

INTERVENCIÓN CLÍNICA EN UN CASO DE ABUSO SEXUAL INFANTIL: ESTUDIO DE CASO DESDE LA PERSPECTIVA DE DERECHOS

Clinical intervention in a case of child sexual abuse: A case study from a rights-based perspective

Mariana Yuen Reynaga^{1*}
Rosario Leticia González Hurtado²

Resumen

El maltrato, abuso y la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes (NNA) constituyen una problemática de salud pública global. A pesar de que la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) y las legislaciones nacionales tipifican estas prácticas como delitos graves, las cifras de denuncia en México son alarmantes, estimándose una cifra negra del 85% y sólo el 3% concluyen en un juicio y obtienen sentencia. De las NNA que han sido víctimas solo el 20% recibe atención psicológica, médica o psiquiátrica adecuada.

Este artículo presenta un estudio de caso sobre la intervención clínica multidisciplinaria e interinstitucional realizada con Ana, una niña de 9 años víctima de abuso sexual. Ana fue referida por el Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME) con un diagnóstico de “Episodio depresivo mayor, Trastorno de ansiedad generalizada, con evidencias de daño psicoemocional severo y problemas asociados al inadecuado apoyo familiar”. La intervención se llevó a cabo en Fundación PAS, A.C., utilizando un Modelo de Psicoterapia Integrativa Sistémica bajo una perspectiva de defensa y protección de los derechos de NNA. El objetivo central fue lograr el restablecimiento psicoemocional y físico, así como la restitución de sus derechos vulnerados que permitan a la paciente desarrollarse íntegramente en un entorno social sin violencia. El artículo detalla el proceso de Diagnóstico y Tratamiento que incluyó Psicoterapia, Psicoeducación y Psiquiatría, abarcando 14 meses desde la revelación del abuso. El análisis de resultados, basado en la comparación de instrumentos clínicos pre y post-tratamiento, demostró una disminución significativa de la depresión, la ansiedad, las conductas autolesivas e ideas suicidas. Se observó también una mejora en su salud general, el desempeño académico y la adquisición de habilidades sociales. Adicionalmente, la intervención facilitó la restitución de derechos fundamentales, asegurando un entorno de seguridad física, alimentaria, así como el acceso a la educación y a la salud.

Palabras clave: Violencia y Abuso Sexual Infantil, Psicoterapia Integrativa, Enfoque Multidisciplinario, Colaboración Interinstitucional, Derechos de NNA.

Abstract

Child abuse, neglect, and sexual violence constitute a global public health problem. Although the Convention on the Rights of the Child (1989) and national laws classify these practices as serious crimes, reporting rates in Mexico are alarming, with an estimated 85% of cases going unreported and only 3% resulting in a trial and conviction. Of the children and adolescents who have been victims, only 20% receive adequate psychological, medical, or psychiatric care.

This article presents a case study of the multidisciplinary and interinstitutional clinical intervention carried out with Ana, a 9-year-old girl who was a victim of sexual abuse. Ana was referred by the Jalisco Institute of Mental Health (SALME) with a diagnosis of “Major Depressive Episode, Generalized Anxiety Disorder, with evidence of severe psycho-emotional damage and problems associated with inadequate family support.” The intervention was carried out at Fundación PAS, A.C., using a Systemic Integrative Psychotherapy Model from a perspective of defending and protecting the rights of children and adolescents. The central objective was to achieve her psycho-emotional and physical recovery, as well as the restitution of her violated rights, enabling her to develop fully in a social environment free from violence. This article details the diagnostic and treatment process, which included psychotherapy, psychoeducation, and psychiatric care, spanning 14 months from the disclosure of the abuse. The analysis of results, based on a comparison of pre- and post-treatment clinical instruments, demonstrated a significant decrease in depression, anxiety, self-harming behaviors, and suicidal ideation. Improvements were also observed in her overall health, academic performance, and acquisition of social skills. Additionally, the intervention facilitated the restoration of fundamental rights, ensuring an environment of physical and food security, and access to education and health.

Keywords: Violence and Child Sexual Abuse, Integrative Psychotherapy, Multidisciplinary Approach, Interinstitutional Collaboration, Children and Adolescents Rights.

* Contacto: evaluacion@fundacionpas.org

¹ Psicoterapeuta Fundación PAS, A.C. (México). ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-9877-4847>

² Profesora Investigadora retirada del Departamento de Educación y Valores – ITESO (México).



INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil, es un fenómeno grave que afecta a la sociedad en su conjunto. Según un informe publicado en el año 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la mitad de los niños del mundo —aproximadamente 1000 millones— se ven sujetos cada año a violencia física, sexual o psicológica, sufriendo traumatismos, discapacidad y muerte. Según este informe, 120 millones de niñas han tenido algún tipo de contacto sexual contra su voluntad antes de los 20 años.

En México es complicado obtener datos exactos sobre cuántas niñas, niños y adolescentes son víctimas de este tipo de violencia y ello dificulta dimensionar la gravedad de la situación y sus consecuencias. Sin embargo, de acuerdo con datos del INEGI, en 2021 se registraron 22 mil 410 víctimas de violencia sexual infantil en el país. De 2020 a 2021 hubo un incremento de 3 % en este delito. Este índice es relativo, ya que solo se toman en cuenta los casos denunciados o los que son atendidos en los hospitales. El rango de edad más afectado fue de 10 a 14 años y cerca de 2,000 víctimas son menores de 5 años. Según cifras preliminares de la Secretaría de Salud de 2024, se estima que se atendieron 8,775 infantes por lesiones de violencia sexual (Chávez y Valencia, 2004, p. 22).

En el informe 2023 de la Red por los Derechos de la Infancia en México (REDIM), se señala que a nivel mundial en Latinoamérica y México, el Abuso Sexual Infantil (ASI) es un problema de salud pública en ascenso (REDIM, 2023a). En México, de 2019 a 2022, el número de personas de 1 a 17 años hospitalizadas a causa de violencia sexual aumentó 239.7%, pasando de 2,932 a 9,959. El 92.9% de las víctimas registradas en el país durante 2022 fueron mujeres. La población adolescente es

particularmente vulnerable, en 2022 el 76.2% de las víctimas atendidas en hospitales tenían entre 12 y 17 años. A la vez, los ataques se incrementan dado el acceso de las y los menores a medios electrónicos sin supervisión y por el desconocimiento de padres y cuidadores sobre los mecanismos de protección digital. REDIM (2023b) reporta que 702.9 mil personas de entre 12 y 17 años recibieron insinuaciones o propuestas de tipo sexual a través de teléfono celular o desde internet durante 2022 (555.2 mil mujeres y 147.7 mil hombres). Además, 1 de cada 5 NNA es abordado/a a través de Internet. (Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas [CEAV], 2015).

Las denuncias por este delito en México y otros países no superan el 20% de los ataques; sólo un 5% se judicializan y un 3% alcanzan una sentencia condenatoria. Las razones principales incluyen una burocracia ineficiente, la revictimización, y la falta de profesionales especializados en gestión de la denuncia, atención de víctimas menores de edad, y enfoque de género. Asimismo, existe una limitada asignación de médicos, psicólogos y psiquiatras en las agencias de ministerios públicos y clínicas que diagnostiquen adecuadamente y den seguimiento al proceso, aunada a la inaccesibilidad a procuradurías e instancias de atención en todo el país. La falta de orientación a las familias, educadores, cuidadores y personal de instituciones sobre prevención y denuncia, contribuye a la no disminución de los índices de maltrato, abuso y violencia contra NNA.

Los factores de riesgo asociados a una alta incidencia de violencia sexual ejercida en la infancia y adolescencia están directamente relacionados con bajos ingresos familiares, baja escolaridad de las familias y cuidadores, inestabilidad y hacinamiento en la vivienda, descuido y abandono en la atención y cuidado. Una marcada cultura patriarcal y autoritaria en las familias y la comunidad operan como una cadena transgeneracional que da continuidad a las prácticas abusivas tradicionales, como el matrimonio infantil forzado, el comercio sexual y otras que se actualizan con las tecnologías

contemporáneas como los abusos cibernéticos y el tráfico de NNA.

En este contexto, organizaciones de la sociedad civil y grupos de profesionales de diferentes disciplinas, se han comprometido a aportar ayuda profesional y generar conocimiento que contribuya a prevenir y superar los efectos nocivos causados por las violencias sexuales y maltrato contra NNA. Fundación PAS ha realizado importantes esfuerzos a lo largo de 15 años para consolidar y ampliar la prevención y atención terapéutica de las víctimas y las familias. De este modo, este artículo tiene como propósito poner a disposición de otros profesionales la sistematización y análisis de un caso, aplicando el Modelo de Terapia Integrativa Sistémica propio de Fundación PAS, y mostrar los resultados alcanzados, sustentados en instrumentos clínicos y técnicas cualitativas.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Problemática de la violencia sexual

La OMS define el abuso sexual como la utilización de personas menores de 18 años en actividades de orden sexual que no comprenden y para las cuales no están capacitados para negarse, resistirse o consentir debido a su inmadurez cognitiva.

La *Cartilla de derechos de las víctimas de violencia sexual infantil* (CEAV, 2016), define el ASI como “todo contacto y/o actividad sexual entre un NNA y una persona en posición de poder, sin su consentimiento o mediante engaños, violencia o amenazas; para estimularse sexualmente o estimular a otras personas.

Jurídicamente la violencia sexual está determinada como un delito y se sanciona judicialmente. El abuso sexual (AS) se clasifica según las formas en que se ejerce y el nivel de daño y deterioro que provoca en distintas áreas de la vida y el desarrollo de la personalidad de la víctima. El AS directo puede ser simple, agudo, crónico o

extremo, incestuoso o no incestuoso, mientras que el AS indirecto comprende conductas como el exhibicionismo (pornografía) y el acoso o abuso sexual de carácter cibernético. (Fundación PAS, 2018). Al menos la mitad de estos delitos son cometidos en el hogar de la víctima y el 60% por familiares o conocidos, hombres en casi todos los casos. La mayoría de los NNA no revelan la violencia por miedo, vergüenza o culpa, pero principalmente por falta de capacidad para reconocer la victimización. El AS vulnera el derecho a una vida libre de violencia y deja daños que persisten en el desarrollo de los supervivientes.

El panorama actual del AS es desalentador. Las investigaciones muestran que éste comienza a edades más tempranas cada vez, alrededor de los 5 años y aumenta significativamente entre los 5 y los 9. Según Gómez Pérez et al. (2024), los daños incluyen síntomas físicos, problemas emocionales como tristeza, pesadillas, miedo, aislamiento e ideas suicidas, y bajo rendimiento escolar; a largo plazo, pueden presentarse depresión, ansiedad, victimización, dificultades de pareja, consumo de alcohol o drogas, y conductas de riesgo (p. 20). La gravedad depende de la frecuencia, duración y violencia de los ataques y de la relación con el agresor (CEAV, 2016).

Enfoques y modelos de atención con NNA

Históricamente, el maltrato y los abusos hacia NNA se ha naturalizado como prácticas permitidas para prepararles para la vida adulta: trabajos serviles, trabajos forzados en los hogares, en los campos, servicios de cuidado, de entretenimiento, de compañía y de satisfacción sexual. Estas prácticas se han ido modificando y tomando diferentes expresiones de acuerdo con los contextos sociales hasta la actualidad.

A partir de 1948, con la Declaración Universal de los Derechos Humanos por parte de la ONU, se replanteó la relación con la infancia, reconociéndolos como sujetos de derechos y la obligatoriedad de los gobiernos para su protección.

Sin embargo, los patrones de opresión y violencia perviven en diferentes formas y escalas, amenazando y vulnerando dichos derechos. En especial el ASI intrafamiliar e incestuoso es el tipo de mayor incidencia, y de los menos denunciados y sancionados, causando rupturas en el sistema familiar y vulneración de los derechos de todos sus miembros.

En nuestro país, aun cuando se ha avanzado en la Ley de Protección y Atención a las víctimas, no se cuenta con un sistema consolidado y programas permanentes para tratar profesionalmente a las NNA afectados por la violencia sexual. Para los gobiernos este tipo de violencia representa un costo significativo, ya que están obligados legalmente a proporcionar una infraestructura médica, clínica y jurídica para su atención, y a la restitución de los derechos vulnerados.

Los profesionales que atienden el ASI, tienen un papel importante en la contención de la crisis, no obstante, conforme avanza el proceso terapéutico enfrentan carencias relacionadas con una metodología especializada para abordar daños graves, que impactan diferentes áreas de la vida de un o una sobreviviente. Como lo refieren Gómez Pérez et al. (2024), los enfoques y metodologías utilizados en la detección y abordaje clínico de los casos de ASI denunciados son diversos: métodos conductuales, narrativos y de rastreo generacional, la psicoeducación y terapia cognitiva, la psicología positiva y la intervención en crisis:

Los estudios examinados ...enumeran varias dificultades psicológicas, sociales, conductuales y físicas, ciertamente, no todas las víctimas de abuso infantil muestran un daño significativo posterior, esto dependerá de las circunstancias en que se presente el suceso. El abordaje ... se deberá hacer desde diversas perspectivas, como el derecho y la psicología que confluyen junto a otras ciencias como la medicina y el Trabajo Social ...se considera importante promover el diálogo entre disciplinas científicas, ...contar con más

elementos y estrategias para su intervención (p.24).

Según las autoras, sólo algunos de los trabajos analizados hacen referencias precisas sobre las metodologías y enfoques utilizados en las intervenciones, y algunos tampoco dan cuenta de los resultados y eficacia alcanzados. Entre sus conclusiones señalan la importancia del trabajo multi e interdisciplinar, tanto en la detección, evaluación y manejo terapéutico, la particularidad del caso, el entorno familiar y comunitario.

Modelo de Psicoterapia Integrativa Sistémica

La atención de las y los sobrevivientes representa un reto profesional, institucional y social que evite el abandono del tratamiento, la revictimización y que garantice la protección de derechos vulnerados que, como en este caso, mejore progresivamente su calidad de vida.

La Psicoterapia Integrativa, conceptualizada por Richard G. Erskine en 1972, es “un enfoque terapéutico unificador que responde de manera apropiada y efectiva a la persona en los niveles de funcionamiento afectivo, conductual, cognitivo y fisiológico, abordando también la dimensión espiritual de la vida” (Gómez Masana y Etxeberria Ibáñez, 2021, p. 2). La investigación demuestra que los tratamientos psicoterapéuticos integrativos son eficaces en una variedad de trastornos psiquiátricos, siendo la alianza terapéutica un predictor clave del cambio del paciente (Zarbo et al., 2016).

Desde una perspectiva ecosistémica y de enfoque integrativo, el Modelo de Intervención y Prevención de Fundación PAS establece dos premisas centrales para el abordaje de la violencia sexual contra NNA. En primer lugar, se sostiene que las violencias sistemáticas ocurren preponderantemente en los entornos inmediatos de los menores (hogar, escuela, vecindario, comunidad), perpetradas por personas con acceso privilegiado y presuntos vínculos de confianza, cuidado y protección. En segundo lugar, se postula

que el abuso sexual no constituye una problemática circunscrita exclusivamente a la víctima, sino que evidencia una vulneración estructural en el ecosistema social. Estas premisas son fundamentales para trascender los abordajes reduccionistas que limitan tanto el análisis como la intervención a la dimensión individual.

En consonancia con lo anterior, Delgadillo y Arce (2020) enfatizan que el abordaje del abuso sexual infantil en el contexto mexicano exige trascender la visión clínica aislada para adoptar una postura interdisciplinaria y estructural. Los autores sostienen que la violencia sexual no es un evento fortuito, sino una problemática de agenda pública que impacta profundamente la integridad psíquica y corporal de los menores. Esta postura valida teóricamente la necesidad de nuestro modelo de intervención, el cual busca articular los recursos legales, sociales y psicológicos para reparar el tejido dañado por un entorno que no garantizó el cuidado y la protección necesarios.

Bajo estos lineamientos y respaldados por la experiencia clínica en la atención a las víctimas sobrevivientes de violencia sexual, el equipo de profesionales de Fundación PAS ha sistematizado el Modelo de Psicoterapia Integrativa Sistémica. Este modelo se fundamenta en principios de la psicología cognitiva y la antropología filosófica, conceptualizando al ser humano como un sistema dinámico y unificado que integra dimensiones mentales, corporales, espirituales y sociales, orientado intrínsecamente hacia la dignidad y la libertad.

Metodológicamente, el modelo se caracteriza por su apertura y flexibilidad, integrando aportaciones de los enfoques cognitivo-conductual, humanista, sistémico, fisiológico, social y transpersonal, siempre en concordancia con las etapas evolutivas del paciente. Dicha convergencia teórica permite una comprensión holística de la conducta humana, facilitando la identificación de factores clave para la transformación cognitiva, emocional y comportamental (Fundación PAS,

2018).

La estrategia de intervención se despliega bajo las siguientes directrices:

- *Multidimensionalidad del Impacto*: Se aborda el abuso sexual reconociendo sus múltiples factores causales y sus consecuencias en las esferas física, psicológica, emocional, familiar y social.
- *Agencia del Paciente*: El tratamiento busca articular y potenciar los recursos internos que cada individuo posee para gestionar su propio proceso de recuperación.
- *Inclusión del Sistema Familiar*: El entorno inmediato es incorporado activamente, no solo en momentos de crisis, sino como un agente esencial en la protección, la educación sexual y el desarrollo de Competencias Parentales Positivas.

Finalmente, para ejemplificar la aplicabilidad y eficacia de este marco teórico, el equipo clínico seleccionó el caso paradigmático de "Ana", dada la severidad de la violencia sufrida, la complejidad de sus componentes sistémicos y a los retos para su tratamiento. La intervención, basada en el Modelo de Psicoterapia Integrativa Sistémica, ha sido documentada por la psicóloga tratante con el objetivo de publicar los resultados obtenidos a mediano plazo.

METODOLOGÍA

En este apartado se presenta el desarrollo del Caso, atendiendo las **pautas CARE** para su sistematización (Riley et al., 2017): Información de la paciente y hallazgos, Línea del tiempo, Evaluación diagnóstica, Intervención terapéutica, Seguimiento y resultados, Discusión del caso, Conclusiones, Perspectiva de la paciente, Consentimiento informado.

Información de la paciente y hallazgos: Descripción del caso

Con el propósito de proteger su identidad, los datos personales de la paciente y otras personas citadas a lo largo de este trabajo han sido modificados.

Ana, de 9 años fue referida a Fundación PAS por el Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME) en octubre de 2021, el diagnóstico inicial fue “abuso sexual intrafamiliar”, ejercido por un tío materno.

Proviene de una familia disfuncional, experimentaba violencia física, psicológica y sexual, abandono en sus cuidados, desintegración familiar, entre otras formas de maltrato ejercido por la madre y el padre, ambos con problemas de adicciones.

Los datos que refiere el Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y la Procuraduría de Protección de NNA del Estado de Jalisco (PPNNA), la madre de Ana la deja en casa de la abuela materna donde residía con su abuela, una tía y un tío de 29 años, y en donde sufrió abuso físico, psicológico y sexual, además de explotación laboral.

Línea del tiempo: Cronología de la problemática - Develación y denuncia del ASI

El proceso de atención multidisciplinar e interinstitucional duró 14 meses e involucró a la PPNNA, SALME, Fundación PAS, DIF, una Casa Hogar, Paidopsiquiatra particular y la Tutora representante.

El 06 de mayo de 2020, la maestra de Ana después de terminar de aplicar un examen observó un incidente con un dibujo realizado por la menor, lo observó y le solicitó salir a hablar, al principio se niega pero finalmente acepta. La maestra la cuestiona sobre el dibujo, insiste, lo que lleva a la develación del abuso sexual que su tío cometía, mencionando tocamientos y violación con agresión física. La maestra informa a la directora del plantel educativo quien reporta lo ocurrido a la PPNNA,

comenzando la denuncia de hechos y el diagnóstico inicial el 02 de julio de 2021. Por instrucciones de la Juez que procesó de la denuncia se resguardó a Ana en el DIF, posteriormente se canalizó a una Casa Hogar, allí permaneció semanas, transitando a varios lugares hasta integrarse a la casa donde habita actualmente. En octubre del 2021 mientras se encontraba en la casa hogar, Ana presenta una tentativa de suicidio con estrangulación con sus propias manos, autolesiones, mordiéndose y refiriere ideación suicida. Se realizó la valoración de Paidopsiquiatría en el servicio de Urgencias de SALME, quedando internada durante una semana, para recibir tratamiento farmacológico y atención especializada. Se le dio de alta con citas en consulta externa y tratamiento farmacológico. En noviembre de 2021 SALME la refiere a Fundación PAS, por ser un caso de abuso sexual grave que requiere la atención especializada.

Evaluación Diagnóstica, Intervención Terapéutica: Modelo de Psicoterapia Integrativa Sistémica con enfoque multidisciplinar y de Derechos

El modelo de atención a las víctimas de violencia sexual utilizado en Fundación PAS utiliza instrumentos estandarizados de la metodología clínica para evaluar y diagnosticar la problemática de los pacientes, e instrumentos cualitativo-descriptivos de la psicología social que recuperan información descriptiva, observacional y testimonios de los diferentes actores y contextos del problema. Se explicará a lo largo de la sistematización del caso, el uso particular de dichos instrumentos durante las diferentes etapas de la atención a la paciente.

Descripción cronológica del proceso de atención

A continuación, en la Tabla 1 se muestran las etapas de la intervención, las acciones y las instituciones participantes.

TABLA 1
Etapas de la Intervención, Acciones e Instituciones participantes

Cronología de las acciones y procedimientos. (códigos de identificación)	Instrumentos/Técnicas	Participantes
02/Julio/2021 PROC01. Denuncia de Hechos	Declaración de testigos e investigación de campo	Dir. de Atención y Protección de la Procuraduría. Dir. y Docentes de la escuela primaria. Testigos colaterales (vecinas)
07/Julio/2021 PROC02. Diagnóstico Inicial	Entrevista directa. Declaración de testigos.	Equipo interdisciplinario (abogada, psicóloga y trabajadora social). Docentes de la escuela primaria.
01/Oct./2021 SALME01. Resumen clínico	Valoración urgencias/ Paidopsiquiatría. Examen mental de ingreso y de egreso Hospitalización.	Equipo interdisciplinario (médico residente, médico psiquiatra, trabajo social).
Octubre/2021 FPE01 Entrevista Inicial	Entrevista con la Trabajadora social del DIF.	Coord. de Atención Fundación PAS. Trabajadora social.
19/Nov./2021 FPEI01 Informe de Valoración Psicológica	Batería de pruebas aplicada: FPS01. Autoinforme SENA. Entrevista, Juego Simbólico, Perfil SENA autoinforme 8 a 12 años, Escala de Ansiedad CMASR-2, Escala de Depresión Infantil CDI.	Psicólogo encargado de Evaluación y diagnóstico de Fundación PAS.
18/Feb/2022 FPIT01 Informe tratamiento clínico	Inicio de intervención: Relación terapéutica y estructura de la intervención.	Equipo Interdisciplinario de Fundación PAS (Terapeuta, Coord. de Atención). Tutora Representante.
Marzo/2022 FPIT01 Informe tratamiento clínico	Intervención clínica. Desarrollo de habilidades de regulación emocional. Vídeos educativos, Técnicas expresivas y de respiración.	Equipo Interdisciplinario de Fundación PAS (Psic., Terapeuta, Coord. de Atención). Tutora Representante. Psicóloga DIF.
Abril/2022 FPIT02 Informe tratamiento clínico	Intervención Clínica. Psicoeducación Sexual Integral. Seguimiento emocional y conductual. Técnicas didácticas, de conciencia corporal y relajación. Vídeos educativos.	Equipo Interdisciplinario de Fundación PAS (Terapeuta, Coord. de Atención). Tutora Representante. Psicóloga DIF.
04/Abril/2022	Derivación con Paidopsiquiatra servicio público y privado.	Equipo Interdisciplinario de Fundación PAS (Terapeuta, Coord. de Atención). Tutora Representante. Psicóloga DIF.
06/Abril/2022	1ra. Cita Paidopsiquiatría. Inicio de tratamiento médico, disminuir sintomatología de ansiedad y depresión.	Equipo Interdisciplinario de Fundación PAS (Terapeuta, Coord. de Atención). Tutora Representante. Psicóloga DIF. Paidopsiquiatra.

Cronología de las acciones y procedimientos. (códigos de identificación)	Instrumentos/Técnicas	Participantes
Mayo/2022 FPIT03 Informe tratamiento clínico	Intervención clínica. La experiencia de abuso y la prevención del ASI. Trabajar conductas desadaptativas. Intervención con encargada de Casa Hogar. Trabajar emociones asociadas a la experiencia del AS Técnicas de autocuidado. Tabla conductual, Estrategias reforzamiento positivo.	Equipo Interdisciplinario de Fundación PAS (Terapeuta, Coord. de Atención). Tutora Representante. Psicóloga DIF. Paidopsiquiatra.
Junio/Julio/ 2022 FPIT04 Informe tratamiento clínico	Intervención Clínica. Regulación de Ansiedad. Mantener conductas adaptativas. Estrategias Cognitivas. Reforzamiento positivo.	Equipo Interdisciplinario de Fundación PAS (Terapeuta, Coord. de Atención). Tutora Representante. Psic. DIF. Paidopsiquiatra.
Agosto/2022	Cierre de intervención Clínica. Integración de aprendizaje durante el proceso, mediante juego y técnicas expresivas.	Equipo Interdisciplinario de Fundación PAS (Psic., Terapeuta, Coord. de Atención). Tutora Representante. Psicóloga DIF. Paidopsiquiatra.
07/Sept./2022 Revaloración Psicológica	Batería aplicada: FPEI02 Informe Valoración Psicológica. FPS02. Autoinforme SENA. FPA02. Escala de Ansiedad CMASR-2 FPD02. Escala De Depresión Infantil CDI	Psic. encargado de Evaluación y diagnóstico de Fundación PAS.
Octubre/2022 FPEI02 Informe Valoración Psicológica	Integración de Informe comparativo de Valoración psicológica.	Psic. encargado de Evaluación y diagnóstico de F. Fundación PAS.

Fuente: Elaboración propia.

Descripción clínica para el diagnóstico de la paciente

En la *fase de diagnóstica*. Se aplicaron instrumentos clínicos que aportaron los resultados de indicadores detallados respecto a las afectaciones de la paciente. El informe generado funcionó como el eje para definir el tratamiento e intervención en el caso. Metodológicamente el diagnóstico representa el punto de partida y será el punto de llegada para contrastar el estado de la paciente durante el tratamiento y su valoración al final de este.

Procuraduría de Protección de NNA del Estado de Jalisco

Esta instancia elaboró el dictamen integrado con la Tipificación del delito, la Afectación a los Derechos y daños a la víctima y las Medidas de protección.

- **Medida de protección urgente.** Ana vive en un contexto familiar negligente y de abusos, requiere ser separada de dicho contexto y ser resguardada en una institución de protección, que le brinde los cuidados y la seguridad necesarias para su óptimo desarrollo.
- **Delito relacionado:** Maltrato ejercido por sus

cuidadores y abuso sexual infantil por parte de un tío.

- **Situación jurídica:** Resguardada en espera de resolver su situación jurídica. Ingresada a una casa hogar mientras se resuelve su custodia. Si ningún familiar es apto para darle la protección y cuidados que requiere, puede ser candidata a adopción.
- **Violación de derechos por omisión de cuidados, maltrato y abuso sexual infantil por parte de sus cuidadores.**

La paciente quedó tutelada por la Casa Hogar, se encargó al personal gestionar y apoyar la atención psicológica y emocional de la menor. La Casa hogar, buscó la atención profesional del Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME) para el tratamiento de Ana.

Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME) Servicio de Urgencias

El diagnóstico emitido por la trabajadora social determinó los siguientes signos y síntomas:

- **Riesgo suicida alto.** Ana presenta un intento suicida, luego de una crisis de ira, existe alto riesgo de que vuelva a atentar contra su vida, ante alguna situación que le cause malestar emocional.
- **Trastorno de conducta.** Presenta un patrón de conductas de agresión física contra otros y hacia sí misma. Dificultad para la socialización y seguir las normas de disciplina.
- **Víctima de AS agudo intrafamiliar.**

Diagnóstico clínico de ingreso

Los instrumentos clínicos aplicados detectaron los siguientes Trastornos:

- F412. Trastorno mixto de ansiedad y depresión. Presencia de síntomas de ansiedad y de depresión, sin que predomine alguno ni tenga la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Ana

presenta: estado de ánimo irritable, insomnio, agitación psicomotora, disminución de la capacidad para pensar y concentrarse, pensamientos de muerte, ansiedad o inquietud mental y autolesiones.

Diagnóstico de egreso

La paciente permaneció internada durante una semana, fueron aplicados instrumentos clínicos estandarizados y medicación. Egresó con el siguiente diagnóstico:

- F321 Episodio depresivo mayor. Presencia de un estado de ánimo disfórico: sentimientos de tristeza, ira o frustración, que interfieren con la vida diaria, insomnio, agitación psicomotora, sentimientos de inutilidad o culpa, disminución de la capacidad para concentrarse, pensamientos de muerte.
- F411 Trastorno de ansiedad generalizada. Presencia de síntomas: activación fisiológica, sentimientos de temor, hipervigilancia, irritabilidad.
- Z632 Problemas relacionados con el entorno familiar: Inadecuado inseguro y violento. Abandono por parte de la madre, irresponsabilidad y abandono del padre; en casa de la abuela, negligencia y violencias de los familiares y abuso sexual agudo.

Diagnóstico complementario en Fundación PAS

Se llevaron a cabo evaluaciones complementarias para identificar las áreas afectadas y definir su tratamiento. Después de 3 sesiones de trabajo con Ana y su tutora de la Casa Hogar, se integran los resultados que inducen al siguiente diagnóstico:

- **Abuso sexual directo, agudo incestuoso:** de alta frecuencia, con penetración, en una edad determinada.
- **Rasgos de trastorno de estrés postraumático,** recuerdos desagradables, mayor a 6 meses después del evento traumático, no se pueden indagar los síntomas evitativos, debido a que en

momento presente cumple más criterios de una depresión.

- **Trastorno depresivo mayor con ansiedad.** Estado de ánimo irritable. Insomnio. Agitación psicomotora. Disminución de capacidad para pensar y concentrarse. Pensamientos de muerte. Ansiedad o inquietud mental. Autolesiones.

Análisis y recomendaciones para el tratamiento

En función de los Diagnósticos multidisciplinares, (psiquiátrico, psicológico y jurídico) y en congruencia con el Modelo de Psicoterapia Integrativa Sistémica de Fundación PAS, se estableció el Objetivo General de Intervención: Lograr el restablecimiento psicoemocional y físico que permita a la paciente desarrollarse íntegramente en un entorno social sin violencia.

El equipo profesional elaboró el Plan de Tratamiento para la paciente y coordinó la participación de las instancias externas,

Paidopsiquiatra particular, Psicóloga de DIF, Tutora y Directora de Casa hogar a cargo de la paciente.

Se elaboró el **Plan de Tratamiento** en los siguientes términos:

I. Datos generales de la paciente: Ana T. Edad: 10 Años. Bajo tutela de una Casa Hogar.

II. Intervención terapéutica: Psicoterapia y psicoeducación.

Meta: La paciente logrará disminuir las conductas disruptivas que la mantienen en una situación de vulnerabilidad grave, el equipo profesional implementará estrategias para la modificación de conductas autolesivas, regulación emocional y efectividad interpersonal.

El proceso de intervención fue encabezado por la Psicoterapeuta encargada del caso, con el apoyo del equipo de atención de Fundación PAS. Se desarrolló durante 16 sesiones, dirigidas hacia 9 objetivos específicos, como se muestra en la Tabla 2:

TABLA 2
Proceso de Intervención

Objetivos Específicos	Ámbitos Terapéuticos	Técnicas de Intervención y Recursos de Apoyo
1. Desarrollará una relación terapéutica favorable que le genere confianza y seguridad con personas que pueden ayudarla.	Relación terapéutica: Crear un espacio seguro, establecer rapport y generar confianza. Explicar en qué consiste el trabajo en terapia, especificar normas y estructura de las sesiones.	Entrevista semiestructurada conocimiento de la paciente, contexto familiar. Dibujo libre, expresar emociones y pensamientos. >Juego de mesa Materiales para dibujo
2. Mejorará la regulación emocional, la identificación y expresión de emociones, y conocerá modos más adaptativos.	Psicoeducación emocional: Reconocer y nombrar emociones básicas. Reconocer las sensaciones corporales provocadas por emociones. Expresión y validación de emociones: Identificar y mejorar la regulación emocional. Gestión de la ira. Implementar técnicas en el contexto terapéutico para generalizarlas al contexto habitual.	Actividades apoyadas en cuentos Mapa emocional: identificación de sensaciones. Materializar emociones con colores, formas, sensaciones, etc. Técnicas de respiración. >Cuento en físico y video “El monstruo de colores”. Silueta: Mapa corporal. Audios de relajación

Objetivos Específicos	Ámbitos Terapéuticos	Técnicas de Intervención y Recursos de Apoyo
3. Reconocerá y regulará emociones que le generan conflicto y detonan comportamientos lesivos.	Psicoeducación emocional: Estrategias para mejorar la autorregulación de la ira, tristeza, frustración y ansiedad. Congruencia emocional.	Mecanismos de contención y conductas alternativas ante las emociones (contexto, emoción y conducta). Práctica de técnicas de respiración. Semáforo Emocional: “Parar, pensar y actuar”. >Presentación en PP “Semáforo emocional”. Material de papelería y dibujo.
4. Mejorará su autoestima, autoconocimiento y autocuidado, como recursos preventivos ante abusos.	Educación sexual integral: Reconocimiento de partes del cuerpo y sus funciones mediante la silueta corporal. Identificación de partes expuestas y privadas y su cuidado . Fomentar autoestima mediante el cuidado corporal , salud integral, evitar lesiones. Relajación y consciencia corporal .	Dibujo de silueta corporal: identificar y reconocer partes y funciones del cuerpo. Actividad de semáforo corporal. Información sobre autocuidado y autovaloración. Meditación guiada para niños: “viajando por el cuerpo” >Papelógrafos, y materiales para dibujo. Gráfico de “semáforo corporal”. Videos educativos de F PAS. Audios para meditación.
5. Conocerá sus Derechos de NNA. Identificará situaciones de riesgo y cómo responder de manera preventiva ante abusos.	Identificar situaciones de riesgo en la vida cotidiana y cómo responder. No guardar secretos inapropiados . Reconocer caricias no adecuadas y establecer límites corporales . Identificar una red de apoyo . Desarrollar vínculos seguros .	Actividad “Secretos”. “Caricias buenas, malas y confusas” y “besos permitidos y no permitidos”. Actividad “Mano de ayuda”: personas de confianza. >Juego “Serpientes y escaleras de F PAS”. Videos educativos de F PAS: “Cuando guardar secretos”. “Caricias sí, caricias no”. Hojas y colores Material para dibujo. Juego de mesa.
6. Modificará aprendizajes y conductas inadecuadas respecto a la sexualidad.	Educación sexual integral: Conceptos básicos en sexualidad acorde a su edad. Etapas del desarrollo sexual: preadolescencia, adolescencia, cambios físicos y emocionales. Identidad y expresión de género. Autocuidado y cuidado de otros, establecer límites corporales y conductas saludables .	Psicoeducación: presentación con videos educativos. Actividades sobre identidad, expresión de género, Conductas de autocuidado. >Videos educativos sobre sexualidad. Presentación de contenido temático con PP
7. Reconocerá un entorno de protección y cuidado en la casa hogar y otros lugares.	Orientar cuidadores de la casa hogar sobre el acompañamiento en la vida cotidiana estableciendo límites a través de una crianza positiva y cómo apoyarla en situaciones de crisis.	Psicoeducación para cuidadoras sobre establecimiento de límites y estructura en la vida cotidiana. Recomendaciones para emplear estrategias aprendidas en sesión. >Diálogo y conversación

Objetivos Específicos	Ámbitos Terapéuticos	Técnicas de Intervención y Recursos de Apoyo
8. Autoevaluará su capacidad adquirida para regular sus emociones y practicar el autocuidado	Integrar lo aprendido en terapia: respuestas adaptativas ante emociones intensas en situaciones cotidianas.	Técnicas de respiración. Semáforo emocional. >Palabra clave para “parar” respuesta emocional inadecuada. Hojas de actividades. Audios de relajación. Actividades sobre ansiedad y pensamientos que la provocan.
9. Realizará el reencuadre de la experiencia del abuso sexual. Reconocerá y expresará el cambio de emociones y creencias. Identificará la responsabilidad de los adultos para proporcionarle cuidado y protección. Se reconocerá como una sobreviviente.	Expresar emociones y creencias sobre el abuso y responsabilización del agresor , comprendiendo que no es culpable de lo ocurrido. Reconocer su capacidad de prevención . Identificar rol de cuidado y protección de adultos con vínculo.	Relato mediante juego con peluches de la experiencia del abuso, expresando emociones al tratar el tema. Retroalimentación sobre responsabilidad del agresor y de cuidadores. >Muñecos de peluches.

Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

Seguimiento y Resultados: Análisis comparativo Pre y Post Tratamiento

El Modelo de Fundación PAS considera necesario realizar la evaluación final al concluir el proceso terapéutico y realizar un análisis comparativo soportado en la aplicación de la misma Batería de pruebas utilizadas en el diagnóstico inicial, que refleje los resultados Post y aporte evidencia relacionada con la eficacia respecto al Plan de tratamiento.

Batería de pruebas aplicadas al final de tratamiento:

- Entrevista semi estructurada a la tutora.
- Entrevista semiestructurada a la paciente.
- Perfil SENA, Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes.
- Escala de ansiedad CMASR-2, Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños
- Escala de depresión infantil CDI, Inventario de Depresión Infantil

Resultados y análisis comparativo de las Pruebas - Pre y Post

En la Tabla 3, la columna izquierda muestra los puntajes obtenidos en las pruebas respondidas por Ana en la aplicación previa al tratamiento clínico en diciembre 2021. Las puntuaciones obtenidas reflejan las áreas y funciones, psicosociales y emocionales afectadas y los niveles de afectación. En octubre 2022 al final del tratamiento, la paciente realizó la aplicación de las mismas pruebas y baterías.

Autoinforme SENA (Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes)

La tabla muestra el contraste de valoración diagnóstica y post tratamiento.

TABLA 3
Autoinforme SENA

Diciembre 2021	Octubre 2022
Escala de control: Inconsciencia, Precaución: Muestra poca disposición al responder las preguntas.	Escala de control: Normal. Mejoró su disposición y honestidad al responder las preguntas.
Problemas interiorizados: <ul style="list-style-type: none"> • Depresión, puntuación T de 80, muy alto: Estado de ánimo triste o irritable, ausencia de emociones agradables disfrute o juegos, sentimientos de culpa o desesperanza. • Ansiedad, puntuación T de 68, medio-alto: Sensación de nerviosismo, malestar subjetivo, preocupaciones recurrentes. • Quejas somáticas, puntuación T de 69, medio-alto: Molestias o síntomas físicos, como dolores recurrentes, más frecuente de lo esperable. • Sintomatología postraumática, puntuación T de 80, muy alto: Exposición o conocimiento de una experiencia traumática que hace percibir peligro, ya sea una amenaza o real. Puede incluir recuerdos desagradables. 	Problemas interiorizados: <ul style="list-style-type: none"> • Depresión, puntuación T de 51, medio: La puntuación se encuentra dentro de la media, indica que sus estados emocionales se presentan de manera semejante a la mayoría de las personas. disminución de: irritabilidad, sentimientos de culpa y desesperanza. • Ansiedad, puntuación T de 37, baja. Puntuación por debajo de la media. Indica una disminución significativa de sintomatología ansiosa que presentaba. • Quejas somáticas, puntuación T de 71, alto: Registró un aumento de 2 puntos. El día de aplicación de la prueba la paciente experimentaba los síntomas de un resfriado. Implica además mejoría en la identificación y expresión de sensaciones y emociones tanto agradables y desagradables. • Sintomatología postraumática, puntuación T de 43, medio bajo: La puntuación no es significativa, puede indicar que los recuerdos desagradables recurrentes y la percepción de amenaza o peligro, han disminuido significativamente. Percibe que está en lugares seguros, protegidos. Implica que está desenvolviéndose con más confianza en su contexto.
Problemas exteriorizados: <ul style="list-style-type: none"> • Hiperactividad –Impulsividad, puntuación T de 76, alto: Actividad motriz excesiva, acompañada de dificultades para inhibir su conducta y responder reflexivamente. • Problemas del control de la ira, puntuación T de 74, alto: Frecuentes explosiones de ira manifiesta en gritos, enfados, dificultad para regular la experiencia de tales emociones. • Conducta desafiante, puntuación T de 87, muy alto: Desobediencia con los cuidadores, llegando a cometer actos vandálicos. 	Problemas exteriorizados: <ul style="list-style-type: none"> • Hiperactividad –Impulsividad, puntuación T de 55, medio: Puede indicar mayor regulación de sus impulsos y una actividad motriz acorde a su edad. • Problemas del control de la ira, puntuación T de 59, medio: Indica una regulación emocional adaptativa. • Conducta desafiante, puntuación T de 54, medio: Presenta una mayor adaptación a las normas sociales y mejor relación con figuras de autoridad.
Problemas contextuales: <ul style="list-style-type: none"> • Problemas en la escuela, puntuación T de 73, alto: Indica malestar e insatisfacción o tensión en la escuela, que provoca baja rendimiento escolar. 	Problemas contextuales: <ul style="list-style-type: none"> • Problemas en la escuela, puntuación T de 44, medio bajo: Indica una buena adaptación en el área escolar, presentando un buen rendimiento.

Fuente: Elaboración propia.

El contraste de los resultados obtenidos en las pruebas pre y post, posibilita reconocer cambios positivos en la calidad de vida de Ana. La disminución de síntomas ansioso-depresivos y

mayor regulación emocional que permiten su desarrollo adaptándose mejor a un contexto seguro y de protección, establecer vínculos sanos y mejor proyección a futuro (Figuras 1 y 2).

FIGURA 1

Comparación de resultados diciembre de 2021 y octubre de 2022 sobre los problemas interiorizados

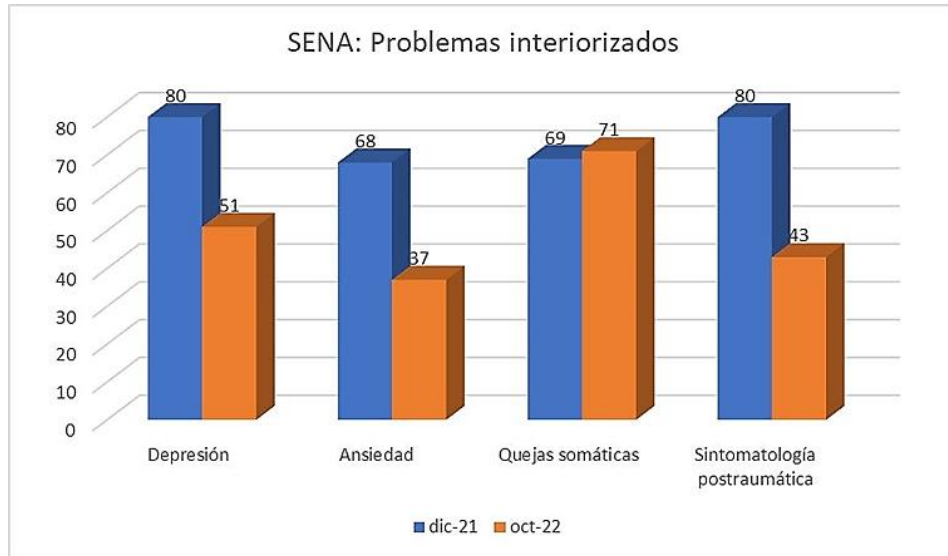
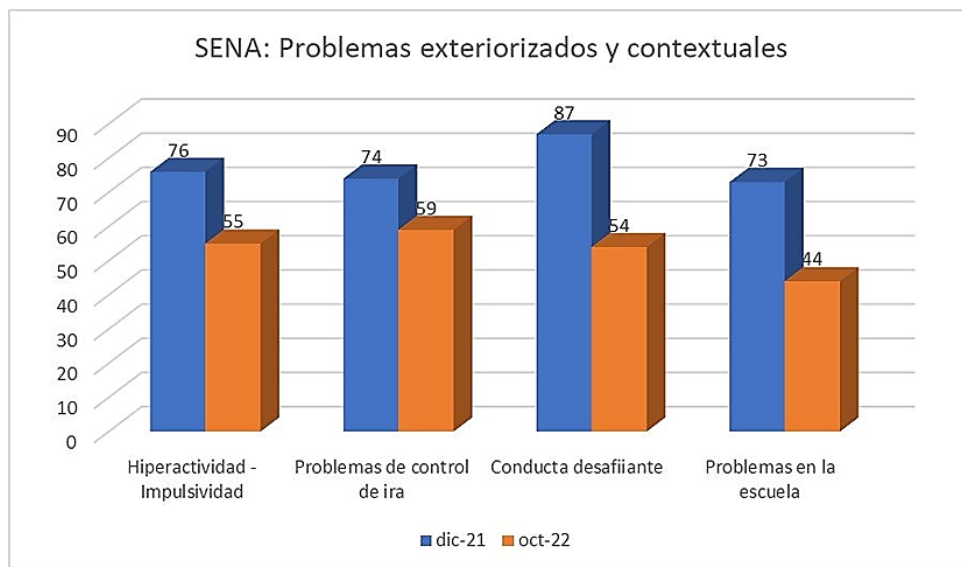


FIGURA 2

Comparación de resultados diciembre de 2021 y octubre de 2022 sobre los problemas exteriorizados y contextuales



Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMASR-2

diagnóstica Pre y Post tratamiento.

La Tabla 4 muestra el contraste de valoración

TABLA 4
CMASR-2

Diciembre 2021	Octubre 2022
<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad total, puntuación T de 53: No más problemático que para la mayoría. • Ansiedad fisiológica, puntuación T de 43: No más problemático que para la mayoría. • Inquietud mental, puntuación T de 61: Moderadamente problemático. La mayoría de las preocupaciones son imprecisas, nerviosismo, hipersensible al entorno. • Ansiedad social, puntuación T de 58: No más problemático que para la mayoría. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad total, puntuación T de 43: No más problemático que para la mayoría. • Ansiedad fisiológica, puntuación T de 38: Menos problemático que para la mayoría. • Inquietud mental, puntuación T de 57: No más problemático que para la mayoría. *La puntuación disminuyó de problemático a no significativo. Ana experimenta menos preocupaciones y pensamientos intrusivos que provocaban ansiedad, mejora su bienestar emocional. • Ansiedad social, puntuación T de 40: No más problemático que para la mayoría.
*Trató de dar una impresión positiva.	

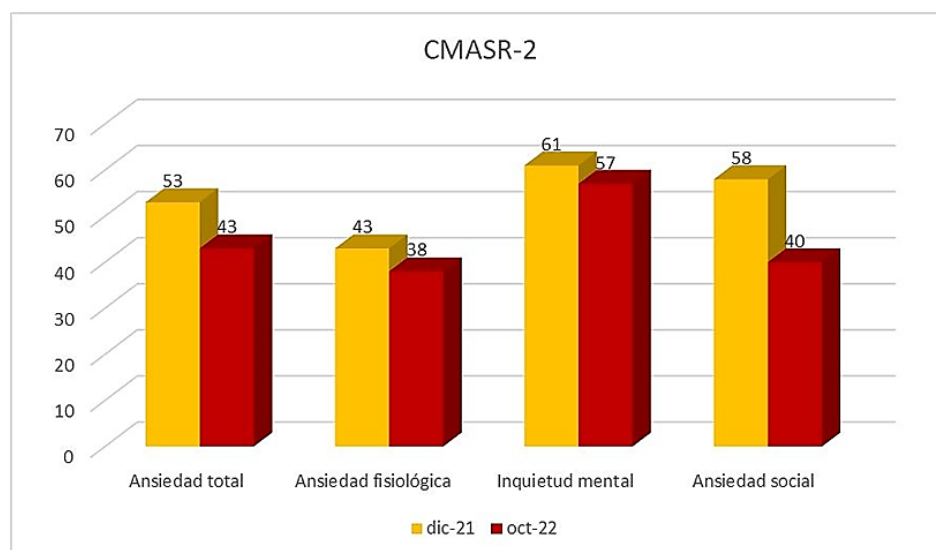
Fuente: Elaboración propia.

Se observa en las puntuaciones la disminución significativa de la sintomatología de ansiedad identificada en el diagnóstico, se erradicaron la

tricotilomanía, el insomnio y la ansiedad fisiológica (Figura 3).

FIGURA 3

Comparación de resultados sobre Ansiedad. Diciembre de 2021 y octubre de 2022



Escala de depresión, CDI para niños. Inventario de Depresión Infantil

diagnóstica Pre y Post tratamiento.

La Tabla 5 muestra el contraste de la valoración

TABLA 5
CDI para niños

Diciembre 2021	Octubre 2022
<ul style="list-style-type: none"> • Depresión total, percentil de 35: Sin sintomatología. 	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión total, percentil de 5: Sin sintomatología. Hubo una disminución significativa en la puntuación de depresión total, lo cual representa la disminución de los síntomas.
<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima, percentil de 30: Autoestima dentro del promedio. *Escala de autoestima negativa: Puntuaciones altas indican falta de autoestima. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima, percentil de 0: Autoestima alta. Mejora significativa en el autoconcepto y autocuidado.
<ul style="list-style-type: none"> • Disforia, percentil de 60. Sugiere cambio de humor rápido y momentáneo; puede oscilar entre irritabilidad, llanto o tristeza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disforia, percentil de 20. No significativo. Disminución notable de la puntuación y del estado disfórico.
<p>*Respondió la prueba tratando de disimular los síntomas que presentaba. Se puede obtener información con algunas respuestas de Ana: “Muchas veces me cuesta dormir; Me preocupa que me ocurran cosas malas; Pienso en matarme, pero no lo haría; Las cosas me preocupan muchas veces”</p>	<p>*Las respuestas mencionadas en la evaluación inicial, se modificaron, obteniendo puntuaciones más bajas.</p>

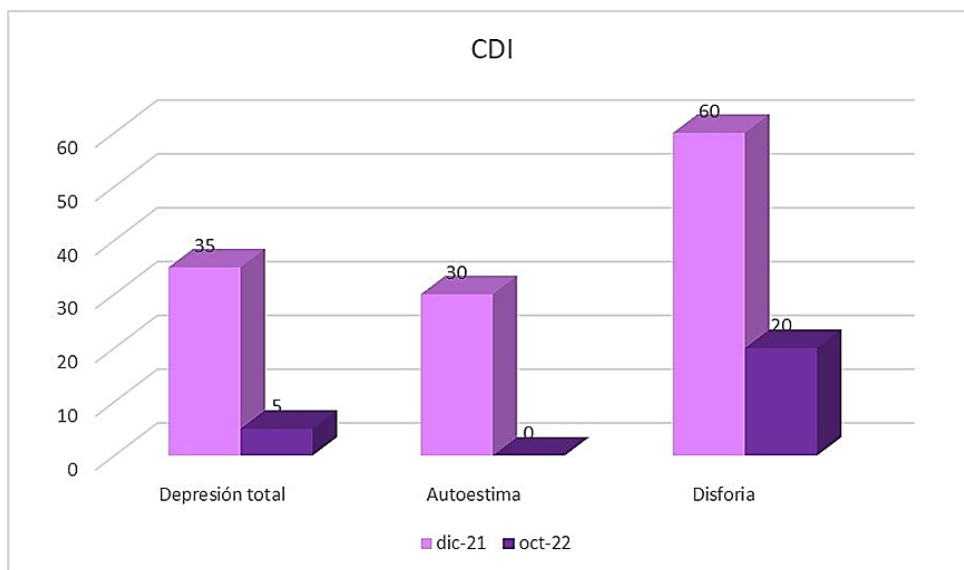
Fuente: Elaboración propia.

En el inventario de depresión la paciente no mostró puntajes alarmantes durante la evaluación inicial, no obstante, a través de los otros instrumentos y de las entrevistas se identificaron los síntomas de insomnio, ideación suicida, inquietud mental y baja autoestima. Por tanto, en la

evaluación final, se obtuvieron puntuaciones más bajas, lo cual implica la Disminución y/o erradicación de los síntomas reportados, lo que se traduce en una mejora significativa en el estado emocional de la paciente (Figura 4).

FIGURA 4

Comparación pre y post de resultados en diciembre de 2021 y octubre de 2022 sobre Depresión



Resultados Cualitativos y Seguimiento

Durante el desarrollo del Plan psicoeducativo con la paciente, se elaboraron 4 Informes descriptivos Mensuales de Seguimiento, en los cuales se recuperan indicadores y evidencias de los síntomas de la paciente a través de registros de observación y narrativos, en interacciones con Ana y con su tutora. Se reporta la evolución de la paciente en 16 sesiones semanales de febrero de 2022 hasta finalizar el tratamiento en julio de 2022.

A continuación, de manera sintética se toman fragmentos representativos de dichos reportes a manera de evidencia.

Informe de seguimiento marzo 2022. Basado en evidencia

“Ana se presenta a sesión con un poco de inquietud y se muestra inhibida al principio. Expresa ansiedad cuando habla sobre experiencias desagradables, mediante inquietud física y algunas conductas. Progresivamente ha disminuido su ansiedad durante las sesiones. Continúa mostrando

inquietud y mucha energía. Ya no presenta conductas como morder su ropa; además ha aprendido a realizar ejercicios de respiración para relajarse. Mantiene buena disposición para realizar las actividades, sin dificultad al seguir indicaciones. Expresa sentirse contenta al acudir a las sesiones, más tranquila y muy motivada por ver a sus hermanas próximamente. Refiere ya no pensar ideas de muerte, ya que se siente mejor y le gusta estar en la Casa hogar, convivir con sus compañeras y con sus cuidadoras.

En la actualidad (marzo, 2022) Ana es consciente de que cuenta con una red de apoyo sólido, lo cual puede traer resultados positivos al tratamiento, ya que se encuentra motivada y se ha adaptado al albergue”.

Informe de seguimiento abril 2022 Basado en evidencia

“Ana ha presentado avances en la sintomatología de ansiedad, al menos durante las sesiones, se muestra más tranquila y sólo en ocasiones se le debe repetir la indicación para que continúe realizando alguna

actividad.

Se ha logrado una relación terapéutica de confianza, Ana identifica el espacio como un lugar seguro, expresa sin dificultad sus emociones. Ha mantenido buena disposición y actitud positiva al realizar las actividades; recuerda con facilidad los temas que, tratados en sesiones anteriores, aún le cuesta aterrizar a su realidad y contexto las estrategias aprendidas, ha mantenido algunas conductas desadaptativas, sobre todo al convivir con compañeras, la ira y la frustración. Sin embargo, logra identificar dichas conductas y reconoce que puede modificarlas.

Reconoce la casa hogar como un lugar seguro en el cual recibe cuidados y atención, identifica vínculos seguros con sus cuidadoras a quienes nombra su red de apoyo.

Se reporta un cambio en la atención psiquiátrica, quedando a cargo de un servicio particular”.

Informe de seguimiento mayo 2022 Basado en evidencia

“Ana continúa respondiendo positivamente al tratamiento, ha disminuido conductas desadaptativas y mantiene una buena actitud al realizar las actividades durante las sesiones. Ha disminuido la ansiedad y continúa expresándose con confianza, lo cual fortalece la relación terapéutica.

El cambio de tratamiento psiquiátrico ha resultado positivo, ha disminuido la desatención e hiperactividad y las conductas disruptivas.

Se reporta la presencia de la madre de Ana en el DIF y la solicitud de su custodia, se autoriza la comunicación con ella a través de videollamadas. Es posible que, ante el cambio en su estructura con la presencia de su madre, pueda surgir confusión o algunas otras emociones, por lo cual es importante que se le brinde el acompañamiento adecuado”.

Informe de seguimiento julio 2022. Basado en evidencia

“Ana presenta avances en su tratamiento, ha mejorado notablemente su estado de ánimo y continúa trabajando en la gestión de emociones.

Conductualmente responde de manera positiva a las estrategias que se implementan en la casa hogar, cumpliendo con lo que se le ha pedido y manteniendo buenas relaciones con sus compañeras y cuidadoras.

Mantiene un apego a los tratamiento psiquiátrico y psicológico, se muestra contenta con la atención que se le brinda.

Por el momento, Ana ha respondido positivamente a la comunicación con su mamá, se ha tratado el tema en las sesiones para que no afecte negativamente su proceso”.

Informe de seguimiento agosto 2022. Basado en evidencia

“Se realiza la conclusión del tratamiento psicológico con Ana, se trabaja en: identificar si ha logrado poner en acción las estrategias aprendidas para tener una adaptación adecuada, así como llevar a cabo conductas de autocuidado.

Durante el tratamiento se mantuvo la comunicación con la psicóloga del DIF, la directora de la Casa Hogar y la encargada de llevar a Ana a sus citas, quienes reportaban los cambios observados, desde su autocuidado y salud física, hasta la mejora de conductas al convivir con sus compañeras y cuidadoras en la casa hogar”.

DISCUSIÓN DEL CASO

La discusión de la intervención clínica de la paciente, referida como "Ana", se fundamenta en la revisión de los objetivos específicos trazados en el plan de trabajo inicial bajo el Modelo Integrativo Sistémico de la Fundación PAS, las valoraciones de inicio y final del tratamiento clínico, y el análisis de

las evidencias cualitativas del trabajo psicoeducativo registradas en bitácoras y registros de observación, además de los reportes de la tutora de la paciente. Al contrastar las valoraciones de inicio y cierre, junto con el análisis cualitativo de las bitácoras y los reportes de tutoría, es posible afirmar que las metas del tratamiento se alcanzaron de manera aceptable, considerando las condiciones y el proceso de atención proporcionado.

La evaluación de estos logros presenta desafíos inherentes, dado que los objetivos terapéuticos se reflejan primordialmente en el desempeño funcional de la paciente dentro de su vida cotidiana. Por esta razón, las evidencias cualitativas se constituyen como los referentes principales para reconocer las habilidades desarrolladas, las cuales, al triangularse con los puntajes de los instrumentos clínicos, permiten estimar tanto la mejoría como las áreas de vulnerabilidad persistentes. Es imperativo comprender estos resultados no como un estado definitivo o concluido, sino como parte de un proceso dinámico influenciado por el desarrollo psicosocial de la paciente en su tránsito hacia la adultez; las huellas del abuso sexual pueden manifestarse en etapas posteriores, requiriendo nuevas formas de atención.

El éxito del caso se cimentó en una convergencia de factores protectores y metodológicos. La colaboración interinstitucional resultó clave, proveyendo los recursos necesarios para una atención integral y un seguimiento articulado. En este contexto, el rol de la Casa Hogar fue determinante para la restitución de derechos, ofreciendo un entorno libre de violencia que permitió a Ana establecer vínculos afectivos seguros. Paralelamente, la formación especializada del equipo clínico y la estructura del Plan de Tratamiento facilitaron la orientación estratégica de las acciones. Ante la ausencia de una red de apoyo familiar segura, la empatía y la sólida alianza terapéutica establecida con la psicóloga fungieron como pilares del tratamiento. Asimismo, la develación del abuso —mediada por la

intervención empática de una docente— y la consecuente denuncia, marcaron un punto de inflexión decisivo, diferenciando este caso de aquellos que permanecen en la oscuridad y carga psicosocial del silencio.

No obstante, el proceso enfrentó limitaciones significativas. La conflictividad y ausencia del núcleo familiar biológico restringieron la participación directa de estos actores, aunque paradójicamente, esta distancia operó también como una oportunidad para alejar a la paciente de un ecosistema nocivo. Finalmente, aunque la figura de la tutora institucional fue un agente clave para el cumplimiento de los requerimientos terapéuticos, el cambio de esta figura hacia el cierre del tratamiento introdujo inconsistencias que prolongaron la etapa de revaloración y conclusión del caso.

La intervención realizada confirma la relevancia del enfoque integrativo y sistémico planteado en la fundamentación teórica. A diferencia de abordajes que se centran únicamente en el individuo, el Modelo de Psicoterapia Integrativa Sistémica permitió abordar el trauma complejo de Ana al incluir la restitución de derechos y el trabajo con el entorno (Casa Hogar) como factores terapéuticos esenciales.

Los resultados coinciden con la literatura (Zarbo et al., 2016, Delgadillo y Arce, 2020, Gómez Pérez et al., 2024) respecto a la importancia de la alianza terapéutica y el entorno seguro. La disminución de la sintomatología depresiva y ansiosa valida la eficacia de combinar la atención psiquiátrica con la psicoterapia y la psicoeducación. Asimismo, se evidencia que la protección legal y la provisión de un entorno libre de violencia (restitución de derechos) son precondiciones necesarias para el éxito clínico, alineándose con la perspectiva de derechos de la infancia discutida inicialmente.

El caso de Ana ilustra cómo la coordinación interinstitucional es vital para superar las barreras burocráticas mencionadas en la introducción. La

intervención no solo reparó el daño psicoemocional, sino que interrumpió la cadena de violencia transgeneracional al separar a la víctima del entorno nocivo y empoderarla con herramientas de autocuidado.

Perspectiva del paciente:

Durante las primeras sesiones Ana, se mostraba muy ansiosa e inquieta, mordía su ropa, se metía los dedos a la boca, algunos de los comentarios que expresaba eran los siguientes:

“Tenía miedo y tristeza, por lo que me pasó”

“Algunas veces he pensado en morirme, el diablo me dice que me mate, el diablo está en mi mente”

“Me gusta estar en la casa hogar, me llevo bien con mis compañeras y tenemos una alberca, aunque a veces me enoja, destruyo cosas, pateo la puerta”

“En las noches no puedo dormir, me da mucho miedo y veo cosas en mi cuarto, me levanto y me quedo despierta”

“No puedo ver a mi mamá ni a mis hermanas y no sé cómo estén mis hermanas, pienso que les puede pasar algo malo”

Una cuidadora encargada en la casa hogar en donde reside Ana, le pidió escribir sobre su experiencia en la Fundación, Ana escribió lo siguiente:

“A LA FUNDACIÓN PAS:

Yo, (Ana), quiero platicarles como me fue con la psicóloga:

Platicábamos sobre el cuerpo de un hombre y una mujer, sobre sus partes íntimas y como cuidarlo. Me enseñaba que no dejara que nadie tocara mis partes íntimas, que siempre estaba ahí para mis momentos difíciles y mis emociones.

Jugábamos memorama, plastilina y hacia monitos, animales con plastilina. Dibujaba mi cuerpo y un mono y muchas cosas.

Ella era muy buena, amable y linda conmigo. El lugar me gustaba porque hacíamos juegos y ponía música para relajarme. Ahora en la casa hogar estoy bien, me ha ayudado Bety y la he amado mucho. A las dos las amo.”

Consentimiento informado:

De acuerdo con el Código ético del psicólogo y sobre el uso de los datos personales por Fundación PAS, antes de comenzar la valoración, se explicó el proceso de intervención a la tutora que acompaña a la paciente, quién firmó un consentimiento autorizando los procedimientos de la institución.

CONCLUSIONES

La sistematización del presente caso clínico permite dilucidar la trascendencia de constituir redes de apoyo sólidas y estables para la recuperación de niñas, niños y adolescentes que han atravesado experiencias de abuso y maltrato. La evidencia recabada demuestra que la restitución efectiva de derechos en escenarios de violencia es posible únicamente a través de un trabajo conjunto e integrado. Este éxito se cimentó en la articulación entre instituciones del Estado (Procuraduría, DIF, SALME) y el apoyo de particulares, destacando el rol crítico de cada actor: desde la intervención docente que facilitó la develación del abuso sexual infantil, hasta las medidas de protección y asilo brindadas por la Casa Hogar, lo cual permitió detener la victimización y ofrecer un entorno de desarrollo sano.

En lo concerniente a la metodología clínica, el proceso arrojó evidencias positivas sobre la eficacia y relevancia del Modelo de Atención de la Fundación PAS para el abordaje de casos graves de violencia sexual. La implementación de un enfoque multidisciplinar, sustentado en perspectivas sistémicas y de derechos de la infancia, posibilitó el despliegue de estrategias potentes capaces de atender las múltiples dimensiones afectadas en la

vida de la sobreviviente. A su vez, este ejercicio reafirma la importancia de analizar y sistematizar los casos atendidos como una acción afirmativa indispensable para la mejora continua de los servicios y la protección de derechos en organizaciones especializadas.

Finalmente, las implicaciones de este análisis trascienden el ámbito clínico para interpelar a las políticas públicas. Se evidencia la urgente necesidad de posicionar las violencias contra NNA como un asunto prioritario de salud pública y responsabilidad social, que debe ser abordado mediante la participación colectiva de todos los actores implicados. Para disminuir las condiciones de vulnerabilidad que propician el maltrato, es imperativo mantener esfuerzos permanentes de sensibilización, capacitación y orientación en los servicios de apoyo. La prevención del abuso exige, en última instancia, un compromiso ético que rebase las respuestas legales o institucionales, promoviendo una educación social que garantice el desarrollo integral, fomente el diálogo abierto y construya entornos donde la infancia sea valorada y protegida.

En conclusión, la sistematización de este caso demuestra que la recuperación de víctimas de ASI es posible mediante una red de apoyo sólida. La intervención multidisciplinar (psicología, trabajo social, derecho, psiquiatría) y la colaboración entre el Estado y la sociedad civil (Fundación PAS) fueron determinantes.

Se destaca la importancia de la detección temprana en el entorno escolar y la necesidad de políticas públicas que garanticen la atención integral, no solo la persecución del delito. El modelo utilizado probó ser efectivo para la restitución de la salud mental y los derechos fundamentales de la paciente, ofreciendo una ruta replicable para la atención de casos similares.

Agradecimientos:

Un reconocimiento a todos los colaboradores que intervinieron en el proceso de atención del presente

caso, entre quienes destacan: la Procuraduría de protección NNA, Sistema DIF Jalisco, las instituciones patrocinadoras de la atención clínica, la Casa Hogar, el Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME), Dr. B Varelas B-Paidopsiquiatra, profesionales de Fundación PAS, Mtra. Fabiola Cervantes C (Coord. de Atención Clínica), Mtro. Fernando Urzúa A. (Evaluación y Diagnóstico), Mtra. Rosario González H, Asesora de investigación y coautora del artículo.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener algún conflicto de intereses para la elaboración de este artículo. Asimismo, Fundación PAS, fue debidamente informada sobre el contenido y los objetivos del estudio, y manifestó su conformidad con la difusión de la información presentada.

REFERENCIAS

- Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV). (2015). *Diagnóstico nacional de violencia sexual en México*. Gobierno de México.
<https://www.gob.mx/ceav/documentos/primer-diagnostico-sobre-la-atencion-de-la-violencia-sexual-en-mexico>
- Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, (CEAV). (2016). *Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes: Cartilla de derechos de las víctimas de violencia sexual infantil* (2.^a ed.). Gobierno de México.
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/CartillaCEAV.pdf>
- Delgadillo, L. y Arce, J. (Comps.) (2020). *Abuso sexual infantil en México. Un abordaje interdisciplinario*. Universidad Autónoma del Estado de México.
https://catedraunesco.uaemex.mx/media/attachments/2024/10/28/abuso_sexual_infantil_en_mexicolibroelec.pdf.

- Díaz Ibarra, E. A., Abella Pinzón, J. A., y Medina, Y. F. (2023). Metodología: cómo realizar un informe de caso o informe de serie de caso. *Revista Colombiana de Reumatología*, 30(2), 129-136.
<https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2021.05.022>
- Durán, N. M. (2015). *La ética del cuidado: Una voz diferente*. Fundación Universitaria Luis Amigó.
- Durrant, M., y White, C. (2002). *Terapia del abuso sexual*. Gedisa.
- Fernández-Pinto, I. S. S. (2015). *SENA, Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual de aplicación, corrección e interpretación*. TEA Ediciones.
- Finkelhor, D. (2005). *Abuso sexual al menor: causas, consecuencias y tratamiento psicosexual*. Pax.
- Fundación PAS (2018). *Modelo de intervención psicológica* [Documento interno no publicado].
- Fundación PAS (2022). *Indicadores de análisis del abuso sexual en Niños, Niñas y Adolescentes 2020-2021*. [Documento interno no publicado].
- Gómez Pérez, M. A., Torres, A. B. y López, R. M. (2024) Abuso sexual infantil: Una década de aproximaciones a su estudio e intervención. En M. A. Gómez et al. *Un Secreto en varias voces. Rutas clave en el Acompañamiento de personas que han vivido abuso sexual*. Fundación Pas.
- Gómez Masana, M. y Etxeberria Ibáñez, Y. (2021). 50 años de Psicoterapia Relacional Integrativa. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 1-5. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.481>
- González Serratos, R. (2009). *Infancia rota*. En *Una mirada a la ciencia*. Universidad Autónoma de México. http://www.unamiradaalaciencia.unam.mx/la_prensa/consulta_prensa_pdf.cfm?vArchivoPrensa=135
- Hegel, G. W. F. (2010). *Fenomenología del espíritu*. Universidad Autónoma de Madrid/Abada.
- Kovacs, M. C. (2012). *Inventario CDI: Inventario de depresión infantil*. Paidós.
- Organización Mundial de la Salud y UNICEF. (2019). *Informe anual 2019*. <https://www.unicef.org/mexico/media/4256/file/Informe%20anual%202019.pdf>
- Organización Mundial de la Salud y UNICEF. (2020). *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia contra los niños 2020*. <https://www.unicef.org/cuba/informes/informe-sobre-la-situacion-mundial-de-la-prevencion-de-la-violencia-contra-los-ninos-2020>
- Red por los Derechos de la Infancia en México (REDIM). (2023a). *Informe alternativo*.
- Red por los Derechos de la Infancia en México (REDIM). (2023b). *Violencia sexual contra la niñez y la adolescencia en México (2019-2022)*. <https://blog.derechosinfancia.org.mx/2023/06/21/violencia-sexual-contra-la-ninez-en-mexico-2019-2022/>
- Reynolds, C. R., y Richmond, B. O. (2008). *CMASR-2: Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada*. El Manual Moderno.
- Riley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Et Al Aronson, J. K., Schoen-Angerer, T. von, Tugwell, P., Kiene, H., Helfand, M., Altman, D. G., Sox, H., Werthmann, P. G., Moher, D., y Gagnier, J. J. (2017). *Guía CARE para informes de casos: documento explicativo y de elaboración*. *Revista de Epidemiología Clínica*, 89, 218-235.
<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>
- Secretaría de Salud. (2023). *Guías diagnósticas de salud mental: trastorno mixto ansioso depresivo*. https://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/salud/2trastorno_mixto.pdf
- Sullivan, D., y Everstine, L. (1997). *El sexo que se calla*. Pax.
- Zarbo, C., Tasca, G. A., Cattafi, F., y Compare, A. (2016). *Integrative psychotherapy works*. *Frontiers in Psychology*, 6, 2021.
<https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2015.02021/full>