diferentes criterios de duelo en lo que se basa esta propuesta para suponer que podrían ser tratados exitosamente con dichas técnicas terapéuticas. Para cumplir con este objetivo es necesario que las puntuaciones se encuentren elevadas, para lo que se considera un valor significativo en cada ítem un puntaje de 3 a 4, puesto que la media corresponde a 2, y el rechazo del síntoma se indica mediante la selección del valor 0 o 1 (García. Et al, 2002). Dado que los valores evalúan la frecuencia de la disfuncionalidad que le ha causado, en este caso el episodio de abuso sexual y considerando las técnicas de terapia de duelo propuestas para la intervención que se enfocan en los síntomas de estrés post traumático, es importante para el desarrollo de esta propuesta de investigación y se espera que los resultados se encuentren elevados en aquellos ítems dirigidos a medir la alteración en la

vida de la persona después del suceso, las variables de relevancia según esta descripción son las siguientes: ítem 1, 2, 3.12. 13, 14 y 19 (García. Et al, 2002). Los mismos se encuentran detallado y expuesto de la misma forma que será presentada al niño en la categoría de anexos (anexo D).

Finalmente, los resultados que se esperan de las dos mediciones, es una sugerente mejora de cada paciente en cuanto a la sintomatología presentada al inicio del acompañamiento psicológico, el objetivo principal es buscar una opción tangible y accesible para quienes han sido vulnerados sexualmente que satisfaga las necesidades psicológicas inmediatas del niño, tales como, apoyo, expresión y aceptación que se brindara a través del proceso terapéutico y que minimice el impacto a corto y largo plazo de haber sufrido un evento de abuso sexual durante la infancia.

, Discusión

En base a los objetivos planteados, esta propuesta de investigación se centra en el tratamiento del abuso sexual infantil. Diversos estudios han confirmado que el acompañamiento terapéutico empírico para menores víctimas de este tipo abuso reduce las principales consecuencias que se destacan tras esta agresión, por lo que señala y se sugiere un tratamiento integral, siendo de los modelos más investigados, el enfoque cognitivo conductual, la terapia psicodinámica, tratamiento afectivo, terapia de juego, entre otros, todos ellos centrados en el trauma (Sánchez- Meca, Alcázar, López, 2011). Dada la discrepancia de la efectividad de la intervención terapéutica en este tipo de población, Sánchez- Meca, Alcázar, López (2011) mediante un meta análisis seleccionaron 33 estudios, en los que se identificaron 44 grupos de tratamiento y 7 grupos de control, los resultados para este segundo grupo mostraron un mejoramiento casi nulo (0.08) y la media del grupo experimental arrojó un valor de 70.9, lo cual

pertenece a una medida estadísticamente significativa, que corrobora la necesidad y beneficio de intervención psicológica en población que ha sufrido abuso sexual durante la infancia.

En torno a la relevancia de que las víctimas de abuso sexual reciban tratamiento psicológico, Vallejo & Córdova (2012) realizaron un estudio con 40 niños adolescentes entre los 9 y 16 años de edad que habían sido abusados sexualmente para evaluar el modelo de terapia semiestructural en diversos enfoques, centrados en la reducción de síntomas consecuentes de este tipo de agresión, para lo que aplicaron escalas de estrés y depresión infantil, tales como: Children's Attributions and Perceptions Scale, el Inventario de Depresión Infantil, la Escala de Estrés Infantil, el Inventario de Rasgos de Ansiedad Rasgo- Estado para Niños, y la entrevista para evaluar síntomas de estrés postraumático, obteniendo reducción significativa en depresión, ansiedad y los síntomas de estrés infantil mostraron disminución en las subescalas de síntomas físicos, psicológicos, depresivos y psicofisiológicos. Concluyéndose que los beneficios del acompañamiento psicológico son demostrables, por lo tanto, es necesaria e importante la creación y perfeccionamiento de diversas propuestas de terapia para aumentar el impacto positivo y minimización de daños en las víctimas.

Los estudios que buscan corroborar la intervención terapéutica como necesidad, se centran en los síntomas comunes de las víctimas de abuso sexual infantil, quienes comúnmente presentan una serie de consecuencias adversas entre las que resaltan los síntomas de estrés postraumático, depresión y sintomatología ansiosa (Arredondo, 2002). El objetivo principal de las investigaciones mencionadas y lo que mantiene en común con este proyecto, es que la búsqueda de intervención terapéutica debe basarse en la minimización de estos síntomas.

Para ello, se sustenta a través de estos estudios la necesidad de centrarse en la resolución de la problemática que constituye no recibir apoyo psicológico durante la etapa posterior a un evento traumático y por lo mismo existe la construcción de diferentes modelos terapéuticos que buscan satisfacer estas metas y es en lo que se enfoca esta propuesta a través de la aplicación de técnicas de terapia de duelo.

Para la OMS, en el CIE-10, un evento se puede considerar traumático cuando una persona ha estado expuesta ante un acontecimiento que ha causado estrés o una situación catastrófica, la cual causaría un profundo malestar emocional en cualquier población en general (García 2013). Dadas estas características, la muerte inesperada de una persona importante se considera como un acontecimiento traumático, aún más cuando los dolientes no poseen los recursos psicológicos necesarios para afrontar este suceso, por lo que se escala, a lo que se denomina un duelo complicado. El término de duelo complicado se refiere a los sujetos que han presentado reacciones prolongadas que están interfiriendo con su funcionalidad cotidiana (APA, 2017).

Basados en esta mención, el perder a un ser querido desarrolla un trauma, puesto que el mismo se define como la reacción psicológica derivada de un suceso inesperado o inexplicable (Rodríguez, 2007). Como se señala en el estudio realizado en Chile, un país latinoamericano que comparte características culturales y de percepción con Ecuador, la mayoría de los casos de trastornos de estrés post traumático son producto de accidentes de tránsito o muerte violenta de un ser querido. (Figuroa, Córtes, Accatino & Sorensen 2016), por lo que se relaciona directamente el enfoque que mantiene la terapia de duelo con el tratamiento de síntomas de estrés post traumático, que es la principal motivación de esta propuesta al considerarse el abuso sexual también como un evento traumático, basados en las impactantes consecuencias presentadas en la revisión de literatura de este tema.

Los autores Figueroa, Córtes, Accatino & Sorensen (2016) considerando el total de personas que vivieron un trauma, señalan que aproximadamente el 14% desarrollará posteriormente trastorno de estrés post traumático, siendo mayor en aquellos ocasionados por la acción intencional de terceros, como es el caso de asaltos o abuso sexual. Considerándose idónea la selección de técnicas de terapia de duelo para el tratamiento de síntomas de estrés post traumático que se presentan en casos de muertes inesperadas o abuso sexual.

La eficacia del tratamiento de terapia de duelo sobre los síntomas de estrés se manifiesta en los resultados de un estudio que abarco 95 dolientes que presentaban criterios de duelo complicado, todos fueron evaluados a través del instrumento Inventario de Duelo Complicado, que también será aplicado en esta propuesta y se obtuvieron los siguientes resultados: 25% al inicio de la investigación marcaron sintomatología de trastorno de estrés post traumático, de los cuales en su totalidad presentaron un valor medio de mejora que oscilaba entre el 67 y 70% considerándose un valor significativo.

La importancia de los estudios presentados se basa en sustentar la propuesta de este proyecto, mediante señalar la percepción de la pérdida o muerte de un ser querido y la experiencia de ser víctima de abuso sexual infantil como eventos traumáticos, que necesitan de acompañamiento psicológico, con la finalidad de expandir el tratamiento a través de técnicas de terapia de duelo hacia los casos de abuso sexual durante la infancia.

Fortalezas y Limitaciones

La principal fortaleza del estudio se basa en el objetivo general en el cual se centra en brindar un modelo de apoyo psicológico al trauma de haber sido víctima de un abuso sexual durante la infancia, dándole la importancia necesaria y creando un espacio en el que el niño perciba empatía, aceptación incondicional y un ambiente óptimo para la expresión de sus emociones en el que se tratara con responsabilidad la situación que ha experimentado y los sentimientos que la misma le ha producido.

Por razones similares la cantidad de proyectos de investigación, estudios para la prevención y propuestas de intervención han aumentado creando consciencia social de la gravedad de la prevalencia de este tipo de casos, lo que fortalecería la realización de este estudio, al ya contar con una base de relevancia en el tema.

En cuanto a las limitaciones es importante mencionar que, dada la intensidad del evento traumático, puede constituir un reto conseguir participantes que libre y voluntariamente expresen su deseo de participar en una investigación, además, la edad de las víctimas pertenece a la minoría de edad, quienes en el estado ecuatoriano necesitan obligatoria aprobación de los representantes para cualquier acción que involucre características legales, por lo tanto, deben ser ellos quienes soliciten información y los responsables de tomar de la decisión de participar.

La intervención psicológica en niños debe ser manejada con absoluta responsabilidad y consciencia de las consecuencias negativas que puede causar una negligencia en los mismos.

Para iniciar el proyecto debe considerarse la inversión económica que constituye el accionar dicha investigación, puesto que, abarca contratación de profesionales de la salud mental, espacios físicos para todos los participantes, disponibilidad de horarios,

considerar que la investigación puede ser extendida, debido a cancelaciones o re-agendamientos, utilización de materiales de análisis y adquisición de material.

Recomendaciones para Futuros Estudios

Para futuros estudios se recomienda expandir la edad de la muestra o la modificación de la misma, para facilitar el reclutamiento de los participantes y obtener un mayor rango de análisis con el objetivo de mejorar la discusión y la expresión de resultados.

Así mismo podría recomendarse especificar con mayor precisión los síntomas a tratar para centrar las evaluaciones únicamente en dichas expresiones con motivo de enfocarse en necesidades puntuales de las víctimas de abuso sexual.

La principal recomendación a estudios posteriores es continuar con la responsable motivación de mejorar la calidad de vida de personas que han sufrido eventos traumáticos de carácter sexual, que al ser invasivo e intenso requiere de un proceso útil y enfocado en el bienestar de las víctimas, para minimizar el daño psicológico que puede causar la indolencia de un deficiente tratamiento.

Bibliografía

- American Psychology Association. (2017). Consejos para recuperarse después de un desastre. Recuperado el 06 de mayo del 2019 desde: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/consejos-desastres>
- Arredondo, V. (2002). Guía básica de prevención del abuso sexual infantil. Viña del Mar, Chile: Paicabi. Recuperado el 06 de mayo del 2019 desde: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/47952-229-170952-1-10-20180131.pdf>
- Baita, S., Moreno, P. (2015). *Abuso Sexual Infantil: Cuestiones Relevantes para su Tratamiento en la Justicia*. Uruguay. Extraído el 09 de noviembre del 2018 desde: https://www.unicef.org/uruguay/spanish/Abuso_sexual_infantil_digital.pdf
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E. y col. Int J Public Health (2013). *La prevalencia actual del abuso sexual infantil en todo el mundo: una revisión sistemática y un metanálisis*. 58: 469. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0426-1>
- Bustos, P., Rincón, P., & Aedo, J. (2009). Validación Preliminar de la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Child PTSD Symptom Scale, CPSS) en Niños/as y Adolescentes Víctimas de Violencia Sexual. *Psykhé* (Santiago), 18(2), 113-126. Recuperado el 17 de marzo del 2019 desde: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282009000200008>
- Cantón-Cortés, D. (2015). Child sexual abuse consequences: A review of intervening variables. *Anales De Psicología*, 31(2), 552-561. Recuperado el 27 de febrero del 2019 desde: [doi:http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771](http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771)
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(Supl. 3), 163-176. Extraído el 11 de noviembre de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012&lng=es&tlng=es
- CEP (2015). Código Orgánico de Integridad Penal: Sección IV Delitos Contra la Integridad Sexual y Reproductiva. Art. 170-171
- CEP (2015). Código de la niñez y adolescencia: Título IV De la Protección Contra el Maltrato, Abuso, Explotación Sexual, Tráfico y Perdida de Niños, Niñas y Adolescentes. art.68.
- Echeburua, E., Guerricaechevarría, C. (2011). *Tratamiento Psicológico De Las Víctimas De Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar: Un Enfoque Integrador*. España. Extraído el 14 de noviembre del 2018 desde: <http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/ASI.pdf>
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I., y Sarasua, B. (1997). Escala de Gravedad de síntomas del Trastorno de Estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526
- Echeburúa, E., Amor, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F., & Muñoz, J. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia*

psicológica, 34(2), 111-128. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000200004>

Flitter, J. M. K., Elhai, J. D., & Gold, S. N. (2003). MMPI-2F scale elevations in adult victims of child sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 16(3), 269–274. doi:10.1023/a:1023700208696

Florin, M & Broyles, M (2012). *Sexual Abuse*. Estados Unidos. Extraído el 08 de noviembre del 2018 desde:
https://books.google.com.ec/books?id=bUVgDwAAQBAJ&pg=PA2&lpg=PA2&dq=Florin+%26+Broyles+2012&source=bl&ots=_9B4m7a2Hi&sig=GgUTDbPx B5mRF6CH6NxsKHdhjjo&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwj8zoO_i9feAhXHylMKHVnsCCoQ6AEwB3oECAIQAQ#v=onepage&q=Florin%20%26%20Broyles%202012&f=false

García-García JA, Landa V, Prigerson H, Echevarria M, Grandes G, Mauriz A, Andollo I. Adaptación al español del Inventario de duelo Complicado (IDC). *Med Paliat* 2002; 9 (Supl 2): 10-1.

García, L., Loredo, A., Gómez, M. (2009). *Guía para la Atención del Abuso Sexual Infantil*. México. Extraído el 06 de noviembre del 2018 desde:
<http://www.redalyc.org/pdf/4236/423640316005.pdf>

García, J (2013). Centro de Psicología Clínica y Psicoterapia García Higuera: Los Traumas y sus Efectos Psicológicos. Centro de Psicología Clínica y Psicoterapia García Higuera en Madrid. Recuperado el 06 de mayo del 2019 desde: <http://www.Centro de Psicología Clínica y Psicoterapia García Higuera en Madrid.com>

Gil- Juliá, B., Bellver, A., Ballester, R. (2008). Duelo: Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento. Recuperado el 27 de marzo del 2018 desde:
<http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/10214/31765.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Giordano, R. (2013). Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar. Recuperado el 27 de marzo del 2019 desde: <http://www.ocw.unc.edu.ar/cea/psicologia-y-trabajo-social/actividades-y-materiales-1/abuso-sexual-infantil-intrafamiliar>

Guerra, C., Plaza, H., & Farkas, C. (2017). Perfiles de estrés postraumático en adolescentes abusados sexualmente/Profiles of PTSD in adolescents victims of sexual abuse. *Psicoperspectivas*, 16(1), 67-79. doi:<http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol17-issue1-fulltext-879>

Jofré, G. D. (2016). Niñas y niños en la justicia: Abuso sexual en la infancia. Recuperado 02 de febrero del 2019 desde: <https://ebookcentral.proquest.com>

Marty M., Carolina, & Carvajal A., César. (2005). Childhood maltreatment as a Risk Factor for Posttraumatic Stress Disorder in Adulthood. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(3), 180-187. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272005000300002>

- Limonero, J., Lacasta, M., García, J., Mate J., & Prigerson, H. 2009. Adaptación al Castellano de Duelo Complicado. Obtenido el 28 de marzo desde:
https://www.researchgate.net/profile/Joaquin_Limonero2/publication/234101905_Adaptacion_al_castellano_del_inventario_de_duelo_complicado/links/5ab50824a6fdcc46d3b28497/Adaptacion-al-castellano-del-inventario-de-duelo-complicado.pdf
- Limonero, J. T., Lacasta, M., García, J. A., Maté, J., & Prigerson, H. G. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa*, 16(5), 291-297. Recuperado el 23 de abril del 2019 desde:
https://www.researchgate.net/publication/234101905_Adaptacion_al_castellano_del_inventario_de_duelo_complicado
- Lira, E. (2010). Trauma, duelo, reparación y memoria*/Trauma, grief, reparation and Memory/Trauma, duelo, reparação e memória. *Revista De Estudios Sociales*, (36), 14-28. Obtenido el 28 de enero del 2019 desde:
<https://search.proquest.com/docview/763161404?accountid=36555>
- Lopez, Y. (2012). Consecuencias psicológicas del Abuso sexual infantil. *Asunción (Paraguay)* 9(1):58-68. Recuperado el 26 de abril del 2019 desde:
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eureka/v9n1/a07.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2006). *Revista Panamericana de Salud Pública*. Ginebra: Suiza.
- Martínez Rudas, M., Baena Valencia, S., Crissien, T. J., Pérez García, I., & Prego de Oliver, J. S. (2018). Sentencia judicial, delito sexual y pericial psicológica: enfoque transcultural. *Universitas Psychologica*, 17(2), 1-175.
<https://doi.org.ezbiblio.usfq.edu.ec/10.11144/Javeriana.upsy17-2.sjds>
- Martinez- Catena, A., Redondo, S. (2016). Psychological Treatment and Therapeutic Change in Incarcerated Rapists. University of Barcelona, Spain. Recuperado el 12 de febrero del 2019 desde:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=17afad39-b206-4fc5-ab98-3b93032f7762%40sessionmgr120>
- Meza Dávalos, E., García, S., Torres Gómez, A., Castillo, L., Sauri Suárez, S., Martínez Silva, B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13 (1), 28-31.
- Méndez de Miguel, P. (2004). Reseña de "El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia" de J. EILIAM WORDEN. *Clínica y Salud*, 15 (3), 401-403.
- Navia, C & Gamba-Collazos, H. (2016). Adaptación del Inventario de Duelo Complicado en Población Colombiana. Recuperado el 20 de abril del 2019 desde:
[file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-AdaptacionDelInventarioDeDueloComplicadoEnPoblacio-5846226%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-AdaptacionDelInventarioDeDueloComplicadoEnPoblacio-5846226%20(1).pdf)

- Neimeyer, R. (2000). Searching for the meaning of meaning: grief therapy and the process of reconstruction, *Death Studies*, 24:6, 541-558, DOI: 10.1080/07481180050121480
- Neimeyer, R. (2002). *Aprender de la Pérdida: una Guía para Afrontar el Duelo*. Ediciones Paidós Ibérica, Barcelona.
- Payás, A. (2010). *Las Tareas del Duelo*. Barceloma, España. Espasa Libros S.L.U
- Petrzelová, J. (2013). El abuso sexual de menores y el silencio que los rodea. Recuperado 02 de febrero del 2019 desde: <https://ebookcentral.proquest.com>
- Rodríguez de Armenta. (2007). *Las Secuelas Emocionales en las Víctimas*. Recuperado el 06 de mayo del 2019 desde: <http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/unidad-de-victimas-de-accidentes-de-trafico/aspectos-psicologicos/secuelas-emocionales.pdf>
- Rodríguez, Y., Aguiar, B., García, I. (2012). Consecuencias Psicológicas del Abuso Sexual Infantil. *Eureka (Asunción) en Línea*, 9(1), 58-68. Recuperado el 12 de noviembre de 2018, de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262012000100007&lng=pt&tlng=es.
- Romero, V. (2013). Tratamiento Del Duelo: Exploración y Perspectivas. *Psicooncología*, 10, 377-392. Recuperado el 28 de enero del 2019 de: <https://search.proquest.com/docview/1518787589?accountid=36555>
- Sacoto, M. (2005). *La Problemática del Abuso Sexual en Niños y Adolescentes: Panorama General y Situación en el Ecuador*. Centro de Publicaciones: PUCE. Quito-Ecuador
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I. y López-Soler, C. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 67-93.
- Sarmiento, I., (2013). El Abuso Sexual Infantil: Perfil Del Abusador, La Familia, El Niño Víctima Y Consecuencias Psíquicas Del Abuso. *Psicogente*, 16(30), 451–470. Recuperado el 20 de febrero del 2019 desde: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=116363875&lang=es&site=ehost-lives>
- Sarmiento, P. B., Guitiérrez, M. F., Vicario, A. B., & Vázquez, C.-V. G. (2006). Perspectivas actuales en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático en la población infantil: Análisis bibliométrico. *Clinica y Salud*, 17(1), 69–89. Recuperado el 16 de marzo del 2019 desde: <http://search.ebscohost.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=22463012&lang=es&site=ehost-live>
- Shattuck, A., Finkelhor, D. (2012). *Characteristics of crimes against juveniles*. Durham, NH: Crimes against Children Research Center. CV26R

Subijana, I., Echeburúa, E. (2018) Los Menores Víctimas de Abuso Sexual en el Proceso Judicial: el Control de la Victimización Secundaria y las Garantías Jurídicas de los Acusados. Recuperado el 12 de marzo del 2019 desde:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=8029d98f-7f64-4972-832f-c4dc54c13837%40sessionmgr4008>

Trianes Torres, M., & Mena, M., & Fernández Baena, F., & Escobar Espejo, M., & Maldonado Montero, E., & Muñoz Sánchez, Á. (2009). Evaluación del estrés infantil: Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IIEC). *Psicothema*, 21 (4), 598-603.

UNICEF. (2014). Ocultos a Plena Luz: Un análisis estadístico de la violencia contra los niños. Obtenido el 12 de marzo del 2019 desde:

<https://www.unicef.org/ecuador/ocultos-a-plena-luz.pdf>

Vallejo Samudio, Álvaro Roberto, & Córdoba Arévalo, Martha Isabel. (2012). Abuso sexual: tratamientos y atención. *Revista de Psicología (Lima)*, 30(1), 19-46. Recuperado em 08 de maio de 2019, de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472012000100002&lng=pt&tlng=es.

Walsh, K., Brandon, L. (2012). *Their Children's First Educators: Parents' Views About Child Sexual Abuse Prevention Education*. 21: 734-746

Worden JW. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. 4ta Edición. Barcelona: Paidós, 2013

ANEXOS

ANEXO A: RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES

Queridos padres de familia y/o representante legal

Mediante el presente, le invitamos a ser partícipes de un proyecto de investigación que mantiene como objetivo mejorar y ampliar los tipos de intervención que se ofrece a menores de edad víctimas de abuso.

Dada la creciente cantidad de casos de abuso sexual y la necesidad de acompañamiento psicológico antes, durante y después del proceso legal se ha creado esta propuesta de aplicación de técnicas de terapia de duelo con el fin de contrarrestar los síntomas propios de haber experimentado un evento traumático.

Se garantiza la responsabilidad y confidencialidad en cada caso, así mismo, el absoluto compromiso de entregar un proceso que cuide y motive el mejoramiento de los infantes.

Usted se encuentra en su derecho total de aceptar o negarse a participar, sin embargo, solicitamos no descarte la opción sin el esclarecimiento de las dudas que puedan presentársele.

Agradecemos su tiempo y atención.

Cristina Zavala

ANEXO B: Formulario de Consentimiento Informado



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos

Universidad San Francisco de Quito

El Comité de Revisión Institucional de la USFQ

The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Aplicación de Técnicas de Terapia de Duelo a Niños entre 6 y 8 años de edad víctimas de Abuso Sexual

Organización del investigador *Universidad San Francisco de Quito*

Nombre del investigador principal *Cristina Alejandra Zavala Serrano*

Datos de localización del investigador principal *Telf: cel: 0992078854*
correo: czavala@estud.usfq.edu.ec

Co-investigadores:

| DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO |
|---|
| <p>Introducción <i>(Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)</i></p> |
| <p>El presente formulario está dirigido a esclarecer sus dudas sobre el proyecto de investigación, el cual está enfocado en que una investigación sobre como la técnicas de terapia de duelo pueden ser utilizadas para la intervención psicológica en menores que han sido víctimas de abuso sexual.</p> |
| <p>Propósito del estudio <i>(incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)</i></p> |
| <p>El objetivo de este estudio se centra en proponer técnicas de terapia de duelo para crear un modelo de acompañamiento psicológico a las víctimas de abuso sexual.</p> <p>Para la realización del mismo, se solicita la participación voluntaria de niños entre la edad de ocho a diez años a ser parte de la terapia con previa autorización de los padres o representantes legales.</p> |
| <p>Descripción de los procedimientos <i>(breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)</i></p> |

El procedimiento se llevará a cabo en un periodo de 14 semanas, en el que se evaluarán diferentes síntomas de estrés previo a las sesiones y posterior a las mismas.

En primera instancia se efectuará una prueba denominada Escala de Gravedad de Síntomas de Trastorno de Estrés Post Traumático y una entrevista previa.

Doce sesiones se centrarán en la aplicación de técnicas de terapia de duelo, cada sesión tendrá una duración de 45 minutos.

En la fase final de las sesiones, se realizará la aplicación de dos pruebas, siendo una de ellas la que se tomó previamente, denominada Escala de Gravedad de Síntomas de Trastorno de Estrés Post Traumático con el objetivo de evaluar si ha existido modificación en los síntomas y la segunda llamada Inventario de Duele Complicado que se centrará en el agresor y en el evento traumático en lugar de la pérdida, así mismo, a manera de cierre del proceso terapéutico se realizará una segunda entrevista.

Riesgos y beneficios (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

El riesgo principal es el impacto emocional y psicológico al que se encontrará sujeto en las sesiones, considerando la delicadeza del evento traumático que se tratará durante las sesiones.

EL beneficio principal es ser acreedor de una terapia personalizada, enfocada en el mejoramiento de los síntomas del niño, constituyendo un modelo apropiado de acompañamiento psicológico, con la confianza y seguridad de que es manejado por profesionales de la salud mental, regidos a un código ético y con el único propósito de contribuir al bienestar social.

El ser parte de un proyecto de investigación, en el que se obtendrán resultados con fines académicos, puede motivar a la constitución de un modelo práctico estándar que beneficie a otras víctimas de abuso sexual durante la infancia, que no han podido acceder a ayuda psicológica.

Confidencialidad de los datos (*se incluyen algunos ejemplos de texto*)

Para los investigadores de psicología, es de carácter obligatorio e importante mantener la confidencialidad de los pacientes, motivando su confianza en el profesionalismo y en los objetivos del proyecto.

1) El acceso a la información personal de los pacientes, será estrictamente limitado a los dirigentes del proyecto.

- 2) Los datos que serán recolectados para la investigación se manejarán a través de un código numérico, con el fin de utilizar nombres o apellidos.
- 3) Usted será libre de acceder o no, a la utilización de los datos que se recopilen durante las sesiones.
- 4) Su nombre o el del niño, no serán mencionados en las publicaciones de resultados o durante la realización de los mismos.
- 5) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante (se incluye un ejemplo de texto)

Usted como representante legal del niño, será quien decida sobre su participación y para la utilización de los datos recolectados.

No es necesario realizar ningún pago por el servicio psicológico prestado.

Información de contacto

Si usted necesita realizar alguna pregunta sobre el proyecto, puede comunicarse al 0992078854, que pertenece a Cristina Zavala Serrano o puede comunicarse vía correo electrónico a czavala@estud.usfq.edu.ec

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante

Fecha

| | |
|---|-------|
| Firma del testigo (<i>si aplica</i>) | Fecha |
| Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado | |
| Firma del investigador | Fecha |

ANEXO C: Escala de Gravedad de Síntomas de TEPT

APÉNDICE

**ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO-REVISADA (EGS-R)
(Versión clínica)**

(Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz, 2016)

| | | | |
|---------------|------------|--------------------|-------|
| Nº: | Fecha: | Sexo: | Edad: |
| Estado civil: | Profesión: | Situación laboral: | |

I. SUCESO TRAUMÁTICO

Descripción: _____

Tipo de exposición al suceso traumático

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Exposición directa |
| <input type="checkbox"/> | Testigo directo |
| <input type="checkbox"/> | Otras situaciones |
| <input type="checkbox"/> | Testigo por referencia (la víctima es una persona significativa para el sujeto) |
| <input type="checkbox"/> | Interviniente (profesional/particular que ha ayudado en las tareas de emergencias) |

Frecuencia del suceso traumático

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Episodio único |
| <input type="checkbox"/> | Episodios continuados (por ej., maltrato, abuso sexual) |

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió?: ____ (meses) / ____ (años)

¿Ocurre actualmente? __ No __ Sí (indíquese el tiempo transcurrido desde el último episodio): ____ (meses) / ____ (años)

¿Ha recibido algún tratamiento por el suceso sufrido? __ No __ Sí (especificar):

| Tipo de tratamiento | Duración | ¿Continúa en la actualidad? |
|--|----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Psicológico | ____ (meses) / ____ (años) | __ No __ Sí |
| <input type="checkbox"/> Farmacológico | ____ (meses) / ____ (años) | __ No __ Sí |

Exposición al suceso traumático en la infancia/adolescencia: __ No __ Sí

Revictimización a otro suceso traumático: __ No __ Sí

Secuelas físicas experimentadas: __ No __ Sí (especificar):

2. NÚCLEOS SINTOMÁTICOS

Colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del síntoma.

| 0 | 1 | 2 | 3 |
|------|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| Nada | Una vez por semana o menos/Poco | De 2 a 4 veces por semana/ Bastante | 5 o más veces por semana/ Mucho |

| Reexperimentación | |
|--|------------|
| Ítems | Valoración |
| 1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria? | 0 1 2 3 |
| 2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso? | 0 1 2 3 |
| 3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo? | 0 1 2 3 |
| 4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/ imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso? | 0 1 2 3 |
| 5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso? | 0 1 2 3 |

Puntuación en reexperimentación: ____ (Rango: 0-15)

| Evitación conductual/cognitiva | |
|---|------------|
| Ítems | Valoración |
| 6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional? | 0 1 2 3 |
| 7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional? | 0 1 2 3 |
| 8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional? | 0 1 2 3 |

Puntuación en evitación: ____ (Rango: 0-9)

| Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo | |
|--|------------|
| Ítems | Valoración |
| 9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso? | 0 1 2 3 |
| 10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro? | 0 1 2 3 |
| 11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático? | 0 1 2 3 |
| 12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza? | 0 1 2 3 |
| 13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana? | 0 1 2 3 |
| 14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean? | 0 1 2 3 |
| 15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)? | 0 1 2 3 |

Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo: _____ (Rango: 0-21)

| Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica | |
|---|------------|
| Ítems | Valoración |
| 16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen? | 0 1 2 3 |
| 17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas? | 0 1 2 3 |
| 18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso? | 0 1 2 3 |
| 19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso? | 0 1 2 3 |
| 20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias? | 0 1 2 3 |
| 21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador? | 0 1 2 3 |

Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica: _____ (Rango: 0-18)

Puntuación total de la gravedad del TEPT: _____ (Rango: 0-63)

| 3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA | |
|--|------------|
| Síntomas disociativos | |
| Ítems | Valoración |
| 1. ¿Al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted? | 0 1 2 3 |
| 2. ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera? | 0 1 2 3 |
| 3. ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño? | 0 1 2 3 |
| 4. ¿Percibe al resto de las personas como si no fueran reales? | 0 1 2 3 |

Presencia de, al menos, dos síntomas disociativos: Sí No

| | |
|---|--|
| Presentación demorada del cuadro clínico (al menos, 6 meses después del suceso) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|---|--|

| 4. DISFUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA RELACIONADA CON EL SUCESO TRAUMÁTICO | |
|---|------------|
| Áreas afectadas por el suceso traumático | |
| Áreas | Valoración |
| 1. Deterioro en la relación de pareja | 0 1 2 3 |
| 2. Deterioro de la relación familiar | 0 1 2 3 |
| 3. Interferencia negativa en la vida laboral/académica | 0 1 2 3 |
| 4. Interferencia negativa en la vida social | 0 1 2 3 |
| 5. Interferencia negativa en el tiempo de ocio | 0 1 2 3 |
| 6. Disfuncionalidad global | 0 1 2 3 |

ANEXO D: INVENTARIO DE DUELO COMPLICADO

Por favor, ponga una cruz en la opción que más se adapte a su experiencia tras la muerte de su familiar.

| | Nunca | Raras veces | Algunas veces | A menudo | Siempre |
|--|-------|-------------|---------------|----------|---------|
| 1. Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Los recuerdos de la persona que murió me trastoran. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Anhelo a la persona que murió. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Me siento atraído por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. No puedo evitar sentirme enfadado con su muerte. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. No me puedo creer que haya sucedido. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Me siento aturdido por lo sucedido. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Desde que él/ella murió me siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme de la gente o me siento distante de las personas que me preocupaban. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo alguna de los síntomas que sufría la persona que murió. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Me tomo la molestia de desviarme de mi camino para evitar los recuerdos de la persona que murió. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Siento que la vida está vacía sin la persona que murió. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Escucho la voz de la persona fallecida hablándome. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Veo a la persona que murió de pie delante de mí. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Siento amargura por la muerte de esa persona. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |