



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
Psicología -SUAED



**Universidad Nacional Autónoma De México**  
**Facultad De Estudios Superiores Iztacala**  
**Sistema de Universidad Abierta y a Distancia**  
**Licenciatura En Psicología**  
**Programa de Profundización en Psicología Clínica**

**Abuso sexual infantil y sus afectaciones en la vida adulta.**  
Análisis de un Caso desde el Modelo Cognitivo-Conductual

Que para obtener el título de:

Licenciada en Psicología

P r e s e n t a

Alma Delia Fabila Rivas

Director Lic. Adriana Irene Hernández Gómez

Sinodal: Mtro. Iván Negrete Rodríguez

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado De México

Junio, 2016



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



*La visión sin la acción es un ensueño; la acción sin la visión,  
...una pesadilla.*

*PROVERBIO JAPONÉS*



## Resumen

El presente escrito desarrolla un análisis del caso de una mujer, quien a sus 32 años sufre una severa crisis emocional, mostrando importantes cambios en su comportamiento, que la llevan al internamiento psiquiátrico.

Se hace un análisis detallado el caso bajo el enfoque cognitivo conductual, se exponen los eventos contingentes que llevaron a la paciente a tratamiento, se concluyen resultados obtenidos con la observación del comportamiento de la paciente durante y después de su tratamiento .

## Abstract

The present paper develops an analysis of the a woman case, who at 32 years suffer a severe emotional crisis, showing significant changes in her behavior that lead to psychiatric hospitalization.

A detailed case under the cognitive behavioral approach analysis is done, contingent events leading up to the patient to treatment are presented, results obtained with observation of her behavior during and after treatment is concluded.

## Palabras clave:

Psicología clínica, modelo cognitivo conductual, análisis de caso clínico, abuso sexual infantil, trastorno de disociación de personalidad.

## Key words:

Clinical psychology, Cognitive behavioral model, clinical case analysis, child sexual abuse, personality disorder dissociation



## TABLA DE CONTENIDOS

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>7</b>
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>9</b>
ABUSO SEXUAL INFANTIL.....	9
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL.....	13
MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL .....	14
TÉCNICAS INSTRUMENTOS Y METODOLOGÍA.....	17
TÉCNICAS OPERANTES PARA LA ADQUISICIÓN DE NUEVAS CONDUCTAS.....	21
INSTIGACIÓN / ATENUACIÓN.....	23
TÉCNICAS OPERANTES PARA LA REDUCCIÓN O ELIMINACIÓN DE CONDUCTAS.....	24
REFORZAMIENTO DIFERENCIAL DE OTRAS CONDUCTAS (RDO) .....	25
SOBRECORRECCIÓN.....	29
PROGRAMAS DE ECONOMÍA DE FICHAS .....	29
CONTRATOS DE CONTINGENCIAS.....	30
TÉCNICAS COGNITIVAS.....	31
CASOS CLÍNICOS TRATADOS DESDE EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL.....	39
TERAPIA DE JUEGO Y COGNITIVA CONDUCTUAL DINÁMICA PARA NIÑOS CON PROBLEMAS DE CONDUCTA SEXUAL Y SUS CUIDADORES .....	39
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL INTRAFAMILIAR: UN ENFOQUE INTEGRADOR. ....	41
ABUSO SEXUAL: TRATAMIENTOS Y ATENCIÓN .....	44
<b>ANÁLISIS .....</b>	<b>47</b>
DESCRIPCIÓN DEL CASO .....	47
ANÁLISIS DEL CASO DESDE EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL .....	52
ANÁLISIS FUNCIONAL.....	58
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>60</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>63</b>



## Introducción

El siguiente trabajo desarrolla un análisis desde el modelo cognitivo conductual, del caso de una mujer que sufrió abuso sexual infantil. Para proteger su identidad se le denominará Ana. Se realizará un análisis del estado de Ana en su vida adulta, haciendo referencia a su comportamiento actual en el ámbito laboral, familiar y matrimonial. Ana no ha sido capaz de estabilizar su relación en pareja debido a los recuerdos de su infancia que aún la agobian; así como, de la de crisis mayor que sufrió. La información recabada se obtuvo mediante una serie de 4 entrevistas abiertas semi-estructuradas y el seguimiento del caso desde que fue internada en un hospital psiquiátrico.

En este trabajo no se realizará intervención terapéutica alguna, ni se desarrollará algún experimento, dado que Ana ya recibió terapia psicológica y tratamiento neuropsiquiátrico por dos años; sin embargo, se hará un análisis del caso desde el Modelo Cognitivo Conductual.

Se iniciará con una descripción del modelo cognitivo conductual y las técnicas que éste utiliza en los pacientes para lograr un cambio en su comportamiento y mejorar su calidad de vida.

Se mostrarán algunos casos de terapeutas que han tratado casos diversos desde el Modelo Cognitivo conductual, se analizará el caso de Ana bajo la perspectiva del Cognitivo Conductual y mediante un análisis funcional. Al final, se concluirá el estudio sobre este caso, mencionando, los alcances y los beneficios del modelo Cognitivo Conductual, bajo los cuales la paciente podría favorecer su situación actual, si llevase una terapia psicológica, aun después de haber sido



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**  
Psicología -SUAED



diagnosticada en el hospital psiquiátrico con incapacidad permanente para hacer una vida normal.



## Justificación

Las investigaciones realizadas para enriquecer este análisis con casos de abuso sexual infantil en los que se ha usado el Modelo Cognitivo Conductual para dar terapia al paciente, han demostrado que el modelo es uno de los más efectivos para la modificación de patrones conductuales y cognitivos irracionales. La realización de análisis de casos sobre abuso sexual infantil, se vuelve fundamental para la intervención posterior desde este modelo ya que forma parte de la fundamentación del análisis y la comprobación de la eficacia del mismo.

Aportar a la psicología clínica, desde la perspectiva del modelo cognitivo conductual en las terapias de abuso sexual, ofreciendo un referente en los consultorios psicológicos.

El Modelo Cognitivo Conductual, MCC, es ideal para cambios en la conducta del individuo ya que la psicología bajo el enfoque cognitivo refiere a los seres humanos como procesadores de información y bajo el enfoque conductual como solucionadores de problemas, busca explicar la conducta mediante el estudio en que el paciente interpreta la información que recibe, la estrategia cognitiva conductual, presta mayor atención a los pensamientos y condiciones actuales para resolver previos problemas personales; debido a lo anterior, se utilizará el modelo cognitivo conductual pues se considera ideal para realizar el análisis de este caso de abuso sexual infantil que aún muestra secuelas en la vida adulta de la víctima (Saunders, Berliner, & Hanson, 2003).





De acuerdo con Caballo, (2002) el MCC trabaja con respuestas físicas, emocionales cognitivas y conductuales desadaptadas; por lo tanto, el paciente piensa que no tiene control sobre sus respuestas ya que las ha realizado a lo largo de su vida respondiendo a algún estímulo y se han convertido en actos habituales; sin embargo, los pacientes no siempre conocen el origen del aprendizaje de sus hábitos, es entonces donde el MCC tiene un papel imprescindible en el aprendizaje, erradicación o modificación de conductas, muy adecuado para el caso a analizar.

Se realizó una búsqueda importante para encontrar otros casos referentes de abuso sexual infantil tratados desde el cognitivo conductual, de los cuales se incluirán algunos en esta lectura; sin embargo, este análisis será de buen aporte a la psicología clínica en atención a adultos, víctimas de abuso sexual infantil que carecieron de atención y ahora se desee adquirir/erradicar conductas no deseadas.



## Marco Teórico

### Abuso Sexual Infantil

El abuso de un menor es un tema lamentablemente muy conocido y poco atendido, precisamente porque los menores carecen muchas veces de credibilidad por los adultos o bien sus demandas no son escuchadas por su misma condición de menores, en otras ocasiones, los niños no tienen a quien recurrir y pasan su infancia carentes de protección a expensas de adultos irresponsables, indiferentes u opresivos.

El abuso sexual infantil es una de las formas de maltrato infantil que ha existido en la humanidad desde sus orígenes, es difícil determinar el inicio de esta patología, ya que aparece en la literatura con registros que datan siglos atrás, aparece en el cine y en múltiples vías de información, internet, reportajes periodísticos, televisión, radio, periódico, etc. Es el tipo de maltrato más escondido y el menos atendido tanto en el ámbito legal y el médico. Ocurre en todas las culturas y en todos los estratos sociales, actualmente hay más apertura a hablar del tema debido a la lucha por los derechos humanos de las personas, sin embargo; las personas involucradas y/o afectadas aun prefieren mantenerlo en secreto por temor a la crítica social (Día, 2002).

De acuerdo con Echeburúa, & Corral, (2006) el diagnóstico de abuso sexual infantil no es fácil, ya que como pasa desapercibido durante mucho tiempo, deja marcas emocionales en el menor y mientras más tiempo pasa son más difíciles



de tratar, requiere de examen físico y/o complementario, historia clínica y el relato del menor. Algunas ocasiones se consideran muy evidentes debido a las enfermedades venéreas no propias de la edad del menor en zonas públicas, anales o boca, desgarres en zona genital o embarazos.

El ámbito familiar es el más frecuente en donde sucede el abuso sexual infantil, este hecho lo hace muy complicado de abordar y de tratar clínicamente ya que en estos casos generalmente la información llega a través de terceros dado que los menores son incapaces de dar consentimiento a un acto de abuso por un adulto, ya sea por manoseo, desnudez, coito anal-vaginal, alguna actividad que produzca gratificación sexual en el abusador o exhibicionismo, por el mismo hecho son incapaces de defenderse, de pedir ayuda, de tener credibilidad, apoyo o bien de comentarlo con alguien más. Se considera abuso sexual infantil cuando la diferencia de edades entre al abusador y el menor es mayor a 5 años o cuando la persona tiene alguna discapacidad física o mental, ya que la víctima no comprende el porqué de los sucesos ya que muchas veces no son actos violentos, sino más bien una diferencia de poder, ya sea en forma directa (implica violencia) o sutil, jugando marcando la situación de dependencia de la víctima( los niños dependen de los adultos, esta dependencia es lo que los define como niños), este es el panorama de abuso sexual infantil más frecuente en los niños.

El hecho de que la mayoría de las víctimas infantiles no reporten sus experiencias a nadie, aun a sus padres, es una poderosa evidencia de que este hecho está rodeado por el conflicto. Aún niños muy pequeños perciben las experiencias sexuales como tales y las reconocen espontáneamente. Las sensaciones de los niños en el momento del abuso no son expresión de pasiones sexuales o deseos



del tipo que tienen los adultos. En general, son parte de una confusa inundación de sentimientos, generalmente minimizados por el sentimiento de culpabilidad, impotencia, ira o miedo. El placer que se pueda sentir intensifica lo negativo de la experiencia. Es complicado comprender como un adulto puede abusar de un menor más aún siendo éste su hijo. La atracción sexual de los adultos por los niños no es algo raro, según Echeburúa, & Corral, (2006) existe un estudio realizado en varones universitarios donde se muestra que el 21% arrojó resultado positivo hacia la atracción de menores; algunos de los factores que hacen que un agresor abuse sexualmente de un menor inician con una persona que sufrió lo mismo en su infancia y se encuentra replicando el suceso experimentado durante su infancia repetidas veces durante su adultez, carece de consciencia sobre el impacto de sus actos y sobre todo carece de empatía ante el menor, tiene alta probabilidad de usar sustancias tóxicas como alcohol o drogas, tiene actitud de poder sobre las personas principalmente sobre los menores.

De acuerdo con Intebi, (1998) los abusos a menores se relacionan estrechamente con los niveles económicos más bajos en la sociedad, haciendo referencia a las carencias económicas y educativas, sin embargo todas las formas de abuso infantil se detectan mayormente entre las familias de nivel económico bajo debido a que esta parte de la sociedad se encuentra más expuesta a la intervención de la comunidad. En este sentido, entonces se puede delimitar la ocurrencia y la detección de hechos, en pocas palabras, el abuso sexual infantil se produce en todos los niveles socioeconómicos, pero existe mayor dificultad de diagnosticarlo o intervenir en clases media y alta.



Hoy en día, la realidad demuestra que la detección de abuso sexual en familias con mejores recursos económicos representa un mal negocio, como la pérdida de clientes en una escuela privada, las complicaciones legales que conlleva la contratación de un abogado a personas bajo estas condiciones.

Se puede considerar un registro de abuso infantil haciendo referencia en personas adultas que dicen haber sido víctimas de abuso sexual en su infancia, corresponde cuantiosamente a mujeres de piel clara de clase económica media y alta, sin dejar de lado a los varones hijos de madres solteras.

El abuso sexual bajo el modelo cognitivo conductual parte de que en las conductas inadecuadas o en los síntomas existen atribuciones causales y pensamientos distorsionados que los generan. El TCC trata de reestructurar los patrones de ideas negativas. Habría que entrenar al niño en técnicas de autocontrol tanto del pensamiento como del propio cuerpo y control de las preocupaciones, estrategias de resolución de problemas y en habilidades sociales, buscando la reestructuración cognitiva, ya que las preocupaciones del niño pueden distorsionar la percepción de la realidad y la creencia en sus propios recursos para afrontarla. Esta técnica ira pues, enfocada a detectar y a modificar los pensamientos distorsionados en relación con la situación de maltrato y abuso.

Las técnicas cognitivas más usuales serían las técnicas de habilidades específicas de control por una parte del pensamiento en cuanto a preocupaciones, atribuciones causales negativas y pensamientos distorsionados y por otra parte de control del cuerpo, mediante la relajación muscular. Estrategias de entrenamiento en asertividad, hacen referencia a hacer respetar los derechos y



manifestar las expresiones de cada persona, una persona cuyos territorios espaciales, corporales y emocionales han sido violados necesita ayuda para establecer y restablecer los límites de dicho territorio (Portillo, 2001).

## **Signos y Síntomas de abuso sexual infantil**

De acuerdo con Cortés, Justicia, Cantón y Cantón-Cortés, (2011) las lesiones físicas no son indispensables para detectar abuso sexual infantil, las manifestaciones emocionales, los relatos de los menores y la observación de la conducta del niño son detonantes en el diagnóstico de abuso sexual infantil. Cada etapa del menor muestra diferentes comportamientos y emociones, distinguidas en 3 etapas: infantes, niños, adolescentes y adultos.

Infantes (2 a 5 años)

Niños (6 a 11 años)

Adolescentes y Adultos (12 años en adelante)

- Sentimientos de vergüenza, infelicidad, culpa, desvalorización, baja autoestima.
- Promiscuidad
- Prostitución
- Drogadicción
- Intentos de suicidio
- Excesiva inhibición sexual.
- Anorexia, bulimia.
- Depresión.



- Psicosis

## **Modelo Cognitivo-Conductual**

El modelo cognitivo-conductual, como se infiere de su nombre, proviene de los desarrollos y coincidencias del enfoque conductual, planteado oficialmente en 1913 con la publicación de James Watson que llevaba por título "La psicología desde el punto de vista de un conductista". Estos estudios, que llevaron el camino de la psicología conductista desde el condicionamiento clásico hasta el condicionamiento operante, tuvieron un punto de encuentro con los modelos cognitivos, con lo que se incluyó la actividad cognitiva como objeto de estudio, considerándola como determinante del comportamiento humano, de acuerdo con Guerra y Plaza, (2001) los temas fundamentales de la psicología cognitivo-conductual son: percepción, memoria e inteligencia.

La conducta es explicada a través de una serie de procesos psicológicos básicos y superiores y estructuras mentales internas (memoria, atención, percepción), considera al individuo un ser activo que procesa, selecciona, codifica, transforma y recupera información proveniente del exterior.

Los procedimientos y técnicas usados deben fundamentarse en la psicología experimental.

Las conductas normal y anormal se rigen por los mismos principios, ambas se aprenden y modifican de la misma manera, el reconocimiento de influencias de factores genéticos en la conducta. El objetivo de la intervención es la modificación de conductas desadaptadas. Los cambios conductuales deben ser observables y



medibles directa o indirectamente. La interdependencia entre evaluación y tratamiento. La necesidad de especificar de manera objetiva y clara los objetivos del tratamiento. Se debe evaluar de modo objetivo la eficacia del tratamiento (Guerra, y Plaza, 2009).

Enfatiza la explicación del comportamiento mediante el estudio de las estructuras internas mentales como la representación, memoria, fases de procesamiento de información (percepción, sensación, memoria), es decir, hace hincapié en los procesos o estrategias cognitivas que median entre el estímulo y la respuesta.

El modelo cognitivo-conductual, se encarga de variables cognitivas, motoras, fisiológicas y ambientales.

En el ámbito emocional, la terapia cognitivo conductual, ha sido desarrollada por Richard Lazarus (1966), quien afirmaba que el cambio en la cognición era provocado por la emoción y ésta a su vez, provocaba un cambio en la conducta.

El modelo cognitivo-conductual, hoy en día es un método de intervención psicoterapéutico, incluso en el ámbito de la psicología de la salud, es utilizado en las terapias de intervención muy eficaz en el manejo de enfermedades degenerativas como la diabetes.

El modelo cognitivo conductual es un conjunto de conceptos cognitivos en la metodología conductual, principalmente los referentes al aprendizaje, las técnicas y explicaciones conductuales se ven reflejadas en el desarrollo de psicología motivacional de Robert Woodworth, en donde le asigna un valor al organismo como un proceso interno. Se apoya en los aprendizajes, operante, clásico, social y cognitivo.





Además la planeación de la terapia se basa más en las respuestas cognitivas, afectivas, imaginativas, sensoriales, conductuales, biológicas e interpersonales, que en los factores causales relacionados con lo socioeconómico y la cultura.

El enfoque de los tratamientos psicológicos basados en la evidencia se inició en Estados Unidos en los años 90, se reformaron los servicios psicológicos y de atención a la salud, con el fin de ofrecer un servicio de terapia psicológica más eficaz y efectivo. La APA estableció criterios recomendables para promover terapias efectivas (Tobón y Núñez, 2005).

La APA ha beneficiado a la TCC ya que es un modelo empirista, experimental y pragmático, esto le permite cumplir con los siguientes criterios (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012):

- El tiempo es limitado, con un máximo de 20 sesiones.
- Se enfoca al entrenamiento de habilidades y estrategias de afrontamiento.
- Se da más prioridad a la situación actual que a la historia bibliográfica.
- Se emplean pruebas muy específicas.
- Se busca la reestructuración de los patrones de pensamiento y de comportamiento.



## Técnicas Instrumentos y Metodología

La Terapia cognitivo Conductual (TCC), es una actividad terapéutica de carácter psicológico, basada en sus inicios en la psicología del aprendizaje. Las técnicas y procedimientos utilizados en TCC se componen en gran parte con fundamento científico o experimental. Tiene especial interés en la evaluación de la eficacia de las intervenciones, aspecto procedente del enfoque empírico, marcando todo lo relacionado a la evaluación y el tratamiento. Dicha eficacia se establece experimentalmente valorando los cambios producidos en la conducta tratada, considerando cambios a corto y largo plazo, así como la generalización al ambiente habitual del paciente (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

La TCC posee un carácter auto-evaluador a lo largo de todo proceso de intervención, con continua referencia a la metodología experimental.

Las técnicas de intervención basadas en el condicionamiento instrumental y operante, forman parte fundamental del Modelo Cognitivo Conductual.

De acuerdo con Ruiz, Díaz y Villalobos, (2012) los principios del *condicionamiento operante*, describen la influencia de los diferentes estímulos y sucesos ambientales; es decir, los antecedentes y las consecuencias en la conducta. Los antecedentes son las situaciones en las que ocurre una conducta particular. Las consecuencias son el impacto de esa conducta en las relaciones sociales. La contingencia es una manera de describir las relaciones probabilísticas entre la conducta, sus antecedentes y consecuencias.



Los principios básicos que señalan las relaciones entre las conductas y los sucesos ambientales del condicionamiento operante son:

- Reforzamiento
- Castigo
- Extinción
- Control de estímulos

**Reforzamiento.** Es el procedimiento que se utiliza para incrementar y mantener conductas.

Existe una gran diferencia entre el reforzador que es el estímulo que se utiliza para producir el reforzamiento ya sea positivo o negativo.

El Reforzamiento positivo sucede cuando una conducta se incrementa ante la presentación de un estímulo agradable o gratificante como consecuencia de la realización de dicha conducta. Los reforzadores positivos pueden ser de tres tipos:

- Reforzadores primarios o incondicionados: su valor reforzante se asocia a las necesidades básicas del ser humano, como pueden ser, la comida, el vestido, etc., este valor varía en función de las necesidades del paciente.
- Reforzadores secundarios o condicionados: su valor proviene de un proceso de aprendizaje, generalmente son estímulos neutros que adquieren su valor al asociarse con estímulos primarios.



- Reforzadores condicionados generalizados: son los que están asociados con varios reforzadores.
- Reforzadores tangibles. Son objetos materiales que pueden ser reforzadores primarios y/o secundarios, por ejemplo, comida, juguetes, ropa, tecnología, etc.
- Reforzadores sociales. Son las muestras de atención, valoración, aprobación, reconocimiento, etc., que recibe el paciente por parte de la sociedad a causa de la realización de cierta conducta.

El Reforzamiento negativo es el aumento de la probabilidad de que se repita una conducta al hacer recurrente un estímulo aversivo inmediatamente después de haber realizado la conducta.

*Programas de Reforzamiento.* Son las reglas que describen como fomentar, mantener e incrementar una conducta en función de los reforzadores, existen dos tipos de reforzadores:

- Reforzamiento continuo. Requiere de un reforzador simple para realizar la conducta objetivo, muy conveniente para incrementar la respuesta de frecuencias débiles o inestables, cuando se busca implementar una nueva conducta en el paciente.
- Reforzamiento intermitente. Se utiliza este administrador de manera contingente a la realización de una conducta, pero no siempre que ésta se realice. El reforzamiento intermitente se compone de dos tipos de programas:



- Programas de razón. Establece que no siempre es conveniente reforzar cada vez que ocurra la conducta deseada, es mejor reforzar cuando el paciente ha realizado la conducta deseada en varias ocasiones.
  - Programa de razón fija: el reforzador se obtiene de forma contingente a la realización de la conducta.
  - Programa de razón variable. Requiere cierto número de respuestas por el paciente antes de aplicar el reforzador.
- Programa de intervalo. Establece reforzar únicamente cada ciertos intervalos temporales.
  - Programa de intervalo fijo. Se denomina cuando el espacio de tiempo del reforzador esta previamente establecido.
  - Programa de intervalo variable. Sucede cuando el reforzador se aplica en un intervalo medio de tiempo.

Los programas de reforzamiento intermitente pueden combinarse entre sí, por ejemplo los programas de reforzamiento diferencial de tasas altas y bajas, el reforzamiento de tasa alta se utiliza cuando se desea obtener un número alto de respuestas en un periodo corto de tiempo y el reforzamiento de tasa baja sucede cuando el objetivo se espera en un mínimo número de respuestas en un periodo de tiempo largo (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).



## Técnicas Operantes para la Adquisición de Nuevas Conductas

El aprendizaje de nuevas conductas requiere la implementación de conductas ya sean simples o complejas que no se encuentren dentro de las ya establecidas en el paciente. Para implementar dichas conductas se utilizan tres técnicas específicas (Ruiz, Díaz y Villalobos. 2012):

- Moldeamiento
- Encadenamiento
- Instigación/Atenuación o Desvanecimiento

Estas técnicas se basan en ciertas conductas que ya forman parte de la conducta final que se busca conseguir adquiera el paciente.

**Moldeamiento.** Es el reforzamiento de pequeñas acciones que se conducen a una conducta meta. Es importante mencionar que el moldeamiento solo se lleva a cabo si se refuerza la conducta final con:

- Topografía. Se refiere a la clasificación o formación espacial, morfológica de acuerdo a las necesidades y/o circunstancias del paciente; por ejemplo, aprender a usar los cubiertos para comer.
- Cantidad. Se refiere a la frecuencia y a la duración de la conducta meta.



- Latencia. Es la media de tiempo entre el estímulo y la respuesta.
- Intensidad. Se refiere a la fuerza física que necesita el paciente para realizar una conducta.

Para que la técnica de moldeamiento se considere efectiva es necesario seleccionar la conducta meta y definirla completa y objetivamente, evaluar el nivel de ejecución real de dicha conducta, seleccionar la conducta inicial que será el punto de partida, seleccionar los reforzadores a utilizar y hacer reforzamientos diferenciales. Si bien es cierto que en psicología experimental, el moldeamiento se va formando con el reforzamiento de conductas naturales. En el caso de la intervención clínica, el reforzamiento de las conductas se da por medio de instrucciones.

**Encadenamiento.** Se le llama encadenamiento a las conductas compuestas por una secuencia de respuestas con cierto orden. De acuerdo con Ruiz, Díaz y Villalobos, (2012) es la forma de conectar las conductas simples y las complejas, un ejemplo muy claro de conductas en cadena es el aprender a tocar un instrumento. Existen tres tipos de encadenamiento:

- Presentación de la cadena total. Se muestra totalmente la secuencia requerida para lograr la conducta deseada en el paciente y se le da entrenamiento en cada paso realizado.
- Encadenamiento hacia delante. Se enseñan los pasos al paciente de manera secuencial hasta llegar a la conducta meta, no se avanza hasta que se



domine el paso en cuestión; es decir, se van uniendo y sumando las acciones en cada ocasión hasta lograr la conducta deseada.

- Encadenamiento hacia atrás. El proceso es al revés, se inicia desde la conducta meta y se van añadiendo conductas predecesoras, hasta llegar a la conducta inicial.

En el proceso de encadenamiento cada acción intermedia se mantiene porque actúa como estímulo discriminativo para la conducta siguiente, reforzando y transformando la conducta.

## **Instigación / Atenuación**

La instigación es una estrategia que se utiliza para enseñar al paciente a adquirir ciertas conductas deseadas que resulten complicadas con las técnicas de aproximaciones sucesivas o encadenamiento. Los eventos que ayudan a iniciar una conducta se llaman instigadores, éstos preceden una respuesta seguida de un reforzamiento.

Desvanecimiento o atenuación, se le llama al procedimiento sistemático de ayudas o instigadores para aprender una conducta o reafirmarla una vez ya establecida. Es una técnica efectiva, que focaliza la atención de los propios pensamientos, las estrategias y los procesos basados en la cognición del paciente. La atención desatendida es atenuada pero no rechazada totalmente (Cosacov, 2005).





## Técnicas Operantes para la Reducción o Eliminación de Conductas

De acuerdo con Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012. Los procedimientos básicos para eliminar conductas no deseadas son:

- Reforzamiento Diferencial de Conductas Incompatibles RDI
  - Reforzamiento Diferencial de Conductas Alternativas RDA
  - Reforzamiento Diferencial de Conductas Funcionalmente Equivalentes
  - Reforzamiento Diferencial de Tasas Bajas de Respuesta
- Extinción
  - Estallido de extinción
  - Recuperación espontánea
- Castigo
  - Castigo positivo
  - Castigo negativo
  - Factores influyentes en la efectividad del castigo
  - Efectos colaterales del castigo
- Sobrecorrección



## Reforzamiento Diferencial de Otras Conductas (RDO)

Se refiere a reforzar conductas alternativas para eliminar o reducir conductas no deseadas. Existen diferentes tipos de reforzamiento diferencial de conductas incompatibles.

Reforzamiento Diferencial de Conductas Incompatibles. Se basa en reforzar una conducta incompatible con la conducta a eliminar, al incrementar este reforzamiento se reduce la conducta que se desea eliminar

Reforzamiento Diferencial de Conductas Alternativas. Busca eliminar la conducta problema, pero a la vez existe una gran competencia con conductas que compiten con la conducta problema, para este tipo de reforzamiento es importante elegir claramente las conductas que no son incompatibles pero compiten con la conducta problema.

Reforzamiento Diferencial de Conductas Funcionalmente Equivalentes. Busca reforzar las conductas alternativas a la conducta problema que permiten alcanzar la conducta deseada pero de forma más adecuada.

Reforzamiento Diferencial de Tasas Bajas de Respuesta. Se refiere a la alta frecuencia de la conducta a eliminar y existen pocas conductas alternativas en el paciente.

Una de las ventajas más importantes del uso de RDO es la facilidad de aplicación; sin embargo, el resultado no es muy rápido. La lentitud en la reducción o eliminación de la conducta problema se convierte en un problema en las conductas no deseadas en el paciente. En los casos en que el paciente manifieste



conductas agresivas hacia otros o autolesivas la técnica RDO no sería la más adecuada.

**Extinción.** Los principios del aprendizaje se basan en las consecuencias que tienen las conductas del individuo, entonces si dichas conductas dejan de tener consecuencias, se extinguen.

La técnica de extinción sucede cuando una conducta previamente reforzada deja de reforzarse, se realizan generalmente con conductas por reforzamiento positivo.

Es importante tener claros los reforzadores que mantienen la conducta. El programa de reforzamiento es fundamental para lograr la extinción de la conducta no deseada.

Estallido de Extinción. Cuando se inicia con la técnica de extinción y el programa de reforzamiento de una conducta se encuentra ausente, se incrementa la intensidad o frecuencia de la conducta a erradicar.

Recuperación espontánea. Reaparece la conducta con mayor intensidad por falta de reforzamiento, siempre que no exista reforzamiento la conducta no deseada volverá a manifestarse y muy probablemente a intensificarse.

La técnica de extinción se utiliza cuando se desea eliminar conductas desadaptativas mediante reforzamiento positivo, también ayuda a eliminar las mantenidas por reforzamiento negativo.

**Castigo.** Hace referencia a la reducción de la frecuencia futura de una conducta después de que se presenta un estímulo aversivo o uno positivo contingente a



la conducta. Es castigo solo si se reduce la frecuencia de la conducta no deseada.

Castigo Positivo. Es la reducción de la frecuencia de la conducta, cuando al presentarse ésta, surge un estímulo negativo o aversivo. Existen dos tipos de estímulos negativos, los primarios o incondicionados y los secundarios o condicionados.

- Estímulos Aversivos Primarios o Incondicionados. Son los que por su naturaleza representan ser aversivos de manera general, por ejemplo el dolor.
- Estímulos Aversivos Secundarios o Condicionados. Son las reacciones de un individuo a estímulos negativos, por ejemplo la vergüenza a ser insultado, la incomodidad de ser rechazado, etc. El grado de malestar que puede provocar un estímulo negativo es una reacción muy particular de los estímulos condicionados.

Castigo Negativo. Surge cuando se retiran los estímulos positivos. Existen dos tipos de castigo negativo:

- Tiempo-fuera de reforzamiento. Se realiza cuando se niega al paciente temporalmente el acceso a los reforzadores inmediatamente después de haber realizado la conducta a erradicar; por ejemplo, cuando se le manda a un joven a su habitación sin acceso a tv, radio, celular, computadora o hablar con alguien más. Un inconveniente de esta técnica es alejar al paciente del medio en el que surgen las conductas no deseadas.



- Para que el tiempo fuera de reforzamiento positivo, sea efectivo se requiere:
  - Que la persona esté consciente del motivo por el cual se le aplicó el castigo
  - La duración del tiempo fuera debe ser breve de 5 a 15 minutos. Cumplir el tiempo establecido a menos que el paciente muestre un comportamiento adecuado.
  - No debe haber reforzadores durante el tiempo fuera de reforzamiento positivo.
  - Coste de Respuestas. Es la pérdida de un reforzador positivo de la que disponía el paciente.

Los efectos colaterales del castigo son aquellos que pueden producir problemas o conductas más severas que las que se desean erradicar, algunos efectos negativos son:

- Reacciones emocionales adversas. Algunos efectos que pueden dificultar la aplicación de la técnica son el llanto, miedo, coraje, etc.
- Evitación y escape. Son reacciones negativas ante la imposición del castigo.
- Agresión. Generalmente son defensas ante castigos físicos o verbales.
- Castigo modelado. La persona que está recibiendo el castigo aprende por experiencia directa de sus efectos y por modelado como un procedimiento efectivo para la modificación de conductas.



- Perpetuación del castigo. Se puede convertir en una herramienta para modificar o erradicar conductas inadecuadas, descuidando el refuerzo de otras conductas o facilitando el aprendizaje a otras conductas más adecuadas.

## **Sobrecorrección**

Es una penalización por llevar a cabo una conducta no deseada compuesta de dos partes:

- Restitución. Corrige los efectos negativos causados por la conducta inadecuada
- Práctica Positiva. Se basa en repetir de forma exagerada las conductas adaptativas adecuadas.

## **Programas de Economía de fichas**

Es un programa de contingencias que combina distintos tipos de reforzamiento y castigo. Se entrega un reforzador generalizado (ficha), al tener una conducta deseable, el valor de la ficha es canjeable por múltiples reforzadores previamente seleccionados, se busca que las conductas deseadas tengan siempre un reforzador positivo. (Los pasos del programa son (Ruiz, Díaz y Villalobos. 2012):

1. Hacer una lista de las conductas específicas que se buscan modificar
2. Dejar saber al paciente o al individuo el número total de fichas que puede ganar por cada comportamiento.



3. Indicar claramente los reforzadores por los cuales se pueden cambiar las fichas
4. Indicar las reglas y la secuencia del programa.

La aplicación correcta del programa de economía de fichas depende de que los reforzadores se hayan seleccionado bien, que el refuerzo se maneje correctamente, el programa debe reiterarse de manera que el valor de las fichas se transfiera a la conducta deseada, autorrefuerzo o refuerzo social. De otra manera la conducta deseada sólo se llevará a cabo mientras dure el programa.

Las ventajas de los programas de economía de fichas abarcan la entrega de reforzadores inmediatos sin interrumpir la acción realizada, permite cuantificar la entrega de reforzadores, evita producir conformidad al intercambiar las fichas por reforzadores, así como las fichas indican muchas conductas deseadas, la selección de reforzadores es múltiple (Ruiz, Díaz y Villalobos. 2012).

## **Contratos de Contingencias**

Es un acuerdo generalmente escrito en el cual se especifican las conductas a erradicar o a modificar según Ruiz, Díaz y Villalobos, (2012) busca comprometer a la persona en el cambio de cierta conducta, se plantean los objetivos y las consecuencias en caso de incumplimiento. Se buscan cubrir los siguientes puntos:

- Establecer y aclarar la conducta a modificar o erradicar



- Especificar un límite de tiempo
- Obtener una consecuencia positiva o una recompensa por el cumplimiento de la o las conductas adquiridas
- Debe incluirse una bonificación adicional en caso de superar la conducta pactada
- El paciente debe tener libre acceso al contrato
- La recompensa se debe administrar inmediatamente después de cumplido el contrato.
- La conducta a exigir es lógica; es decir el paciente puede realizarla o alcanzarla.
- Formular las conductas objetivo en términos positivos.
- Ayudar y facilitar el compromiso del paciente.

## **Técnicas Cognitivas**

Con una fuerte influencia conductual las técnicas cognitivas actualmente empleadas son (Caro, 1997):

- La terapia racional emotiva conductual
- La reestructuración cognitiva,
- La inoculación del estrés.
- La solución de problemas.
- La terapia centrada en esquemas.





- La terapia de valoración cognitiva.
- La terapia de constructos personales.
- La psicoterapia cognitivo-narrativa.
- La psicoterapia constructiva

*La terapia racional emotiva* fue desarrollada por Albert Ellis, afirma que la mayoría de los problemas psicológicos de una persona provienen de pensamientos equivocados o irracionales. Combate la filosofía irracional por autoafirmaciones positivas. El proceso que produce el cambio de conducta de una persona se determina en una cadena de acontecimientos A-B-C-D-E: A es un acontecimiento externo al que la persona está expuesto, B son pensamientos que la persona crea como respuesta a A, C son las emociones y conductas resultantes de B, D está representada los intentos del terapeuta modificar lo que sucede en B, Finalmente E son las emociones y conductas nuevas creadas por D. El objetivo fundamentalmente de la terapia es estudiar las autoverbalizaciones implícitas del cliente (las de la etapa B) que pueden explicar sus reacciones al ambiente (A). La terapia intenta separar la realidad de las conclusiones irracionales derivadas de ella (Kazdin, 1983).

*La reestructuración cognitiva.* Se parece a las técnicas cognitivas de Ellis y Meichenbaum en el sentido de que se concentra en la corrección de las autoverbalizaciones y los patrones de pensamiento. Al igual que en el caso de Ellis la formación original de Beck fue psicodinámica. Partiendo de sus observaciones sobre personas con trastornos efectivos, especialmente depresivos, llegó a la conclusión de que los procesos cognitivos estaban en la base de todos esos trastornos. Una característica que presentan muchos problemas psicológicos es que parecen ilógicos e irracionales cuando es otra persona distinta del cliente la que los analiza. La terapia consiste en identificar y modificar las condiciones desadaptativas se basa en mostrar al paciente a aprender a conocer sus pensamientos automáticos, que reflejan interpretaciones erróneas de



la realidad, se le enseña al paciente a analizar objetivamente sus ideas. Con esta terapia le paciente aprende a darse cuenta de la la falta de relación entre sus pensamientos y la realidad. Posteriormente se impulsa al paciente a corregir sus ideas erráticas, las exageraciones, la generalización, la importancia del olvido y el significado de las cosas (Kazdin, 1983).

*La inoculación del estrés.* Es una técnica que ayuda a reducir y evitar los efectos perjudiciales del estrés durante un tratamiento psicológico. No se limita a reinterpretar las cogniciones, sino que también subraya el importante papel del adiestramiento en habilidades conductuales. En algunos casos los pacientes tratan de afrontar el hecho de ser víctimas entregándose a acciones conductuales particulares que ejercen algún control ambiental y minimizan la percepción de invulnerabilidad. Para tratar de reforzar la confianza en sí mismo, el paciente puede seguir cursos de autodefensa, adiestrarse para afirmar su personalidad o estimular los apoyos sociales. Aunque estos esfuerzos precautorios son útiles, existe el peligro de que tales esfuerzos activos de afrontamiento tengan como producto secundario el mantenimiento por parte del paciente, y de manera destacada, de su condición de víctima.

El terapeuta debe evaluar cuidadosamente tanto los efectos debilitantes como los potencialmente integradores de la reacción de estrés de un paciente antes de emprender una forma específica de intervención, es indispensable la opinión del paciente sobre lo apropiado del tratamiento; tiene que ser franco con él, indicándole que, para algunos pacientes, las escenas retrospectivas y los pensamientos intrusivos son un intento de comprender y asumir mejor lo que les ha ocurrido, mientras que, para otros, los pensamientos intrusivos son



experiencias desconcertantes que desean controlar. En una palabra, no se trata simplemente de tener reacciones estresantes, sino también de cómo las interpretan los pacientes: eso es lo esencial en la formulación de un plan de tratamiento (Meichenbaum, Fibla, y Toro, 1987).

*La solución de problemas.* Es una terapia que consta de cinco pasos:

1. *Reconocimiento del Problema.* Se orienta al paciente para reconocer sus situaciones problemáticas y sus reacciones ante ellas.
2. *Definición o especificación del mismo.* Se descompone el problema general en partes específicas para abordarlo más fácilmente.
3. *Planteamiento de soluciones posibles.* Se ayuda al paciente a plantear todas las alternativas de acción posibles.
4. *De entre ellas, selección de la solución óptima.* El paciente decide las mejores soluciones en base a sus inconvenientes y ventajas.
5. *Puesta en práctica de esta solución.* El paciente lleva a la práctica la alternativa elegida y comprueba si era o no la mejor solución.

La terapia basada en el entrenamiento en solución de problemas se considera como una técnica de modificación cognitiva debido a que se dirige a enseñar al cliente formas de reacción ante distintos problemas, en lugar de centrarse en las conductas manifiestas específicas. El terapeuta ayuda al cliente a elaborar una lista de soluciones posibles y a seleccionar la mejor entre ellas para poder enfrentarse al problema en cuestión (Kazdin, 1983).

**La terapia centrada en esquemas.** Se basa en los esquemas maladaptativos tempranos estables y desarrollados durante la niñez, se desarrollan a lo largo de la vida del individuo, se fortalecen por el procesamiento de experiencias posteriores. Estos esquemas son aceptados por el individuo como verdaderos e



irrefutables, muestran resistencia al cambio y son significativamente disfuncionales. Se dividen en tres, mantenimiento, evitación y compensación (Riso, 2006).

*La terapia de valoración cognitiva.* La relevancia de los estímulos depende de la valoración cognitiva que se haga de los mismos, el trabajo terapéutico no solo debe dirigirse a cambiar las reacciones a las situaciones ambientales, también las situaciones en sí mismas. Puede ser deliberada y consciente o intuitiva y automática. Otorga un significado específico a cada emoción. La emoción que experimenta el paciente, está conectada lógicamente con el contenido del pensamiento automático (Riso, 2006).

*La terapia de constructos personales.* Los constructos personales se conforman por las creencias, las imágenes, las atribuciones de sentido o significado, las expectativas, etc... La importancia que tienen las cogniciones es central en los procesos humanos en general y en el origen de los trastornos mentales en particular. Es una técnica muy recomendable por su nivel de abstracción y su propuesta de funcionamiento óptimo.

El sistema de constructos del paciente resultará funcional si:

- 1) se ajusta tras cada ciclo de experiencia.
- 2) aumenta su complejidad.
- 3) aumenta su rango de conveniencia.

La enfermedad en sí misma es un evento de que el individuo debe integrar en un ciclo de experiencia. Tras este ciclo, los constructos premórbidos nucleares se habrán adaptado a la situación de enfermedad y se habrán creado otros,



periféricos, específicamente relacionados con la enfermedad Y la discapacidad. El sistema de constructos funcional ahora tendrá mayor rango, pues servirá tanto para manejarse en condiciones de salud como en las de enfermedad.

La Terapia de constructos personales, es aplicable tanto a terapeutas como a pacientes al entender que ambos son personas y por tanto son activos y en desarrollo constante. Como personas ambos tienen objetivos similares, que son ampliar y definir su sistema de constructos, aunque estos estén formulados en términos distintos. La relación desigual que se pueda establecer entre ambos no tiene que ver con el supuesto trastorno o enfermedad, sino más bien con guiones sociales basados en argumentos de autoridad (Marredo, y Vargas, 2010).

*La psicoterapia cognitivo-narrativa.* Propone la comprensión psicológica del paciente sobre la base de la comprensión prototipo, que resumen de un modo metafórico o ejemplar el núcleo de los acontecimientos ocurridos en la vida del paciente. Generalmente los pacientes prefieren la narración episódica de sus acontecimientos, porque se encuentran presentes en su memoria de ese modo, formando parte de su experiencia emocional, ahí radica la dificultad del paciente a explicar sus acontecimientos de forma más estructural.

El terapeuta ayuda al paciente a desarrollar sus habilidades narrativas, extraer el significado de sus narraciones, reconstruir y desarrollar significados alternativos, probar que tan viables son dichos significados, proyectándolos a nuevas alternativas.



La eficacia terapéutica de las interpretaciones y reconstrucciones del terapeuta, dependen de la discrepancia y coherencia que presenten con respecto a las percepciones que el paciente tiene de sí mismo, la discrepancia en la medida que se presenten alternativas más viables de construcción y la coherencia en la medida en que estas nuevas reconstrucciones no se contrapongan con la experiencia narrativa del paciente (Villegas, 2002).

*La psicoterapia constructiva.* Se basa en la realidad construida socialmente, en la naturaleza reflexiva de la relación terapéutica en la que el paciente y el terapeuta construyen significados mediante el diálogo o la conversación. Se mantienen empáticos y respetuosos ante la comunicación del paciente, apoyando la capacidad de la conversación terapéutica para liberar aquellas voces e historias que han sido suprimidas, ignoradas o no tomadas en cuenta previamente. El paciente es tratado como experto en sus propios predicamentos y dilemas. Las terapias constructivas se fundamentan en las ideas constructivistas, construccionistas y post-estructuralistas, que proponen que no se puede "aprehender" el mundo objetivamente, sino que el conocimiento es un proceso de construcción que se da en un contexto social, cultural y relacional, lo cual nos deja ver la realidad de un modo muy subjetivo: valores, preferencias, género, etc. Esta visión implica que un terapeuta nunca puede conocer "objetivamente" a su cliente, ni ser experto en la vida de otros. El trabajo terapéutico es visto como un proceso relacional y lingüístico a través del cual se pueden generar formas diferentes de entender las cosas, y que el terapeuta y el paciente pueden generar juntos nuevos significados y posibilidades (Tarragona, 2013).



La terapia cognitivo-conductual, tiene como modelo cambiar las creencias disfuncionales y enseñar al paciente a utilizar los métodos para evaluar en el futuro otras creencias.

De acuerdo con Tarragona, (2003) la terapia cognitivo-conductual, utiliza técnicas combinadas en múltiples grados, provenientes de diversas líneas de investigación, se fundamente en la investigación psicológica contemporánea, en la evaluación cuidadosa del caso. Momento en el que se formulan las hipótesis sobre los problemas del paciente y se trazan los objetivos del tratamiento. El uso de técnicas terapéuticas enfocadas a alcanzar los objetivos y el seguimiento. Evalúa la aplicación del programa terapéutico, realiza los ajustes necesarios para mantener el cambio.

Un instrumento importante en la terapia cognitivo-conductual, es el aprendizaje social, con nuevos patrones de conducta mediante la observación, contribuye al modelo cognitivo y orienta al modelo participativo, dando un giro a la terapia de la conducta hacia el enfoque cognitivo de la conducta.

George A. Kelly, (1995) desarrolló una técnica de creencias personales, asociadas al cambio de conducta definiendo con ello un nuevo constructo en que cada hombre construye o interpreta su mundo, esta técnica tiene el fin de observar como el individuo estructura y da significado a sus creencias particulares.



## **Casos Clínicos tratados desde el Modelo Cognitivo Conductual**

### **Terapia de juego y Cognitiva Conductual dinámica para niños con problemas de conducta sexual y sus cuidadores Preparado por Dra. Bárbara Bonner.**

Estos dos enfoques de tratamiento fueron diseñados para un grupo de niños de 6 a 12 años y sus cuidadores. Los menores muestran un comportamiento sexual más allá de la sexualidad infantil normal y que causa problemas en su desarrollo. Un enfoque se basa en los principios de la terapia cognitiva conductual y el otro en la terapia de juego dinámico. Están diseñados para reducir la ocurrencia de la conducta sexual inapropiada y/o agresiva en los niños.

Los niños que han sido abusados desarrollan problemas de conducta sexual. La terapia cognitivo-conductual y la terapia de juego dinámico, se utilizan con frecuencia para los problemas de comportamiento en los niños, tienen evidencia de la efectividad, y se pueden utilizar en una amplia gama de centros de salud mental. La parte conductual es el comportamiento humano y en términos generales se basa en los principios de la teoría del aprendizaje. El aspecto cognitivo enfatiza los complejos conocimientos involucrados en el procesamiento de la información de los seres humanos, como las creencias, atribuciones, los procesos de toma de decisiones, así como su influencia en el comportamiento. El enfoque cognitivo-conductual se basa en los principios de modificación de conducta para el manejo de grupos e incorpora estrategias dirigidas a normas





cognitivas, toma de decisiones, control de impulsos, y educación. Es muy estructurado y utiliza un modelo de enseñanza-aprendizaje.

La Terapia cognitiva conductual usada en este caso se compone de los siguientes tratamientos con una duración de 12 sesiones:

- Reconocimiento del comportamiento sexual.
- El aprendizaje y la aplicación de reglas de comportamiento sexual de los niños.
- El control de impulsos a través del aprendizaje y la aplicación de la Técnica de la tortuga (una parada y pensar la estrategia antes de actuar).
- Recibir una educación sexual apropiada para su edad.
- Reformular la parte cognitiva del niño para evitar sucesiones o que el niño replique la acción.
- Evaluación semanal de adquisición de información.
- El refuerzo positivo para el comportamiento y la participación adecuada en los ejercicios de grupo.
- La participación del cuidador en el grupo con tratamiento colateral que incluye educación sobre la conducta sexual apropiada para la edad de cada niño, ayudar a los niños con la aplicación de las normas de comportamiento y Técnica de la tortuga , las técnicas de manejo de la conducta del niño y las reglas para la supervisión sexual (Saunders, Berliner, y Hanson, 2003).



## **Tratamiento psicológico de Víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: Un Enfoque integrador.**

**Por: Enrique Echeburúa y Cristina Guerricaecheverría.**

En este enfoque integrado se muestran los múltiples efectos de abuso sexual infantil (ASI), y se encuentran determinados por diferentes factores, como la frecuencia del abuso, gravedad y otros asociados con la parte evolutiva del menor. El tratamiento reduce los síntomas, compensa el significado de la experiencia de vida, previene nuevos abusos, ayuda a la familia a expresar sus sentimientos, buscar apoyo y hacer frente a los problemas. Es un tratamiento integrador en donde se contempla al menor y a la familia; así como, seguimiento a largo plazo.

Las consecuencias de la victimización a corto plazo son muy negativas, para el funcionamiento psicológico de la víctima, principalmente cuando el agresor es un miembro de la familia. Las consecuencias a largo plazo son inciertas hay una cierta correlación entre el abuso sexual sufrido en la infancia y la aparición de alteraciones emocionales o de comportamientos sexuales inadaptados en la vida adulta. No obstante, las secuelas del abuso sexual son similares a las de otro tipo de agresiones. De este modo, más que respuestas concretas a sucesos traumáticos específicos, los diferentes tipos de victimización (castigo físico, abuso sexual, abandono emocional, etc.) pueden dar lugar a síntomas y pautas de conductas similares en niños de la misma edad. Lo único que diferencia específicamente a los niños abusados sexualmente es una conducta sexual



inapropiada, por exceso (promiscuidad sexual o desarrollo sexual prematuro), o por defecto (inhibición sexual)

El objetivo inicial es garantizar la seguridad de la víctima, a efectos de que no se produzca una re-victimización. Por ello, la intervención con los cuidadores del menor debe dirigirse en un primer momento a la adopción de estrategias urgentes de afrontamiento, especialmente en lo que se refiere a los contactos con los Servicios Sociales o con el sistema policial y/o legal (denuncias, declaraciones, juicios, etcétera). El nivel de confusión al respecto (la repetición de las declaraciones o la lentitud y falta de claridad del proceso), suscitado a veces por los propios profesionales, puede afectar muy negativamente al estado psicológico de los familiares del menor (Echeburúa, y Guerricaechevarría, 2011).

El terapeuta debe realizar una evaluación exhaustiva del estado psicológico de los miembros de la familia y de las estrategias de afrontamiento utilizadas. Los ejes del tratamiento son los siguientes:

- Negación del abuso
- Sentimientos de culpa, fracaso e incapacidad.
- Resentimiento, deseo de venganza
- Ansiedad depresión y baja autoestima
- Deterioro de las relaciones familiares y de pareja.

El tratamiento directo a las víctimas menores está indicado cuando hay una presencia acentuada de síntomas que interfieren negativamente en su vida



cotidiana, cuando se encuentra en una situación de crisis (salida del hogar, proceso judicial, etcétera) y cuando sus capacidades cognitivas lo permiten. Como en cualquier otra intervención en la infancia, es imprescindible crear una buena relación terapéutica con la víctima y favorecer un clima de confianza en el que el menor perciba la consulta como un espacio acogedor de ayuda y superación. Al igual que en el caso de los familiares, en la intervención psicológica con los menores pueden diferenciarse dos ejes fundamentales: uno, educativo-preventivo y, otro, propiamente clínico o terapéutico, es necesario ayudar al menor a re-experimentar las emociones habidas, a reconocer la intensidad de las mismas y a discriminarlas adecuadamente. Se trata de enseñarle que son reacciones normales a una situación fuera de lo normal. A este respecto, el terapeuta puede recurrir a técnicas como la escucha activa, la narración dirigida y/o cualquier estrategia que facilite la expresión emocional del menor (dibujos, fichas, cuentos, juegos, etcétera), todo ello en función de su desarrollo evolutivo y de sus capacidades y recursos. La eliminación de los sentimientos de culpa y de vergüenza del menor se aborda mediante técnicas cognitivas encaminadas a reevaluar y modificar las ideas distorsionadas que los producen para ajustarlas a la realidad de los hechos.

La intervención terapéutica requiere modificar actitudes negativas e ideas distorsionadas sobre la sexualidad, así como abordar mitos y falsas creencias sobre las enfermedades de transmisión sexual o la homosexualidad. Merece



especial mención este último punto, sobre todo en el caso de niños mayores o adolescentes varones que han sido víctimas de abuso por parte de un adulto de su mismo sexo y han experimentado algún tipo de placer en esos contactos. Lo ocurrido no denota necesariamente una orientación homosexual ni supone un determinismo sobre su orientación sexual futura. Asimismo, el terapeuta debe incluir, también en los casos precisos, el entrenamiento en habilidades de comunicación con las personas del sexo opuesto (Echeburúa, y Guerricaechevarría, 2011).

## **Abuso Sexual: Tratamientos y Atención**

**Por: Álvaro Roberto Vallejo Samudio y Martha Isabel Córdoba Arévalo**

En este caso se muestran las acciones encaminadas al apoyo de sobrevivientes de abuso sexual, por parte de los sistemas de salud pública en algunos países y los tratamientos psicológicos más recomendados para reparar la salud mental de las víctimas.

En muchos países como Colombia las fuerzas armadas, el ejército o la naval son quienes cometen actos de abuso sexual en las mujeres, en la india las mujeres son abusadas no solo sexualmente, sino físicamente, se cometen abusos masivos, sin recibir auxilio médico adecuado. Víctimas incluso de la discriminación racial. La intervención terapéutica utilizada entre otras fue con el enfoque cognitivo



conductual. Las guías de práctica clínica elaboradas por la Sociedad Internacional de Estudios sobre el Estrés Post Traumático han sugerido que la terapia de exposición es un apoyo efectivo para el TEPT, si se trabaja desde un tratamiento cognitivo y con psicoterapia interpersonal se evaluó un modelo de grupo de terapia cognitivo conductual para adolescentes sobrevivientes de abuso sexual. Participaron 10 chicas entre los 9 y 13 años, y se utilizaron instrumentos como el Children's Attributions and Perceptions Scale, el Inventario de Depresión Infantil (CDI), la Escala de Estrés Infantil (EIF), el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDATE-C), entre otros. Se encontró que los síntomas de estrés postraumático se redujeron de forma significativa en las categorías vivencia del trauma, evitación y excitación aumentada. De las 7 participantes de la muestra que presentaban TEPT, cinco fueron curadas y dos continuaron con síntomas del trastorno. Los investigadores concluyeron que el grupo de terapia cognitivo-conductual logra cambios positivos a nivel cualitativo en la sintomatología, y permite modificar creencias respecto a la experiencia de abuso, ya que se enfoca en la reestructuración de la memoria traumática y la reducción de síntomas de ansiedad y depresión, mediante técnicas cognitivas conductuales.

En otro estudio con 40 niños y adolescentes entre los 9 y 16 años abusados sexualmente, de la región metropolitana de Porto Alegre, se evaluó el modelo de grupo de terapia cognitivo conductual. Se realizaron 16 sesiones semiestructuradas y se utilizó como instrumentos la entrevista semiestructurada, la Children's Attributions and Perceptions Scale, el Inventario de Depresión Infantil (CDI), la Escala de Estrés Infantil (ESI), el Inventario de Rasgos de Ansiedad Rasgo



Estado para Niños (IDATE-C), y la entrevista para evaluar síntomas de estrés post-traumático. Los síntomas de depresión y ansiedad presentaron reducción significativa, los síntomas de estrés infantil mostraron reducción en las subescalas de síntomas físicos, psicológicos, depresivos y psicofisiológicos. Respecto a las distorsiones cognitivas sobre el episodio de abuso se dieron modificaciones por medio de técnicas de reestructuración cognitiva. En conclusión la terapia grupal contribuyó con cambios positivos a nivel de la percepción de culpa, confianza y relación con pares, y hubo reducciones significativas en los síntomas del TEPT, sobre todo en revivir del trauma, evitación e hipervigilancia. Uno de los estudios más sobresalientes fue un tratamiento comúnmente utilizado por centros que atienden abuso sexual infantil que consiste en establecer una relación terapéutica de confianza, incitando a padres y niños a dirigir el contenido y la estructura de su propio tratamiento, y a la validación de sus experiencias. El tratamiento fue llamado Grupo de Terapia Centrada en el Niño y tuvo una duración de 12 semanas, mostrando ser efectivo en niños con TEPT (Pasarela et al., 2010). Otro estudio comparaba la eficacia de la Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) enfocada en el trauma y la Terapia Centrada en el Niño (CCT) en 229 participantes. De estos, 158 presentaban síntomas de TEPT, siendo 75 del grupo de TCC y 83 del grupo de CCT. Los hallazgos demostraron que en el grupo de TCC el 25.33% de los síntomas se mantuvieron, en contraste con el grupo de CCT donde se mantuvieron el 50.60% de síntomas. Es decir, la mejoría de los síntomas de TEPT en el grupo de TCC fue superior al grupo de CCT, sobre todo en evitación, hipervigilancia y re experimentación (Vallejo, y Córdoba, 2012).



# Análisis

## Descripción del Caso

Es una mujer de 32 años a quien se llamará Ana para proteger su identidad. Originaria de Veracruz, nacida en 1983, hija de un matrimonio de posición económica baja, es la quinta hija de, 6 hermanos varones y 3 hermanas mujeres. Está casada con un hombre dos años más joven que ella, ambos de religión cristiana, tuvieron una hija antes de casarse pero la niña falleció de pulmonía al año de haber nacido por falta de recursos económicos para ser atendida médicamente.

Ana quedó huérfana de madre a la edad de 9 años, recibiendo desde entonces responsabilidades del hogar, como cocinar, lavar ropa, lavar trastes, cortar cocos, hasta criar a su hermano menor, ella trabajaba en casa y cocinaba lo que le llevaban de alimento sus dos hermanos mayores. Conforme iba creciendo se convertía en una persona más independiente y productiva, ocasionalmente salía a vender verduras que sembraba en su terreno, a fin de obtener dinero para así comprar artículos de primera necesidad, Ana y sus hermanos se apoyan mutuamente ante cualquier contingencia, acto que han aprendido a hacer desde el seno familiar durante su infancia.

El padre de Ana, es un hombre alcohólico, quien no se hace responsable de sus hijos, tras la tuberculosis causante de la muerte de su madre, no estaba en casa





durante el día, ni proveía alimento o artículos de primera necesidad a sus hijos, por el contrario los maltrataba, física y verbalmente, los obligaba a trabajar más arduamente conforme iban creciendo y les retiraba el dinero que recibían por su trabajo.

Ana, junto con todas sus hermanas, fue violada por su padre en repetidas ocasiones. La hermana mayor de ésta, abortó un hijo del padre y la hermana menor es estéril a causa de un legrado que le hicieron por haber abortado un hijo del mismo, tras recibir una golpiza que él le propinó.

Ana se fue de Veracruz poco antes de cumplir 13 años, donde por poco tiempo se dedicó a realizar trabajos de limpieza en Poza Rica; después, llegó a la Ciudad De México, ahí trabajó durante 5 años en una fábrica donde se le permitía dormir en un área de la misma; siempre y cuando su jornada laboral fuera de 10 horas diarias, curiosamente en la Ciudad de México, conoció a Mario (originario del mismo pueblo), quien fuera hoy su esposo, así se le llamará para guardar su identidad. Después de unos meses de noviazgo vivieron en unión libre iniciando una vida en pareja, durante este periodo concibieron una hija, Ana regresó a su pueblo con el propósito de dar a luz su hija; sin embargo, el maltrato que le daba su padre incrementó a su regreso. Mario permaneció en la ciudad de México, a fin de seguir trabajando y enviarle dinero a Ana para el parto y la boda; pero no fue así, Ana fue agredida por su padre durante todo su embarazo, fue obligaba a trabajar por haber “deshonrado su hogar”, ella intentó regresar a la Ciudad de México, pero Mario no le proveía recursos económicos; debido a



lo anterior, Ana trabajó con el fin de juntar un poco de dinero y así pagar el servicio de la partera en el nacimiento de la niña. Después de lo sucedido, Mario regresó al pueblo con escasos recursos económicos, llevando a Ana a vivir a la casa de su madre, hasta que fallece su hija de pulmonía por falta de recursos.

Cuando María la primer hija de Ana y Mario fallece, ambos regresan a la Ciudad a trabajar, posteriormente se casan en su pueblo y conciben una segunda hija, a quien también llamaron María, (Ana menciona que a su segunda hija la llamaron María porque su esposo asegura que María ha vuelto a nacer para quedarse con ambos). Vivieron en su pueblo durante algunos años, compraron un terreno y construyeron su casa, pero la falta de recursos económicos les orilló a regresar a la ciudad en 2008 y desde entonces no han regresado a su hogar.

El padre de Ana se casó por segunda vez, concibió una hija producto de su segundo matrimonio, la segunda esposa falleció a los diez años de matrimonio por razón desconocida, él nuevamente empieza a abusar sexualmente de su hija de 10 años recién huérfana de madre y queda embarazada de su padre. Al enterarse Ana de la situación, regresa a su pueblo por su media hermana para llevarla a la ciudad y alejarla de su padre; sin embargo, la abuela materna de la niña no se lo permitió, a partir de este hecho, Ana presenta una fuerte crisis, en la que ya no sabía su nombre ni reconocía ningún hecho de su vida, confundía los hechos que habían sucedido en diferentes periodos de tiempo, tenía lapsos de consciencia, simultáneamente era una persona totalmente diferente, era agresiva física y verbalmente, no coordinaba sus movimientos, se auto-dañaba



físicamente, gritaba sílabas sin sentido, estos periodos de consciencia y despersonalización se fueron haciendo más cortos cada vez y predominaban las acciones agresivas y sin sentido en la conducta de Ana, hasta que fue internada en el Hospital Psiquiátrico.

Estuvo internada 6 semanas en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino en la Ciudad de México, en Enero de 2014, al salir del hospital, inició un tratamiento psiquiátrico durante dos años con medicamento neuronal altamente controlado. Es importante mencionar, que en ese tiempo durante sus dos periodos menstruales inmediatos, Ana presentó crisis muy severas, semejantes a la que mostró antes de ser internada pero con menor frecuencia, fue controlada con tranquilizantes vía intramuscular.

Cuando Ana salió del hospital psiquiátrico, no aceptaba ver a su esposo, ni sus visitas, lo agredía física y verbalmente. Después de ese periodo, ella se negó a vivir con él durante un tiempo, dos semanas después regresaron a su vida en pareja y en ese mismo periodo ella recordó que tenía una hija viva. Es importante mencionar que durante la crisis, únicamente recordaba a la hija ya fallecida, pero no recordó haber tenido otra hija viva llamada también María. Ana acusa a su esposo de que su primera hija muriera, porque en ese tiempo él no estuvo con ella ni le proporcionó dinero para atender a la bebé médicamente.

En el periodo en el que la Ana estuvo internada, confundía a su padre con su esposo, hablaba de hechos que vivió con su padre haciendo referencia a su



esposo y viceversa. Se separó de su esposo por dos semanas y vivió con dos de sus hermanos en la Ciudad de México, desde entonces a la fecha ellos viven juntos pero ella menciona no tener deseo sexual, ni disfrutar del acto sexual con su esposo.

Desde que se le dio de alta del hospital psiquiátrico hasta el día de hoy, viven en la Ciudad de México, inicialmente el tema que los detenía a regresar a su pueblo era el tratamiento psicológico y el medicamento psiquiátrico, pero cuando fue dada de alta de ambos decidió quedarse en la Ciudad. Durante el tratamiento Ana mejoró gradualmente y se fue convirtiendo en una persona independiente y productiva, ella manifiesta que aunque en la Ciudad no tienen casa propia y a pesar de las incomodidades y carencias que padece, se siente mejor que en su pueblo, muestra un determinante deseo de no regresar.

Actualmente, Ana y Mario viven con su hija en un departamento modesto en la Ciudad de México, la niña asiste a la escuela y ambos trabajan, ella es mesera en una fonda, él tiene el oficio de albañilería, a veces ejerce el oficio pero cuando no tiene trabajo del rubro vende hamburguesas. Ana no desea relacionarse sexualmente con su esposo; sin embargo, cuando lo hace manifiesta sentir incomodidad, dice no sentir dolor ni malestar físico, simplemente no desea vida sexual, hecho que le ha traído problemas con su esposo. Ella menciona no querer separarse de su esposo, dice amarlo, se interesa en solucionar el problema y no tener la sensación de asco durante el coito.



## **Análisis del Caso Desde el Modelo Cognitivo Conductual**

Se ha dado seguimiento al caso de Ana desde su entrada al hospital psiquiátrico. Para la obtención de la información se aplicaron varias entrevistas abiertas, así como seguimiento de su situación hasta la fecha.

Después del periodo de hospitalización Ana se vio obligada a que quedarse a vivir en la ciudad de México para darle continuidad a su tratamiento, mismo que tuvo una duración de 2 años y 3 meses; durante este periodo ella fue transferida para recibir terapia psicológica y prescripción de medicamento neuronal una vez por mes; sin embargo, por la forma en que narra su tratamiento, puede pensarse que no se realizó un trabajo terapéutico formal, por eso se propone la lectura del caso desde el Modelo Cognitivo Conductual para desarrollar un análisis de éste con resultados más favorables que le permitan a Ana y a su familia elevar su calidad de vida; así como, su entorno.

El análisis iniciará con los elementos cognitivos que resultan de interés para este caso; Ana presenta una serie de pensamientos irracionales aprendidos desde la niñez, desarrollados y modificados a lo largo de su vida de acuerdo a sus experiencias adquiridas, éstos se manifiestan en múltiples comentarios como los que ella menciona, no ser merecedora de una vida cómoda o feliz, se culpa de haber sufrido los abusos; Ana manifiesta una idea irracional al culparse de los abusos cometidos por su padre, a pesar de que ella guarda rencor hacia su padre y hacia su abuela por no haber detenido esta situación, ella misma



manifiesta sentir culpabilidad de lo ocurrido. De acuerdo con Echeburúa y Guerricaechevarría, (2011) “la auto-culpabilidad es una característica común de las personas que han sufrido abuso sexual infantil, sobre todo cuando el agresor es un miembro de la familia”.

Ana se culpabiliza del abuso y lo hace parte de su vida, el suceso al ser recurrente fue conformando una serie de ideas irracionales en la víctima, en donde ella empieza a adoptar parte de esos pensamientos irracionales como un estímulo verdadero; por lo tanto, actualmente ella no se siente merecedora de una vida pacífica, cómoda o feliz. Se cree incapaz de ejecutar aprendizajes nuevos, que le permitan actuar de manera distinta y modificar su entorno; mostrando conductas ansiosas frente a situaciones que implican nuevas actividades. En diferentes momentos de su vida Ana ha manifestado claros síntomas de ansiedad, depresión incluso presentándose intentos de suicidio, dado lo anterior ha presentado intensos periodos depresivos en los que se muestra desmotivada sin interés por hacer nada durante días enteros casi semanas, llegando al punto de no cuidar su aliño, o su alimentación; esto muestra una clara percepción negativa de sus capacidades y cualidades; es decir, una idea errática de sí misma.

Parte de las creencias que sostiene Ana, que la han perjudicado en su comportamiento respecto a su salud, es que percibe la salud como un lujo, o bien, la relaciona con la belleza. Esto se une con la idea de no merecer nada en la vida, quedándose siempre desprotegida y vulnerable. Idea al parecer concebida desde la muerte de su madre y reforzada con la muerte de su hija, ya que ambas murieron por falta de atención médica, estos sucesos tan similares



establecieron gran parte de la cognición que manifiesta Ana con respecto a la salud y a lo que ella cree tener o no derecho, generando con ello comportamientos nocivos factibles de apreciar durante la última entrevista, cuando Ana manifestó tener deseos de arreglar su dentadura; sin embargo ella piensa que es fea y no merece una dentadura sana, limpia, completa, etc. Un dato más que confirma las ideas irracionales de Ana y el vínculo que ésta tiene con sus problemas conductuales.

Es probable que la pérdida de interés de Ana en la sexualidad, se deba a los continuos abusos sexuales a lo largo de su vida. Durante las entrevistas realizadas, ella mostró en algunos pensamientos irracionales que sostiene con respecto a la sexualidad como sentir asco no solo por su pareja; en sí, por todos los hombres, deseos de divorciarse y a la vez deseos de tener otro bebé. Sucesos que se han manifestado expresamente en este caso a partir de la crisis presentada por Ana hasta hoy. Es posible un tratamiento individual además de una terapia de pareja, una terapia sexual de pareja y establecer conductas objetivo a alcanzar tanto en ella como las deseadas de su pareja, orientar al paciente a recuperar u obtener relaciones sexuales satisfactorias mediante técnicas concretas, de este modo Ana aprendería a vivir una sexualidad por decisión libre más no por imposición como hasta hoy la ha tenido, (abuso sexual en la infancia y matrimonio en la adultez). Sin dejar de lado, que el problema original no es de pareja, es un problema de Ana. Si ella modifica su cognición sobre la sexualidad, seguramente sus problemas de pareja también cambiarán.



En los casos de mujeres adultas que han sufrido abuso sexual infantil, aparecen disfunciones sexuales, como falta de deseo sexual, anorgasmia, etc. Para estos casos es necesaria una intervención con técnicas concretas como la focalización sensorial con la pareja (Echeburúa, 2003).

La relación de pareja de Ana ha sufrido un deterioro constante, este hecho es muy común cuando se ha sufrido ASI y se busca llevar una vida marital aparentemente normal, pero no se cuenta con la capacidad de expresar las emociones relacionadas al abuso, la revelación misma del abuso y algunas percepciones relacionadas al mismo; así como la situación actual del individuo. Es común la pérdida de deseo en la mujer adulta que fue víctima de ASI, la falta de deseo se acentúa cuando existe depresión; o bien, cuando el sexo con la pareja se asocia con el abuso, se convierte en un estímulo disparador de cogniciones relacionadas con el abuso sexual, dejándola completamente incómoda y sin deseo sexual, con una serie de comportamientos desadaptativos con respecto a su sexualidad, lo anterior conlleva a ausencia total y/o falta de contactos sexuales, o acciones completamente mecánicas (Echeburúa, y Guerricaechevarría, 2011).

Por otra parte, Ana siempre careció de muestras afectivas de sus padres, que le dieran seguridad en sí misma, esa seguridad le permitiría hoy ser capaz de decidir lo que fuera necesario sin tanta angustia y sin acarrear tanto problema, como por ejemplo cuando ella decidió no vivir con Mario después del internado en el hospital psiquiátrico, o cuando ella pensaba que dar el mismo nombre a su segunda hija era un acto de recuperación de un ser.





El análisis de este caso surgió debido a que Ana fue diagnosticada en el hospital psiquiátrico como una persona incapacitada permanentemente para realizar una vida normal. Ella buscaba tener una guía profesional para solucionar una serie de conflictos con su esposo a causa de su falta de deseo sexual y de los problemas que ha vivido, después de la crisis emocional padecida; sin embargo la reestructuración de eventos conforme a emociones y sentimientos, así como la narración episódica de sus acontecimientos, muestran el orden de cómo éstos se encuentran en su memoria, formando parte de su experiencia emocional (Villegas, 2002).

Del mismo modo, este análisis muestra que el caso de Ana va mucho más allá de un problema de deseo sexual o bien, de abuso sexual, este caso muestra una alteración de las funciones básicas de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. El abuso sexual se une a una historia de vida, en la que la pérdida temprana de una madre, el maltrato constante del padre, las pérdidas importantes de su vida como la de su hija, así como una vida de carencias y dificultades, han provocado una crisis psicótica mayor, ya que Ana fue diagnosticada en el Hospital Psiquiátrico con Disociación de Personalidad. La primera crisis por la que es internada en el hospital psiquiátrico, se presenta cuando Ana no logra rescatar a su hermana manifestándose una severa alteración de su memoria y de su conciencia. Durante este episodio de alteración y desintegración de su personalidad, Ana sólo recuerda que tiene una hija (aquella que falleció años antes). Este episodio tuvo una duración de 8 semanas Durante ese periodo Ana tiene episodios alterados-estables en donde lo único que ella



acepta de manera muy consciente es que María su segunda hija viva, lleva el mismo nombre de la primera hija fallecida segura de que el haber realizado esta acción, no sustituye la pérdida de una con otra; sin embargo, actualmente ella se hace la misma pregunta y busca confirmar con alguien más, si María regresó para quedarse o si en realidad nunca existió pérdida alguna. Ana muestra un trastorno mayor de personalidad ya que existe una pérdida permanente de la realidad, percepción de su entorno y pérdida permanente de la memoria al manifestar una confusión de ciertos hechos pasados con el presente (Bru, Santamaría, Pousa, Puig, López, Coronas, y Gómez, 2008).

La idea de regresar a Veracruz, se ha convertido en un estímulo aversivo para Ana, ya que El padre y su media hermana se encuentran viviendo a dos casas de ella. Se ve afectada su relación familiar por la serie de sentimientos opuestos que ella presenta con respecto a su padre, sus familiares y su hogar. Del mismo modo, las conductas de los diferentes miembros de la familia con el padre generan un malestar añadido a Ana o bien, todas las personas afectadas por él.

Una progresiva sensación de autoeficacia sería una de las principales metas de la terapia cognitivo-conductual, junto con el aprendizaje de formas de controlar la ansiedad y de habilidades interpersonales más adecuadas. La reestructuración cognitiva y la modificación de esquemas básicos del TPP constituyen intervenciones cognitivas que siguen los procedimientos conductuales y buscan cambiar los patrones cognitivos, conductuales y afectivos del paciente (Caballo, 2002).



## Análisis Funcional

Como parte del análisis cognitivo conductual se realiza un análisis funcional a manera de conocer la conducta problemática señalando los factores importantes encontrados en el análisis previo con los siguientes datos:

Los estímulos antecedentes generadores de ideas erráticas iniciaron desde muy corta edad a partir del abuso sexual infantil ocasionados por el padre, en donde ella no sabía si los acercamientos y las manifestaciones afectivas de su padre eran adecuadas o ella las causaba, la indiferencia de la abuela al conocer y no detener la situación, la pérdida de la madre durante la infancia por falta de atención médica; así como, la pérdida de la hija por la misma razón; todos estos sucesos fueron los principales generadores de una serie ideas confusas que hasta hoy se siguen manifestando mediante conductas desadaptadas.

Las situaciones detonantes de la crisis que la llevan al internado, son la imposibilidad de rescatar a su media hermana de una situación similar a la que ella experimentó durante su infancia, por decisión de la abuela materna de la niña. Una situación muy similar a la de ella, ya que su abuela conocía los sucesos, pero tampoco hizo nada por detenerlos.

Los estímulos consecuentes que mantienen la conducta problema se manifestaron en la reafirmación de ideas irracionales por parte de su esposo, la presencia de su segunda hija con el mismo nombre que reafirma que "a lo mejor su hija fallecida renació en la segunda", etc.



Del análisis de estos tres aspectos, se dedujo que los estímulos antecedentes y las situaciones detonantes han dejado daños graves en la parte cognitiva de ella, apreciables en la desintegración de personalidad, la pérdida permanente de consciencia y memoria al manifestarse confusión de hechos pasados con el presente (Bru, Santamaría, Pousa, Puig, López, Coronas, y Gómez, 2008).



## Conclusiones

Del análisis anterior se puede deducir que Ana no tuvo la terapia psicológica adecuada que le permitiera mejorar su calidad de vida. Aún sin tener evidencia de la eficacia de la terapia anterior, es posible mencionar que a partir de la observación de las conductas actuales de Ana, vistas desde el Modelo Cognitivo Conductual, fue plausible realizar sólo un análisis del caso y sugerir un posible resultado mucho más favorable de la condición en la que actualmente ella se encuentra: presentando ideas erráticas, como confusión de salud con belleza o lujo, cognitivamente, ella misma se considera poco digna de cuidados, de amor, incluso de salud, repulsión a su esposo y a los hombres en general, al mismo tiempo deseos de tener un bebé; Actualmente se le ve aparentemente consciente; sin embargo, vive con la duda permanente del fallecimiento de la primer hija o el regreso de la misma con el nacimiento de su segunda hija, etc. Todas estas ideas la han llevado a tomar decisiones y realizar actos que afectan su salud y su bienestar físico-mental, como el intento de suicidio, no darse atención médica al no creer merecerla, etc.

Del mismo modo, desde la perspectiva del análisis se comprende que no todas las personas tienen la capacidad de superar el daño psíquico que sufren por haber sido abusados sexualmente o cualquier otro tipo de abuso, incluso cuando se encuentran ya en su etapa adulta. Algunos, tampoco consiguen liberarse de lo que fue tan sometido para ellos (la experiencia de abuso), otros buscan trasponer el abuso sufrido en el deseo de reparación y algunos más siguen



sufriendo durante su adultez el trauma del daño sufrido en la infancia repitiéndolo monótonamente. Justamente por eso surge el interés de desarrollar el análisis sobre la terapia cognitivo conductual y el uso de sus múltiples técnicas para evitar la réplica de estas acciones y victimizar a otros menores, ya que este enfoque trabaja desde los ámbitos, físicos, emocionales, cognitivos (ideas) y conductuales desadaptados (acciones o respuestas desadaptadas), bastante conveniente para tratamiento a pacientes; así como, prevenir futuros abusos (Echeburúa, y Corral, 2006).

El abuso sexual no es, en sí, un cuadro clínico. Cuando sí hay un trastorno, las propuestas terapéuticas para menores víctimas de abuso sexual infantil son muy variadas (terapia de procesamiento cognitivo, terapias dinámicas de juego, psicodrama o la desensibilización y el reprocesamiento por medio de movimientos oculares rápidos), pero sólo el enfoque cognitivo-conductual ha mostrado resultados terapéuticos eficaces, tanto con el menor como con la familia, para hacer frente a los síntomas postraumáticos y a los problemas de conducta (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2011).

El caso analizado no trata de un menor, e refiere al caso de un adulto que sufrió abuso sexual durante su niñez; para ello, la terapia cognitivo-conductual logra cambios positivos a nivel cualitativo en la sintomatología, y permite modificar creencias respecto a la experiencia de abuso, ya que se enfoca en la reestructuración de la memoria traumática y la reducción de síntomas de ansiedad y depresión, mediante técnicas cognitivas conductuales (Vallejo, y Córdoba, 2012).



De acuerdo con Guerra, y Plaza, (2009) el modelo cognitivo Conductual es muy eficaz y efectivo para tratar diferentes problemas y trastornos psicológicos, a pesar de que algunas otras técnicas divergen del éxito y los resultados que se obtienen mediante el MCC. Las técnicas operantes, las técnicas basadas en condicionamiento clásico, técnicas cognitivas y técnicas de auto-control, en conjunto posibilitan la superación de procesos como el de abuso sexual infantil, las secuelas y complicaciones que se muestren en la vida adulta. Por tal motivo, no se recomienda una técnica específica para el tratamiento del caso analizado, ya que la eficacia del tratamiento sugiere ser no lineal y ésta dependerá de la pericia del terapeuta y la habilidad del mismo en el uso de las técnicas que conforman el MCC.

Finalmente, es indispensable señalar que con respecto a la ruptura de estructuras mentales internas básicas como la consciencia, la memoria, la atención y la percepción de la realidad de Ana, ella manifiesta hasta el momento severos daños observables en sus actos, en sus conversaciones, sobre todo en sus preguntas que causan inquietud por conocer que tanta consciencia hay en sí misma o bien, determinar hasta donde llegó su afectación cognitiva que no le permite tener una adaptación plena en la sociedad en la que se desarrolla.



## Referencias

Nezu, A. y Nezu, C. (1998). Entrenamiento en Soluciones de Problemas. En Caballo, V. (Comp.) Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. España: siglo XXI. Cap. 22.

Intebi, I. V. (1998). Abuso sexual infantil: En las mejores familias. Ediciones Granica SA.

Echeburúa, E., & Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Análisis y Modificación de conducta*, 25(102),585-614.

Hernández, Sánchez. Manual de la psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud. IEPCCM. Psicología psiquiatría y psicoanálisis. Pp. 13-50.

Roa, A. (1995). Bases teóricas y conceptuales de la evaluación en psicología clínica. En: A. Roa (dir.). *Evaluación en psicología Clínica y de la Salud*. Madrid:Cepe, p. 25-71.

A Día, D. (2002). Abuso Sexual Infantil,.

Miras, M., Lagucik, A., & Zamarbide, (2001). A. ABUSO SEXUAL INFANTIL.

Echeburúa, E., & Corral, P. D. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, (43-44), 75-82.

Cortés, María Rosario; Justicia, Fernando; Cantón, José; Cantón-Cortés, David; (2011). Un modelo de los efectos del abuso sexual infantil sobre el estrés post-traumático: el rol mediador de las atribuciones de culpa y afrontamiento de evitación. *Psicothema*, Sin mes, 66-73.





Ruiz, M., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2000). Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: ciencia y práctica. Editorial Desclée de Brouwer.

Saunders, B.E., Berliner, L., & Hanson, R.F. (Eds.). (2003). Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment (Final Report: January 15, 2003).

Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Psicología Conductual*, 19(2), 469.

Vallejo Samudio, Á. R., & Córdoba Arévalo, M. I. (2012). Abuso sexual: tratamientos y atención. *Revista de Psicología (PUCP)*, 30(1), 19-46.

Portillo Cárdenas, R. (2001). Tratamiento psicológico de niños víctimas de abuso sexual.

Caballo, V. E. (2002). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*.

Kazdin (1983) Historia de la Modificación de Conducta. Bilbao: Desclée de Brouwer. Cap. 9

Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico* (Vol. 239). Editorial Norma.

Marredo, J., & Vargas, M. L. (2010). La psicología de los constructos personales en el ámbito de la Rehabilitación Psicosocial. *Rehabilitación Psicosocial*, 7(1), 27-34.



Villegas, Manuel. (2002). LA MODALIDAD NARRATIVA, E. L. C. LA COSTRUCION NARRATIVA DE LA EXPERIENCIA EN PSICOTERAPIA. *REVISTA DE PSICOTERAPIA*, 6(22-23), 5.

Tarragona, M. (2013). Psicología positiva y terapias constructivas: una propuesta integradora. *Terapia psicológica*, 31(1), 115-125.

Meichenbaum, D., Fibla, J., & Toro, J. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. España: Martínez Roca.

Cosacov, E. (2005). *Introducción a la psicología*. Editorial Brujas.

Bru, M. T., Santamaría, M., Pousa, E., Puig, S., López, J. M. S., Coronas, R., & Gómez, J. V. C. (2008). La personalidad en el trastorno disociativo. *Archivos de psiquiatría*, 71(1), 15-31.

Guerra, C., & Plaza, H. (2009). Tratamiento Cognitivo-Conductual del Estrés Postraumático en un caso de violación infantil. *Revista de Psicología*, 18(1), Pág-103.