

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**"IDENTIFICACIÓN DE LOS COMPONENTES QUE APARECEN CON MÁS FRECUENCIA EN
LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DE ABUSO SEXUAL INFANTIL EN NIÑOS DE 6 A 12
AÑOS."**

TESIS DE GRADO

MAYTI ALEJANDRA GÁLVEZ SOTO
CARNET 10077-10

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, DICIEMBRE DE 2015
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**"IDENTIFICACIÓN DE LOS COMPONENTES QUE APARECEN CON MÁS FRECUENCIA EN
LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DE ABUSO SEXUAL INFANTIL EN NIÑOS DE 6 A 12
AÑOS."**

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR
MAYTI ALEJANDRA GÁLVEZ SOTO

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, DICIEMBRE DE 2015
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANA: MGTR. MARIA HILDA CABALLEROS ALVARADO DE MAZARIEGOS
VICEDECANO: MGTR. HOSY BENJAMER OROZCO
SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY
DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. GEORGINA MARIA MARISCAL CASTILLO DE JURADO

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

MGTR. CESAR WENCESLAO LOPEZ GOMEZ

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

LIC. LESLIE AGUSTIN SEHEL VELA

Guatemala 25 de noviembre de 2015

Señores Miembros del Consejo.
Facultad de Humanidades
Universidad Rafael Landívar.

Estimados Señores del Consejo:

Atentamente me dirijo a ustedes para someter a su consideración el trabajo de tesis de la estudiante Mayti Alejandra Gálvez Soto, con carné 1007710, cuyo título es "Identificación de los componentes que aparecen con más frecuencia en los programas de tratamiento de abuso sexual infantil en niños de 6 a 12 años"

He asesorado y revisado el trabajo de investigación de la estudiante y considero que reúne satisfactoriamente los requisitos necesarios que la facultad requiere.

La estudiante Gálvez presenta un estudio bibliográfico de gran aporte para la ciencia psicológica sobre un tema que es vigente y que necesita constantes revisiones y propuestas. Los resultados ofrecen como producto una propuesta bien planteada en base al exhaustivo estudio de documentos de expertos. Sin lugar a dudas esta investigación se convierte en una propuesta innovadora y de gran utilidad

En espera de su resolución me es grato suscribirme con muestras de consideración y respeto.



Lic. César W. López Gómez.
Psicólogo
Colegiado 002



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante MAYTI ALEJANDRA GALVEZ SOTO, Carnet 10077-10 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 05478-2015 de fecha 10 de diciembre de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

"IDENTIFICACIÓN DE LOS COMPONENTES QUE APARECEN CON MÁS FRECUENCIA EN LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DE ABUSO SEXUAL INFANTIL EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS."

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 10 días del mes de diciembre del año 2015.



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala
Facultad de Humanidades
Secretaría de Facultad

Irene Ruiz Godoy

MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY, SECRETARIA
HUMANIDADES

Universidad Rafael Landívar

ÍNDICE

RESUMEN.....	7
I. Introducción.....	8
1.1 Violencia.....	17
1.2 Tipos de Violencia.....	19
1.2.1 La violencia autoinflingida.....	19
1.2.2 La violencia interpersonal.....	19
1.2.3 La violencia colectiva.....	19
1.2.4 La violencia física.....	20
1.2.5 La violencia sexual.....	20
1.2.6 La violencia psicológica.....	21
1.2.7 Negligencia.....	21
1.3 Violencia Infantil.....	22
1.4 Abuso Sexual en niños.....	24
1.5 Consecuencias del abuso sexual infantil.....	27
1.5.1 Consecuencias en niños de pre escolar.....	29
1.5.2 Consecuencias en niños en edad escolar.....	29
1.6 Repercusiones a largo plazo del abuso sexual infantil.....	30
1.7 Programas de tratamiento de abuso sexual infantil.....	30
II. Planteamiento del Problema.....	38
2.1 Objetivos.....	41
2.1.1 Objetivo General.....	41
2.1.2 Objetivos Específicos.....	41
2.2 Elementos de estudio.....	41
2.3 Definición de los elementos de estudio.....	42
2.3.1 Definición Conceptual.....	42
2.3.2 Definición Operacional.....	42
2.4 Alcances y Límites.....	43
2.5 Aporte.....	43
III. Método.....	45
3.1 Unidades de Análisis.....	45
3.2 Instrumento.....	46
3.3 Procedimiento.....	47
3.4 Diseño de Investigación.....	48
IV. Presentación de Resultados.....	49
4.1 Fichas Bibliográficas.....	49
4.2 Lista de Cotejo.....	54
4.3 Programa de tratamiento de abuso sexual infantil.....	179
V. Discusión de Resultados.....	294
VI. Conclusiones.....	296
VII. Recomendaciones.....	298
VIII. Referencias.....	300
Anexos.....	303

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo el identificar los componentes que aparecen con más frecuencia en los programas para el tratamiento del abuso sexual infantil en niños de seis a doce años, la jerarquización con base en la frecuencia con la que aparecen y la propuesta de un programa de tratamiento basado en los componentes encontrados. El diseño del estudio fue de tipo documental, es decir que se seleccionó y analizó una serie de libros y artículos relacionados con el tema.

Para el análisis de la información se realizaron fichas bibliográficas y listas de cotejo, dentro de las cuales se pudieron delimitar los componentes esenciales de cada programa de tratamiento así como la frecuencia con la que aparecen en cada uno de ellos. Con la información recopilada, se elaboró un programa que aborda desde una perspectiva psicológica el abuso sexual en niños y que tomó en consideración los principales resultados del estudio.

Dentro de los programas de tratamiento existentes se hace especial énfasis en las estrategias y técnicas a utilizar dentro de la sesión, el papel que el terapeuta debe desempeñar, las distintas modalidades de terapia, los objetivos de la misma, la evaluación que debe aplicarse al menor y las personas que deben participar en la terapia. Se recomienda que el programa propuesto sea ejecutado para identificar su eficacia y que pueda servir como un instrumento de apoyo para el tratamiento adecuado de los niños víctimas de abuso sexual.

I. INTRODUCCIÓN

Al hablar de violencia son diversas las imágenes o palabras que acuden a la mente de una persona. Puede ir desde golpes y gritos, hasta el negarse a satisfacer las necesidades básicas de una persona. Herrera (como se citó en Sinibaldi, 2014) estableció que ante la palabra violencia, el tamaño de red semántica de términos evocados en los sujetos encuestados fue de 248 palabras, y se observó que la palabra con mayor significado (peso semántico) fue “muerte/muertes/matar/morir” (Sinibaldi, 2014, pp. 5).

Sin embargo, no es necesario que exista una muerte para determinar que la persona es víctima de violencia. De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003), se entiende como violencia el uso intencionado de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

Esta definición incluye de manera general todos los actos que pueden clasificarse como violentos, pero también habla de sujetos, los cuales pueden incluso ser niños. De acuerdo a Cantón y Cortés (2004), ha sido difícil llegar a una definición del maltrato infantil. Consideran que a pesar de que el abuso infantil ha existido siempre, ha sido en los últimos 150 años que ha emergido como un problema social; y es desde ésta perspectiva social que el maltrato infantil se puede definir como aquellas conductas parentales que interfieren o que pueden interferir negativamente en el desarrollo del niño (pp. 2-6).

La Comisión Nacional Contra el Maltrato Infantil (CONACMI, s.f.) establece que en muchos hogares guatemaltecos se viven episodios de violencia intrafamiliar ya sea de una manera sistemática o periódica, lo que afecta fundamentalmente a las mujeres y a los niños y adolescentes. Se ha comprobado que en muchas ocasiones cuando la agresión está dirigida a la pareja, también se pueden presentar casos de maltrato o abuso hacia otros integrantes del grupo familiar. En efecto, frente a situaciones de

desequilibrio en el grupo familiar, muchas veces los niños y adolescentes suelen ser una de las víctimas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) define de forma más específica el término de maltrato infantil como los abusos y la desatención de los que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

De los tipos de violencia o las formas en las que se puede dar, mencionadas en las definiciones anteriores, la Fundación Save the Children (2012) considera al abuso sexual infantil como la forma más grave de violencia contra la infancia ya que conlleva efectos devastadores en la vida de los niños y las niñas que lo sufren.

En un estudio realizado en Nicaragua por el Centro de Investigación en Demografía y Salud (como se citó por UNICEF, 2009) se constata que, el 68% de abusos sexuales ocurren en los hogares y en el 90% de casos, los perpetradores más frecuentes de abusos contra adolescentes son el padre, padrastro, vecino, tío, primo, hermanos o el novio. Solo en el 10% de los casos el perpetrador era desconocido (p. 7).

Estas cifras se ven reducidas e incluso, puede que no se acerquen a la realidad debido a la falta de denuncia que hay sobre el tema. De acuerdo a Angelou (2008) en Guatemala se dificulta encontrar datos exactos acerca de este fenómeno debido a la poca conciencia acerca del tema y el temor de los guatemaltecos de enfrentar los problemas relacionados con la sexualidad. Sin embargo, la CONACMI reportó un repunte de casos de abuso sexual infantil en el 2007, con 120 casos denunciados.

El abuso sexual infantil es una realidad y es vivido por un gran porcentaje de los niños y niñas alrededor del mundo. Debido a esto, resulta importante que existan medidas y formas de tratamiento ante tal situación pues como ya se mencionó, todo tipo de violencia repercute en el desarrollo y en la vida de la persona violentada.

Por ello, el presente estudio tiene como objetivo identificar los componentes que aparecen con más frecuencia en los programas para el tratamiento del Abuso Sexual Infantil en niños de 6 a 12 años. Con esto se podrá hacer una jerarquización de los mismos para proponer un programa de tratamiento que se ajuste a las necesidades de la población.

Alrededor del abuso sexual infantil, existen diversos estudios nacionales que permiten identificar la necesidad de tratar este tema.

Azurdia (2012) se planteó el objetivo de determinar qué aspectos conocían los estudiantes de cuarto año de psicología clínica de la Universidad Rafael Landívar sobre abuso sexual infantil. Trabajó con 33 estudiantes de jornadas matutina y vespertina, para realizar una investigación cuantitativa y con ocho estudiantes de ambas jornadas de estudio para realizar una investigación cualitativa para complementar los resultados cuantitativos. Aplicó un cuestionario de 20 enunciados, dividido en dos secciones. En la primera sección se usaron 11 preguntas de respuesta múltiple y en la segunda sección se usaron 9 preguntas de falso-verdadero. Los resultados fueron graficados y explicados. Además, se entrevistó en una sesión a cada uno de los 8 estudiantes elegidos por medio de un muestreo no probabilístico, el muestreo de sujeto-tipo. Se realizaron descripciones de casos y esquemas con base en las transcripciones de las entrevistas. Se concluyó que los estudiantes en psicología clínica conocen en qué consiste el abuso sexual infantil y las edades de las víctimas de este abuso. Muestran dificultad para identificar los tipos de este abuso, aunque sí conocen los tipos de indicadores que se consideran para determinar si hay abuso sexual infantil. Los estudiantes al tener opciones, logran identificar los síntomas físicos, conductuales y sexuales que manifiestan las víctimas. Por otro lado, conocen los sentimientos que presentan las víctimas. Tienen conocimiento sobre las falsas creencias que se manejan acerca del tema, aunque ellos también manejan algunas de estas creencias como verdades. Además, los estudiantes tuvieron dificultad en poder señalar cuáles eran o no consecuencias de este tipo de abuso. En el aspecto de tratamiento, los estudiantes conocen el rol del terapeuta y diferentes objetivos. Sin embargo, no tienen claro que

áreas o técnicas utilizar para trabajar con los niños abusados sexualmente. Por lo anterior se propuso un taller para instruir a los estudiantes de psicología sobre abuso sexual infantil.

Por otro lado, Maldonado (2012) realizó una investigación sobre las secuelas emocionales en adultos jóvenes abusados sexualmente en su infancia. El objetivo del estudio fue el de establecer dichas secuelas en esa población. El estudio se llevó a cabo por medio de una investigación cualitativa. La muestra estuvo conformada por 5 mujeres, comprendidas entre las edades de 23 a 30 años, dos de ellas referidas por la Fundación Sobrevivientes y el resto por clínicas privadas. Las participantes de la investigación se seleccionaron por medio de la técnica de muestreo no probabilístico de casos-tipo. Para la recaudación de la información se utilizó como instrumento una entrevista semiestructurada, elaborada por la investigadora y validada por expertos. Se analizaron los datos por medio de tablas de indicadores y matrices de sentido, y se discutieron los resultados. Se concluyó que las secuelas principales del abuso sexual infantil que se manifiestan en las participantes son un estado de disforia persistente caracterizado por la tristeza, la ansiedad e irritabilidad, los deseos de hacerse daño o dañar a otros, el miedo y la dificultad para expresar o recibir sentimientos de ternura e intimidad. Se hizo evidente también que el indicador referente a los sentimientos de irrealidad no se manifiesta en ninguna de las historias de los cinco casos con los que se realizó el estudio.

Llamas (2011) también se enfocó en secuelas a largo plazo en víctimas de abuso sexual infantil. Dicha autora se planteó el objetivo de conocer cómo se manifestó el síndrome de acomodación en mujeres que fueron víctimas de abuso sexual en la infancia y asistieron a psicoterapia al Centro Landivariano de Práctica y Servicios Psicológicos. Se trabajó con 8 mujeres víctimas de abuso sexual en la infancia. Al momento en que se realizó la investigación las edades de ellas oscilaban entre los 18 y 35 años de edad. Se seleccionó a los sujetos a través de la referencia de las terapeutas y se utilizó la técnica del muestreo no probabilístico llamada casos-tipo. Esta investigación fue de tipo cualitativo y se fundamentó más en un proceso inductivo pues buscaba explorar y describir. Se utilizó una entrevista semiestructurada, que tomó en

cuenta los indicadores de: secreto, desprotección, atrapamiento y adaptación, revelación tardía, conflictiva y poco convincente y retractación; todos parte del síndrome de acomodación. Esta entrevista se aplicó a los sujetos de estudio de manera individual, dentro de las instalaciones del centro mencionado. Con base a los resultados se concluyó que todas las mujeres víctimas de abuso sexual en la infancia, mantuvieron el secreto por un tiempo. Lo hicieron por vergüenza, culpa y miedo a las amenazas verbales y de muerte hacia la víctima o algún familiar. Varias de los sujetos se sintieron desprotegidas antes y después que comunicaron el abuso, no recibieron apoyo y tampoco se les creyó. Por el contrario, otras se sintieron comprendidas y apoyadas. Algunas realizaron intentos de suicidio al sentirse vulnerables y no poder detener el abuso, mientras que otras buscaron unirse a una pareja o bien utilizaron algún distractor como medio de sobrevivencia. En la mayoría de los sujetos el abuso sexual generó sentimientos de miedo, odio, rencor y asco. Asimismo, la revelación del abuso se dio después de varios años y en algunos casos ésta fue conflictiva ya las personas dudaron de la veracidad de la revelación. Ante ésta situación, algunas tuvieron ideas de negación del abuso. La autora refiere que, esta experiencia marcó la vida de las víctimas, las cuales tuvieron que afrontar dificultades a nivel sexual, inseguridad en sí misma y desconfianza en los otros.

Enfocado más en el tratamiento de dicho problema, Zeissig (2006) se planteó el objetivo de reducir los síntomas del trastorno por estrés postraumático, mediante la aplicación del tratamiento grupal de la Dra. Gioconda Batres para el incesto y abuso sexual infantil, en niñas de 11 y 12 años que residen en el centro de rehabilitación psicosocial Comunidad de Alianza. La muestra estuvo conformada por 5 niñas entre los 11 y 12 años de edad que residen en un centro de rehabilitación psicosocial, quienes en algún momento de su vida habían sufrido incesto o abuso sexual infantil y que, a causa de esto, presentaban síntomas del trastorno por estrés postraumático. Al final del tratamiento se concluyó con cuatro casos. Para llevar a cabo la investigación, se solicitó al Child Trauma Institute, el instrumento a utilizar el cual fue la Escala Sintomática del Trastorno por Estrés Postraumático para Niños, que tiene como objetivo medir los síntomas más importantes de dicho trastorno y establecer su diagnóstico. Se tuvo una entrevista individual con cada una de las niñas y se aplicó el pretest para medir la

variable dependiente. El tratamiento estuvo formado por 14 sesiones las cuales fueron aplicadas dos veces por semana con duración de una hora cada una. Al terminar el tratamiento, se procedió a aplicar el postest. En los resultados obtenidos en el estudio, pudo observarse que los síntomas del trastorno por estrés postraumático sí disminuyeron después de aplicado el tratamiento, lo que demuestra que el Tratamiento Grupal para el Incesto y Abuso Sexual Infantil de Gioconda Batres, sí es efectivo para tratar este tipo de trastorno.

Por otro lado, Tello (2004) se planteó el objetivo de crear un programa integral para prevenir el abuso sexual e incesto dirigido a niños y niñas en edad preescolar y padres de familia. Como elementos de estudio toma diversos textos relacionados con abuso sexual e incesto que abordan el tema desde perspectivas de género sensitivas, abuso sexual e incesto en la infancia para delimitar los diferentes aspectos que debe abordar un programa de prevención. Se realizó una revisión bibliográfica y una investigación de tipo documental y se concluyó con un programa de prevención que incluye el conocimiento, cuidado y comprensión de la propiedad del cuerpo, determinación de los órganos sexuales, reconocimiento, identificación y aceptación de las propias emociones y sensaciones agradables y desagradables, reconocimiento de situaciones de riesgo, secretos y amenazas, estrategias de acción ante situaciones de riesgo, secretos y amenazas, fuentes de ayuda y regla de oro (decir NO con fuerza, alejarse y contarlo), conocimiento y comprensión del abuso sexual y el incesto, identificación de posibles abusadores, cierre y reforzamiento de lo aprendido con un abordaje género sensitivo.

Internacionalmente, también existen estudios alrededor del tema de abuso sexual infantil, por lo que a continuación se citarán algunos.

Pereda, Polo y Navales (2004) realizaron un estudio en España con el objetivo de describir las características principales que presenta la población atendida en el Centro de Asesoramiento y Atención a menores víctimas de abusos sexuales. Se realizó un estudio descriptivo que mostró la frecuencia del abuso sexual, la dificultad de su descubrimiento durante su infancia, sus consecuencias más comunes, así como la reacción del entorno de la víctima ante su revelación. Para ello se utilizaron los

testimonios de 385 personas víctimas de abuso sexual durante su infancia. A través el análisis de dos muestras de usuarios del centro (adultos y menores) los datos sugieren que el abuso es un fenómeno frecuente y con secuelas psicológicas que, en muchos casos, perduran hasta la edad adulta. Además, establecieron que el tipo de abuso más frecuente son los tocamientos, produciéndose típicamente en más de una ocasión. En cuanto a los síntomas psicológicos, el retraimiento, síntomas de depresión y ansiedad y los problemas en la relación sexual son los más frecuentes. Ante la revelación o el descubrimiento, el rechazo y la escasa cooperación suelen ser las respuestas más percibidas.

Pereda (2009) enfocó su estudio en las consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. Dicho estudio se llevó a cabo en España y como objetivo se planteó el ofrecer una revisión actualizada de los principales indicadores psicológicos o consecuencias psicológicas iniciales encontradas en los estudios nacionales e internacionales llevados a cabo con víctimas de abuso sexual infantil. Se clasificaron los distintos síntomas en cinco categorías: problemas emocionales, problemas cognitivos, problemas de relación, problemas funcionales y problemas de conducta. Los resultados mostraron la diversidad de consecuencias psicológicas asociadas a la experiencia de abuso sexual infantil, lo que impidió establecer un síndrome o un conjunto de síntomas característicos de este tipo de víctimas que facilite su detección. Con base en éstos resultados, el autor considera necesario que los profesionales conozcan en profundidad este tipo de problemáticas, lo que influirá positivamente en la pronta detección de estos casos y en una intervención efectiva con este tipo de víctimas.

Vitriol (2005) también se enfoca en las consecuencias del abuso infantil, pero lo relaciona con la psicopatología adulta. En un estudio realizado en Chile trató de determinar una relación entre la presencia de algún tipo de psicopatología en la edad adulta, con la experiencia de abuso en la infancia. Su estudio fue descriptivo, correlacional y de corte transversal. En éste se aplicó la escala de trauma infantil de Marshall a 173 mujeres del servicio de psiquiatría del hospital de Curicó. Se correlacionaron los antecedentes traumáticos infantiles con los diagnósticos del Eje I y los diagnósticos probables del eje II según el DSM-IV. En los resultados se obtuvieron

correlaciones directas, estadísticamente significativas entre las variables abuso de sustancias y los antecedentes de alcohol, castigo físico y contacto sexual forzado; los trastornos depresivos con los antecedentes de alcohol y castigo físico; los probables trastornos de personalidad con los sucesos traumáticos, como el contacto sexual forzado, violencia intrafamiliar, alcohol y castigo físico. Regresiones logísticas se lograron establecer entre los diagnósticos probables del Eje II con los sucesos traumáticos contacto sexual forzado y alcohol. En conclusión, establece que los resultados de este estudio, si bien deben ser considerados como una primera aproximación, son compatibles con las investigaciones actuales y se orientan a la existencia de un perfil de paciente con historias de trauma infantil de frecuente consulta en la atención psiquiátrica. Además, considera que para una mayor comprensión de esta temática, se requieren estudios con instrumentos estandarizados, grupo control y estudios prospectivos que permitan profundizar la búsqueda de este perfil de paciente cuyas manifestaciones pudiesen ser comprendidas a través del paradigma del trauma.

Ortega, Orgaz y López (2012) establecieron establecieron en Salamanca, España que algunas conductas sexuales infantiles se asocian a experiencias de abuso sexual, pero ninguna de forma inequívoca y es posible que por ello los profesionales apliquen criterios no fundamentados y muestren sesgos personales al detectar y notificar posibles abusos. Para comprobarlo, aplicaron un método experimental de viñetas basado en la Encuesta Factorial con el que presentaron a 974 profesionales españoles e hispanoamericanos de seis ramas (Psicología, Educación, Salud, Servicios Sociales, Justicia y Fuerzas del Orden) situaciones hipotéticas de conducta sexual prepuberal (con variación de sexo, edad del prepúber y tipo de conducta) y se pidió valorar: a) si creen que indican abusos, y b) si denunciarían en las instituciones. También midieron factores sociodemográficos, académico-profesionales y actitudinales. Según los análisis, las sospechas de abuso dependen más de factores personales, y la intención de notificar, de factores situacionales. El principal criterio adoptado es el tipo de conducta realizada, de forma que las muestras de agresividad sexual y conocimiento sexual precoz tienen más probabilidad de sugerir abusos y ser notificadas. La actitud hacia la sexualidad parece generar sesgos, dado que los profesionales más erotofóbicos tienen más probabilidad de tener sospechas. En todo caso, concluyeron

que ninguna conducta sexual infantil se interpreta como evidencia de abusos sexuales.

Asimismo, Mariscal y Gutiérrez (2003) hicieron énfasis en la prevención de dicho problema y realizaron un estudio en Bolivia en el que propusieron un programa integral de prevención del abuso sexual infantil dirigido a niños de cuatro a cinco años, sus padres y educadoras. El mismo fue desarrollado a través del uso de una metodología cualitativa para detectar factores de riesgo en una primera aproximación a víctimas y denunciantes de abuso sexual infantil en una instancia pública. Estos resultados fueron complementados con la revisión bibliográfica de programas existentes. El programa diseñado fue aplicado con una población en riesgo. A partir de los resultados obtenidos, concluyó que es importante enfatizar en la propiedad del cuerpo y los genitales, identificación y aceptación de las propias sensaciones (agradables o desagradables), identificación de caricias positivas y negativas, situaciones de riesgo y conductas de aviso, abuso sexual y posibles abusadores, secretos y amenazas, fuentes de ayuda, estrategias de acción frente a posibles situaciones de abuso.

De dichas investigaciones cabe resaltar que, a pesar de que en cierta medida se conoce del tema, aún existe ignorancia respecto a cómo deben abordarse los casos de abuso sexual, tanto en adultos como en niños. Es evidente que existen síntomas comunes en las víctimas de abuso como la disforia, tristeza, ansiedad, irritabilidad, incapacidad de dar y recibir ternura o incluso de mantener relaciones íntimas; y es igualmente común que muchas de las víctimas decidan mantener en secreto dicha situación por culpa o miedo. Por ello, se hace importante que el terapeuta sea capaz de reconocer los síntomas para poder detectar víctimas e intervenir de manera pertinente pues es comprobado que luego de recibir un tratamiento terapéutico adecuado, los síntomas disminuyen.

Por esto, se torna importante la revisión bibliográficas de ciertos temas para comprender mejor el problema que supone el abuso sexual infantil y sobretodo, el fenómeno de la violencia.

1.1 Violencia

Como se mencionó anteriormente, de acuerdo a la OPS (2003) se entiende como violencia el uso intencionado de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

Del mismo modo, dicha organización considera que esta definición de violencia cubre una gama amplia de consecuencias, entre ellas los daños psicológicos, las privaciones y las deficiencias del desarrollo. Además, lleva implícitos aspectos de la violencia que no se detallan explícitamente, como que esta se puede dar en público o privado, ser reactiva (en respuesta a acontecimientos anteriores) o activa (decisiva para lograr resultados para el agresor) y si tiene carácter delictivo o no.

De acuerdo a Sinibaldi (2014),

“Mientras la intención de una conducta tenga como finalidad controlar a otra persona, se está frente a un fenómeno de violencia. Aún cuando ese dominio se adquiera a través de causar un daño al otro, su finalidad principal será lograr el control” (p. 143).

Dicho autor, además analiza la violencia desde diversas teorías, las cuales se explicarán a continuación.

Desde el enfoque de la teoría funcional, la violencia es el medio por el cual se llama la atención sobre la disfunción de un sistema social, organización o relación por medio de actos disruptivos. Por otro lado, desde la teoría estructural Sinibaldi (2014) comenta que “la violencia es una respuesta a las situaciones de estrés que resulta difícil controlar debido a la desigualdad en la estructura social, que se refleja en el núcleo familiar” (pp. 43-44).

Dentro de la cultura de la violencia, se considera que esta forma parte del fenómeno de socialización, al ser una respuesta social aprehendida dentro de los individuos que forman parte de un grupo social determinado hasta que llegan a constituirse socialmente como fenómenos, no solo esperables, sino como la forma de actuar de dicho grupo (Sinibaldi, 2014, p 45).

Desde la perspectiva de la Psicología Social, Myers (2005) establece que el aprendizaje influye en la agresión en las personas. Por experiencia y por observación de los demás, la persona aprende que la agresión trae dividendos y aprende de la recompensa de la propia agresión. Bandura (como se citó en Myers, 2005) propuso la teoría del aprendizaje social de la agresión. Establece que las personas aprenden la agresión no sólo por experimentar sus beneficios, sino también al observar a otros. Como la mayoría de las conductas sociales, se aprende la agresión al mirar a otros y sus consecuencias; y la vida expone constantemente a modelos de agresividad en la familia, subcultura y medios de comunicación masiva.

La OPS (2003) considera que uno de los aspectos más complejos de la definición es el de la intencionalidad. Al respecto se destacan dos puntos importantes. El primero establece que a pesar que la violencia se distingue de los hechos no intencionales que causan lesiones, la presencia de la intención de usar la fuerza no significa necesariamente que haya habido intención de causar daño.

El segundo punto se relaciona con la distinción entre lesionar y “usar la violencia”. La violencia está determinada por la cultura, ya que algunas personas podrán tener intención de dañar a otros debido a sus creencias y por lo mismo no consideran que sus actos sean violentos.

Son diversas las teorías que tratan de explicar y conceptualizar la violencia. Pero además de ello, es importante el conocer las diversas tipologías existentes para poder comprender de mejor forma este problema.

1.2 Tipos de Violencia

La OPS (2003) en su Informe Mundial sobre Violencia y Salud, propone la división de la violencia en tres grandes categorías generales, según las características de los que comenten el acto de violencia. De la misma forma, cada categoría se subdivide para reflejar tipos de violencia más específicos.

1.2.1 La violencia autoinflingida

La persona la inflinge a sí misma. Comprende el comportamiento suicida y las autolesiones.

1.2.2 La violencia interpersonal

La persona la inflinge a otro individuo. Se subdivide en la violencia familiar o de pareja, la cual sucede generalmente en el hogar; y la violencia comunitaria, la cual es la que se produce entre personas que no guardan parentesco y que pueden conocerse o no. Sucede por lo general fuera del hogar.

1.2.3 La violencia colectiva

Es inflingida por grupos más grandes como el Estado, grupos terroristas, etc. Se subdivide en violencia social, política y económica. Cada una de estas subcategorías indican los posibles motivos de la violencia cometida por grupos más grandes de individuos o por el Estado.

De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez (UNICEF, 2009) el maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivos, e incluye el abandono completo o parcial. Además, en el 2014 UNICEF publica el Análisis Estadístico de la Violencia contra los Niños, en el cual definen la violencia en cuatro grandes grupos: física, sexual, psicológica y negligencia. Esto coincide con la división que la OPS (2003) realiza de la violencia con base en la naturaleza de los actos de violencia, los cuales pueden ser físicos, sexuales, psíquicos y los que incluyen privaciones o descuido.

De acuerdo con Pinheiro (como se citó en UNICEF, 2009), las manifestaciones de violencia que sufren los niños son diversas. Van desde el castigo físico hasta otras formas de castigo cruel y degradante que pueden padecer por parte de sus padres y madres u otros familiares, como también por responsables del cuidado en las instituciones de protección, en las escuelas o lugares de trabajo. Incluso a nivel social, niños identificados como “peligro o amenaza para la sociedad” pueden ser maltratados por la policía. También los menores, y especialmente las niñas, pueden ser objeto de violencia psicológica y abuso sexual en los diferentes entornos en los que se desenvuelven.

UNICEF (2014) presenta las siguientes definiciones sobre los distintos tipos de violencia y se enfoca en cómo se perpetúan hacia los niños.

1.2.4 Violencia Física

La violencia física hacia los niños incluye todas las formas de maltrato corporal, así como de tortura, crueldad, trato inhumano y denigrante; también incluye castigos o acoso por parte de adultos e incluso otros niños. El castigo físico se define como cualquier forma de corrección por medio de la fuerza física, la cual es usada para causar dolor o incomodidad. La mayoría incluye golpes propiciados con las manos o con artefactos, pero también se incluyen patadas, sacudidas, empujones, pellizcos, mordidas, jalones de pelo e incluso forzar al niño a mantenerse en posiciones incómodas por largos períodos de tiempo, quemaduras o la ingesta forzada de alimentos.

1.2.5 Violencia Sexual

Incluye cualquier actividad sexual impuesta por un adulto a un niño. Esto incluye la inducción o coerción de un niño a involucrarse en actividades ilegales de tipo sexual y que causan daño psicológico, la explotación sexual infantil, hacerlos parte de audio o imágenes visuales de tipo sexual, prostitución infantil, esclavitud sexual e incluso la venta de niños con fines sexuales o que incluyan matrimonios forzados.

Las actividades de tipo sexual son consideradas abuso, incluso si son cometidas de un niño a otro, si el abusador es significativamente mayor que la víctima y si hace uso del poder, amenaza u otros medios opresivos.

1.2.6 Violencia Psicológica

Generalmente es descrita como maltrato psicológico, abuso mental, abuso verbal y abuso o negligencia emocional. Este tipo de violencia puede incluir todas las formas de interacciones dañinas persistentes con el niño; asustarlo, aterrorizarlo, amenazarlo, explotarlo, rechazarlo, aislarlo o incluso el ignorarlo como persona. El negarle afecto, hacer uso de insultos o apodos para referirse a él o ella, humillarlo en público y dañar sus sentimientos. Asimismo, el exponerlo a violencia interpersonal en el hogar o castigarlo de forma denigrante. Este tipo de violencia puede ser cometida de parte de un adulto al niño o incluso de otros niños e incluye el hacerlo a través de medios tecnológicos como el internet o el celular.

1.2.7 Negligencia

Se refiere a la negación de cubrir las necesidades básicas del niño, ya sea físicas o psicológicas, cuando los cuidadores tienen los recursos para hacerlo, el conocimiento y el acceso a los servicios necesarios. Incluye la negligencia física, en la cual no se protege al niño de golpes, daños, peligros, falta de supervisión, e incluso de proveerle los recursos para cubrir sus necesidades fisiológicas como comida, refugio, ropa y cuidados médicos. La negligencia psicológica o emocional incluye la falta de apoyo emocional y cariño, inatención persistente o la exposición a una relación familiar en la cual haya presencia de violencia, abuso de drogas o alcohol. Además, se incluye como negligencia el no proveer los cuidados médicos necesarios, la falta de educación y el abandono.

De acuerdo a la OPS (2003) estos cuatro tipos de actos de violencia, suceden en la violencia de tipo colectivo e interpersonal y sus respectivas subcategorías. En la violencia autoinflingida se puede dar violencia de tipo físico, psicológico y negligencia, más no sexual. Con este tipo de clasificación basada en las personas que realizan el

acto violento y la naturaleza del mismo se capta la importancia del entorno, la relación entre el agresor y la víctima y, en el caso de la violencia colectiva, los posibles motivos de la violencia. Sin embargo, a veces pueden no estar claras las líneas divisorias entre los diferentes tipos de violencia.

Con base a lo anterior se puede concluir que la violencia no se limita a un grupo de personas o a ciertas edades. Existen niños expuestos a ella, ya sea en casa o en la calle y por lo mismo es importante ahondar más sobre la violencia que sufren los niños.

1.3 Violencia Infantil

De acuerdo con Kuitca (2000) el maltrato infantil y la violencia infanto-juvenil son consecuencias directas de la violencia familiar. UNICEF (2009) entiende a las víctimas del maltrato infantil y el abandono como aquel segmento de la población conformado por niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales.

Por su parte Cantón y Cortés (2004) comentan que el concepto de violencia infantil no existía hasta hace algunos años. En principio, los malos tratos a los niños no recibieron atención como tales, sino dentro de los esfuerzos destinados a corregir el problema de los niños vagabundos e indigentes. Fue hasta la mitad del siglo XIX que los reformadores sociales con un fuerte componente religioso, comenzaron a preocuparse por la moral de los niños y crearon orfanatos y reformatorios.

Las primeras definiciones, de acuerdo a los autores citados, hacían referencia a padres que ponían en peligro la moral de sus hijos, presentaban un comportamiento moralmente reprensible o exponían la vida y la salud de los niños. Con el paso del tiempo, empezó a prestarse más atención al tema de la seguridad infantil, y se comenzaron a crear diferentes definiciones para describir el abuso infantil.

Actualmente, de acuerdo a Cantón y Cortés (2004) el maltrato físico infantil se define conceptualmente como las agresiones físicas al niño por parte de uno o de ambos padres biológicos o adoptivos, o de otras personas en quien los padres deleguen su responsabilidad y que puedan poner en peligro el desarrollo físico, social o emocional del niño. De igual manera definen el maltrato psicológico, como aquel restringido a las comunicaciones entre padres/hijos que pueden dañar la competencia social, emocional o cognitiva del niño en función de las vulnerabilidades que presenta.

Dentro de la misma línea del maltrato físico infantil, la Asociación Americana de Psiquiatría en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, 2014) establece que el maltrato físico infantil es una lesión no accidental infligida a un niño, que puede ir desde pequeños hematomas hasta fracturas graves o la muerte, resultante de darle puñetazos, golpes, patadas, mordiscos, empujones, e incluso apuñalarlo, ahogarlo, pegarle, quemarlo o lesionarlo con cualquier otro método, por parte de un progenitor, un cuidador, o cualquier otro individuo que tenga responsabilidades sobre el niño. Estas lesiones se consideran maltrato, independientemente de si había intención de herir al niño. La disciplina física, como las “nalgadas” o bofetadas, no se consideran maltrato mientras sea razonable y no provoque lesión física al niño (p 399)

Además, el DSM-5 (2014) también considera la existencia de maltrato psicológico infantil consistente en actos no accidentales, verbales o simbólicos, realizados por un progenitor o un cuidador de un niño que provoquen o generen una probabilidad razonable de causar un daño psicológico en el niño. Entre los ejemplos de maltrato psicológico infantil cabe citar amonestar, menospreciar o humillar al niño, amenazarlo, quitarle o hacerle abandonar (o decirle que le van a quitar o hacer abandonar) a personas o cosas que el niño quiere, recluirlo (por ejemplo atándolo de pies o de manos, o atándolo a un mueble o a cualquier otro objeto, o encerrarlo en un espacio demasiado pequeño), convertirlo en chivo expiatorio, obligarlo a autolesionarse y aplicarle una disciplina excesiva (por ejemplo con una frecuencia o duración extremadamente elevadas, incluso sin llegar al nivel de maltrato físico) con medios

físicos o no físicos (p 402)

Pereda (2009) comenta que una de las formas de abuso y maltrato infantil que resulta un grave problema de salud pública, no solo por la cantidad de casos existentes, sino porque interfiere con el adecuado desarrollo de la víctima que lo sufre y repercute negativamente en su estado físico y psicológico es el abuso sexual.

1.4 Abuso Sexual en Niños

De acuerdo a Redondo y Ortiz (2005) los abusos sexuales son atendidos por una gran variedad de profesionales. Cada uno de ellos tiene preferencia por nombres específicos, tales como ataques al pudor, estupor, violación, sodomía, pedofilia, pederastia, incesto, etc.

Por estas razones, a lo largo de los últimos años se ha intentado crear una definición general, de las cuales la más aceptada es la proporcionada por el National Center for Child Abuse and Neglect (como se citó en Redondo y Ortíz, 2005), quienes definen el abuso sexual como los contactos o interacciones entre un niño y un adulto, cuando el primero se utiliza para estimulación sexual del segundo o de otra persona. También puede cometerse por un menor de 18 años cuando es mayor que la víctima o cuando está en una situación de poder o control sobre la misma.

La organización Save the Children (2004) destaca las siguientes categorías dentro de la anterior concepción de los abusos sexuales:

- Abuso sexual: cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal, con contacto y sin contacto físico realizado sin violencia o intimidación y sin consentimiento. Puede incluir: penetración vaginal, oral y anal, penetración digital, caricias o proposiciones verbales explícitas.

- Agresión sexual: cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal con violencia o intimidación y sin consentimiento.

- Exhibicionismo: es una categoría de abuso sexual sin contacto físico.

- Explotación sexual infantil: una categoría de abuso sexual infantil en la que existe un abuso sexual y una explotación económica del menor. Por un lado el cliente tiene relaciones sexuales con el menor, por otro el explotador que puede o no ser la misma persona que el cliente, obtiene un beneficio económico de dichas relaciones sexuales. Este fenómeno engloba la prostitución y la pornografía infantil, así como el tráfico sexual infantil y el turismo sexual infantil como modos de lograr el acceso a las víctimas de explotación sexual infantil. Se suele equiparar la explotación sexual con el comercio sexual infantil.

Por otro lado, Alonso (1995) entiende el abuso sexual en la infancia como la implicación de niños y adolescentes en actividades sexuales que no comprenden plenamente, para las que no están preparados por su desarrollo, para las cuales son incapaces de dar su consentimiento informado, y que violan los tabúes sexuales de los roles familiares. Con base a esto se entiende que debe existir coerción, asimetría de edad, imposibilidad de elección, abuso de poder y manejo inadecuado de los deseos sexuales por parte del adulto lo que lo hacen recurrir a menores para satisfacer sus deseos.

Redondo y Ortiz (2005) establecen que el abuso sexual comprende la violación (penetración en vagina, boca o ano con el pene o con cualquier objeto sin el consentimiento de la persona), el contacto genital-oral, las caricias (tocar o acariciar los genitales de otro, lo que incluye la masturbación forzada para cualquier contacto sexual sin penetración), el obligar a que el niño se involucre en contactos sexuales con animales, obligarlos a ver actividades sexuales de otras personas, las peticiones sexuales, el voyerismo, el exhibicionismo (mostrar los genitales de manera inapropiada), y también incluye la explotación sexual infantil (implicar a menores en conductas o actividades que tengan que ver con la producción de pornografía o promover la prostitución infantil o el tráfico sexual).

De igual forma, Sinibadi (2014) menciona como características comunes del abuso sexual las siguientes:

- Puede llevarse a cabo a través de seducción o de forma coercitiva.
- Las niñas son la población con mayor riesgo.
- En la mayoría de casos el agresor es alguien conocido o familiar.
- El agresor busca el silencio de la víctima por medio del desarrollo de sentimientos de culpa y vergüenza, por lo que la víctima guarda el secreto.
- El abuso puede general daños físicos, así como psicológicos.
- Repercute en la calidad de vida de la víctima (pp. 183-184).

Además, dicho autor establece que la mayoría de las definiciones de abuso sexual en niños y niñas establecen dos criterios para considerar que se produce el fenómeno, los cuales son:

- La situación de poder para interactuar sexualmente con el niño o niña.
- La asimetría de edad que existe entre el agresor y la víctima. Implícitamente también se reconoce una asimetría anatómica, así como en el desarrollo psicosexual, mental, en el deseo sexual, en las habilidades sociales y en la experiencia sexual. (pp. 178).

Es importante diferenciar entre abuso y explotación sexual infantil. Hartman y Burgess (como se citó en Cantón & Cortés, 2014), establecen que el abuso sexual infantil lo constituye todos aquellos actos e interacciones entre un niño y un adulto en los que se utiliza al niño para estimulación sexual del agresor o de otra persona. El término de explotación sexual se refiere a situaciones en las que el niño se ve forzado físicamente a realizar actividades sexuales con adultos o es presionado psicológicamente para que realice dichas actividades, pero con la intervención siempre un motivo económico.

Desde la perspectiva psiquiátrica, el DSM-5 (2014) considera que los abusos sexuales a niños incluyen cualquier tipo de actividad sexual con un niño que esté

destinada a proporcionar una satisfacción sexual a uno de los padres, un cuidador o cualquier otro individuo que tenga alguna responsabilidad sobre el niño. Los abusos sexuales incluyen actividades tales como caricias en los genitales del niño, penetración, incesto, violación, sodomización y exhibicionismo indecente. También se incluye como abuso sexual cualquier explotación del niño, sin necesidad de contacto, por parte de un progenitor o cuidador; por ejemplo, el obligarlo, engañarlo, atraerlo, amenazarlo o presionarlo para que participe en actos de satisfacción sexual a terceros, sin contacto físico directo entre el niño y su agresor (pp. 400).

López, Hernández y Carpintero (como se citó en Cantón & Cortés, 2004) indican que el abuso sexual infantil hay que definirlo a partir de dos conceptos, el de coerción y el de asimetría de edad. La coerción (mediante fuerza física, presión o engaño) debe considerarse por sí misma como criterio suficiente para etiquetar una conducta de abuso sexual a un menor. Por otro lado, la asimetría de edad impide la verdadera libertad de decisión y hace imposible una actividad sexual común, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas muy diferentes. El límite superior de edad para dejar de considerar un sujeto como víctima de abuso sexual infantil nunca es inferior al inicio de la pubescencia, de acuerdo a Cantón y Cortés (2004).

Pereda (2009) establece que la experiencia de abuso sexual infantil puede considerarse una situación extrema que suele resultar en un elevado nivel de estrés y malestar en la mayoría de individuos. Además de estos síntomas, es importante considerar la diversidad de consecuencias que pueden desencadenarse debido a un abuso sexual.

1.5 Consecuencias del Abuso Sexual Infantil

López (como se citó en Sinibaldí, 2014), establece que aún cuando las consecuencias de haber sido víctima de abuso sexual varían de persona a persona, se relacionan con los siguientes aspectos:

- Duración y frecuencia en la cual sucedió la agresión
- Grado de cercanía en el vínculo entre víctima y agresor
- El tipo de agresión sufrida por la víctima
- Diferencia de edad entre víctima y agresor
- Posibilidad que tuvo la persona de buscar y encontrar apoyo
- Tipo de reacción del entorno

Cantón y Cortés (2004) también mencionan la relación de las variables específicas del abuso sexual con sus efectos. En cuanto a la duración y frecuencia del abuso sexual, en cuanto mayor sean ambas variables, mayor será el trauma. Además, los abusos sexuales cometidos por un pariente próximo, que impliquen el empleo de la fuerza o un alto grado de violación física, ser víctima en edad prepuberal o adolescencia son algunas características que hacen que la persona sufra un trauma mayor.

Además, dichos autores establecen que las consecuencias del abuso infantil, en general, tienen un elevado costo en términos económicos y humanos. Los niños maltratados suelen presentar déficits cognitivos, baja autoestima y serias dificultades para mantener unas relaciones adecuadas con sus iguales. Asimismo, tienden a ser más agresivos y a presentar problemas de conducta y trastornos psicológicos. Los daños emocionales pueden perdurar por el resto de la vida.

De acuerdo con Kuitca (2000), y desde un punto de vista psicoanalítico, cuando el abuso recién ha sido interrumpido y el niño ya se encuentra protegido, es común que éste presente preocupación por el trauma, revivencia del episodio y flashbacks, disociación, despersonalización, desrealización y entumecimiento psíquico, desensibilización recreacional y de la fantasía lúdica, sueños específicos traumáticos, temores sobre personas que se asemejan al abusador, hipervigilancia y frecuentes reacciones repentinas, huídas del hogar o del sitio del abuso y pesimismo sobre el futuro.

1.5.1 Consecuencias en Niños de Prescolar

Cantón y Cortés (2004) diferencian las consecuencias de acuerdo a la edad de la víctima. Los niños en edad preescolar (menores de 6 años) tienen como síntoma más característico la expresión de algún tipo de conducta sexual considerada anormal, entre las cuales se encuentran el tener relaciones sexuales, masturbación manifiesta, excesiva curiosidad sexual y el enseñar los genitales con frecuencia.

Además se hacen evidentes otros síntomas como ansiedad, pesadillas, trastorno de estrés postraumático y los problemas internos y externos de conducta.

1.5.2 Consecuencias en Niños en edad Escolar

Cantón y Cortés (2014) mencionan que durante la infancia media, es decir entre los 6 y 11 años de edad, las víctimas de abusos sexuales presentan más problemas internos y externos de conducta. Dentro de los problemas internos, se destaca la depresión; mientras que en los externos es común la agresión y desórdenes de comportamiento.

Además, el abuso sexual en esta etapa también se relaciona con conductas sexualizadas e incluso con el inicio de actividades sexuales. Además se observan miedos, pesadillas, neurosis, baja autoestima, hiperactividad, efectos en el funcionamiento cognitivo y los problemas escolares.

Pereda (2009) establece los problemas a corto plazo que presentan los niños abusados sexualmente. Se agrupan de acuerdo a sus características.

- Problemas emocionales: se encuentran los problemas de tipo internalizante. Destaca la sintomatología postraumática, síntomas de ansiedad, depresión, baja autoestima, sentimientos de culpa y estigmatización. Algunos incluso llegan a presentar ideación y/o conductas suicidas.

- Problemas cognitivos y de rendimiento académico: se destaca la afectación de la capacidad de atención y concentración.
- Problemas de relación: el área más afectada es la relación social con iguales y adultos, ya sean pertenecientes a la familia o desconocidos, dada la ruptura que la experiencia de abuso sexual implica en la confianza de la víctima.
- Problemas funcionales: destacan los problemas de sueño, pérdida del control de esfínteres y los problemas de alimentación.
- Problemas de conducta: pueden presentarse conductas sexualizadas, conformidad compulsiva y conducta disruptiva y agresiva.

1.6 Repercusiones a largo plazo del Abuso Sexual Infantil

La revisión de literatura realizada por Cantón y Cortés (2004) los llevó a señalar que el abuso sexual infantil constituye un factor de riesgo importante de desarrollo psicopatológico durante la etapa adulta. Los mencionados con más frecuencia son la ansiedad, depresión, baja autoestima, intentos de suicidio, desorden de estrés postraumático, vulnerabilidad a una nueva victimización, trastornos del funcionamiento sexual, consumo de drogas y alcohol y trastornos físicos (somáticos, dolores crónicos, gastrointestinales, de la alimentación).

1.7 Programas de tratamiento de Abuso Sexual

De acuerdo con Furniss (como se citó en Cantón & Cortés, 2004), existen tres tipos principales de intervención profesional:

- Punitiva: es el castigo del perpetrador de acuerdo con una explicación monocausal del abuso sexual en la cual se le atribuye toda la responsabilidad y la culpa. Este tipo de intervención ignora los procesos interactivos de la familia.
- Protectora: incluye cualquier forma de actuación cuyo objetivo expreso sea proteger el desarrollo físico, emocional y moral del niño como víctima. Por ende, se le puede internar en una casa de acogida o un hogar temporal. El objetivo de

proteger al niño suele provocar una victimización secundaria al apartarlo de su familia y de privarlo de importantes figuras de apego, por lo que podría considerarse que el niño es el culpado al ser apartado de sus seres queridos y por ende, al impedirle que llegue a resolver sus sentimientos confusos sobre el abuso a través del tratamiento en el contexto familiar.

- Terapéutica: es el tratamiento del trauma psicológico individual y el cambio de las relaciones familiares. Requiere la colaboración del sistema judicial para conseguir que el niño y el perpetrador participen en la terapia. Los objetivos que se deben perseguir son estabilizar las actividades rutinarias del niño, reducir el impacto de ciertos factores de estrés, ayudar a la víctima a asumir los cambios en su situación vital, superar sus sentimientos de culpa y vergüenza y que entienda que todo lo que pasa tiene como objetivo su bienestar.

Antes de conocer algunos programas de tratamiento terapéutico existentes para el abuso sexual, Alonso (1995) propuso ciertas premisas y recomendaciones que como terapeutas se deben tomar en cuenta en el proceso de detección, evaluación y tratamiento especializado, así como las dificultades que pueden surgir.

En primer lugar, como profesionales en contacto con niños, se debe prestar atención a los indicadores que sugieran la existencia de un posible abuso sexual, pues un niño puede no hablar de ello directamente. Si se evidencia que existe abuso sexual, se debe notificar la detección con cuidado y rigor. La detección y la manifestación de la existencia de un abuso sexual es preferible mantenerla lo más reservada posible pues esto supone mayores posibilidades de resultados positivos para el niño.

Unas de las más grandes dificultades al momento de detectar un abuso sexual, es la existencia de estereotipos o creencias erróneas en la población en general, las cuales contribuyen a ocultar el problema y a tranquilizar a quienes no desean afrontar dicha situación, no concediéndole credibilidad. Además, se suelen confundir los efectos del abuso sexual como la causa del mismo, por ejemplo: si un niño roba, miente o escapa,

se cree que por ello fue víctima de un abuso, sin considerar que estas conductas sean producto del abuso en sí.

Es importante recordar que, sin importar la profesión que se tenga, al conocer sobre la existencia de cualquier forma de maltrato a menores, se ha de informar a la autoridad judicial o al organismo competente.

Luego de la detección, se procede a realizar un proceso de evaluación. Es conveniente, de acuerdo a Alonso (1995) realizar evaluaciones psico-sociales, las cuales constan de la recopilación de información y opiniones profesionales acerca del tipo de manifestaciones, conductas, y otras evidencias que lleven a la confirmación de un abuso sexual. Los resultados de dichas evaluaciones sirven para dirigir el tratamiento y la toma de decisiones legales. Además, se debe dar credibilidad, apoyo y protección al menor, pues una vez descubierto el abuso puede llegar a sentirse temeroso e incluso amenazado.

Alonso (1995) cita algunas recomendaciones propuestas por la American Professional Society of Child Abuse and Neglect, las cuales son:

- Se ha de evaluar el funcionamiento global del niño, por medio de un lenguaje y un formato de entrevista acorde con su nivel evolutivo. Se ha de entender la psicología del menor en sus diferentes edades, relacionándola con las características de la relación abusiva.
- La observación de entrevistas por parte de profesionales implicados en el caso puede ser aconsejable si reduce la necesidad de entrevistas adicionales. Si se permite y se tiene acceso, se recomienda la grabación en audio de la entrevista. En caso de no grabar, se han de detallar en el informe citas textuales de algunas preguntas y respuestas (verbales y no verbales) más significativas relativas al posible abuso sexual. El niño debe ser informado y, de ser posible, tener un consentimiento informado firmado por él, de que se le entrevistó
- Siempre que sea posible se ha de entrevistar primero al cuidador principal para

recoger información básica sobre la historia familiar. El niño ha de ser visto individualmente en las primeras entrevistas, salvo cuando se niegue a separarse de su cuidador.

- Se recomienda un máximo de seis sesiones para llevar a cabo la evaluación. Si el niño no revela el abuso sexual y el evaluador aún tiene sospechas de que éste se ha producido, el niño ha de ser remitido a evaluación más amplia o a terapia, que son menos directivas, y se ha de recomendar que se le proteja de un posible abuso.
- El niño ha de ser preguntado directamente sobre el posible abuso en algún momento de la evaluación. No se debe pedir a un niño que reafirme sus manifestaciones sobre el abuso en presencia de un sujeto acusado de haberlo cometido. El niño ha de tener a su disposición instrumentos para ayudarle a comunicarse: dibujos, juguetes, muñecos, marionetas, etc.
- En los informes el evaluador debe referirse directamente a si el abuso ha ocurrido o no, o puede decir que la conducta y manifestaciones verbales de un niño son consistentes o inconsistentes con el abuso. Las opiniones relativas a si el abuso ha ocurrido o no, deben incluir información que los apoye (manifestaciones, conducta o síntomas psicológicos del niño y/o del sujeto acusado). Se deben señalar posibles explicaciones alternativas y justificar su exclusión.

Para la fase de tratamiento especializado Alonso (1995) establece que se debe parar la dinámica del abuso sexual y prevenir para que no vuelva a suceder. Se debe desvelar el secreto en las mejores condiciones para el niño y se le debe proteger de los intentos que diversos miembros de la familia para que se retracte de la información revelada. De no poder garantizarse la seguridad total del paciente (física y psicológica) deberá ser separado del agresor.

Todos los miembros de la familia necesitan apoyo y tratamiento psicológico luego de la revelación, tanto juntos como separados. Por último, es importante tomar en cuenta que cualquier comportamiento transgresivo por parte del profesional, ya sea por exceso de intervención o falta de ella, no hace más que potenciar los daños y las secuelas del abuso, así como de colocar en riesgo de impunidad a los adultos agresores.

Sobre los enfoques de tratamiento utilizados, Sánchez, Rosa y López (2011) establecen que los más investigados para tratar a menores víctimas de abuso sexual son los basados en el modelo cognitivo-conductual, de entre los cuales cabe destacar el tratamiento cognitivo-conductual centrado en el trauma, o específicos de abuso. Este modelo implica la aplicación de diversas técnicas terapéuticas como el modelado, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, exposición gradual, procesamiento cognitivo y afectivo y educación sobre el abuso sexual y habilidades de seguridad personal. Vallejo y Córdoba (2012) comentan que 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 Trastorno por Estrés Postraumático, si se trabaja desde un tratamiento cognitivo y con psicoterapia interpersonal.

Por otro lado, Sánchez, Rosa y López (2011) también mencionan que desde el modelo psicodinámico, se han utilizado programas basados en el psicodrama y la terapia de juego. Vallejo y Córdoba (2012) indican que el tratamiento bajo el enfoque psicoanalítico está contraindicado para las personas que sufren de un trastorno por estrés post-traumático. Además, Watson (como se citó en Vallejo & Córdoba, 2012) establece que las etapas del tratamiento deben estar focalizadas en el alivio de los síntomas y el sufrimiento personal generado. La flexibilidad terapéutica debe permitir al terapeuta moverse hacia focos de trabajo distintos al del trauma de abuso sexual, por medio de un acercamiento más indirecto al mismo que le brinde tiempo al consultante de reelaborar el trauma de acuerdo con su propio proceso. La exploración del trauma debe facilitar la construcción de un relato que permita describir lo ocurrido y contextualizarlo, de forma que se conecte lo actual con lo ocurrido. La elaboración del trauma debe permitir la construcción de un futuro donde se fomente en el sobreviviente la capacidad de acceder a una resignificación distinta de la historia de sí mismo, con el objeto de disminuir el impacto de la agresión sexual sufrida.

Desde el modelo humanista los tratamientos más utilizados han sido los basados en la terapia centrada en el cliente, desde los que se intenta potenciar la autoaceptación y autorrealización del menor. Se han propuesto también programas denominados de soporte o de apoyo al menor y a la familia, que son los ofrecidos de forma rutinaria desde los servicios de atención del menor y la familia.

También se han utilizado programas eclécticos, cuyas técnicas proceden de diferentes orientaciones teóricas.

Además Vallejo y Córdoba (2012) mencionan el uso de terapia farmacológica ya que se ha demostrado que luego de sufrir un trauma, se dan cambios significativos en la neurobiología del cerebro que justifican las intervenciones de este tipo. Este tipo de terapia permite la regulación de las respuestas al estrés, la resolución de la respuesta traumática en combinación con la psicoterapia y el control de síntomas de ansiedad generalizada, entre otras ventajas. Conjuntamente con la terapia farmacológica debe llevarse un acompañamiento psicoterapéutico.

La forma en la que se lleva a cabo el proceso psicoterapéutico puede variar de acuerdo con los integrantes. A continuación se exponen ciertas características establecidas por Cantón y Cortés (2004):

- Terapia Individual: se realiza con el niño víctima de abuso sexual. El tratamiento de los niños se debe ocupar de sus creencias y actitudes, reacciones emocionales y respuestas conductuales. El terapeuta debe identificar y cambiar dichas creencias y actitudes erróneas que probablemente afectan cuestiones como la responsabilidad en el abuso, confianza en los demás, autoimagen y competencia del niño.

El terapeuta debe enfatizar la escasa capacidad de protección del niño frente al adulto y también explicarle a la víctima porqué algunos adultos desean tener relaciones sexuales con niños. Se debe conseguir que el niño aprenda a discriminar entre

personas que son y no son de fiar y que sólo son algunos los adultos interesados en tener ese tipo de conductas sexuales con niños.

Se debe trabajar para que el niño recupere la confianza en los demás y que mejore sus habilidades para mantener relaciones interpersonales y, consiguientemente, su autoconcepto.

- Terapia de grupo con Iguales: es una forma de tratamiento preferida para el caso de niños mayores o adolescentes. El grupo se conforma con un promedio de 8 niños cuyos casos de abuso sexual sean similares. Estos pueden ser grupos abiertos, es decir que permiten la incorporación de nuevos miembros o cerrados. Se puede trabajar con niños del mismo sexo o mixtos.

Existen cinco modelos principales de tratamiento de grupo. El modelo tradicional trata el impacto del abuso sexual en el yo y en las interacciones del niño, pero son los participantes los que marcan la pauta. El modelo de juego-evolutivo se usa con niños más pequeños y se centra en las interacciones padre-hijo más que en el abuso sexual; se vale de juguetes y la fantasía. El modelo de tratamiento estructurado cuenta con un elevado nivel de organización (temas y ejercicios por sesión) y de dirección. Permite el tratamiento de varios temas en un espacio de tiempo corto. El modelo de terapia artística se centra en los medios (dibujo, pintura, escultura) más que en el contenido temático y se pasa después a identificar y tratar las cuestiones reflejadas en las ejecuciones artísticas. El modelo de tratamiento paralelo utiliza simultáneamente grupos de niños y de padres, y cada uno de ellos aborda los mismos temas de tratamiento.

- Terapia Familiar: los miembros de la familia con frecuencia necesitan tratamiento psicológico incluso si el abuso se dio fuera del ámbito familiar. Se basa en el supuesto de que el abuso sexual infantil es un síntoma de disfunción familiar de manera que es necesario abordar el tratamiento de las víctimas y de sus familias. El objetivo básico de la intervención es cambiar las relaciones de familia y no castigar

al perpetrador o apartar a la víctima como medidas que se justifiquen por sí mismas.

A lo largo de la investigación de los temas anteriores es evidente el impacto que la violencia tiene sobre la sociedad, y sobretodo, en las víctimas. Sin embargo, es cuando ésta se perpetúa sobre niños que el pronóstico se vuelve incierto, pues las repercusiones de la violencia durarán toda la vida con consecuencias que varían de persona a persona y de situación a situación. Por ello, resulta importante no solo la prevención de este tipo de problema, sino también la creación de programas de tratamiento pues actualmente la violencia hacia niños es una realidad que debe ser tratada con diversas herramientas para poder disminuir los efectos a largo plazo de dicho problema.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo al Informe mundial sobre la violencia y la salud publicado por la OPS (2003), en 1996 la 49ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA49.25, en la que se declaró que la violencia es un problema de salud pública fundamental y creciente en todo el mundo. Debido a esto ha clasificado la violencia en tres grandes categorías: la violencia autoinfligida, la violencia interpersonal y la violencia colectiva. De esta clasificación es evidente que el problema de la violencia abarca diversos ámbitos y afecta a todas las personas.

Al tomar la categoría de violencia interpersonal, la OMS citada por la OPS (2003), divide de nuevo dos grande grupos, la violencia familiar y de pareja y la violencia comunitaria. Sinibaldi (2014) establece que solo de enero a septiembre del 2005, el Ministerio Público registró más de 13, 073 denuncias de violencia familiar. Levine y Kline (2007) estiman que menos del 5% de los casos de violencia familiar son denunciados, lo cual concuerda con la Red de la No Violencia contra la Mujer (como se citó en Sinibaldi, 2014), la cual estima que el 90% de los incidentes de violencia doméstica no se denuncian.

De acuerdo con Sinibaldi (2014), la familia ha sido considerada como la fuente natural de apoyo, seguridad, protección y afecto para todos los integrantes, ya que es en el ámbito doméstico donde suelen producirse las relaciones más significativas, ya sea positivas o negativas. Es sobre las interacciones y relaciones negativas que se asienta la violencia familiar y en donde de igual forma, se puede encontrar el abuso y maltrato infantil (p. 4).

De acuerdo a la OMS (2014) el maltrato infantil es un problema mundial con graves consecuencias que pueden durar toda la vida. En el 2006, la OMS señaló que los menores de 10 años corren riesgo de sufrir violencia a manos de familiares y personas cercanas a la familia. De acuerdo con UNICEF (2009) en el mundo 275 millones de

niños y niñas son víctimas cada año de violencia dentro de sus hogares, espacio que debiera ser de protección, afecto y resguardo de sus derechos.

Respecto a la prevalencia de este problema que representa la violencia, específicamente contra niños y niñas, UNICEF (2009) establece que debido a la falta de homologación de la metodología con la que se miden las diferentes formas de maltrato y las divergencias en las muestras, hasta ahora no es posible hablar de cifras comparables entre los distintos países, sin embargo se establece que en la mayoría de países de América Latina el 50% de los menores reciben algún tipo de violencia.

Enfocándose específicamente en el abuso sexual, las estimaciones de prevalencia varían enormemente según las definiciones usadas y la manera en la que se recopila la información.

De acuerdo con la OPS (2003), la OMS estableció que entre los estudios publicados de adultos que informaban retrospectivamente sobre su propia niñez, las tasas de prevalencia del abuso sexual en la niñez entre los varones variaban de 1% (al usar una definición restringida de contacto sexual que implica presión o fuerza) a 19% (cuando se empleó una definición más amplia). En las mujeres adultas, las tasas de prevalencia a lo largo de toda la vida de la victimización sexual en la niñez variaban de 0,9% (al utilizar la violación como definición del abuso) a 45% (con una definición mucho más amplia).

De acuerdo a estimaciones realizadas por la OMS (2006), en el mundo hay 73 millones de niños y 150 millones de niñas menores de 18 años que sufren violencia sexual en forma de tocamientos y relaciones sexuales forzadas. Los resultados informados en los estudios internacionales realizados desde 1980 revelan una tasa media de prevalencia a lo largo de toda la vida de la victimización sexual en la niñez de 20% en las mujeres y de 5 a 10% en los varones.

Respecto a esta diferencia tan marcada en la prevalencia, la UNICEF (2009) concuerda y señala que las niñas tienen un riesgo mucho mayor de ser víctimas de abuso sexual por parte de su familia o por desconocidos. Los estudios en la región de

América Latina y el Caribe señalan que por cada niño varón abusado sexualmente hay tres o cuatro niñas que son víctimas del mismo delito.

En un estudio realizado en Nicaragua por el Centro de Investigación en Demografía y Salud (como se citó por UNICEF, 2009) se constata que, el 68% de abuso sexual ocurre en los hogares y en el 90% de casos, los perpetradores más frecuentes de abusos contra adolescentes son el padre, padrastro, vecino, tío, primo, hermanos o el novio. Solo el 10% era desconocido.

Con base en estos datos, surge la interrogante de ¿qué medidas han tomado las autoridades para reducir la problemática? Y basándose en ésta pregunta la OMS publicó en el 2014 el Informe de la Situación Mundial de la Prevención de la Violencia, el cual está centrado en la violencia interpersonal.

En el informe, se pone en evidencia que muchas veces hay planes de acción nacionales pese a no haber datos procedentes de encuestas nacionales, lo que sugiere que gran parte de la planificación y el establecimiento de normas se lleva a cabo sin datos. Además, es evidente que aunque los países encuestados invierten en programas de prevención que apoyan y responden a las estrategias de la OMS para reducir diferentes tipos de violencia, la inversión no corresponde con la escala y la gravedad del problema. De 133 países encuestados, solo el 37% cuenta con programas de prevención del abuso sexual a menores.

Por otro lado, la OMS (2014) establece que ofrecer una atención de alta calidad y servicios de apoyo a las víctimas es importante para reducir el trauma, ayudar a las víctimas a curarse e impedir que la víctima vuelva a serlo y se repita el acto violento. Sin embargo, a pesar de la cantidad de datos que vinculan las experiencias de violencia con problemas de salud mental, menos de la mitad de países disponen de servicios de salud mental para abordar las necesidades de las víctimas. Los servicios de protección de los niños son los más frecuentes, seguidos de los servicios médico-forenses para las víctimas de violencia sexual. Lo que no fue comprobado fue la calidad de estos servicios, por lo que los niveles altos pueden ocultar servicios de baja calidad.

Ante esta problemática, se hace evidente la necesidad de implementación de programas de prevención, pero sobretodo de tratamiento para las víctimas de diversos tipos de abuso que en su mayoría ocurren dentro del ámbito familiar y que por lo mismo no son denunciados a las autoridades correspondientes.

Al tomar el abuso sexual como uno de los tipos de violencia que más afecta a una persona en edad infantil; y la necesidad de implementación de programas de tratamiento que tengan una alta calidad, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles son los componentes que con más frecuencia aparecen en los programas de tratamiento del abuso sexual infantil en niños de 6 a 12 años?

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo General

Identificar los componentes que aparecen con más frecuencia en los programas para el tratamiento del Abuso Sexual Infantil en niños de seis a doce años.

2.1.2 Objetivo Específicos

1. Comparar los componentes existentes en los programas para el tratamiento del Abuso Sexual Infantil.
2. Jerarquizar los componentes que aparecen con más frecuencia en los programas para el tratamiento de abuso sexual Infantil.
3. Proponer un programa de tratamiento para el abuso sexual infantil basado en la jerarquía de componentes que aparecen con más frecuencia en los programas ya existentes.

2.2 Elementos de Estudio

Programas y bibliografía referente al tratamiento del Abuso Sexual Infantil.

2.3 Definición de los Elementos de Estudio

2.3.1 Definición Conceptual

De acuerdo con Echeburúa y Guerricaecheverría (2011) el tratamiento a víctimas de abuso sexual infantil cumple diversas funciones tales como la reducción de los síntomas, la comprensión del significado de la experiencia vivida, la prevención de nuevos abusos y la ayuda de la familia para expresar sus sentimientos, buscar apoyo y hacer frente a los problemas planteados.

Además, establecen el tratamiento está indicado en los niños afectados por síntomas psicopatológicos intensos, tales como la ansiedad, depresión, pesadillas o alteraciones sexuales, o por un grado de inadaptación significativa a la vida cotidiana.

Con base en lo anterior, se define a los programas de tratamiento del abuso sexual infantil como la planificación e implementación de técnicas y estrategias a niños afectados por síntomas psicopatológicos intensos producidos luego de sufrir abuso sexual, con el fin de reducir los síntomas que presenta, la comprensión de lo que la experiencia vivida significa para él y, que al mismo tiempo lleve a una prevención de una situación igual o similar, todo esto con el apoyo de la familia.

2.3.2 Definición Operacional

Para fines de esta investigación, fueron los resultados obtenidos a través de los cuadros de vaciado en los cuales se delimitó los componentes de cada uno de los tratamientos de abuso sexual existentes y se procedió a jerarquizarlos para, posteriormente, proponer un programa de tratamiento.

2.4 Alcances y Límites

Para llevar a cabo el presente estudio se realizó una revisión bibliográfica de libros seleccionados con las temáticas de enfoques y formas de tratamiento e intervención terapéutica ante situaciones de abuso sexual en niños de 6 a 12 años; esto con el fin de determinar los componentes que aparecen con más frecuencia en los diversos programas de tratamiento ya existentes.

Al ser un estudio documental, se realizó una revisión exhaustiva y detallada de la literatura referente al tema y se trabajó por medio del registro y vaciado de información en listas de verificación, con el fin de llegar a la identificación de cada componente para posteriormente realizar una jerarquía de los mismos.

Debido a la metodología se contó con especificaciones de diversos programas de tratamiento por lo que fue posible conocerlos más a fondo para futura implementación y que permitieron partir de ellos para la creación de programas de tratamiento integrativos, sin embargo, surge la limitante de no contar con información que tome en cuenta factores culturales específicos o incluso efectividad de un país o cultura a otra. Además el rango de edad con el que se trabajó fue de seis a doce años, por lo que puede que los resultados no puedan ser generalizados a poblaciones con un rango etario distinto.

2.5 Aporte

Con base en la revisión bibliográfica de las diversas unidades de análisis, se propuso un programa de tratamiento para el abuso sexual infantil, que toma en cuenta cada uno de los componentes que aparecen con más frecuencia en los programas de tratamiento ya existentes.

Los profesionales y estudiantes en el área de psicología pueden encontrar información sobre diversos programas de tratamiento y a la vez, cuentan con un

programa de tratamiento que recopila diversos componentes esenciales para el abordaje del abuso sexual infantil de una manera integral.

La existencia de un nuevo programa de tratamiento que se ajuste a la cultura Guatemalteca será de beneficio para los niños que acuden a las clínicas o instituciones encargadas de brindar soporte e intervención terapéutica ante situaciones de abuso sexual.

III. MÉTODO

3.1 Unidades de Análisis

Para fines de la presente propuesta y para responder a la pregunta de investigación, se tomaron como unidades de análisis los documentos impresos y/o digitales en forma de libros o artículos de revista que se refirieran al tratamiento del abuso sexual infantil de seis a doce años, tanto a nivel internacional como nacional. Estos se enlistan a continuación:

- Terapias Creativas con niños Traumatizados (Bannister)
- Del Ultraje a la Esperanza. Tratamiento de las secuelas del Incesto (Batres).
- Malos tratos y Abuso sexual Infantil (Cantón y Cortés).
- Modelos de atención con Enfoque de derechos para niños, niñas y adolescentes maltratados y abusados sexualmente (Comisión Nacional Contra el Maltrato y Abuso Sexual Infantil, CONACMI).
- Tratamiento Psicológico de las Víctimas de Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar: un enfoque Integrador (Echeburúa y Guerricaecheverría).
- Trauma y Recuperación. Cómo superar las consecuencias de la Violencia (Herman)
- Atención: Abuso Sexual Infantil (Instituto Madrileño del Menor y la Familia).
- El abuso sexual de menores y el silencio que los rodea (Petzelová).
- Tratamiento Psicológico de Niños Víctimas de Abuso Sexual (Portillo)
- Can you read me? (Pritchard y Sainsbury)
- Abuso Sexual Infantil ¿Cómo conversar con los niños? (Quezada, Neno & Luzoro)
- Advocacy: construcción de redes y formación. Una experiencia de buena práctica en intervención sobre el abuso sexual infantil. (Save the Children).
- Guía Clínica de atención a niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual (UNICEF)
- Abuso Sexual Infantil, técnicas básicas para su atención (Velázquez, Delgadillo & González).

- Terapia grupal para niños y niñas víctimas de abuso sexual e incesto. Manual para facilitadores. (Zárate)

3.2 Instrumentos

Se utilizaron fichas bibliográficas, en las cuales, de acuerdo a Orizaga (2011), se anotan los datos de un libro o artículo. Estas fichas se realizaron para todos los libros o artículos que fueron útiles en la investigación. De acuerdo con Santana (2008) los elementos básicos a incluir en las fichas bibliográficas para libros son: autor, título, edición, editorial, lugar, año. En cuanto a los elementos a incluir en las fichas bibliográficas para artículos se encuentran el autor, año, título, nombre de la revista, volumen, páginas.

Además se hizo uso de una lista de cotejo para registrar la presencia de distintos componentes que incluyen los programas de tratamiento del abuso sexual en niños. La Vicerrectoría Académica de la Universidad Estatal a Distancia (2013) define la lista de cotejo como un instrumento de evaluación que contiene una lista de criterios, previamente establecidos, en los cuales únicamente se califica la presencia o ausencia de estos mediante una escala dicotómica, por ejemplo: sí-no.

Las listas de cotejo se realizaron en un cuadro de doble entrada; en una columna, de manera descendiente y de acuerdo a una secuencia lógica, se colocaron los componentes necesarios en los programas de tratamiento del abuso sexual infantil; dentro de las columnas siguientes, en el plano horizontal, se colocaron los nombres de los diversos autores consultados expertos en el tema. A cada uno se le asignó un código (letra y numeral) que hace referencia a la tabla en la que presentará la información que dicho autor menciona sobre cada componente. De esta manera se pudo registrar las recomendaciones u opiniones de los diferentes autores en cuanto a cada componente o indicador a tomar en cuenta.

3.3 Procedimiento

Para llevar a cabo la presente investigación se siguieron una serie de pasos ordenados con la finalidad de alcanzar los objetivos propuestos. Estos pasos son:

- Elección del tema de investigación.
- Planteamiento de los objetivos de la investigación.
- Aprobación del tema por parte de las autoridades correspondientes.
- Elaboración del Planteamiento del Problema
- Revisión de estudios realizados a nivel nacional e internacional relacionados con el tema.
- Recolección de información necesaria para conocer el tema a profundidad.
- Identificación de las unidades de análisis y recolección de las mismas.
- Establecimiento del método a llevar a cabo durante la investigación.
- Construcción de listas de cotejo relacionadas con los componentes necesarios en los programas de tratamiento de abuso sexual infantil.
- Finalización del Anteproyecto de Tesis.
- Estudio de las unidades de análisis seleccionadas para llevar a cabo esta investigación.
- Clasificación de datos en la lista de cotejo y cuadros de vaciado respectivos.
- Presentación de resultados y elaboración de la propuesta de programa de tratamiento para el abuso sexual infantil.
- Análisis y discusión de los resultados con base a lo establecido en el marco teórico de la investigación.
- Elaboración de conclusiones respectivas y propuesta de recomendaciones a tomar en cuenta alrededor del tema investigado.

3.4 Diseño de la Investigación

La presente es una investigación de tipo documental. Ávila-Barey (como se citó en Sechel, 2014) establece que este tipo de investigación trata de una recopilación, lectura, comparación, análisis o crítica de la información por medio de documentos y/o materiales bibliográficos que se seleccionan e interpretan respecto al interés y las relaciones que contengan con el presente estudio.

De acuerdo a Achaerandio (como se citó por Tobar, 2013) la investigación documental consiste también en estudiar un concepto, problema o tema, solamente a partir de lo que otros han elaborado; se realiza a partir de material o recursos bibliográficos acerca de los cuales se hace la investigación, para lo cual se consulta la literatura existente.

IV. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Fichas Bibliográficas

A continuación se presentan las fichas bibliográficas de los libros y artículos consultados para la recopilación de información sobre el tratamiento del abuso sexual infantil en niños de 6 a 12 años. En cada ficha se establece qué temas fueron consultados.

Nombre del libro:	Terapias creativas con niños traumatizados
Autor/es:	Anne Bannister
País:	Argentina
Editorial:	Lumen
Año:	2012
Temas que se consultaron:	Encuadre Objetivos del tratamiento Evaluación Modalidades de terapia Enfoque terapéutico Personas que participan en el tratamiento Fases del tratamiento Duración del tratamiento Tiempo de cada sesión Estrategias y técnicas Papel del terapeuta Alianza terapéutica Transferencia y contratransferencia

Nombre del libro:	Del ultraje a la esperanza. Tratamiento de las secuelas del incesto.
Autor/es:	Gioconda Batres Méndez
País:	Costa Rica
Editorial:	ILANUD
Año:	1997
Temas que se consultaron:	Modalidades de terapia Fases del tratamiento Duración del tratamiento Estrategias y técnicas Papel del terapeuta Alianza terapéutica Transferencia y contratransferencia

Nombre del libro:	Malos tratos y abuso sexual infantil
Autor/es:	José Cantón Duarte y María Rosario Cortés
País:	España
Editorial:	Siglo Veintiuno de España Editores
Año:	2004
Temas que se consultaron:	Entrevista inicial Objetivos del tratamiento Evaluación Modalidades de terapia Áreas del ser humano que aborda Enfoque terapéutico Personas que participan en el tratamiento Duración del tratamiento Tiempo de cada sesión Estrategias y técnicas Papel del terapeuta

Nombre del libro:	Modelos de atención con enfoque de derechos para niños, niñas y adolescentes maltratados y abusados sexualmente.
Autor/es:	Comisión Nacional contra el Maltrato y Abuso Sexual Infantil (CONACMI).
País:	Guatemala
Año:	2010
Hipervínculo:	http://www.conacmi.org/PDF/Libro%20MODELOS%20DE%20ATENCION.pdf
Temas que se consultaron:	Entrevista inicial Objetivos del tratamiento Modalidades de terapia Enfoque terapéutico Personas que participan en el tratamiento Fases del tratamiento Duración del tratamiento Tiempo de cada sesión Estrategias y técnicas Papel del terapeuta

Nombre de la Revista:	Psicología Conductual
Nombre del Artículo:	Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque Integrador.
Autor/es:	Enrique Echeburúa y Cristina Guerricaecheverría
País:	España
Año:	2011
Hipervínculo:	http://www.ehu.eus/echeburua/pdfs/ASI.pdf
Temas que se consultaron:	Objetivos del tratamiento Evaluación Modalidades de terapia Áreas del ser humano que aborda Personas que participan en el tratamiento Fases del tratamiento Duración del tratamiento Estrategias y técnicas Alianza terapéutica

Nombre del libro:	Trauma y Recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia.
Autor/es:	Judith Herman
País:	España
Editorial:	Espasa Hoy
Año:	2004
Temas que se consultaron:	Entrevista inicial Objetivos del tratamiento Evaluación Modalidades de terapia Áreas del ser humano a abordar Personas que participan en el tratamiento Fases del tratamiento Duración del tratamiento Estrategias y técnicas Papel del terapeuta Transferencia y contratransferencia

Nombre del libro:	Atención Abuso Sexual Infantil
Autor/es:	Instituto Madrileño del Menor y la Familia
País:	España
Editorial:	Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales.
Año:	Sin Fecha
Temas que se consultaron:	Entrevista Inicial Modalidades de Terapia Personas que participan en el tratamiento Estrategias y técnicas Papel del Terapeuta

Nombre del libro:	El abuso sexual de menores y el silencio que los rodea.
Autor/es:	Jana Petrzelová
País:	España
Editorial:	Plaza y Valdés Editores
Año:	2013
Temas que se consultaron:	Entrevista inicial Objetivos del tratamiento Evaluación Áreas del ser humano que aborda Estrategias y técnicas Papel del terapeuta

Nombre del artículo:	Tratamiento psicológico de niños víctimas de Abuso Sexual
Autor/es:	Remedios Portillo Cárdenas
País:	España
Hipervínculo:	http://www.juntadeandalucia.es/averroes/eoe_malaga_centro/Documentos/abuso.pdf
Temas que se consultaron:	Objetivos del tratamiento Modalidades de terapia Áreas del ser humano que aborda Enfoque terapéutico Personas que participan en el tratamiento Duración del tratamiento Estrategias y técnicas Papel del terapeuta

Nombre del libro:	Can you read me? Creative writing with child and adult victims of abuse
Autor/es:	Jacki Pritchard y Eric Sainsbury
País:	Inglaterra
Editorial:	Jessica Kingsley Publishers
Año:	2004
Temas que se consultaron:	Modalidades de terapia Estrategias y técnicas Papel del terapeuta

Nombre del Libro:	Abuso Sexual Infantil ¿Cómo conversar con los niños?
Autor/es:	Vanetza Quezada, Ricardo Neno y Jorge Luzoro
País:	Chile
Editorial:	Universidad Internacional SEK
Año:	2006
Temas que se consultaron:	Estrategias y técnicas

Nombre del libro:	Advocacy: construcción de redes y formación. Una experiencia de buena práctica en intervención sobre el abuso sexual infantil.
Autor/es:	Save the Children
País:	España
Editorial:	Save the Children
Año:	2004
Temas que se consultaron:	Objetivos del tratamiento Evaluación Modalidades de terapia Personas que participan en el tratamiento Estrategias y técnicas

Nombre del libro:	Guía Clínica de atención a niños , niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual
Autor/es:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
País:	Chile
Editorial:	Ministerio de Salud. Gobierno de Chile.
Año:	2011
Temas que se consultaron:	Entrevista inicial Objetivos del tratamiento Evaluación Modalidades de terapia Enfoque terapéutico Papel del terapeuta

Nombre de la Revista:	Revista Reflexiones
Nombre del Artículo:	Abuso Sexual Infantil, técnicas básicas para su atención
Autor/es:	Magdalena Velázquez, Leonor Delgadillo y Leonor González
País:	México
Año:	2012
Hipervínculo:	https://www.google.com.gt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAAahUKEwj5t_32zv_HAhWGk4AKHaoxCvQ&url=http%3A%2F%2Frevistas.ucr.ac.cr%2Findex.php%2Freflexiones%2Farticle%2Fdownload%2F8831%2F8313&usg=AFQjCNHqe4jUCyhvoZsEsko0z2GmdSV7RQ
Temas que se consultaron:	Entrevista inicial Evaluación Modalidades de terapia Enfoque terapéutico Fases de tratamiento Estrategias y técnicas Papel del terapeuta

Nombre del libro:	Terapia grupal para niños y niñas víctimas de abuso sexual e incesto. Manual para facilitadores
Autor/es:	Zárate
País:	Costa Rica
Editorial:	Ser y Crecer
Año:	1993
Temas que se consultaron:	Objetivos del tratamiento Evaluación Modalidades de terapia Áreas del ser humano que aborda Personas que participan en el tratamiento Fases de tratamiento Duración del tratamiento Tiempo de cada sesión Estrategias y técnicas

4.2 Lista de Cotejo

A continuación se muestra la lista de cotejo bajo la cual se registró la información encontrada con respecto a los diferentes componentes que deben poseer los programas de tratamiento de abuso sexual infantil.

Tabla A

Autores		Componentes													
		Bannister	Batres	Cantón y Cortés	CONACMI	Echeburúa y Guerricaecheverría	Herrman	Instituto Madrileño del menor y la infancia	Petrzelová	Portillo	Pritchard y Sainsbury	Quezada, Neno y Luzoro	Save the Children	UNICEF	Velázquez, Delgado y González
1	Entrevista Inicial			A 1	A 1		A 1	A 1					A 1	A 1	
2	Encuadre	A 2													
3	Objetivos del tratamiento	A 3		A 3	A 3	A 3		A 3	A 3			A 3	A 3		A 3
4	Evaluación	A 4		A 4		A 4	A 4		A 4			A 4	A 4	A 4	A 4
5	Modalidades de terapia (individual, grupal, etc.)	A 5	A 5	A 5	A 5	A 5	A 5		A 5	A 5		A 5	A 5	A 5	A 5
6	Áreas del ser humano a abordar			A 6	A 6	A 6	A 6		A 6	A 6					A 6
7	Enfoque Terapéutico	A 7		A 7	A 7				A 7				A 7	A 7	
8	Personas que participan en el tratamiento	A 8		A 8	A 8	A 8	A 8		A 8			A 8			A 8
9	Fases del Tratamiento	A 9	A 9		A 9	A 9	A 9							A 9	A 9
10	Duración del tratamiento	A 10	A 10	A 10	A 10	A 10	A 10		A 10						A 10
11	Tiempo de cada sesión	A 11		A 11	A 11										A 11
12	Estrategias y técnicas	A 12	A 12	A 12	A 12	A 12	A 12	A 12	A 12	A 12	A 12	A 12		A 12	A 12
13	Papel del terapeuta	A 13	A 13	A 13	A 13		A 13	A 13	A 13	A 13	A 13		A 13	A 13	
14	Alianza terapéutica	A 14	A 14			A 14									
15	Transferencia y Contratransferencia	A 15	A 15				A 15								

Tabla A.1

COMPONENTE: ENTREVISTA INICIAL	
AUTOR	APORTE TEÓRICO
Cantón y Cortés	<p>(pp. 288-293)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es necesario entrevistar al propio niño y a los adultos relevantes en su vida (padres, trabajadores sociales, profesores, adultos que lo hayan acogido). • Una evaluación adecuada del abuso sexual implica la utilización de una entrevista estructurada o semiestructurada y la independencia del entrevistador (neutralidad y objetividad). La entrevista semiestructurada suele ser el procedimiento preferido y habitual en la evaluación de los niños debido a su flexibilidad (necesaria para ganarse la confianza del niño) y fiabilidad. • La entrevista de investigación constituye el primer instrumento para que los profesionales exploren las cuestiones relativas al abuso sexual denunciado. Su objetivo es obtener la mayor cantidad de información posible sobre el incidente denunciado, por lo que los entrevistadores deben motivar al niño con esta finalidad y plantear sus preguntas de manera que no estimulen en los niños la fantasía, los detalles superfluos o su pretensión de recordar cosas que, o bien no sucedieron o, ya han olvidado. • La entrevista de evaluación se suele realizar en una segunda fase y exige la habilidad de un profesional con experiencia en entrevistar y comunicarse con niños que presentan una amplia variedad de problemas de comunicación y evolutivos. Se utilizan una serie de

técnicas facilitadoras para conseguir que el niño comparta su experiencia para poder realizar una evaluación apropiada de sus necesidades. El objetivo es averiguar si se ha producido el abuso sexual y quién ha sido la persona autora del mismo, pero sin que el objetivo sea procesar al perpetrador, sino determinar el bienestar futuro y las necesidades del niño y de su familia. Por ello, lo ideal es que las preguntas sean abiertas, de manera que sea él quien describa lo sucedido sin llevarlo a confirmar hechos denunciados.

- Es importante conocer sobre diversas cuestiones importantes como por ejemplo, cómo se ha producido el proceso de revelación, indagar sobre la posibilidad de que otros profesionales posean información que pueda ayudar a entender el caso (historial de salud mental de la víctima), el estatus legal del caso y disputas por la custodia, la reacción del niño y los familiares ante el terapeuta y si en la actualidad la víctima o los otros miembros de la familia tienen miedo debido a amenazas directas o indirectas realizadas por el agresor u otras personas.
- La forma de entrevistar a un niño puede tener un considerable impacto en el tipo de información que se obtiene. Será más probable que el niño aporte información exacta cuando se encuentre en una situación confortable y sin que el entrevistador lo presione, de esa forma podrá describir lo sucedido con un mínimo de preguntas sugerentes por parte del entrevistador y concentrar su atención en lo que cuenta sin que lo distraigan muñecos, juguetes y otro tipo de materiales.

- Para facilitar la declaración del niño se suele recurrir fundamentalmente a la formulación de un determinado tipo de preguntas y a la utilización de los materiales de juego clásicos y muñecos anatómicos.
 - Un estilo facilitador incluye preguntas directas, cerradas, planteamiento de variables alternativas, hipotéticas y preguntas del tipo “yo hablo con muchos niños y niñas que me cuentan que les han tocado en sus partes íntimas. Algunos niños dicen que conocen a esas personas muy bien porque son alguien de su familia o algún amigo. ¿Te ha ocurrido a ti algo así alguna vez?”.
 - Entre los materiales de juego clásico se incluyen la expresión artística (empleo de dibujos y materiales de moldear como medio de expresión), presentación de dibujos ya hechos o realizar dibujos de figuras humanas para ayudar al entrevistado a dar información, figuras pequeñas rodeadas de casa, carros, baños, dormitorios y todo tipo de actividades y objetos que representen el mundo del niño.
 - Los muñecos anatómicos se utilizan como medio de demostración, para que los niños muestren lo que sucedió.

(pp. 294-296)

- La entrevista a un niño por la denuncia de abuso sexual debe realizarse en varias sesiones con un profesional especializado, a ser posible sin la presencia de los padres, y debe grabarse siempre. La sesión no debe prolongarse demasiado, y es conveniente decirle de vez en cuando al niño que se puede dar por

	<p>terminada cuando quiera o que si lo desea se cambia de tema. Se sigue una secuencia de tres fases:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fase Inicial: entrevistador debe explicar al niño en qué consiste su trabajo por medio de términos sencillos y motivarlo para que cuente todo lo que sepa. Es importante el establecimiento de una relación cálida y de confianza antes de abordar el tema del abuso, lo que se puede conseguir a través de actividades como el juego, el dibujo, y charlas sobre sus actividades favoritas. Al principio la conversación con el niño debe tratar de cuestiones neutras para poder realizar una evaluación de las habilidades conductuales, cognitivas y lingüísticas del niño. - Segunda Fase: se procede a realizar un interrogatorio no dirigido. Definir roles y enfatizar la importancia de decir la verdad para luego pedir al niño que proporcione una descripción completa y detallada de los sucesos, de manera que no se limite a responder sí o no. Estimularlo a que recuerde libremente y que lo cuente a su manera, a su ritmo y con su propio énfasis. - Tercera Fase: luego de la explicación y narración del niño, se hace una pequeña pausa y se revisan las hipótesis iniciales en vista de la información suministrada por el niño. Luego se reanuda la entrevista por medio de preguntas que se estime necesarias para aclarar algunas afirmaciones o para obtener detalles específicos sobre lo sucedido.
<p>CONACMI</p>	<p>(p. 38)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La información debe ser solicitada a la víctima en una

sola oportunidad, por personas especializadas. El hecho que la víctima deba repetir a varias personas su experiencia es traumatizante y podría hacerle preferir no recibir ayuda por no verse obligada a contarlo de nuevo: en cada relato se repite el sentimiento de temor y de agravio.

- El objetivo de la primera entrevista es hacerle sentir a la víctima que se comprende lo difícil que ha sido para él o ella la situación y la importancia de recibir atención.

(pp. 42-47)

- Al iniciar la reunión, deberá decidirse primero quién o quiénes estarán presentes; no es conveniente hacer un acto público, con la presencia de varias personas, aunque todas tengan algún tipo de relación con la víctima. Generalmente, es suficiente uno o ambos padres; en otros casos no son los padres sino otra persona hacia la cual la víctima siente confianza y las otras personas deberán esperar afuera.
- Aunque debe llevarse cierto control del tiempo, pues no es conveniente prolongar exageradamente la sesión, tampoco debe transmitirse apuro por concluirla. Deben realizarse las seis etapas consecutivas que se mencionan a continuación.

- Rapport: contribuye a lograr el objetivo. Encontrarse en un lugar adecuado, sin interrupciones y con cierta comodidad. Se inicia con un saludo, su nombre y el de la persona que acude; esta presentación no debe ser formal sino flexible adaptada a la situación. El rapport es un proceso continuo que se entreteje durante toda la entrevista, pero el contacto inicial de simpatía entre las dos personas debe lograrse, en términos generales

durante los primeros 5 a 10 minutos, para luego abordar el tema principal de la reunión.

- Alianza: al establecer la alianza, la persona en crisis recibe con buena disposición la orientación que puede ofrecerle una persona serena y segura de lo que hace.

- Expresión de Sentimientos: la forma de expresar los sentimientos dependerá de la forma de ser de la persona en crisis y generalmente es impredecible, sin embargo la persona que ayuda acepta los sentimientos de ira, temor, confusión, angustia, tristeza, culpa o vergüenza de la persona en crisis.

- Relajación: Luego que la persona ha expresado con libertad sus emociones, sin que la persona que ayuda los haya limitado, debe iniciarse el proceso de recuperación. El primer paso para lograr reducir la ansiedad es controlar el cuerpo físico: sentarse con la espalda recta, cerrar los ojos y respirar profundamente, entrar aire por la nariz y sacarlo por la boca despacio. Esta condición devuelve la serenidad a la persona y entonces estará dispuesta a movilizar sus recursos personales: su fortaleza, su confianza, su inteligencia, sus recuerdos y todo aquello positivo que lleva dentro. Es indispensable una actividad de relajación para cerrar la expresión de sentimientos y poder continuar el proceso de la sesión

- Dirección: dirigir a la persona en crisis a identificar opciones que permitan resolver algunos aspectos del problema, al menos los más urgentes. Es conveniente que la persona que busca ayuda pueda obtener una mejor perspectiva de su problema para encontrar formas de resolverlo. Se parte de enfatizar que: estuvo

	<p>bien haber contado su pena a otra persona, demostrarle que se cree que lo que ha contado es verdad, aclarar que estuvo mal lo que ocurrió, pero no es culpable sino víctima, mostrar solidaridad y respeto: “estoy contigo, te apoyo, te acompaño, te creo”, manifestar confianza en que habrá forma de resolver la situación.</p> <p>- Alternativas: La persona que ayuda alienta a la persona en crisis para descubrir la forma más efectiva de resolver la situación, para disminuir su angustia e inseguridad. Elogia sus esfuerzos, le asegura que tendrá que existir una solución y que es necesario que adopte actitudes de confianza. Llegado este momento sí es conveniente hacer algunas preguntas que sirvan para aclarar la situación y elegir las alternativas de solución más efectivas a corto y mediano plazo.</p> <p>- Cierre: Habrán transcurrido 45 a 60 minutos en esta reunión y es el momento de finalizarla. Para esto, debe hacerse un breve resumen de la experiencia vivida durante la sesión.</p>
<p>Herman</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La entrevista inicial debe incluir una cuidadosa revisión de sus relaciones más importantes, en las que cada una de ellas se valore como una fuente de protección, de apoyo emocional, de ayuda práctica y también como un foco potencial de peligro.
<p>Instituto Madrileño del menor y la infancia</p>	<p>(pp. 107-111)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se establece una dinámica de entrevistas sucesivas, y se combinan las efectuadas con el/los adultos receptores de la verbalización del menor con las realizadas con el menor que ha referido ser víctima. • Se entrevista en primer lugar al adulto o adultos que

fueron los primeros receptores de la verbalización que el menor hizo del abuso o a quienes llegaron a la sospecha de que tal abuso se había producido. Estas entrevistas se realizan siempre sin la presencia de los menores. Todas las entrevistas se graban al menos en audio.

- En la primera entrevista se obtienen dos tipos de testimonio, el espontáneo y el dirigido.
 - Testimonio Espontáneo: se solicita al adulto un testimonio amplio y exhaustivo del momento en que recibió la primera verbalización o de la sucesión de episodios que lo llevaron a la sospecha del abuso.
 - Testimonio Dirigido: Se realizan preguntas concretas, de carácter abierto y respuesta múltiple para situar el momento de la primera verbalización o la sospecha de abuso en tiempo, lugar, sucesión cronológica, relaciones causa-efecto, etc.
- Se finaliza esta primera entrevista con asesoramiento a los adultos sobre cuál ha de ser su actitud respecto al/la menor a partir de ese momento (evitar interrogatorios, evitar mensajes de culpabilización o incredulidad, no hablar del tema en presencia del/la menor) y se ofrece orientación sobre cómo deben presentar al/la menor al terapeuta y lo que deben decirle antes de la primera entrevista con él o ella (no aleccionar sobre lo que ha de contar y en los casos de sospecha plantearlo como una evaluación general).
- La segunda entrevista con los progenitores se realiza con posterioridad a la primera mantenida con el/la menor y en algunos casos tras dos o más entrevistas con éste. Los objetivos de este contacto se centran en

	<p>obtener información sobre la historia familiar y la historia de vida del menor.</p> <ul style="list-style-type: none">• La primera entrevista con el menor comienza con el contacto con el/la menor de forma distendida y sin incidir directamente sobre el tema del abuso a fin de ganar su confianza y reducir su ansiedad.• Se le pide que haga un dibujo libre. Se intenta sólo establecer un rapport adecuado y además adiestrar al menor a entablar una conversación sobre su dibujo, adiestramiento fundamental para las futuras técnicas de papel y lápiz a utilizar y para fomentar la comunicación y la respuesta a las preguntas, familiarizándolo con la necesidad de aportar descripciones detalladas. Sólo se solicita a sujetos menores de 12 años.• Se explora si los adultos con quienes se mantuvo la primera entrevista cumplieron o no las indicaciones recibidas sobre cómo explicar al/la menor el contacto presente. A este fin, se plantean preguntas como: ¿Sabes para qué has venido aquí?, ¿Qué más cosas te han dicho?, ¿Tú estabas de acuerdo en venir?, ¿Tú quieres contar lo que pasó? (Sólo para sujetos mayores de seis años que hayan verbalizado abusos).• Luego se anima al menor a hablar de la situación de abuso sexual por medio del reconocimiento de que resulta un tema difícil y embarazoso, pero necesario, pues para poder ayudarle se necesita saber lo que sucedió. También se le tranquiliza respecto de que es un suceso que les ocurre a muchos niños y niñas• Una vez finalizada la verbalización espontánea del menor se pasa a ampliar la información por el empleo
--	--

de preguntas concretas para completar los datos que no hayan aparecido en el relato anterior. Estas preguntas tienen todas carácter abierto, son de respuesta múltiple y se cuida que no contengan información sobre posibles contenidos de respuesta, no sólo referidos a prácticas sexuales sino a detalles en general.

- Para reforzar la descripción de las prácticas sexuales en este apartado se pueden emplear láminas anatómicas cuando el exceso de pudor o la falta de vocabulario del sujeto así lo aconsejen.
- La segunda entrevista con el paciente sirve para solicitar mayor información acerca del suceso con el que terminamos la primera entrevista, se usan para ello preguntas abiertas para que amplíe detalles sobre cuándo, dónde, quién o quiénes, por qué, cómo, etc.
- Se realiza un prueba de consistencia al solicitarle al/la menor una nueva verbalización de algunos episodios de los sucesos o por la repetición de declaraciones falsas para ver si el menor coincide o no con el terapeuta.
- Al finalizar, se escoge algún episodio o anécdota que pueda resultar especialmente atractivo para el sujeto. Un tema neutro en cuanto a dosis de estrés para el/la menor o que haga referencia a sus aficiones cotidianas para su tiempo libre. Se solicita ampliación de información sobre este episodio o actividad, por lo que se termina la segunda entrevista con un tema distendido y no relacionado con la situación de abuso.
- Todos los sujetos menores de 12 años necesitan una tercera entrevista todavía destinada a la exploración del

	<p>abuso sexual. En esta se le pide al menor que dibuje una familia. Una vez finalizado su dibujo, se comienza una vez más un diálogo con el menor respecto del mismo. El objetivo que se persigue es identificar a los sujetos dibujados, obtener información sobre sus actividades, sus preferencias, sus estados de ánimo, el tipo de relación que mantienen entre ellos, así como las relaciones que mantiene con cada uno de ellos y con cuál se identifica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Además se realiza una prueba de conocimiento del lenguaje sexual en la cual se intercala entre los términos de la prueba de vocabulario de cualquier test de inteligencia palabras de contenido sexual y se solicita en todos los casos que defina los vocablos ampliamente, con especial atención sobre dónde y cómo aprendió su significado. • También se pide un dibujo del agresor ya que con esto se obtiene información respecto de los sentimientos del menor hacia su agresor, y se identifican los que le son propios y los que ha recibido de otros miembros de su familia. Esta información sirve después para contrastarla con la que aporte el adulto en cuestión, y se puede valorar la reacción global de la familia y su nivel de veracidad. • Si además de la exploración realizada en esta tercera entrevista los sujetos menores de 12 años necesitaran pruebas específicas de inteligencia, memoria, personalidad, etc., éstas se realizan en entrevistas sucesivas.
<p>Petrzelová</p>	<p>(pp. 75-79)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La entrevista psicológica es, junto con la observación,

el medio fundamental de valoración de los abusos sexuales a menores. Entrevistar a un niño que sufrió de abuso sexual, significa saber escuchar. Los niños dicen lo que les ha pasado con muchas señales, verbales o no verbales.

- Es importante analizar las conductas verbales y las que no lo son, así como el contenido (lo que dice el paciente) y el proceso (cómo se comunica).
- Es importante es que el entrevistado, en este caso el niño abusado o sus padres, confíen plenamente en el entrevistador, quien debe asegurarles que la entrevista es confidencial y que la usará solamente para fines terapéuticos.
- La entrevista básica:
 - Introducción: con un lenguaje adecuado a la edad del niño, es preciso ayudarle a que entienda el sentido de la entrevista.
 - Conocimiento del niño acerca del propósito de la entrevista: averiguar cuánto sabe acerca del propósito de la entrevista.
 - Juegos libres y nombres para las partes de la anatomía: tiene la elección de dibujar o jugar libremente con muñecos; se le debe permitir desnudarlos y denominar las partes del cuerpo; si representa la actividad sexual, hacerle preguntas que conduzcan a una descripción hecha por él.
 - Orientar la entrevista: se orienta al niño para que hable acerca de las áreas que condujeron a la sospecha del abuso o que surgieron como su consecuencia, sin hacer mención del abuso en sí. Pueden incorporarse muñecas. A medida que

	<p>avanza la entrevista se alienta al niño a describir los actos sexuales en los que estuvo involucrado con la mayor descripción espontánea, lenguaje y detalles posibles.</p> <ul style="list-style-type: none">- Amplia descripción del abuso: se pregunta la posición del presunto abusador en relación con él y el lugar donde se cometió el abuso.- Ubicación de los otros miembros de la familia: en qué lugar se encontraban los otros miembros de la familia cuando se cometió el abuso.- Espectadores: ¿quién presencié el abuso? ¿Quién más está involucrado? Es importante averiguar qué otra persona pudo haber presenciado la actividad sexual.- Identidad del abusador: que el niño exprese quién lo tocó o maltrató.- Momento y frecuencia del abuso: establecer la oportunidad en que se produjo el abuso y su frecuencia.- En busca de detalles de abuso adicional: se trata de averiguar todas las formas en que hubo contacto sexual, sin sugerirle nada al niño.- Sentimientos infantiles acerca de los contactos sexuales: explorar los sentimientos y las experiencias de los niños a través de preguntas directas como ¿cómo te sentiste?- Secretos: es recomendable explicar a los niños la importancia de hablar sobre el abuso debido a que están conscientes de la índole de lo prohibido, y de la crudeza de la actividad en la que se vieron involucrados.
--	--

	<ul style="list-style-type: none">- Sentimientos del niño hacia el abusador: algunos niños sienten terror hacia el abusador y otros sólo odio. Se deben investigar los sentimientos que el niño guarda.- Definición de la total responsabilidad del adulto: se debe calificar al adulto como absolutamente responsable de lo sucedido, asegurar al niño que él de ningún modo es malo, perverso, mal educado, responsable o pecador.- Manejo de la renuencia, las ansiedades y los temores: se contribuye a superar la renuencia a revelar lo sucedido, por la exploración de las ansiedades que la alimentan.- Verificación del relato del niño: al conducir la entrevista es útil resumir brevemente las experiencias reveladas y verificar la conformidad del niño y la coherencia de su relato.- Información a la madre: se ayudará a que el menor informe brevemente a su madre o tutora acerca del abuso sufrido.- Preparación para el examen médico: el examen médico habrá de seguir a la entrevista, por lo que el niño deberá saber las razones de dicho examen.- Evaluación: la evaluación se basa conjuntamente en su contenido y en su proceso. Son de importancia el lenguaje corporal y las comunicaciones no verbales.• La entrevista paso a paso:<ul style="list-style-type: none">- Construcción del rapport: se establece por la conversación sobre temas neutros apropiados a la edad del niño.
--	--

	<ul style="list-style-type: none">- Pedir que recuerde dos experiencias concretas que haya vivido (una fiesta de cumpleaños, una excursión reciente...). El entrevistador obtiene así datos sobre habilidades verbales del niño y empieza a indagar sobre la forma que tiende de responder cuando le formulan una pregunta abierta y no conductiva. Explicar al niño la importancia de decir la verdad.- Introducir el tema objeto de la entrevista paso a paso (comentarios abiertos con una dosis mínima de sugestión): ¿sabes por qué estás conmigo hoy?- Estimular una narración libre: pedir al niño que describa lo que ocurrió sin olvidar ningún detalle.- Plantear preguntas generales: ¿me puedes contar cómo sucedía eso normalmente?- Plantear preguntas específicas concretas: dijiste que esto sucedió en la cocina.- Utilizar instrumentos de ayuda en la entrevista: se pueden usar dibujos y muñecos para clarificar la narración del niño, pero siempre después de que éste haya terminado la narración.- Conclusión de la entrevista: Dar las gracias al niño y responder a cualquier pregunta que se le ocurra hacer, explicándole cómo puede contactarse de nuevo con el terapeuta. <ul style="list-style-type: none">• Elaboración Narrativa: El objetivo fundamental del método narrativo es ayudar a los niños a superar limitaciones evolutivas de memoria y comunicación. Las declaraciones de los niños pequeños a menudo son incompletas y fragmentadas y, por consiguiente, insuficientes para
--	---

poder evaluar las sospechas de abuso o planificar el tratamiento. La naturaleza esquemática de las declaraciones espontáneas de los niños requiere que se les hagan preguntas aclaratorias para ampliar la información. Es necesario empezar con preguntas neutrales apropiados a la edad del niño. El tema objeto de la entrevista se introduce paso a paso. Ejemplo: ¿sabes por qué estás conmigo hoy?, ¿me puedes contar qué te ha sucedido? Se empieza con descripciones amplias y más tarde se indagan episodios concretos. Los pasos para la entrevista narrativa son los siguientes:

- Rapport
 - Preguntas abiertas: recuerdos de sucesos específicos.
 - Explicarle al niño la necesidad de decir la verdad.
 - Introducción del tema objeto de la entrevista.
 - Estimular la narración libre.
 - Plantear preguntas generales.
 - Plantear preguntas específicas.
 - Si es necesario usar los instrumentos de ayuda.
 - Conclusión de la entrevista.
- Es importante mencionar que aunque la entrevista sea realizada por dos o más personas es necesario que sólo una de ellas sea quien la conduzca, mientras que el segundo toma notas y sugiere preguntas adicionales para el final de la entrevista. En conclusión, el cierre implica el regreso a los temas neutros, agradeciéndole al niño que haya aceptado ser entrevistado. Es en este momento cuando se le da el nombre y teléfono por si desea contactar posteriormente al psicólogo.

	<ul style="list-style-type: none"> • Si queremos obtener información verídica debemos cuidar la construcción y comprensión de las preguntas. La terminología técnica puede confundir a la víctima y el terapeuta no obtendrá información útil.
<p style="text-align: center;">UNICEF</p>	<p>(p.30)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Asociación Americana de Pediatría (AAP) recomienda realizar la exploración anamnéstica del niño, niña o adolescente con sospecha de abuso sexual, mediante preguntas abiertas y el evitar direccionar las respuestas. De igual forma, se sugiere postergar el examen físico, cuando este sea necesario, a un momento posterior a la realización de la entrevista. Ocasionalmente un niño, niña o adolescente puede relatar una historia de abuso espontáneamente, sin embargo, la mayoría de las veces será necesario que un profesional entrenado realice las entrevistas. • Cuando sea posible, realizar la entrevista al niño, niña o adolescente en ausencia de sus padres o adultos responsables, con el objetivo de evitar influenciar el relato. En la literatura revisada, la mayoría de los expertos omiten la entrevista en niños y niñas menores de 3 años.
<p style="text-align: center;">Velázquez, Delgadillo y González</p>	<p>(p. 137)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La entrevista que debe estar dirigida a ¿cómo se descubrió el hecho? y ¿cómo se le hizo sentir al niño(a)? • Es importante tener una entrevista con la persona encargada del niño(a) e identificar las circunstancias del evento, quién fue el agresor y cómo percibe actualmente al menor. Posteriormente, se tiene el contacto con el menor y, sobre todo, tratar de no

	<p>crearle perjuicios o dirigir la entrevista con los hechos relatados por el adulto, es necesario establecer un buen rapport a través del juego, en el cual se le permita expresar sus sentimientos positivos y negativos desde la primera entrevista, dándole credibilidad a lo relatado o lo que comente tanto del motivo por el que llegó, como de otros eventos que desee contar. En esta fase quien puede llevar la batuta en el juego es el niño.</p>
--	--

Tabla A.2

COMPONENTE: ENCUADRE	
AUTOR	APORTE TEÓRICO
Bannister	<p>(p. 137)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cualquier tipo de terapia debe siempre contar con el consentimiento del niño y, para el trabajo psicodramático, debe sentirse listo para dar tratamiento al contenido específico. <p>(pp.152-153)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Padres y niños firman un documento en el cual expresan que están conscientes de la índole del trabajo de grupo. • Los progenitores que están disponibles, deben encontrarse una vez al mes con un miembro del grupo terapéutico para integrar un grupo de apoyo. Quienes no estén disponibles, recibirán una visita al mes de un miembro del grupo terapéutico. • La confidencialidad es parte del contrato firmado por niños y los líderes del grupo (terapeutas). Si el terapeuta considera que algún niño aún sufre de abuso o que abusa de otros, comunicará dicha información.

	<p>De lo contrario todo se mantendrá en secreto. Los niños sí son libres de comentar a los padres o a otras personas lo que sucede en terapia de grupo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupos de cuatro a cinco niños con al menos dos niños de cada sexo.
--	---

Tabla A.3

COMPONENTE: OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	
AUTOR	APORTE TEÓRICO
Bannister	<p>(p. 112)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otorgar el poder a los niños y darles voz.
Cantón y Cortés	<p>(p. 315)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como objetivo general, el terapeuta debe suministrar al niño experiencias a las que se pueda enfrentar con éxito, que le sirvan para contrarrestar sus experiencias anteriores de indefensión y que le lleven a un autodomínio y a una mejora de su confianza. • Los objetivos específicos que debe perseguir la intervención durante la crisis de la revelación son: <ul style="list-style-type: none"> - Estabilizar las actividades rutinarias del niño. - Reducir el impacto de ciertos factores de estrés. - Ayudar a la víctima para que asuma los cambios en su situación vital. - Superar los sentimientos de culpa y vergüenza. - Entender que todo lo que pasa actualmente tiene como objetivo primario su bienestar y recuperación.
CONACMI	<p>(p. 51)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La terapia y la rehabilitación deben centrarse en ayudar a la niña, el niño y el o la adolescente, a

	<p>entender, integrar y resolver aquellas experiencias que afectan a su desarrollo, a sus pautas de interacción con el entorno y a su seguridad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento debe ir encaminado a optimizar aquellas potencialidades que han sido afectadas y a eliminar aquellas que favorecen el descontrol.
Echeburúa y Guerricaecheverría	<p>(p. 472)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la fase de psicoeducación a los padres el objetivo fundamental es la normalización de la vida del menor y el restablecimiento de las pautas habituales de conducta en la vida cotidiana, que es uno de los mejores predictores de mejoría.
Herman	<ul style="list-style-type: none"> • Se describen principios como: <ul style="list-style-type: none"> - Reinstauración del poder a la víctima. - Reducir el aislamiento. - Reducir la sensación de indefensión por medio del aumento de las posibilidades de elección de la víctima. - Eliminar la dinámica de dominancia en el trato con la víctima. • El objetivo terapéutico es la reconstrucción de la autonomía y de la sensación de poder.
Petrzelová	<p>(p. 73)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La principal tarea del terapeuta es ayudar al niño a superar el trauma.
Portillo	<p>(p. 7)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se centran en ayudar al menor a entender, integrar y resolver aquellas experiencias que afectan a su desarrollo, a sus pautas de interacción con el entorno y a su seguridad.

	<ul style="list-style-type: none"> • Se pretende que el niño recupere la confianza básica en sí mismo y aprenda a relacionarse de manera adaptativa con otros adultos y con sus iguales.
<p>Save the Children</p>	<p>(p. 42)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El objetivo del tratamiento será evitar que el abuso y la victimización secundaria vuelvan a producirse y tratar las secuelas psicológicas. Además, se dotará a la víctima de habilidades y herramientas que permitan la superación de los efectos del abuso. La clave del proceso terapéutico reside en conseguir establecer una buena relación que garantice la reconstrucción de vínculos afectivos, quizás en un primer momento con el terapeuta y, posteriormente, con otras figuras significativas para el niño diferentes del agresor.
<p>UNICEF</p>	<p>(p. 42)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabilizar la sintomatología a corto y mediano plazo. • Ayudar al niño, niña o adolescente a elaborar e integrar la experiencia abusiva y abordar las consecuencias traumáticas de la situación de abuso. • Elaborar los sentimientos de culpa del niño, niña o adolescente y externalizar la responsabilidad de la agresión hacia el adulto, por medio de la transmisión del sentimiento de seguridad emocional de la víctima. • Promover un sentido de sí mismo/a y del mundo que sea adaptativo a su desarrollo y bienestar integral. • Fomentar el apoyo de, por lo menos, un adulto significativo protector. • El tratamiento debe estar encaminado a optimizar aquellas potencialidades que han quedado afectadas y a eliminar aquellas que favorecen el descontrol.

	<ul style="list-style-type: none"> Realizar un trabajo terapéutico con la/s figura/s protectora/s del sistema familiar, con el propósito de ayudarles a desarrollar o fortalecer la empatía con la víctima y de que se constituyan en una fuente de apoyo social importante.
Zárate	<p>(p. 14)</p> <ul style="list-style-type: none"> La meta de tratamiento grupal es contrarrestar o romper las dinámicas causantes del trauma, se espera que, al contribuir exitosamente el grupo de apoyo, cada niño podrá decirse a sí mismo en voz alta “yo estoy bien (etapa 1). Yo puedo cuidar de mí mismo (etapa 2). Mi cuerpo está bien pero es sólo una parte de mi propio ser (etapa 3) y los demás están bien (etapa 4).”

Tabla A.4

COMPONENTE: EVALUACIÓN	
AUTOR	APORTE TEÓRICO
Bannister	<p>(p. 115)</p> <ul style="list-style-type: none"> La evaluación se realiza de manera individual, cuando el niño es derivado, aunque el modelo de terapia propuesto es dentro de un grupo. <p>(p. 116)</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar la situación del hogar de donde proviene. Evaluaciones de la figura parental (o figuras parentales), su relación con el niño y su capacidad de brindar respaldo. Realizar evaluaciones efectivas y concienzudas de los niños y sus cuidadores antes de iniciar la terapia, debido a la vulnerabilidad de los infantes.

(p. 117)

- Se realizan seis sesiones de evaluación.

(p. 123)

- Una evaluación insuficiente puede dar como resultado un desperdicio de recursos que podrían haberse invertido con mayor provecho en otro niño que se encontraba en un lugar más adecuado.

(p. 124)

- El desarrollo infantil tiene tres etapas, las cuales son: encontrar identidad o sentimientos, reconocer el yo y reconocer al otro. Al jugar con el niño y tenerlo como centro de interés (dejarlo él tome la iniciativa), salta a la vista qué tipo de juego domina su conducta. Una evaluación que incluye la comprensión de estas etapas puede ser de ayuda para que el terapeuta reconozca el alcance del daño y la duración de la terapia que puede requerirse.

(p. 127)

- Evaluar la capacidad de vincularse afectivamente con su cuidador, y en consecuencia, con el terapeuta. Útil la técnica de sociograma.

(p. 17)

- Evaluar las estrategias para sobrellevar el abuso. Estas se desarrollan como parte de su conducta adaptativa. Pueden ser extremas o en relación al género. Los niños suele tener conductas muy controladoras o agresivas y las niñas conducta de víctima. Se pueden evaluar a través del juego.

(p. 130)

- Aplicar el Test B/G-Steem el cual no sólo evalúa la autoestima del niño, sino también el lugar (locus) de

control. El niño con un locus de control interno será más controlador, mientras que uno con locus de control externo se sentirá más como una víctima. Niños en ambos extremos deberán ser tratados en terapia individual.

(p. 132)

- Como parte final de la evaluación, se debe evaluar la seguridad para el niño. No se puede llevar ninguna terapia si el niño se encuentra bajo algún tipo de amenaza del abusador. Si se está en peligro de sufrir un abuso de nuevo, debe hablarse con los cuidadores sobre la seguridad, junto con el niño.

(p. 132)

- Evaluar si el desarrollo del niño ha llegado a tal punto que le permita convivir con otros niños que han sido abusados. Si las habilidades relacionales son inapropiadas para la edad cronológica, entonces es preciso que, primero, se realice trabajo individual.

(p. 148)

- Pasos de la evaluación:
 - Tomar los antecedentes completos (por lo general, por teléfono) de la persona que deriva al niño, la escuela, cualquier otro profesional pertinente y padres.
 - Visita al hogar por parte de los dos terapeutas del grupo para observar al niño y al progenitor juntos, y luego, al progenitor y al niño de forma separada.
 - Repetición del paso anterior, pero en las instalaciones en donde se realizarán las sesiones. En dichas sesiones se evalúa la vinculación afectiva, niveles del desarrollo del niño, estrategias

	<p>destinadas a sobrellevar el abuso y seguridad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los dos terapeutas comparten sus impresiones sobre el proceso a partir de la entrevista, y comparten la información tomada de diversas fuentes. - Evaluaciones separadas por parte de ambos terapeutas respecto de la vinculación afectiva y las estrategias de sobrellevar el abuso antes de unirse de nuevo y tomar una decisión. - Si es probable que el niño se integre al grupo, se consulta con la escuela y se solicita a la maestra y a la directora que completen un cuestionario sobre la conducta del niño. <p>(p. 151)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La evaluación debe seguir las prioridades del niño en todo momento, para que éste sea capaz de expresar sus sentimientos sobre cualquier cosa que le preocupe. <p>(p. 153)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los padres pueden completar un formulario de evaluación sobre la conducta de sus hijos, antes y después del grupo. Puede utilizarse el “Cuestionario de fortalezas y dificultades” de Goodman.
<p>Cantón y Cortés</p>	<p>(pp. 284-286)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La evaluación del abuso sexual infantil requiere obtener información a partir de múltiples fuentes (niño, padres, hermanos, profesores), sobre múltiples personas (niño, hermanos, padres), en diversos ambientes (hogar, escuela), por medio de distintos métodos de evaluación (autoinformes, informes a partir de otras personas, cuestionarios, observación directa, role-playing, entrevista) y en distintos momentos (revelación,

tratamiento, postratamiento, seguimiento).

- La evaluación debe incluir el ambiente del niño (de acuerdo con el enfoque conductual), sus creencias, atribuciones y otros factores cognitivos (en consecuencia con un enfoque cognitivo) y el funcionamiento de su familia (de acuerdo con la perspectiva de los sistemas de familia).
- El proceso de evaluación se organiza en torno a la defensa y protección de la víctima, la comprensión del contexto del abuso sexual y la evaluación psicológica del niño.
- Se puede estructurar el proceso de evaluación en torno a tres grandes bloques, incluidos la definición del contexto de evaluación, la adaptación psicológica del niño en ese momento y los factores mediadores del impacto del abuso.
 - El contexto se refiere no sólo a las circunstancias que rodearon al abuso sexual, sino también al ambiente de la familia y comunitario anterior al abuso y que puede haber contribuido al abuso del niño o ser responsable directo de los problemas que presenta. Esta información se puede obtener mediante una entrevista con el niño, con sus padres, y en ocasiones, a partir de otros profesionales como policías o trabajadores sociales que ya hayan investigado el caso.
- Se puede aplicar un cuestionario a las madres con el objeto de evaluar la historia de la familia de origen (divorcios, conflictos, alcoholismo, castigos físicos), su posible historial de abuso sexual, el impacto que ha tenido la revelación del abuso sexual en la familia y en

la madre, y finalmente, la percepción que tiene la madre sobre su responsabilidad y culpa en el abuso sexual sufrido por el niño.

- La información a partir de la víctima se obtiene fundamentalmente a través de sus declaraciones en la entrevista o por el análisis de su comportamiento en el juego con muñecos anatómicamente completos.

(pp. 309-312)

- Las víctimas de abuso sexual infantil deben ser evaluadas en problemas evolutivos (de comunicación, seudomadurez/conductas regresivas), depresión (riesgo de suicidio, sentimiento de pérdida), trastorno por estrés post traumático, experiencias disociativas, revivir experiencias, miedos (especialmente a estímulos asociados al abuso y a que se vuelvan a producir los abusos, a que salgan a la luz pública y a las represalias), culpabilidad, autolesiones, sentimientos de cólera, problemas sociales (habilidades sociales, interacción padres-niños, límites poco claros/confusión de roles), dificultades con los iguales (estigmatización, retraimiento, desconfianza), desórdenes de conducta (agresión y conducta anti social), hiperactividad, problemas de rendimiento escolar (memoria, incapacidad de concentración), trastornos somáticos, problema de adaptación sexual (preocupación por homosexualidad, conducta sexualizada), autoestima, asertividad, comprensión del significado de lo sucedido (estilo atribucional, indefensión aprendida, creencias irracionales, sentido de la justicia), habilidades de solución de problemas y factores de estrés.

	<ul style="list-style-type: none"> • La evaluación de las consecuencias del abuso sexual y la interpretación de los datos obtenidos debe realizarse a dos niveles: la adaptación global del niño y su adaptación específica al abuso sexual. <ul style="list-style-type: none"> - Para la evaluación global se puede pedir a los padres que completen un cuestionario de problemas de conducta. La utilización de instrumentos estandarizados ofrece al niño la oportunidad de responder en privado un amplio rango de cuestiones problemáticas y permite que los resultados sobre la adaptación del niño se puedan comparar con datos normativos según sexo y edad. Sin embargo, es importante recordar que los resultados de estudios indican que los niños no suelen informar de un nivel elevado de síntomas inmediatamente después de la revelación del abuso. - Para evaluar los síntomas específicos de las víctimas del abuso sexual se deben utilizar informes de los padres, del niño, y la propia valoración del profesional. Se debe evaluar las variables mediadoras del impacto del abuso sexual, clasificadas en factores relacionados con el abuso sexual (gravedad, frecuencia, duración, número de perpetradores, relación emocional con el agresor y nivel de coacción), los factores relacionados con el niño (capacidad de recuerdo, comprensión del abuso en función del desarrollo cognitivo y moral), el estilo atribucional y las relaciones familiares.
<p>Echeburúa y Guerricaecheverría</p>	<p>(pp. 473-474)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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: hay que abordar con los familiares la utilización de la negación como estrategia inadecuada de afrontamiento y sustituirla por otras que favorezcan la aceptación del abuso como paso previo para adaptarse a la nueva realidad.
- Sentimientos de culpa, fracaso e incapacidad y de estigmatización: reevaluar las ideas disfuncionales relacionadas con la culpa y la vergüenza, hacer frente a las atribuciones internas, reatribuir la responsabilidad de la ocurrencia de los abusos exclusivamente al abusador y reajustar su capacidad protectora en relación con sus hijos.
- Rabia, resentimiento y deseos de venganza: El rencor, la ira y los deseos de venganza surgen con frecuencia en estos casos y son de difícil manejo a nivel clínico. Se trata de emociones que atormentan a los afectados por la situación traumática en su lucha interna por controlarlos y no dejarse llevar por ellos, ya que los consideran como propios de malas personas.
- Ansiedad, depresión y baja autoestima: tiene como consecuencia un cambio en la autoestima, que conlleva una percepción más negativa de sus propias capacidades y cualidades.
- Deterioro de las relaciones familiares y de pareja: Por tanto, resulta fundamental abordar clínicamente la dificultad de la familia para expresar las

	<p>emociones asociadas a los abusos y a su revelación, así como las diversas percepciones en relación con las reacciones de cada uno.</p>
Herman	<ul style="list-style-type: none"> • La primera tarea del terapeuta es llevar a cabo una evaluación diagnóstica rigurosa e informada, y ser totalmente consciente de todos los disfraces bajo los que puede aparecer un desorden traumático.
Petrzelová	<p>(p. 75)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El objetivo inmediato de la evaluación, es garantizar la seguridad de la víctima y protegerla de un probable nuevo abuso, así como de cualquier otra forma de maltrato o de que se lleven a efecto las posibles amenazas por haber revelado lo ocurrido. <p>(p. 74)</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la evaluación es muy importante poner atención a la veracidad de los testimonios de los acusadores, en nuestro caso son, por lo general, los niños víctimas o sus tutores. • Es importante averiguar si existe la posibilidad de que el niño mienta o si no ha sido presionado por un adulto para testificar falsamente. • En la evaluación de la veracidad de los testimonios infantiles se demandan al niño(a) una serie de competencias como son: habilidad lingüística, memoria suficiente, capacidad de observar y analizar las situaciones, capacidad para diferenciar la fantasía de la realidad y comprensión de la obligación del niño de decir la verdad. <p>(p. 75)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La evaluación psicológica se debe basar en la

	<p>información obtenida del medio ambiente que frecuentaba el menor, como por ejemplo: obtener información de múltiples fuentes, como son la propia víctima, sus padres, hermanos y profesores, los médicos y los asistentes sociales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar los diversos ambientes en que se desarrolla el menor, como el hogar y la escuela, fundamentalmente. <p>(p. 83)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar distintos métodos de evaluación que complementan la información, por ejemplo la entrevista, los cuestionarios, los test psicológicos, la observación directa e informes de otros profesionistas que hayan atendido niños.
<p>Save the Children</p>	<p>(p. 42)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento debe ir precedido de una evaluación clínica que determine los recursos cognitivos y las estrategias de afrontamiento de la víctima y del protector.
<p>UNICEF</p>	<p>(p. 34)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los aspectos a evaluar en relación al riesgo son: <ul style="list-style-type: none"> - Caracterización de la situación de abuso intrafamiliar o extrafamiliar: si el abuso es producido por un integrante y al interior de la familia, o por alguien vinculado por otros factores (por ejemplo, porque mantiene una relación con la madre), existe mayor riesgo de no contar con una adecuada protección. - Tipo de relación agresor/a-víctima: si el agresor pertenece a la familia, es mayor el riesgo de que la situación se repita o no haya interrupción de la

situación de abuso.

- Acceso del agresor/a al niño, niña o adolescente: si el abusador es una persona que vive en el mismo hogar de la víctima o tiene fácil acceso a ella, existe mayor riesgo de no contar con una adecuada protección.
- Respuesta del o los adulto/s no agresor/es frente a la revelación del abuso: en el caso de que la madre sea la cuidadora, la evidencia muestra que cuanto más cercana es la relación del abusador con la madre (padrastro o compañero sentimental de ella), hay mayor riesgo a que no se produzca el apoyo materno. La protección de la madre depende del tipo de abuso, de la edad del niño niña o adolescente (es menos protectora hacia un/a adolescente) y de los sentimientos de la madre hacia el perpetrador. Si no existe un familiar, buscar en el entorno quien asuma esta acción de protección. También se debe tener en cuenta si existe complicidad o no frente a la situación de abuso por parte de los otros adultos de la familia.
- Edad del niño/niña o adolescente: a menor edad, mayor riesgo.
- Tipo de relación de pareja y presencia de violencia: si el abusador es el padre o el conviviente y éste ejerce además abuso en contra de la madre de la niña, niño o adolescente abusado, difícilmente esta mujer podrá proteger a su hijo/a del abuso.
- Madre y/o padre que presenta depresión o abuso de sustancias: disminuye la capacidad para prestar asistencia y protección a sus hijos/as.

	<ul style="list-style-type: none"> - Existencia de denuncias o querellas, intervenciones legales: existe mayor riesgo si hay antecedentes de denuncias no resueltas. - Abuso sexual de la madre en la infancia: esta experiencia puede interferir en la capacidad de la madre para constituirse en un adulto protector. - Existencia de violencia intrafamiliar en el entorno: la existencia de violencia intrafamiliar puede ser un obstáculo para la detención del abuso sexual y la protección del niño, niña o adolescente.
<p style="text-align: center;">Velázquez, Delgadillo y González</p>	<p>(p. 137)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El terapeuta puede iniciar con el juego evaluativo que se da con la aplicación de pruebas psicológicas: test de la figura humana (DFH), test de la casa, árbol y persona (H.T.P), Ilumina tu vida; de acuerdo a la edad del niño se pueden aplicar cuestionarios en los cuales se indagan las conductas abusivas hacia el niño, los cuentos que faciliten al niño hablar del propio abuso del que ha sido objeto. Es importante resaltar que en esta etapa el menor ya no dirige, sino quien dirige es el psicólogo; para indagar más sobre los sentimientos, conductas, actitudes, conflictos que tenga con adultos o pares que se le hace difíciles de expresar.
<p style="text-align: center;">Zárate</p>	<p>(p. 13)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La modalidad de tratamiento consiste en evaluar la experiencia del abuso sexual en términos de cuatro grandes dinámicas traumatizantes: <ul style="list-style-type: none"> - Estigmatización - Impotencia - Traición - Sexualización Traumática

Tabla A.5

COMPONENTE: MODALIDADES DE TERAPIA	
AUTOR	APORTE TEÓRICO
Bannister	<p>(p. 62)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El psicodrama se convirtió en un método psicoterapéutico que se practica en gran medida, en grupos. Sin embargo, también pueden emplearse en sesiones uno-a-uno mediante el uso de objetos inanimados en lugar de personas. • Al hacer uso de dramaterapia no se tiene un único protagonista por lo que es muy probable que el entorno dramaterapéutico sea el de un grupo, que puede tener alguna homogeneidad. <p>(p. 111)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para los niños de aproximadamente siete años en adelante, la terapia en grupos de pares puede ser la intervención más útil. • Se conforman grupos de cuatro a cinco niños, con al menos dos niños de cada sexo. <p>(p. 149)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para que el niño pueda participar en una terapia grupal, se debe evaluar su capacidad de convivir con otros niños que han sido abusados. Si las habilidades relacionales son inapropiadas para la edad cronológica y si el niño se encuentra fijado en el juego temprano primero debe realizarse algún trabajo individual. • Se debe tener en cuenta el efecto que cada niño puede ejercer sobre cada uno de los otros niños. Debe existir similitud en los desarrollos evolutivos de todos los niños del grupo. Por lo cual, se evalúa por separado

	<p>cada niño y se incluyen a quien tenga las habilidades de utilizar el juego de corporización, juego de proyección y desempeño de roles.</p> <p>(p. 152)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe existir una distancia en tiempo prudente desde el abuso, o el descubrimiento del abuso y la terapia ya que algunos niños pueden no estar preparados para escuchar acerca del abuso de los demás niños del grupo.
<p>Batres</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los terapeutas deberían conocer la posibilidad de que si una sobreviviente recibe terapia individual, no está contraindicado la asistencia alternativa a una terapia grupal para víctimas o sobrevivientes de incesto, siempre y cuando, ambas terapias coinciden en la filosofía sobre el tratamiento del incesto y las terapeutas hayan sido entrenadas sobre el tema. <p>(pp. 104-105)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La terapia individual con víctimas de trauma ha reportado avances muy lentos. Por ello, hay razones importantes para la elección del modelo grupal como el más eficaz. Una de ellas es que los traumas aíslan, avergüenzan, estigmatizan y deshumanizan, y en contraposición, los grupos reconstruyen el sentido de humanidad, de protección contra el terror y la desesperanza. • En una terapia grupal, la sobreviviente realiza su proceso acompañada y hace vínculos con personas con quienes comparte la misma experiencia, de igualdad. • Los grupos cerrados y estructurados son el método más eficiente para tratar éste tipo de población. La

	<p>recomendación es que inicie con todas las participantes al mismo tiempo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los grupos proporcionan metas definidas, cierta homogeneidad y un tiempo final programado, lo cual no significa que estos tiempos sean inflexibles. • Debe darse un tiempo de abordaje individual indispensable para hacer el diagnóstico y preparar el ingreso al grupo.
<p>Cantón y Cortés</p>	<p>(pp. 327-328)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento del abuso sexual infantil requiere la utilización simultánea de distintas formas de terapia, ya que cada terapia cumple unas funciones distintas que representan diferentes aspectos del proceso global y contribuyen a los objetivos generales de la intervención. • La terapia familiar pretende conseguir unas interrelaciones más apropiadas dentro de la misma (resuelve los problemas y conflictos en las relaciones familiares). Esta resulta necesaria ya que la aplicación sólo de una terapia individual o de grupo puede hacer que los padres se sientan amenazados por el tratamiento del niño y los cambios subsiguientes y decidan suspender el tratamiento. • El tratamiento de grupo y la terapia individual se centran en las necesidades individuales de cada miembro. Son necesarias para que el niño consiga desarrollar un sentido de autonomía y de individualidad que le permita controlar aspectos básicos de su propio cuerpo, mente y acciones; como para que los padres puedan abordar aspectos de su propia experiencia vital personal y de las relaciones de pareja.

(pp. 340-342)

- El tratamiento de grupo con iguales es una de las formas preferidas de tratamiento en el caso de los niños mayores y de los adolescentes, considerándose particularmente eficaz cuando ya ha pasado tiempo desde la crisis de la revelación y se ve apoyada también por el trabajo con la familia.
- En el tratamiento de grupo operan cuatro mecanismos terapéuticos fundamentales:
 - Los elementos intrínsecos del grupo (disminución del aislamiento, socialización y atención recibida)
 - La validación de la realidad del niños (identificación y expresión directa e indirecta de sentimientos)
 - Aportación de una visión alternativa de la realidad (sobre la responsabilidad del abuso y la culpa por haber disfrutado)
 - El dominio simbólico (de sentimientos, personas y situaciones, lo que le permite superar sus sentimientos de indefensión y de falta de control).
- En cuanto a la estructura del grupo de terapia se distinguen dos tipos:
 - Grupos abiertos que permiten la incorporación de nuevos miembros, con sus ventajas (se puede iniciar sin un número determinado, ayuda de los miembros antiguos a los nuevos) y sus inconvenientes (constante interrupción del proceso).
 - Grupos cerrados en los cuales se recomienda admitir únicamente a aquellos que han experimentado abuso sexual infantil, excepto el caso de los hermanos mayores que se sientan responsables. Pueden ser mixtos o de un sólo sexo.

	<p>No se puede admitir a niños con trastornos emocionales o conductuales graves hasta que hayan mejorado mediante otras formas de intervención. El grupo debe estar formado por niños del mismo nivel cognitivo y emocional o similar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El número óptimo de niños es de cinco a ocho, ya que un número inferior haría prácticamente imposible la realización de la sesión debido a la frecuencia con la que se producen las ausencias, mientras que un número mayor a ocho hace difícil conceder a cada niño el tiempo, el espacio y la atención que necesita. • El tratamiento en grupo permite llegar a un mayor número de niños con un menor coste de recursos, sin que sea imprescindible la implicación activa de la familia de la víctima, cuya participación y continuidad en el tratamiento a veces puede resultar imposible o difícil.
<p>CONACMI</p>	<p>(p. 54)</p> <ul style="list-style-type: none"> • De hacer uso de terapia de juego, las sesiones son individuales. <p>(p. 57)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El hecho de entrar al proceso de terapia grupal no excluye la individual, muchas veces se debe llevar en forma conjunta. • Antes de entrar a trabajar la terapia grupal, es importante trabajar individualmente, para que el niño, niña o adolescente esté fortalecido para la nueva experiencia. • Se deben hacer grupos homogéneos por edades y sexo.

<p>Echeburúa y Guerricaecheverría</p>	<p>(p. 474)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resulta fundamental abordar clínicamente la dificultad de la familia para expresar las emociones asociadas a los abusos y a su revelación, así como las diversas percepciones en relación con las reacciones de cada uno. Todo ello puede llevarse a cabo en el tratamiento individual y también a través de una terapia de pareja (en el caso de que esta se haya visto afectada tras los abusos) o de una terapia familiar con los miembros implicados.
<p>Herman</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia Individual. • La intervención de crisis puede incluir asesoramiento individual y familiar. • Los grupos rara vez son el primer recurso que uno se debe plantear en el tiempo inmediatamente posterior al acontecimiento traumático. La sobreviviente de un único trauma reciente normalmente se siente asustada y se ve inundada de síntomas intrusivos. • Se recomienda un período de espera de semanas o meses antes de entrar en un grupo. • La sobreviviente está lista para entrar en un grupo cuando hayan quedado firmemente establecidas su seguridad y su capacidad de cuidarse a sí misma, sus síntomas estén razonablemente bajo control, sus apoyos sociales sean fiables y las circunstancias de su vida le permitan involucrarse en una empresa tan exigente.
<p>Instituto Madrileño del menor y la infancia</p>	<p>(pp. 119-123)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se abordará el abuso sexual infantil (ASI) en los cuatro niveles en que debe efectuarse: familiar, individual,

social y judicial.

- Intervención Familiar: tiene como objetivo impedir que los integrantes de la familia transmitan a la víctima sus propios sentimientos y emociones de ansiedad, frustración, temor, desconcierto, necesidad de comprender, impotencia, etc. y lograr una colaboración activa y eficaz en el proceso terapéutico a seguir con el/la menor. En víctimas de muy corta edad (menores de 6 años) la intervención se hace de forma exclusiva a través de la familia. Las niñas y niños muy pequeños no perciben el abuso sexual como algo grave, a menos que sea muy violento, sino sólo como un suceso inhabitual que les produce extrañeza. Si la reacción familiar es correcta y racional, no sufren cambios en su comportamiento ni presentan desajuste psicológico alguno una vez cesado su contacto con el agresor.
- Intervención Individual
- Intervención en el medio social: reacciones como mensajes inculpatorios, amenazas al abusador cuando es conocido, sobreprotección como respuesta a las demandas de tranquilización, refuerzo de manifestaciones depresivas o ansiógenas, interrogatorios detallados y recurrentes, etc., aparecen con frecuencia entre los amigos de la víctima u otros adultos referenciales no familiares. Todos ellos habrá que intentar evitarlos con la oportuna intervención, bien de forma directa, a través de alguna entrevista con los más significativos, bien de manera indirecta, por medio del adiestramiento de la víctima para que les

	<p>informe de la actitud que deben adoptar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervención en el proceso judicial: en primer lugar es imprescindible ofrecerle al/la menor y a su entorno referencial información sobre los lugares en que se celebrarán los distintos actos judiciales y la dinámica de los mismos para disminuir la ansiedad del paciente respecto a ello.
Portillo	<p>(pp. 8-9)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La terapia individual es el recurso de intervención más utilizado con menores. El tratamiento de la víctima, debe ser diseñado de forma personalizada y se debe tener en cuenta la evaluación inicial y los problemas que manifiesta esa persona en concreto.
Pritchard y Sainsbury	<p>(p.112)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algunos escritores sienten que gana apoyo, adicional al del proporcionado por la psicoterapia, cuando comparten sus sentimientos (verbal o de forma escrita) con otros que han experimentado situaciones similares. • Los grupos de escritura creativa no deben de formarse sólo como una actividad recreativa, sino como un espacio para compartir ansiedades, miedos y desesperaciones.
Save the Children	<p>(p. 41)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La metodología puede ser: conjugación del tratamiento individual y grupal, implicación de la familia, grupos de pertenencia y comunidad.
UNICEF	<p>(pp. 44-46)</p> <ul style="list-style-type: none"> • En general, se puede afirmar que la terapia de grupo pareciera ser una modalidad efectiva de tratamiento,

	<p>con la ventaja de utilizar las bondades del grupo para trabajar con adultos protectores, con el sistema familiar del niño, niña o adolescente, y como una posibilidad de complementar un tratamiento individual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esta modalidad de trabajo pretende ofrecer a los niños, niñas o adolescentes la posibilidad de compartir con pares que han vivido experiencias similares, disminuir los sentimientos de estigmatización y brindar un espacio de contención emocional, donde el abuso sexual puede ser abiertamente reconocido y explorado y donde se validen las vivencias de cada uno de los integrantes del grupo. Asimismo, permite optimizar los recursos económicos y humanos, y ampliar la cobertura de atención • Si se hace uso de una terapia individual, se debe tratar en forma paralela al niño, niña o adolescente y al padre/madre no agresor. Esto proporciona mejores resultados, sobre todo en habilidades parentales (apoyo otorgado al niño y aumento de creencia al niño).
<p>Velázquez, Delgadillo y González</p>	<p>(p. 134)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una forma de intervención es a través de la atención a nivel grupal, la cual ayuda a los menores a superar el evento traumático, lo que brinda beneficios en su autoestima, aminora la estigmatización, mejora las relaciones humanas, e incrementa la confianza por la forma en cómo se relaciona e identifica con los demás, a través de esta modalidad se promueve la cohesión e intimidad entre los miembros en donde se comparte el espacio para hablar de lo sucedido sin ser enjuiciadas. • En los casos de abuso sexual infantil es necesario la intervención interdisciplinaria en sus tres modalidades:

	individual, grupal y familiar.
Zárate	<p>(p. 13)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se ha acumulado suficiente evidencia para apoyar que la terapia de grupo sería el método de intervención más efectivo en el tratamiento de víctimas de abuso sexual infantil. • Las dinámicas tienen por objetivo animar, cohesionar a las participantes del grupo, crear un ambiente cálido, confiable, de aceptación y respeto para cada una de las integrantes. <p>(p. 18)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El grupo ha de contar dos facilitadoras. • El grupo debe de ser cerrado, de manera que todas las niñas comiencen al mismo tiempo. Esto proporciona un espacio seguro y confidencial para el trabajo de cada menor. • Las integrantes deben ser niñas de similar edad y grado escolar, todas víctimas de abuso sexual. Los grupos mixtos no son recomendables debido a la socialización distinta de niños y niñas. • El tamaño del grupo tendrá un límite de seis niñas en los grupos de hasta de ocho años de edad y ocho niñas en los grupos de hasta diez años de edad.

Tabla A.6

COMPONENTE: ÁREAS DEL SER HUMANO A ABORDAR	
AUTOR	APORTE TEÓRICO
Cantón y Cortés	<p>(p. 229-230)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento de los niños víctimas de abuso sexual se debe ocupar de sus creencias y actitudes, reacciones

	<p>emocionales y respuestas conductuales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Además, dentro del área social se debe conseguir que el niño recupere su confianza en los demás y mejore sus habilidades para mantener relaciones interpersonales y, consiguientemente su autoconcepto. <p>(p. 235)</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el tratamiento con padres, se abordan las áreas cognitivas, conductuales, psicoeducativas y de apoyo. • El tratamiento del niño se centra en siete áreas, incluidas la educación para la seguridad, la asertividad, la identificación de tocamientos apropiados e inapropiados, la atribución del abuso sexual (sentimientos inapropiados de responsabilidad), los sentimientos ambivalentes hacia el agresor, los miedos y la ansiedad relacionados con el abuso sexual, las conductas regresivas e inapropiadas y las cuestiones de tipo legal.
CONACMI	<p>(p. 57)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las intervenciones grupales están dirigidas a tres componentes básicos que son: el aspecto cognitivo (pensamiento), el componente afectivo (sentimiento) y el aspecto conativo (comportamiento).
Echeburúa y Guerricaecheverría	<p>(p. 483)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las conductas objetivo de la intervención terapéutica son diversas en las diferentes fases evolutivas: <ul style="list-style-type: none"> - Etapa preescolar (3-6 años): las estrategias de negación y disociación. - Etapa escolar (6-12 años): los sentimientos de culpa y vergüenza.
Herman	<ul style="list-style-type: none"> • El trauma afecta todos los aspectos del funcionamiento

	<p>humano, desde lo biológico hasta lo social, el tratamiento debe englobarse a todos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento debe ocuparse, en cada fase de la recuperación, de los característicos componentes biológicos, psicológicos y sociales del desorden.
Petzelová	<p>(p. 73)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se aborda el área emocional (por medio de test proyectivos, narrativos y técnicas de autoconcepto) y el área cognitiva (para la cual se usan pruebas inteligencia).
Portillo	<p>(p. 12)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se trabaja a nivel emocional y comportamental.
Zárate	<p>(p. 13)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las intervenciones se dirigen a tres componentes básicos: el aspecto cognitivo (pensamiento), el componente afectivo (sentimiento) y el aspecto conativo (comportamiento).

Tabla A.7

COMPONENTE: ENFOQUE TERAPÉUTICO	
AUTOR	APORTE TEÓRICO
Bannister	<p>(p. 71)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se necesita un abordaje centrado en el niño, que pueda tener en cuenta las diferencias existentes entre los niños, en su historia y en sus circunstancias presentes. El más apto parece ser un método flexible, que no contenga un plan o un programa prefijado. <p>(p.54)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las terapias creativas, que emplean todo tipo de arte, pueden ayudar a los niños a encontrar significado en

experiencias caóticas y traumáticas que habrían sido incomprensibles para la mente de un niño.

(p. 61)

- Es posible que las terapias creativas, que operan a partir del hemisferio derecho, ayuden a realizar conexiones físicas con nuestro cuerpo.

(p.69)

- La terapia de juegos se caracteriza por:
 - Centrarse en el niño, se permite al niño que lidere, pero valora la espontaneidad, la creatividad y la interacción entre el terapeuta y el niño.
 - Consciente del desarrollo: reconoce los procesos evolutivos que tienen lugar en el niño, y comprende que el juego es un vehículo para el crecimiento.
 - Enfatiza la seguridad: sobretodo, mediante el empleo de simbolismos y metáforas, y mediante la contención y los límites.
 - Tendiente a la acción y al uso del cuerpo: tal como lo postuló Moreno, en el psicodrama.
- La terapia de juego es rica gracias a su eclecticismo y, sin duda, emplea numerosas teorías tomadas de la terapia musical, y la del movimiento y la danza. La experiencia terapéutica se encuentra en la creatividad que el niño aporta, de cualquier manera que la exprese, y en la aceptación y el entendimiento que le brinde el terapeuta.
- La duplicación del proceso de vinculación afectiva puede tener lugar, hasta cierto punto, en cualquier alianza terapéutica. Sin embargo, es la combinación singular de este lazo,, junto con el uso del cuerpo, el empleo del simbolismo y la comunicación no verbal,

	<p>además del uso específico de técnicas psicodramáticas de desarrollo, lo que se combina para hacer que este abordaje interactivo sea en especial valioso para el trabajo con niños traumatizados.</p> <p>(p. 77)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sostiene que las terapias creativas en general, y sobre todo las que incluyen la corporización, tales como el psicodrama, la dramaterapia y la terapia del juego, son en particular útiles y pertinentes para los sobrevivientes del abuso sexual infantil. <p>(p. 79)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dado a los recuerdos sensoriales e icónicos se puede, en apariencia, sólo acceder de una manera sensorial e icónica, tal como la que provee el juego, o las terapias creativas que utilizan el juego, entonces dichos métodos deben utilizarse para ayudar a los niños que han sufrido abusos durante sus años de desarrollo.
<p>Cantón y Cortés</p>	<p>(pp. 331-333)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aunque el tratamiento debe incluir un proceso que permita al niño expresar y aceptar sus sentimientos relativos al abuso sufrido, no se debe limitar a sus reacciones emocionales y a la expresión de las mismas. Para que el tratamiento tenga éxito es necesaria la utilización de distintos enfoque y métodos. • La base de los planes de tratamiento la constituyen técnicas diseñadas para promover la expresión y aceptación de sentimientos asociados al papel de víctimas; se trata de que el niño supere el trauma por la revelación de detalles del suceso mediante la expresión verbal o la terapia de juego.

- A través de la terapia profunda se le puede hacer ver al paciente la relación entre la victimización sufrida y su cólera, ansiedad y baja autoestima.
- Dentro de un enfoque conductual se deben emplear técnicas que permitan cambiar las respuestas afectivas, cognitivas y conductuales a la experiencia del abuso, condicionadas y adquiridas socialmente. Se pone énfasis en la importancia de reducir rápidamente estos tipos de conductas maladaptativas con objeto de prevenir problemas secundarios, como la pérdida de amigos por su conducta agresiva o el ostracismo o la revictimización debido a su comportamiento sexual inapropiado.
- La terapia cognitivo-conductual permite la identificación y reestructuración de las distorsiones cognitivas maladaptativas, es decir, del sistema de creencias ineficaz y destructivo que los niños han podido desarrollar como consecuencia del abuso sufrido.

(p. 340)

- Para el trabajo en grupo existen cinco modelos de tratamiento principales:
 - El modelo tradicional, se caracteriza por suministrar sólo un marco básico en el que se trata el impacto del abuso sexual en el yo y en las interacciones del niño, pero son los participantes los que marcan la pauta.
 - El modelo de juego-evolutivo, utilizado principalmente con niños pequeños, se centra en las interacciones padres-niños más que en el abuso sexual y se sirve del juego, de los juguetes y de la fantasía como principales métodos de intervención.

	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento estructurado, el clínico no se limita a facilitar el proceso, sino que hay un elevado nivel de organización (temas, ejercicios por sesión) y de dirección. Tiene la ventaja que permite el tratamiento de varios temas en un espacio de tiempo relativamente corto, pero puede tener el efecto no deseado de sugerir a los niños síntomas y sentimientos que en realidad no presenten. - Terapia artística, se centra más en los medios (dibujo, pintura, escultura) que en el contenido temático, pasa después a identificar y tratar las cuestiones reflejadas en las ejecuciones artísticas. Afianza la expresión indirecta y simbólica de ideas y sentimientos. - El tratamiento paralelo, utiliza simultáneamente grupos de niños y de padres, cada uno de ellos aborda los mismos temas de tratamiento.
<p style="text-align: center;">CONACMI</p>	<p>(p. 51)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia ecléctica, que es aquella en la cual se combinan diferentes corrientes psicológicas. <ul style="list-style-type: none"> - Como objetivo de la terapia psicoanalítica sería la catarsis emocional que consiste en favorecer la comunicación del paciente de las experiencias vividas. - Como objetivo de la cognitiva sería, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento de habilidades específicas de afrontamiento de estrés. - Objetivos del tratamiento conductual serían el aumento o implantación de conductas deseables y reducción o eliminación de las indeseables. - Como objetivo del tratamiento logopédico es el

	<p>manejar el auto-perdón y el perdón hacia el agresor con el fin de acabar con el fantasma “de victoria del agresor” y ya no necesite reparación alguna de sus perpetradores.</p> <p>(p. 54)</p> <ul style="list-style-type: none"> • También se puede hacer uso de terapia de juego. La meta de la terapia de juego es ayudar a los niños y niñas a dominar las múltiples tensiones del maltrato, la negligencia y el abuso sexual, y corregir o prevenir desviaciones en el desarrollo psicosocial futuro. Esta población expresa sus sentimientos y fantasías más profundas en forma más rápida a través de la acción que de la verbalización. Permite el distanciamiento necesario de los sucesos traumáticos y de los padres con el uso de materiales simbólicos. • Su fin principal consiste en que el niño o niña sea capaz de descubrir y resolver sus problemas, lograr separar fantasía de la realidad, favorecer el autoconcepto y la imagen corporal, reducir el estrés o aumentar la sensibilidad hacia los demás, para comprender y hacer frente al mundo real.
<p>Portillo</p>	<p>(pp. 9-11)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se toma referencia a las diferentes escuelas: psicoanalítica, conductual, cognitiva y humanística y técnicas terapéuticas comunes utilizadas con niños y por ello se optó por un modelo ecléctico. • En la terapia psicoanalítica se pretende que el niño entienda sus sentimientos problemáticos y sus defensas, de modo que pueda tratarlos directamente (lo que es conocido como insight). El insight se consigue mediante la técnica de interpretación. En el

proceso de logro del insight, lo inconsciente se convierte en consciente. En resumen, se trata de que la persona conozca y resuelva sus conflictos inconscientes.

- En la terapia de relación se intenta ayudar al niño a conseguir un sentimiento de valor personal, liberarlo de los efectos dañinos de su hostilidad y ansiedad. Esta terapia se centra en la situación actual y en la relación de paciente con el terapeuta.
- La terapia mediante el juego estructurado, parte de la terapia psicoanalítica, pero sustituye el lenguaje por el juego.
- La psicoterapia centrada en el cliente intenta corregir un aprendizaje defectuoso y proporciona al individuo la oportunidad de desarrollar una autoconciencia y una visión positiva de sí mismo.
- Las Terapias Cognitivas parten de que en las conductas inadecuadas o en los síntomas existen atribuciones causales y pensamientos distorsionados que los generan. Se trata de reestructurar los patrones de ideas negativas.
- Terapia Humanística apela a los aspectos más sanos de la personalidad y a los valores humanos comunes entre el terapeuta y el paciente. Intentan ver a la persona desde el punto de vista global, integra el cuerpo la mente y las emociones en un mismo marco de acción; dentro de ella se incluye la terapia Gestalt. Un programa completo con base en este modelo teórico de terapia dirigido a niños, se encuentra en el trabajo de Cornejo.

<p>UNICEF</p>	<p>(p. 46)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la terapia individual, se reportan mejores resultados en las que utilizan un modelo cognitivo conductual. • Para la psicoterapia familia se estaca el modelo TF-TCC (terapia cognitivo conductual centrada en el trauma) con mantenimiento de resultados al año de seguimiento postintervención, como un modelo más efectivo en comparación con el modelo de terapia centrado en el cliente.
<p>Velázquez, Delgadillo y González</p>	<p>(p. 135)</p> <ul style="list-style-type: none"> • En lo general, la terapia de juego debe ser una intervención adecuada y adaptable (por ser una fuente de descarga emocional que le permite a los niños y a las niñas hablar de lo sucedido sin tener enfrente a la persona quien le causa conflicto) para la serie de problemáticas por las que pasan los menores de edad de hoy, y en lo particular para la atención especializada de los casos de abuso sexual.

Tabla A.8

<p>COMPONENTE: PERSONAS QUE PARTICIPAN EN EL TRATAMIENTO</p>	
<p>AUTOR</p>	<p>APORTE TEÓRICO</p>
<p>Bannister</p>	<p>(p. 152)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El hecho de que los niños que concurren a terapia tengan cuidadores que los respalden no sólo es deseable sino esencial. • Los niños acuden a terapia grupal o individual, mientras que los cuidadores deben reunirse una vez al mes con un miembro del grupo terapéutico para

	<p>formar parte de un grupo de apoyo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los cuidadores que no tengan disponibilidad de asistir al grupo de apoyo, reciben una visita al mes de algún miembro del grupo terapéutico. <p>(p. 172)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los cuidadores que procuran recibir el apoyo de otros son los más capaces de respaldar a sus niños abusados.
<p>Cantón y Cortés</p>	<p>(p. 334)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento del progenitor no responsable de los abusos sexuales puede constituir un elemento crítico para que la terapia de la víctima resulte eficaz. Entre las razones que aconsejan este tratamiento (conjunto o por separado) se incluyen el hecho de que los padres también experimentan reacciones emocionales adversas ante el abuso sexual del niño que no les permiten suministrarle un apoyo emocional consistente, el minimizar la posibilidad de que los padres quieran sabotear o retirar al niño del tratamiento y para facilitar la generalización de los efectos del tratamiento. • La mayoría de los síntomas típicos de los preescolares se pueden corregir mediante una intervención conductual a corto plazo. Un elemento clave para el tratamiento de los problemas de la víctima es el apoyo de los padres y su entrenamiento en las habilidades de manejo del niño. • Se realizan intervenciones a madre e hijo paralelamente.

<p style="text-align: center;">CONACMI</p>	<p>(p. 35)</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el tratamiento debe incluirse a la familia en su conjunto y no solamente al niño, niña o adolescente agredido, ya que sólo así será posible incidir en la complejidad del problema y evitar que se perpetúe. <p>(p. 36)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando se aborda a los padres y madres de familia se debe evitar la confrontación y la acusación. El personal debe procurar una actitud positiva y de cooperación con los padres y madres de familia y atender no solo a la víctima y su familia sino al agresor o agresora para lograr su rehabilitación y evitar que siga con conductas de maltrato. <p>(p. 55)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los padres deben recibir tratamiento terapéutico al mismo tiempo que su hijo/a para que se sensibilicen con la problemática. Ellos constituirán el apoyo terapéutico dentro del hogar.
<p style="text-align: center;">Echeburúa y Guerricaecheverría</p>	<p>(p. 470)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento está indicado en los niños afectados por síntomas psicopatológicos intensos, tales como ansiedad, depresión, pesadillas o alteraciones sexuales, o por un grado de inadaptación significativo a la vida cotidiana. En los demás casos, el apoyo familiar, las relaciones sociales y la reanudación de la vida cotidiana son suficientes como factor de protección al menor. <p>(p. 471)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La intervención psicológica con los familiares es imprescindible. Ellos van a tener que afrontar una situación dolorosa, así como todas las circunstancias

	<p>que se deriven de la revelación de los abusos, y son los que deben garantizar la protección y seguridad del menor.</p> <p>(p. 483)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es conveniente intercalar intervenciones con el menor y con sus familiares.
<p>Herman</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La intervención puede incluir una reunión con miembros de la familia. La decisión de tener dichas reuniones, a quién convocar y qué tipo de información compartir corresponde a la víctima. Debe quedar muy claro que el objetivo de las reuniones es impulsar la recuperación de la víctima y no tratar a la familia. • Se puede brindar un poco de información preventiva sobre la situación del paciente para que de esta manera, la familia comprenda mejor cómo ayudar al paciente y aprenda a manejar su propia traumatización vicaria.
<p>Instituto Madrileño del menor y la infancia</p>	<p>(p. 116)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lo primordial en el tratamiento y recuperación de las víctimas de abuso sexual es el apoyo y tratamiento psicológico urgente, si es necesario, se debe incluir al agresor, a la familia y a la víctima.
<p>Portillo</p>	<p>(p. 6)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aunque el tratamiento en estos casos de abuso puede ir dirigido a la familia, o a la pareja, y llevado tanto a nivel individual como grupal, nos centraremos en la terapia individual, puesto que el trabajo está pensado para niños que han sufrido abuso extrafamiliar. Esto no quiere decir que no se incluya a la familia en el tratamiento; esta debe incluirse en la

	medida en que tenga un papel directo en la etiología y mantenimiento del problema.
Save the Children	(p. 41) <ul style="list-style-type: none"> • La intervención terapéutica debería contemplar no sólo el trabajo con la víctima o el agresor sino también con la familia y con otros grupos significativos para aquella.
Zárate	(p. 14) <ul style="list-style-type: none"> • Es recomendable que las madres de los niños ingresen a grupos de apoyo, debido a que se encuentran asustadas de no poder hacer lo que deben y preocupadas por el daño potencial que puede haber recibido el niño. • En el tratamiento grupal infantil ha de incluirse a las madres en algunas sesiones, de manera que participen en el proceso terapéutico de los niños, y se refuerce así el vínculo madre-hija. • Se ha de sugerir a las madres de las niñas que ingresen a un tratamiento individual y/o grupal paralelo al de sus hijas.

Tabla A.9

COMPONENTE: FASES DEL TRATAMIENTO	
AUTOR	APORTE TEÓRICO
Bannister	(p. 15) <ul style="list-style-type: none"> • Se compone de tres fases: evaluación, acción y resolución. <p>(p. 148)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fase de Evaluación <ul style="list-style-type: none"> - El evaluar el desarrollo del niño tiene como objetivo

	<p>asistir al terapeuta a comprender la forma en que dicho desarrollo ha quedado dañado por el trauma que ha sufrido el niño. Brinda información sobre el momento en que el abuso o el descuido sucedieron por primera vez.</p> <p>(p. 154)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fase de Acción <ul style="list-style-type: none"> - Se brinda numerosas oportunidades al personal terapéutico como a los niños de ser espontáneos y creativos. Es la fase en la que se da todo el proceso creativo y que emplean técnicas de juego que permitan al niño entrar en contacto con su experiencia de abuso. <p>(p. 171)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fase de Resolución <ul style="list-style-type: none"> - Consiste en que los niños deberían haber comenzado a desarrollarse ellos mismos. El avance puede reflejarse en tres áreas de auto-desarrollo: capacidad de comprender y expresar sentimientos, conocimiento de la propia identidad y capacidad de forjar, mantener y finalizar relaciones.
<p>Batres</p>	<p>(p. 90)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recuperación debe atravesar tres etapas de ineludible consolidación para garantizar el proceso y la seguridad de la clienta. Estas son: seguridad hoy, recuerdo y duelo, y reintegración y revalorización. • Las tres etapas por las que transitan las sobrevivientes de incesto y abuso sexual en su terapia, no se cumplen con rigidez esquemática en el proceso terapéutico. Se entrecruzan, reaparecen y desaparecen procesos durante las tres fases, los énfasis en cada una de ellas

son diferentes.

(p. 90)

- Primera etapa: Seguridad Hoy
 - Es el momento terapéutico para establecer las bases necesarias que permiten avanzar a la etapa del recuerdo.
 - Los objetivos se logran a través de la fijación de metas, divididas en cognitivas, emocionales y de conducta.

(p. 93)

- Segunda etapa: recuerdo y duelo
 - En esta etapa la sobreviviente relata la historia del trauma. La alianza entre ella y el terapeuta debe estar fortalecida, es el tiempo durante el cual se escucharán los horrores del pasado.
 - La clienta empieza a verbalizar lo que permaneció en imágenes, sueños, recuerdos intrusivos y sensaciones corporales. Comienza a hablar de lo que nunca había dicho, de los secretos mejor guardados, de las vergüenzas, de las acciones, de los detalles del abuso y de otros aspectos que nunca compartió con nadie.
 - Esta fase suele transcurrir lentamente porque enfrentarse a tanto dolor y recuerdos fragmentados crea una gran resistencia.
 - La finalización de esta fase se puede medir cuando la sobreviviente dirige su mirada hacia el futuro, cuando el dolor no ocupa toda su vida. Las pesadillas traumáticas desaparecen, se regula el sueño, hay momentos de intensa felicidad, los sentimientos de placer emergen, los vínculos se

	<p>disfrutan.</p> <p>(p. 97)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tercera Fase: reintegración y revalorización <ul style="list-style-type: none"> - El foco de la terapia es el desarrollo del deseo y la iniciativa. - La sobreviviente empieza a perder la culpa y la vergüenza y asume con claridad que la responsabilidad del abuso fue de los adultos que abusaron de ella, empieza a apreciar las nuevas relaciones y sobretodo, las hechas en el grupo.
<p>CONACMI</p>	<p>(p. 55)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al hacer uso de terapia de juego, se tienen cinco fases: <ul style="list-style-type: none"> - Establecimiento de la empatía y aprender como jugar (puede durar de uno a tres meses) comprende el rapport, juegos de inicio primario y ganarse la confianza del niño o niña. - Regresión y abreación del trauma (puede durar del cuarto al séptimo mes) - Comprobación de relaciones reales, desarrollo del control de impulsos y autoestima (del octavo al catorceavo mes). - Terminación (del quinceavo al dieciseisavo mes.) - Seguimiento
<p>Echeburúa y Guerricaecheverría</p>	<p>(p. 475-476)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La intervención psicológica con los menores pueden diferenciarse dos ejes fundamentales: uno, educativo-preventivo y, otro, propiamente clínico o terapéutico. <ul style="list-style-type: none"> - En la fase psicoeducativa y preventiva se tiene como objetivo inicial que la víctima logre poner nombre a lo sucedido. El menor debe conocer el significado de la sexualidad de una forma eficaz,

	<p>objetiva y adaptada a su nivel de edad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La fase terapéutica debe abarcar tanto el desahogo emocional y la expresión de los sentimientos experimentados como la intervención específica sobre las secuelas cognitivas, emocionales, conductuales y sexuales sufridas.
<p>Herman</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La recuperación se desarrolla en tres fases: <ul style="list-style-type: none"> - La primera fase es establecer la seguridad. - La segunda es el recuerdo y el luto - La tercera es la reconexión con la vida normal. • Dichas fases no se deben tomar demasiado literalmente, en realidad pretenden imponer la simplicidad y el orden en un proceso que es, por naturaleza, turbulento y complejo. • No hay ningún proceso de recuperación que siga estas fases con una secuencia lineal constante.
<p>Velázquez, Delgadillo y González</p>	<p>(p. 136)</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la aplicación del proceso terapéutico se deben seguir los lineamientos iniciales en dos fases: <ul style="list-style-type: none"> - La de diagnóstico que se vale de las técnicas como la entrevista, la observación, la aplicación de pruebas psicológicas y si es posible de proyecciones y cuentos, considerar en esta primer fase que se tiene que dar un tiempo para poder explorar sobre la temática que se trata. - La segunda fase es la de intervención terapéutica, aquí el especialista ya ha logrado que el menor se identifique; asimismo, se ha percatado de la manifestaciones tanto emocionales como conductuales que tendría que trabajar como prioridad.

Zárate

(p.21)

- Las etapas del tratamiento son:
 - Compartir Experiencias: en esta etapa se considera la estigmatización como la dinámica traumatizante a tratar. Esto se refiere a las connotaciones negativas (sentimientos de maldad, culpa, vergüenza, secuelas de victimización). También las reacciones de otras personas refuerzan y aumentan este sentimiento de estigma.

(p. 28)

- Sentirse Poderosa: en esta etapa se considera como factor traumatizante la impotencia o lo que también podría llamarse pérdida de poder. Se refiere al proceso en el cual la niña se siente ansiosa y con miedo. La niña se autopercibe como víctima con una sensación de poca eficacia e incapaz de hacer que otras personas le crean.

(p. 33)

- Respetar su Cuerpo: en esta etapa se considera la sexualización traumática. Se puede observar en la conducta secuelas del abuso sexual y se intensifica la distorsión sobre aspectos sexuales.

(p. 39)

- Desarrollo Adecuado de la Confianza: en esta etapa se encuentra como factor causante del trauma la traición. Esto se manifiesta en ambivalencia, confusión, dolor y depresión, como consecuencia de la pérdida de alguien en quien se confiaba y que en vez de protegerla la abusó sexualmente.
- Cada etapa se desarrolla en tres sesiones aproximadamente.

Tabla A.10

COMPONENTE: DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	
AUTOR	APORTE TEÓRICO
Bannister	(p. 117) <ul style="list-style-type: none"> • Se realizan seis sesiones iniciales de evaluación.
Batres	(p. 79) <ul style="list-style-type: none"> • La sanación de las heridas que el incesto inflige requiere a veces de largos procesos, sobre todo si la experiencia sexual infantil se acompañó de otros abusos, en especial aquellos tan sádicos que parecen surgidos de un mundo no real. <p>(p. 91)</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la práctica, el desarrollo de habilidades, planes y alianzas terapéuticas e interpersonales, pueden durar mucho tiempo. A veces, hasta un año.
Cantón y Cortés	(p. 338) <ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento individual tiene una duración de ocho a doce sesiones semanales con sesiones paralelas entre padres e hijos. <p>(p. 344)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se debe programar un número determinado de sesiones (entre seis a doce) a lo largo de varias semanas, y dejar varias semanas de descanso, y volver luego a comenzar (con los mismos niños o también se puede incluir a otros nuevos).
CONACMI	(p. 54) <ul style="list-style-type: none"> • Si se hace uso de terapia de juego, el tratamiento puede durar hasta un año. <p>(p. 57)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de terapia grupal se pueden realizar doce

	<p>sesiones que terminan con seguimiento por un año el cual se mantiene por teléfono, boletines o citas para entrevistas personales.</p>
<p>Echeburúa y Guerricaecheverría</p>	<p>(p. 483)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lo que se propone, como un formato estándar, es un programa de 12-20 semanas de duración, en el que en las 3 primeras sesiones se trabaja exclusivamente con los familiares y, a partir de ahí, en los casos precisos, se trata también a la víctima, sin dejar de hacerlo con los familiares, lo que supone, en estos casos, la existencia de 2 sesiones semanales (una para los familiares y otra para la víctima).
<p>Herman</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La sensación de seguridad rudimentaria se puede restaurar en cuestión de semanas en el caso de supervivientes de un único trauma, siempre y cuando se tengan a su disposición el apoyo social adecuado. • Se puede esperar la estabilización de los síntomas al cabo de tres meses, sin embargo esta estabilización sintomática no debe confundirse con una recuperación total, porque no se ha conseguido la integración del trauma. • La tarea en las siguientes fases exigen un período de tiempo más largo. • En la fase de reconstrucción del trauma se necesitan de 12 a 20 sesiones para que el paciente logre reconstruir su historia. • Cuando se trabaja un modelo de grupos, se trabaja con un límite de tiempo desde 12 sesiones, hasta seis o nueve meses. No importa tanto la duración de este

	límite de tiempo, tanto como si existe.
Portillo	(p. 8) <ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento es a corto plazo.
Zárate	(p. 14) <ul style="list-style-type: none"> • La terapia grupal se desarrolla en doce sesiones. Sin embargo son necesarias sesiones individuales previas al ingreso del grupo tanto del niño como del adulto responsable.

Tabla A.11

COMPONENTE: TIEMPO DE LA SESIÓN	
AUTOR	APORTE TEÓRICO
Bannister	(pp. 160-161) <ul style="list-style-type: none"> • Se inicia con un “precalentamiento” para introducir a los pacientes a una acción psicodramática a partir de juegos físicos conocidos, y se emplean juegos con títeres para facilitar la expresión de sentimientos. Luego se hace una pausa, y se continúa con un período de 45 minutos que se llena con trabajo artístico o juegos creativos. • Se reservan 15 minutos para los comentarios del grupo y para relajarse luego de la actividad creativa. • Las representaciones dramáticas no duran más de 30 minutos. • Se cierra con un comentario sobre los sentimientos que se experimentaron y se agradecer a las personas que han sido de especial ayuda.
Cantón y Cortés	(p. 336) <ul style="list-style-type: none"> • En el tratamiento individual las sesiones tienen una duración de treinta a sesenta minutos.

	<p>(p. 342)</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el caso de terapias de grupo, las víctimas de preescolar acuden a sesiones semanales desde una hora a noventa minutos de duración con seis niños como integrantes del grupo. Con niños mayores son aconsejables sesiones de hora y media y con ocho niños como número óptimo.
CONACMI	<p>(p. 37)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las sesiones con niños, niñas o adolescentes no deben prolongarse por más de 45 minutos. Especialmente con los preescolares que pronto se aburren de permanecer inactivos.
Zárate	<p>(p. 18)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se tendrá una sesión por semana con una duración de sesenta minutos en el grupo de niñas pequeñas (hasta ocho años) y noventa minutos para el grupo de mayores (hasta 10 años). • Se ha dejado un tiempo para refrigerio.

Tabla A.12

COMPONENTE: ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS	
AUTOR	APORTE TEÓRICO
Bannister	<p>(p. 17)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La terapia es interactiva y centrada en el niño, y a menudo incluye teatro, arte, música, poesía, danza, narración y técnicas psicodramáticas de duplicación, espejamiento e inversión de roles. <p>(p.20)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La expresión de sentimientos y algún reconocimiento de esta acción a través de otros, ayuda al niño a crear

una identidad propia. Es posible que los niños necesiten repetir algunos de sus procesos de desarrollo en la terapia creativa de juego antes de integrar los sucesos traumáticos a los cuales estuvieron expuestos. El uso de dibujos y del psicodrama puede ayudarles a desarrollar un lenguaje que es esencial para la comunicación efectiva y para la transformación simbólica que puede producirse en la psicoterapia.

(pp. 23, 62)

- El psicodrama es un tipo de terapia creativa que busca recrear las situaciones de la niñez temprana para instigar acciones esenciales que pueden no haber existido en la infancia, y para reparar o corregir las experiencias infantiles perjudiciales. Emplea la espontaneidad como un comienzo creativo esencial en la terapia (al igual que la dramaterapia y la terapia de juego). Tiene estrecha relación con el teatro y los actores personifican escenas de sus propias vidas. Las representaciones psicodramáticas son capaces de permitir el incremento de la espontaneidad para que puedan aliviar el impacto psicológico del trauma.

(p. 21)

- La duplicación es una técnica psicodramática en la que una persona se encuentra al lado de otra (el protagonista) y, al copiar el lenguaje corporal y el tono de voz, explicita sentimientos no manifestados por el protagonista a través de la palabra. Ayuda a los protagonistas a clarificar y expresar niveles más profundos de emoción. Permite que el niño se exprese de forma tal que al menos los cuidadores

principales lo puedan comprender o, con frecuencia, también, los hermanos y otras personas del entorno inmediato.

- El espejamiento es una técnica psicodramática por la cual una persona no hace otra cosa que repetir las palabras y las acciones de otra (el protagonista) para mostrarle de qué manera sus acciones son percibidas por los demás. Estos reflejos de acciones por parte de un adulto o de un hermano ayudan al infante a ver cómo es percibido por los demás.
- La inversión de roles es cuando un niño comienza a comprender que los demás tienen sentimientos y necesidades, y éstas pueden ser diferentes de las de él mismo. Los niños juegan a tomar diferentes roles con los cuales pueden estar familiarizados. Ellos aprenden a desempeñar, y de tal manera, incrementar sus propias capacidades (o repertorio de roles) y además aprenden a interactuar más fácilmente con los demás.

(p. 27)

- Se pueden emplear narraciones, a veces combinadas con la pintura o con el desempeño de roles, para elaborar las dificultades que son demasiado dolorosas de nombrar en forma directa. Se pueden lograr elaboraciones a través de la metáfora, leyendas, cuentos de hadas o cuentos desarrollados por el paciente mismo.

(p. 60)

- Los cuentos de hadas constituyen metáforas indudables para numerosas verdades, pero sólo pueden ser comprendidas en contexto. En particular

se pueden emplear cuentos como “La Caperucita Roja”, “Los tres cerditos” o el cuento tradicional “La serpiente dragón”. Cuando los niños actúan tales historias, sus cuerpos adoptan movimientos y la postura de sus personajes de los cuentos de hadas. Esta característica mejora su comprensión, que no es forzosamente cognitiva.

(pp. 65-67)

- La dramaterapia actúa en forma directa sobre los sentimientos de la persona. No depende de narraciones verbales del incidente traumático. El trabajo personal que realizan los participantes se efectúa a través del distanciamiento dramático y la identificación simbólica, además el grupo puede elegir trabajar a nivel preverbal y bien puede emplear arquetipos. El énfasis está puesto sólo en el cuerpo y es, en gran parte, no verbal lo que puede resultar beneficioso para los niños pues es posible que carezcan de palabras para describir sus experiencias.

(pp. 67-69)

- Respecto a la terapia de juego, se caracteriza por un estilo no directivo por lo que el niño es capaz de conectarse con la capacidad de curarse a sí mismo. Al crear un entorno exento de riesgos y de total aceptación, con límites claros, se permite al niño ser él mismo, a fin de entender su identidad y la de otros. Se trabaja mediante la expresión y validación de emociones, y el pedir al niño vea el reflejo de éstas, los pacientes logran desarrollar sus personalidades de manera auténtica y, más aún, superar el daño

provocado por el trauma.

(p. 69)

- Propiciar el uso de títeres para hablar y jugar con los niños. Además proveer de materiales artísticos y cada uno de los pacientes los usa como desee. El juego con títeres da a los niños una oportunidad de expresar emociones de manera oblicua y brinda un espacio para mostrar sus sentimientos más confusos.

(p. 70)

- El uso de la voz es importante para los niños. Varios de ellos desean incrementar la potencia de su voz, a fin de ser oídos, y en ocasiones se emplean ejercicios de canto para dicho fin. Se puede hacer uso de la danza y el canto, con la ayuda de la música que los mismos pacientes eligen.

(p. 75)

- El teatro de la reevocación se describe como una forma ritual de teatro improvisada creada en el momento, mediante la colaboración singular de la audiencia y los actores. El protagonista observa que los demás actúan el drama de su propia vida.
- Tanto la dramaterapia como la terapia de la danza y el movimiento emplean la corporización, al igual que otras terapias artísticas tales como la terapia de la poesía y del arte, que incluyen aspectos de la corporización que pueden ser, en particular, pertinentes para los supervivientes del abuso sexual.

(pp. 80, 85)

- Dentro de la contención de la metáfora, y a partir del sutil proceso de la dramaterapia, los pacientes son capaces de recordar sus experiencias de manera

icónica e incorporarlas a sus historias de vida, con lo cual se otorga algún control. Es importante que se mantenga el abordaje interactivo y centrado en el niño cuando se trabaje con la metáfora. Siempre es preferible utilizar la metáfora que el niño emplea espontáneamente a introducir una que tenga significado para el terapeuta adulto. Con frecuencia se utiliza el formato de cuentos de hadas, donde a menudo los personajes son animales o criaturas míticas. Se deben emplear con mesura las historias infantiles dado que sólo pueden tener significado real si el niño logra relacionarlas con la metáfora. Se pueden modificar cuentos y metáforas para que se adapte a las necesidades de cada paciente.

- El niño puede verse retraumatizado si no se le permite que canalice la realidad de su experiencia de la única forma que sabe hacerlo. Debe permitírsele al niño que así se conduzca, pero debe contenerse de manera segura para que no lastime ni dañe a otros o el equipamiento.

(p. 129)

- Técnica del Sociograma, consiste en pedirle al niño que elija una pequeña figura con la cual representarse. Luego se le dice que piense en todas las otras personas que conoce: quienes viven con él, con los que le gustaría vivir, otras personas importantes para él. No deben olvidarse las mascotas, sobretodo, las personas que pueden haber fallecido o haberse mudado, pero que aún son importantes. El niño elige figuras para representar a todas esas personas y para configurar una

	<p>“fotografía” de todos ellos, incluido el niño. Al final de la terapia, se solicita al niño repetir el proceso, que cambie cosas si lo desea, y se toma otra fotografía. La comparación puede brindar una indicación del cambio, antes o después de la terapia.</p> <p>(p. 160)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede resultar útil que un miembro del equipo terapéutico juegue el rol del niño abusado en las representaciones dramáticas. <p>(p. 161)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el niño lo desea, se puede trabajar alrededor de sus sueños. Se pueden emplear títeres para representarlo, mientras el niño que soñó dirige, los demás lo ayudan a representar el sueño. Luego el terapeuta le pide al niño que cambie dicho sueño y que represente el cambio con los títeres. <p>(p. 164)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los niños usan espontáneamente metáforas creativas para sobrellevar sus recuerdos del abuso. La importancia de estas metáforas reside en que brindan una forma de que el niño comparta sus experiencias sin vergüenza y creen soluciones juntos. El grupo no impone metáforas, sino que se trata de creaciones conjuntas de todos sus participantes. Las metáforas pueden influir al inconsciente mucho más que el lenguaje lógico. <p>(p. 166)</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la última sesión se organiza una fiesta.
<p>Batres</p>	<p>(p. 91)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la etapa de Seguridad Hoy, la idea es ayudar mediante el análisis racional, a las integrantes

del grupo o de la terapia individual, a identificar sus distorsiones cognitivas, enseñándoles a manejar sus crisis depresivas, lo que les da mayor capacidad de respuesta a su entorno real, el cual en general es caótico. Estas técnicas se usan durante toda la terapia y con gran énfasis, “de frente al futuro”, en la última fase del proceso.

- Se practican conductas nuevas, como por ejemplo el aprender a ser más asertivas, a decir no, asumir papeles más activos, combatir el temor, tomar riesgos y vencer el miedo a la censura.
- La función autonutrientes se enfatiza en este período por medio de tareas que fijen la atención en sí mismas, en sus deseos y necesidades.

(p. 92)

- Pedir a las participantes que lleven un cuaderno para registrar sus actividades y respuestas, lo cual sirve como memoria sustituta, dado que las sobrevivientes, al estar sumidas en grandes desesperaciones y dolores, suelen olvidar muchos aspectos de su terapia y tienen dificultades para observar sus progresos, además que disocian muy a menudo los contenidos de la sesión.

(p. 93)

- Durante la etapa del recuerdo y duelo, la forma de reconstruir la historia puede ser verbal o escrita, pero esta verdad escrita, debe ser leída después por la clienta en voz alta frente al terapeuta o al grupo, para no permitir que los sentimientos sean de nuevo disociados. La narración puede ser revelada a través de dibujos.

- La exploración de los sentimientos asociados a los traumas y el relato de los hechos, es indispensable para la curación. La clienta necesita relatar con detalle el abuso. La terapeuta y el grupo la ayudarán a darle la dimensión temporal a su experiencia.
- Una carta de aliento escrita por ella a sí misma, es un elemento de apoyo conmovedor, así como un abrazo también.

(p. 94)

- Es conveniente que la clienta exprese el sistema de valores que le enseñó el abuso sexual. Aquí el terapeuta debe otra vez suministrar un contexto cognitivo, emocional y moral llamado “reestructuración cognitiva”. Ayudar a reconocer las distorsiones cognitivas, contestar interrogantes morales por cientos de veces para ayudarla a soportar el dolor emocional.

(p. 103)

- Se puede hacer rutina el contribuir con un pequeño refrigerio cada semana, esto en un principio sirve como técnicas indirecta de romper el hielo y poco a poco se convierte en un motivo de camaradería.
- Para tener un registro de cada sesión se utiliza un método colectivo de recolección de datos que consiste en la elaboración de un acta. Esta es redactada por el integrante del grupo que tiene a su cargo el llevar la refacción del día, de la cual también participa el terapeuta. Se pueden grabar las sesiones, escribir el acta en primera o tercera persona pero lo importante es que todas encierran la experiencia de abuso narrada por las integrantes del grupo, así como

	<p>las técnicas utilizadas.</p> <p>(p. 106)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se puede hacer uso de técnicas expresivas como la utilización del dibujo, la pintura, la música las cuales proporcionan un modo simbólico de comunicación no verbal, facilitan el surgimiento de material inconsciente y proporcionan la eliminación de las inhibiciones dejadas por la imposición del secreto. • Brindar información sobre los mitos del incesto y sus realidades, así como lecturas adicionales, ayudan a corregir la información distorsionada y refuerzan nuevos sentimientos y conductas. • Por medio de la escritura se facilita a las sobrevivientes la expresión de sentimientos y pensamientos que no se atrevería a expresar verbalmente, pues sobre ellas pesa la prohibición de contar su experiencia y la amenaza si la rompen. Se pueden hacer cartas, diarios, contestar cuestionarios, además de organizar la experiencia. Son poderosos medios de revelación.
<p>Cantón y Cortés</p>	<p>(p. 305)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El empleo de muñecos anatómicos es el procedimiento más utilizado para determinar la posible ocurrencia de abusos sexuales en el caso de niños menores de seis años, en los que la obtención de información resulta más difícil debido a sus escasas habilidades verbales. Los niños víctimas de abuso sexual muestran más conductas sexuales con los muñecos anatómicos. Estos se utilizan para pedir al niño que describa la situación que vivió. <p>(p. 332)</p>

- El entrenamiento en habilidades sociales debe comenzar con una evaluación completa de los déficits que presenta el sujeto en este campo. Contempla la construcción de una jerarquía de déficits en habilidades sociales, la aportación de información e instrucciones específicas acerca de una determinada habilidad, el modelado, el ensayo de la habilidad en una situación de role-playing, retroalimentación específica por la actuación y un refuerzo social positivo por las mejoras y, por último, la práctica en el contexto natural.
- El entrenamiento en la asertividad suele utilizar los mismos conceptos teóricos y sistemas de entrenamiento que los programas de entrenamiento en habilidades sociales.
- La reducción del estrés ambiental por medio de la relajación puede aumentar en algunas víctimas su sentimiento de control y autovaloración. La relajación es un componente esencial de algunos procedimientos de tratamientos más complejos, como la sensibilización encubierta o desensibilización sistemática.

(p. 333)

- La desensibilización sistemática es un procedimiento de contracondicionamiento para eliminar la ansiedad que consta de tres elementos fundamentales: el entrenamiento en relajación, la construcción de una jerarquía de ansiedad y la desensibilización propiamente dicha. La información sobre la ansiedad se puede obtener mediante el diseño de una entrevista o por cuestionarios. Las jerarquías suelen

ser temáticas, espacio-temporales o una combinación de ambos tipos. Se establecen a partir de un análisis minucioso de todas las situaciones evocadoras de ansiedad, concediéndose especial atención a la contingencia de los estímulos y a la duración y nivel de ansiedad que evocan. Para asegurar su éxito en situaciones reales, el sujeto tiene que intentar aplicar en situaciones naturales las escenas que ha completado con éxito en la consulta.

- Sobre el manejo de la depresión se ha establecido que las principales técnicas cognitivas para la identificación y modificación de los pensamientos automáticos disfuncionales y de los supuestos maladaptativos son el cuestionamiento, la comprobación científica y la reatribución. Los procedimientos conductuales incluyen el role-playing, el ensayo cognitivo y el entrenamiento en la autoconfianza.
- La terapia para el manejo de la cólera suele utilizar una metodología cognitivo-conductual que sigue una secuencia de tres fases, la de preparación cognitiva (información sobre la naturaleza de la función de la cólera), la fase de adquisición de habilidades y su ensayo y la fase de aplicación práctica (exposición del sujeto a estímulos evocadores de cólera de acuerdo a una secuencia jerárquica).

(p. 334)

- Es recomendable que las víctimas reciban programas de educación sexual que aborden una serie de cuestiones mínimas según su nivel evolutivo (información básica, mitos, habilidades de

comunicación sobre el tema, identificación de disfunciones sexuales, actitudes sexuales positivas, enfermedades de transmisión sexual, temas especiales como la homosexualidad, control de la natalidad).

(p. 335)

- Se recurre a la utilización de muñecos y marionetas para ayudar a la víctima a comunicar lo que piensa y a expresar sus sentimientos, aunque el terapeuta dirige activamente y estructura el contenido de los temas del juego.
- Mediante la utilización de materiales adecuados a la edad (por ejemplo, libros de colorear) el niño aprende a identificar determinadas situaciones peligrosas asociadas al abuso sexual, recreándose estas situaciones mediante representaciones con muñecos o marionetas para que el niño exprese sus sentimientos y reacciones y poder identificar así sus distorsiones, miedos, déficits en habilidades asertivas y de seguridad.
- A través del modelado y del role-play, aprende y practica respuestas adecuadas a las diversas situaciones (asertividad, identificación de posibles abusadores).
- Para que discrimine entre tocamientos adecuados a inadecuados hay que explicarle porqué son inaceptables algunos tocamientos, corregir sus posibles distorsiones al respecto creadas por el agresor.
- El tratamiento de la atribución causal del abuso se aborda presentando una serie de situaciones

positivas y negativas, de menos a más amenazantes, el niño debe identificar al responsable; para corregir las atribuciones causales inadecuadas se utiliza la reestructuración cognitiva.

- Mediante el juego estructurado con muñecos o marionetas el terapeuta debe intentar que surja la ansiedad y miedos relacionados con el abuso sexual; también debe utilizar la información obtenida de la madre sobre problemas concretos del niño.
- Para la reducción de la ansiedad se emplean, directa o indirectamente (a través del juego con muñecos), las técnicas de detención del pensamiento, imágenes positivas y la relajación progresiva.

(p. 336)

- Para el tratamiento parental, se proponen estrategias como la intervención psicoeducativa, el entrenamiento en la solución de problemas, la reestructuración cognitiva, el role-playing para el modelado y ensayo de conductas, el entrenamiento para la utilización del reforzamiento contingente y el entrenamiento en el manejo de otras técnicas como las imágenes positivas, detención del pensamiento y la relajación progresiva.

(p. 344)

- La sesión grupal puede dividirse en cuatro partes: tiempo en círculo, actividades específicas, diarios y aperitivos.
 - Los primeros 15 minutos los niños se sientan en círculo y se abre un diálogo con el fin de facilitar la transición desde la actividad cotidiana al ambiente del grupo, repasar lo discutido en las sesiones

	<p>anteriores y diseñar la estructura de la sesión; el apoyo del terapeuta varía en función de la edad de los miembros del grupo.</p> <ul style="list-style-type: none">- Los siguientes 45 minutos se dedican a actividades específicas que permiten abordar distintos temas relacionados con el abuso sexual. En las dos primeras sesiones se trabaja el desarrollo de la confianza y de la seguridad mediante actividades como la construcción de etiquetas con calificativos escritos para prender en la ropa y el desarrollo de reglas y de objetivos para el grupo. Durante las sesiones tres y cuatro los niños se centran en la identificación y etiquetado de las emociones en general, y comienzan a abordar sus sentimientos sobre el agresor en la sesión cuatro, las actividades consisten en juegos de expresiones emocionales faciales. En la sesión cinco el análisis de los sentimientos se amplía a las relaciones y cambios familiares provocados por la revelación del abuso sexual. En las sesiones seis a la nueve se trabajan las cuestiones relativas al agresor, realizándose actividades de grupo como la identificación de adultos en los que se puede confiar, ver películas sobre abuso sexual, títeres, escribir carta al agresor. Los temas en relación al agresor que son abordados son la culpa y responsabilidad del abuso, impacto de las amenazas y/o coacción usada, secretos que no es bueno guardar y los sentimientos ambivalentes hacia el perpetrador. Se aborda educación sexual,
--	--

	<p>desarrollo de habilidades sociales, de comunicación y solución de problemas. En la sesión diez se tratan cuestiones relacionadas con aspectos legales, actividades desarrolladas con este fin son los juegos de role-play en los que los niños representan una sesión judicial con el agresor, el juez y los abogados. La sesión once se dedica al fortalecimiento de la imagen corporal y de la autoestima mediante el dibujo de autorretratos de tamaño natural. Durante la última sesión se abre una discusión/resumen de los temas y sucesos más importantes y se celebra una fiesta, al final de la cual el terapeuta entrega una carta a cada niño.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luego los niños buscan un sitio en la clínica y disponen de 20 minutos para escribir o dibujar lo que quieran en sus diarios, se trata de que puedan expresar aquellos pensamientos y sentimientos que no hayan querido contar a los otros miembros del grupo. El terapeuta tiene así la oportunidad de trabajar individualmente con los niños, al recoger al final de cada sesión estos diarios. - Durante los últimos 10 minutos se toman un aperitivo, el terapeuta aprovecha a fortalecer la autoestima de los niños, resume sus progresos y los felicita.
<p>CONACMI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las estrategias de intervención están dirigidas a provocar la reducción del impacto psicológico negativo tanto del presente como del futuro que surgen en la niña o niño como consecuencia del trauma del abuso sexual.

(p. 40)

- Si el niño, niña o adolescente se encuentra en condición crítica puede estar muy afectado, y demostrarlo por llanto o miedo. En este momento es importante primero estabilizarlos emocionalmente, antes de cualquier otra situación, porque normalmente están en shock, estupefactos y no son capaces de entender en ese momento la magnitud de la situación. Muchas víctimas en este estado son fácilmente apoyadas con ejercicios de relajación o simplemente con acompañamiento sin decir nada hasta que ellas sean capaces de poder hablar.
- Cuando las personas están en silencio, muchas veces les sirve para ordenar sus ideas, es importante no presionarlas, ni de palabra ni con gestos que le envíen el mensaje negativo.

(p. 44)

- La expresión facial de interés, los movimientos afirmativos de la cabeza, el tono y volumen de la voz medio, la postura relajada, el contacto visual y la actitud comprensiva son definitivos para demostrar aceptación por los sentimientos que la persona en crisis expresa. Esto no significa, de ninguna manera que la persona que atiende deba soportar agresiones contra sí misma o contra los bienes materiales del lugar donde se lleva a cabo la entrevista. Si éste fuera el caso, tiene todo el derecho de detenerlas, aunque sin descontrolarse ni mucho menos devolver la agresión.

(p. 51)

- La acción iría encaminada a los siguientes logros:

- Se puede hacer uso de reestructuración cognitiva ya que las preocupaciones del niño o niña pueden distorsionar la percepción de la realidad y la creencia en sus propios recursos para afrontarla. Esta técnica iría enfocada a detectar y modificar los pensamientos distorsionados en relación con la situación de maltrato y abuso.

- Entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento dirigida a reducir los niveles de ansiedad por medio de la técnica de relajación muscular progresiva, y en segundo lugar a controlar las preocupaciones mediante las técnicas de detención del pensamiento y de distracción cognitiva y la programación de actividades incompatibles; y en tercer lugar dar pautas de actuación.

- Desarrollo y enriquecimiento espiritual como un soporte y apoyo al área emocional.

(p. 52)

- Hacer uso de técnicas de habilidades específicas de control, que se refiere al control de las emociones a través de ideas racionales y el control del cuerpo, mediante relajación muscular.
- Estrategias de entrenamiento en asertividad, que podría resumirse en que la persona tiene derecho a expresar y pedir lo que desea, a pedir que se respeten sus derechos, a negarse a complacer a los demás; siempre por medio del respeto a los demás. Un niño/a y/o adolescente cuyos territorios espaciales, corporales y emocionales han sido violados necesita ayuda para establecer y restablecer los límites de dicho territorio. Necesita ayuda para

identificar y expresar sentimientos de deseo y no deseo, sentimientos positivos y negativos, sus zonas privadas, buenos y malos secretos. Los límites o fronteras son un área de tratamiento importante.

- Entrenamiento en habilidades de resolución de problemas que se define como un proceso cognitivo comportamental que ayuda al niño, niña o adolescente a hacer disponibles una variedad de alternativas de respuesta para enfrentarse con soluciones problemáticas y a incrementar las respuestas más eficaces entre esas alternativas.
- Ejercicios de relajación e introspección para el encuentro consigo mismo o misma y encontrarle sentido a la vida.
- Técnicas creativas como el juego libre y dirigido, psicodrama, con títeres, elaboración de cuentos, dibujos animados, role-playing en donde se desempeñan papeles o roles diferentes a los de la vida real como si no fuera a ella/ ellos que les ha pasado algo, facilita la expresión de niños/as y adolescentes que no se expresan con facilidad, dibujos libres, redacciones (se inicia con frases hasta llegar a formar cuentos), relajación y musicoterapia.

(p. 54)

- Se pueden utilizar otras técnicas alternativas, sin embargo para el manejo de estas técnicas específicas se necesita de entrenamiento especial:
 - EMDR: Desarrollado por Francine Shapiro, que combina elementos de la terapia de exposición terapia cognitivo conductual y determinados patrones de movimiento ocular y sonidos que

	<p>generan una alteración del foco de atención, lo que facilitará el acceso y procesamiento de los recuerdos traumáticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programación Neurolingüística: Basado en los trabajos de Bandler y Grinder fundamentado en el estudio de la estructura de la experiencia subjetiva. Ha desarrollado numerosos procedimientos específicos para el trabajo con los traumas basados en técnicas de carácter imaginativo encubierto. - Seemorg Matrix: Elaborado por Aisha Clinton, basado en los puntos de energía, tipo de terapia de energía donde se colocan las manos en ciertos puntos de las chakras como proceso de sanación. - Psicoterapia de Energía: Elaborado por Michel D Galvin que se basa en la premisa que la causa de toda emoción negativa es un trastorno en el sistema energético del cuerpo y que con ciertos movimientos en lugares estratégicos se estimula la energía.
<p>Echeburúa y Guerricaecheverría</p>	<p>(p. 472)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con el tratamiento a padres, se debe enseñar a los padres a adoptar una actitud adecuada ante la revelación del abuso, así como de establecer las estrategias de solución de problemas y de toma de decisiones en relación con las medidas urgentes posibles (protección inmediata del menor, denuncia del agresor, salida del agresor o del menor del hogar, etcétera). • Explicar la dinámica del proceso abusivo, la ambivalencia de la víctima respecto al abusador (el

pacto de silencio establecido) y las motivaciones del agresor, a efectos de evitar los sentimientos de culpa por no haber cumplido con su función protectora y de facilitar la toma de decisiones adecuadas.

- Asimismo hay que informar a los familiares acerca de las posibles consecuencias psicológicas del maltrato en el menor (síntomas clínicos o conductas anómalas), con el objetivo de detectarlas de forma temprana, amortiguar su impacto con un apoyo emocional adecuado y buscar ayuda profesional en los casos precisos. Conviene también indicarles la necesidad de una escucha activa y respetuosa ante las confidencias habidas (dar crédito a lo sucedido) y señalarles el tipo de conductas apropiadas con el menor para facilitar su recuperación emocional.

(p. 473)

- Se debe bordar emociones negativas tales como la rabia, el resentimiento y deseos de venganza a través de una serie de pasos. En primer lugar, el familiar afectado debe aceptar que constituyen emociones lógicas tras un impacto semejante y que son habituales en muchas personas en sus mismas circunstancias. En segundo lugar, el familiar no debe resistirse a la hostilidad y la rabia, que son reacciones esperables, sino aprender a canalizarlas adecuadamente. Y, por último, en consonancia con lo anterior, se debe llevar a cabo un entrenamiento específico en control de impulsos y una reestructuración cognitiva para hacer frente a las ideas disfuncionales que el sujeto pone en práctica de forma habitual en su vida cotidiana.

(p. 476)

- En la fase psicoeducativa del tratamiento con la víctima, lo que resulta fundamental es recalcar que se trata de una experiencia impuesta, bien sea por la fuerza o, en la mayoría de las ocasiones, por el abuso de poder y el engaño. El terapeuta debe explicar a la víctima, de forma tranquila y sin dramatismos, el proceso abusivo y las causas del mismo, así como los factores que han hecho posible que lo mantenga en silencio durante un tiempo prolongado. Se debe reforzar a la víctima, en todo momento, el hecho de haberlo revelado,
- Asimismo es importante que la víctima atribuya la responsabilidad de lo ocurrido al agresor y que sepa, si es el caso, que este es una persona con conflictos personales y emocionales, necesitado de una ayuda que, gracias a sus manifestaciones, va a poder recibir.
- Enseñar al menor a distinguir lo que es una muestra de cariño de lo que es una conducta sexual, así como a identificar determinadas situaciones potencialmente peligrosas (estar a solas con un adulto en la habitación o en el baño o estar expuesto a imágenes o conductas sexuales) y a poner en práctica las estrategias adecuadas para evitarlas (decir no, pedir ayuda inmediatamente o contarlo).
- Se trata, en definitiva, de que los menores comprendan qué son los abusos sexuales, quiénes son los que potencialmente pueden cometerlos (no exclusivamente los desconocidos) y cómo se puede actuar cuando alguien pretende abusar de ellos.

(p. 477)

- 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. Todo ello puede llevarse a cabo mediante la discusión racional, la exposición a ejemplos o relatos representativos y la lectura de materiales o de cuentos específicos y juegos.

(p. 478)

- Cuando los síntomas de reexperimentación persisten, es necesario acompañar este desahogo emocional de técnicas específicas de exposición en imaginación, de manera que la víctima consiga ordenar y mantener cierto control sobre los recuerdos e imágenes. Para ello, se elaboran jerarquías de secuencias que se exponen al menor de manera gradual y segura en la compañía tranquilizadora del terapeuta. Según la edad del menor, los dibujos o los muñecos pueden facilitar esta tarea de exposición.

(p. 479)

- La autoexposición gradual y en vivo a los estímulos evocadores de ansiedad es la modalidad más eficaz para hacer frente a las respuestas de evitación. Las técnicas de exposición, en el caso de ser necesarias, consistirán en exponer a la víctima a estímulos

adaptativos y no peligrosos (por ejemplo, dormir sola, salir a la calle o jugar con otros niños) que provocan respuestas de ansiedad y de evitación en la vida cotidiana. El terapeuta elaborará, junto al menor, la graduación de las situaciones a las que este se expondrá paulatinamente, a veces con ciertas ayudas (la distracción cognitiva o llamar por móvil al terapeuta, por ejemplo) y contará con la colaboración de sus familiares para el desarrollo gradual de las tareas de exposición.

- En cuanto a la reducción del nivel de ansiedad, se puede incluir una técnica de relajación, debido, principalmente, a que, además de disminuir la ansiedad y facilitar el sueño, favorece la sensación de control en las víctimas y propicia una autovaloración más positiva.

(p. 480)

- Pueden utilizarse técnicas de representación de papeles (role playing), fichas y materiales específicos orientados a desarrollar sus habilidades sociales a fin de facilitar el éxito del menor en sus contactos interpersonales.

(p. 481)

- El entrenamiento en el control de la ira consta de tres fases secuenciales: I
 - La fase de preparación cognitiva, en la que se informa al menor sobre la naturaleza y función de la ira y se le ayuda a entender los factores que la originan y la mantienen
 - La fase de adquisición de habilidades, en la que se le enseñan diferentes estrategias para hacer

frente a la ira

- La fase de aplicación práctica, en la que se le expone al menor a estímulos provocadores de ira, de acuerdo a una secuencia jerárquica, y se le insta a que utilice las estrategias aprendidas.
- Técnicas terapéuticas frecuentemente utilizadas en el control de la ira:
 - Suspensión temporal: identificar los indicios de ira, advertir a la otra persona implicada (padres, hermanos, compañeros, etc.), alejarse física y psicológicamente de la situación, regresar una vez calmado.
 - Distracción Cognitiva: no prestar atención a los indicios de ira, ocupar su mente con otra actividad. Por ejemplo: concentrarse en lo que ocurre a su alrededor, practicar un ejercicio físico o mental, realizar respiraciones lentas y profundas.
 - Autoinstrucciones: enseñar a los niños a hablarse a sí mismos de otra manera. Por ejemplo: “voy a estar tranquilo”, “¿qué es lo que tengo que hacer?”, “voy a distraerme con una canción”, “lo hago muy bien”. Ensayar y practicar las autoinstrucciones en situaciones reales.

(p. 483)

- La metodología debe adaptarse al nivel del desarrollo evolutivo del menor. Con niños más pequeños (o mayores discapacitados mentales) resultan especialmente útiles los dibujos, los juegos, la representación de papeles y los cuentos o materiales didácticos específicos. Con menores de mayor edad y mayores recursos cognitivos puede recurrirse a

	<p>estrategias más verbales y elaboradas (discusión racional y reevaluación cognitiva, técnicas de autoexposición, relajación, control de la ira, etcétera).</p>
<p>Herman</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En la primera fase, las estrategias de terapia deben centrarse en las preocupaciones de seguridad de la paciente en todos los terrenos. La fisioneurósis del trastorno por estrés postraumático puede ser modificada con estrategias físicas como el uso de la medicación para reducir la reactividad y la hiperactivación, y la utilización de técnicas de comportamiento como la relajación y el ejercicio físico duro para manejar el estrés. • La confusión del desorden puede ser tratado con estrategias cognitivas o conductistas como el reconocimiento de los síntomas, el uso de diarios para registrar los síntomas y las respuestas adaptativas, establecer tareas y el desarrollo de planes concretos para la seguridad. • La destrucción de los vínculos personales que tiene lugar con el desorden debe acometerse con estrategias interpersonales como el desarrollo gradual de una relación de confianza en la psicoterapia. • La alienación social del desorden debe tratarse mediante estrategias sociales, entre ellas movilizar los sistemas de apoyo naturales de la superviviente, como su familia o sus amigos. • Establecer la seguridad empieza por el control de cuerpo y poco a poco sale hacia el control del entorno. Los temas de integridad física incluyen la atención a las necesidades básicas de salud, la regulación de las funciones corporales como el

sueño, la alimentación y el ejercicio.

- Los temas medioambientales incluyen el establecimiento de una situación de vida estable, la seguridad económica, la movilidad y un plan de autoprotección que incluya todo el espectro de la vida diaria del paciente. Como nadie puede crear por sí solo un entorno seguro, se debe incluir un componente de apoyo social.
- Las tareas de la primera fase de recuperación son arduas y exigentes, no es infrecuente que tanto la paciente como el terapeuta quieran sortearlas. En ocasiones la paciente intenta entrar en descripciones gráficas y detalladas de sus experiencias traumáticas, y cree que al hablar de ello se solucionarán sus problemas. Para contrarrestar la idea de una cura rápida y catártica, la terapeuta puede comparar el proceso de recuperación con un maratón: es una prueba de resistencia que requiere larga preparación y práctica constante. Esta metáfora logra capturar el fuerte objetivo conductista de acondicionar el cuerpo, así como las dimensiones psicológicas de determinación y valor. También ofrece una imagen del terapeuta como un entrenador.
- La reconstrucción de la historia del trauma comienza con una revisión de la vida de la paciente antes del suceso, y de las circunstancias que lo precedieron. Animar a la paciente a hablar de sus relaciones importantes, de sus ideales, de sus sueños, y de sus luchas. Esta exploración proporciona un contexto en el que se puede entender el significado especial del trauma.

- El siguiente paso es reconstruir el acontecimiento traumático como un recuento de datos. El paciente y el terapeuta reconstruyen el relato organizado, detallado y verbal, situado en tiempo y en el contexto histórico. También incluye la respuesta del paciente y de las personas importantes en su vida.
- A la paciente le resultará cada vez más difícil el usar palabras a medida que la narrativa se acerca a los momentos más insoportables por lo que puede recurrir a otros métodos de comunicación no verbal como los dibujos. Sin embargo se debe pedir que luego se convierta en una narración, los primeros intentos de hacerlo puede estar parcialmente disociados. Puede escribir su historia en un estado alterado de conciencia y luego tirarla, puede negarla, esconderla, olvidar que la ha escrito. En ocasiones el paciente puede pedir al terapeuta que lea su historia fuera de la sesión, pero se debe tener cuidado de desarrollar canales secundarios de comunicación y recordar al paciente que el objetivo es llevar la historia a la habitación, en donde se puede contar y escuchar. Se debe leer juntos la comunicación escrita.
- Se debe relatar hechos con las emociones que lo acompañan. En cada momento, la paciente debe reconstruir no sólo lo que vivió, sino también lo que sintió. Esta descripción de los estados emocionales debe ser dolorosamente detallada, al igual que la descripción de los hechos.
- La técnica de inundación es de tipo conductista diseñada para superar el terror del acontecimiento

traumático por medio de la exposición del paciente a revivirlo de forma controlada. Como preparación se enseña a manejar la ansiedad por medio de técnicas de relajación y visualización de imágenes que le calmen. Entonces el terapeuta y el paciente escriben un guión y describen el acontecimiento traumático en detalle. El guión incluye cuatro elementos de contexto, hecho, emoción y significado. De existir varios acontecimientos traumáticos se desarrollaría un guión separado para cada uno de ellos. Cuando se completan los guiones, el paciente elige la secuencia de su presentación en las sesiones de inundación, con un abordaje del más fácil al más complicado. En una sesión de inundación el paciente narra un guión en voz alta al terapeuta, en el tiempo presente, mientras que este le anima a expresar sus sentimientos tanto como le sea posible. Este tratamiento se repite semanalmente durante una media de doce y catorce sesiones. La mayoría de pacientes siguen el tratamiento como pacientes externos, pero algunos necesitan hospitalización debido a la gravedad de sus síntomas durante el tratamiento.

- La técnica del testimonio tiene como objetivo crear un registro detallado y extenso de las experiencias traumáticas del paciente. Se graban las sesiones de terapia y se prepara una transcripción verbal de la narración de la víctima. Luego el paciente y terapeuta revisan el documento. Durante la revisión, el paciente puede reunir los recuerdos fragmentados para crear un testimonio coherente. El testimonio escrito se lee

en voz alta y la terapia concluye con un ritual de entrega formal en el que el paciente firma el documento como demandante y el terapeuta como testigo. Se necesita una media de doce a veinte sesiones semanales para completar el testimonio.

- La acción de contar una historia en la seguridad de una relación protegida puede realmente producir un cambio en el procesamiento anormal de la memoria traumática.
- Cuando existen importantes lagunas de amnesia se recomienda el uso sensato de técnicas poderosas como la hipnosis. Cada paso en esta labor de destapar los recuerdos debe estar precedida de una cuidadosa preparación y seguida de un período adecuado de integración. Primero la paciente aprende a utilizar el trance para calmarse y relajarse, y luego de mucha preparación, planificación y práctica, pasa a la labor de desenterrar los recuerdos.
- Para producir un estado de conciencia alterado en el que son más accesibles los recuerdos traumáticos disociados se pueden usar muchas técnicas aparte de la hipnosis: métodos sociales como la terapia de grupo intensiva o psicodrama o métodos biológicos como el uso del amital sódico. En manos capacitadas, cualquiera de estos métodos puede ser efectivo.
- Es necesario un acto de duelo. Deben entrar en un estado de luto que puede parecer interminable ya que tiene una cualidad intemporal. Seguramente durará más de lo que le gustaría a la paciente pero no durará por siempre.
- Después de muchas repeticiones de la historia y del

trauma, llegará un momento en el que no despertará sentimientos tan intensos. Se ha convertido en parte de la historia del paciente, pero solo es una parte. Se da cuenta de que su atención vuelve a centrarse en la vida normal. El trauma ya no ocupa el primer lugar en su vida.

- En la tercera fase, el paciente vuelve a preocuparse por cuidar su cuerpo y su entorno inmediato. El entrenamiento de la defensa personal física puede convertirse en un método de reacondicionamiento fisiológico.
- También puede ser positivo que se emprendan formas de reto disciplinado y controlado al miedo, como realizar viajes a la naturaleza como un encuentro planeado con el peligro. Esto propicia que la víctima experimente la respuesta de “luchar o huir”, y sabe que elegirá luchar. Al hacerlo establece un grado de control sobre sus respuestas corporales y emocionales que reafirman la sensación de poder.
- Los enfrentamientos o revelaciones familiares pueden ser realmente positivos para devolver el poder a la víctima, siempre que se hagan en el momento adecuado o estén bien planeados. No se deben realizar hasta que la víctima esté preparada para decir la verdad tal y como la conoce, sin necesidad de confirmación y sin miedo a las consecuencias. El poder de la revelación está en decir la verdad, sin importar cómo reaccione la familia.
- Es útil que el trabajo en terapia se centre en el desarrollo del deseo y la iniciativa. El entorno

	<p>terapéutico proporciona un espacio protegido en el que puede darse rienda suelta a la fantasía. También es un campo de pruebas para la traducción de la fantasía en acción concreta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La sobreviviente puede identificar ocasionalmente aspectos positivos del yo que fueron forjados por la experiencia traumática, aunque reconozca que la ganancia se obtuvo por un precio alto.
<p>Instituto madrileño del menor y la infancia</p>	<p>(p. 121)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar la técnica de escucha activa como método para llegar al conocimiento de los pensamientos y sentimientos del menor respecto del abuso sexual, pensamientos que después habrán de ser sometidos a un proceso de reestructuración cognitiva, tanto los referidos al abuso en sí como los referidos a la ruptura familiar y al impacto en los demás miembros de la familia. • Fomentar su confianza en los adultos, haciéndole ver el suceso como un episodio aislado e infrecuente: sólo unos pocos adultos presentan esta desviación comportamental; la mayoría son positivos y protectores con la infancia. • Enseñarles a distinguir entre contactos corporales positivos y negativos con los adultos y sus iguales. Esto, mediante la utilización de material especializado al respecto. <p>(p. 122)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar programas de exposición para la extinción de los comportamientos de evitación más frecuentes: la presencia del abusador, el contacto con familiares defensores del abusador, las diligencias policiales y

	<p>judiciales y el contacto con otros adultos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al/la menor a controlar sus propios comportamientos de demanda de atención, explicándole además cómo los refuerza el medio familiar y social. Racionalizarle por qué presenta él o ella estos comportamientos, por qué los refuerza el medio y la necesidad de evitarlos, entrenándolo en la obtención de atención mediante comportamientos positivos. • Hacerles conscientes de cómo pueden aprender de esta experiencia, hacerse más fuertes, más seguros de sí mismos, más capacitados para manejar situaciones difíciles y estimularles a ello. • Potenciar otras áreas personales deprimidas por el efecto del abuso sexual: autoestima, asertividad y habilidades sociales, principalmente.
<p>Petrzelová</p>	<p>(p. 75)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda que el menor invente cuentos, ejercite cualquier tipo de pintura, dibuje a su familia y juegue en la casa de muñecas. Es importante proporcionarle la posibilidad de que pueda plasmar en un dibujo lo mejor o lo peor que recuerde de su vida para que así descargue los sentimientos causados por esta difícil experiencia y también nos proporciona una valiosa información. Se le puede sugerir que juegue con muñecas o títeres acerca de lo que le ocurrió, el niño debe saber que lo que le sucedió a él le ha pasado a otros niños. <p>(p. 83)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es necesario hablar despacio, con pausas más largas, de manera sencilla y siempre repetir las

oraciones que el niño no comprendió. En la conversación con un niño debemos acercarnos a su vocabulario y utilizar estrictamente las expresiones para los genitales que usa él mismo. En los niños menores, depende del desarrollo del lenguaje, podremos usar el dibujo o los juguetes terapéuticos (anatómicos). Podríamos empezar con el juego libre: observarlo, catalogar sus habilidades y puntualizar su expresión verbal.

- Es recomendable empezar con el dibujo de familia con el cual se le tranquiliza y hay una comunicación más fácil. El dibujo de la familia nos informa las preferencias del niño hacia la persona de su confianza, descubre los conflictos en la familia. Por medio del juego o del dibujo descubrimos el abuso sexual.

(p. 99)

- Se trabaja el miedo y la ansiedad con una gradual exposición en el caso de ser necesario, como hablar a la gente común en la calle para demostrar al niño que no todos son malos o agresores, salir a la calle, relacionarse con amigos, conocer nuevas personas, etcétera.
- En lo que concierne a la ansiedad, es necesario tratarla con las técnicas de relajación progresiva.

(p. 100)

- Elaborar de un cuento en el cual se demuestra a los niños que pueden decir a sus padres las cosas difíciles que a veces no cuentan por el miedo a ser castigados. Se pueden usar los cuentos con decir la verdad, independientemente que sientan el miedo, la

vergüenza o la culpa. El terapeuta debe explicar que el agresor pide el silencio para que pueda continuar con los abusos y que nadie se entere. Es necesario decir la verdad y pedir la ayuda

- Otra de las técnicas es el empleo de marionetas por medio de las cuales el niño puede expresar y contar las prácticas del agresor como lo es la amenaza, chantaje u otro manipuleo. Por medio de ellas es más viable expresa que el niño no es culpable.

(p. 101)

- Es bueno facilitar métodos prácticos para expresar los sentimientos de ira. Debe dársele el espacio para experimentar verbalmente, de manera directa sus sentimientos de ira: decir lo que necesita decir a la persona a quien necesita decírselo. Puede ser recomendable hablar con él sobre la ira: qué es, cómo se demuestra, qué hacer cuando se siente, qué es lo que hace que uno enfurezca.

(p. 102)

- Se recomienda promover acciones que involucren actividades sensoriales, tratar que los infantes se centren en las semejanzas y diferencias entre ellos mismos y los objetos, animales, frutas u otros objetos que se les muestran o proporcionan.
- La percepción del cuerpo es básica para un sentido riguroso del yo. Ésta puede ser facilitada por el terapeuta por medios diversos. Pueden intentarse ejercicios de relajación, respiración, experiencias con movimientos corporales. Se pueden hacer autorretratos, mirarse en el espejo y contemplar fotografías de cuando eran bebés.

Portillo

(p. 12-13)

- El tratamiento debería incluir una serie de conversaciones y actitudes con el niño que deberían incluir:
 - Explicar que ellos no son culpables del abuso, aunque así lo crean.
 - Es preciso asegurar al niño que el abuso no se repetirá, puesto que se han tomado las medidas oportunas.
 - Motivarle para que hable del suceso y/o los sucesos de abuso que el niño ha sufrido, diciéndole que es conveniente para él, aunque sin obligarle a que lo haga. No juzgar cuando el niño relate los hechos e insistir en que ellos no son culpables.
 - Adecuada educación sexual ajustada a su edad y nivel cognitivo, es necesario hablar con el niño de los temas que siguen.
- La intervención terapéutica en este tipo de problemas se centra en corregir las distorsiones cognitivas del niño respecto a la conducta sexual, reforzar las inhibiciones internas y los controles externos en relación a las conductas sexuales inaceptables, y asegurar que el niño adquiera las habilidades necesarias para controlar su conducta y satisfacer sus necesidades sexuales de una manera culturalmente aceptable.

(p. 14)

- Temas que conviene trabajar con los niños:
 - Tu cuerpo es bueno y te pertenece.
 - La sexualidad también lo es.

- Ningún niño está obligado a besar a nadie ni a dejarse tocar, abrazar o besar. Y esto no es sólo para los extraños, también para los familiares.

- Tienes derecho a decir no. Si alguien trata de tocarte de forma que te haga sentir “raro”, di “no” y cuéntalo en el momento.

(p. 15)

- Ludoterapia. Existen dos modalidades de esta técnica, la no directiva y la planificada. La forma de trabajo, en la primera, sería decir al niño que puede trabajar o jugar como él quiera, y también que puede explicar todo lo que se le ocurra durante el tiempo en que lo hace, tanto del dibujo como de lo que él quiera hablar.
- En la forma planificada el terapeuta interviene e indica al niño el contexto en el que debe jugar o la forma en que debe hacerlo. Tanto en una como otra, el terapeuta, puede intervenir en el juego y conducirlo hacia lo que considere necesario.
- Decir a los niños que son muñecos de trapo, o un sauce, o globos que se han desinflado. Otros juegos de relajación pueden ser “la ola del mar” o “pintar una estrella antes de dormir”. El movimiento de las olas se representa con el movimiento de los brazos, estirarlos hacia el frente y arriba para representar la llegada y hacia atrás para representar el reflujo, aunque existen muchos juegos para niños con el fin de conseguir la relajación. También se puede emplear alguna grabación musical o la propia voz del terapeuta que dicta las pautas para relajarse.

<p>Pritchard y Sainsbury</p>	<p>(p. 24)</p> <ul style="list-style-type: none">• La escritura creativa puede ser catártica. Proporciona un medio de alivio emocional de situaciones traumáticas. Permite al autor sentir que está en control de las experiencias de vida más dolorosas poniéndolas en una especie de orden. Permite a la víctima ser y sentirse creativa en lo que, de otro forma, sería un caos emocional. Externaliza el dolor interno y lo pone en un contexto pasado o futuro. Ofrece la oportunidad de expresar lo que podría llamarse, necesidades espirituales, necesidades que están más allá de lo que otros servicios de ayuda pueden ofrecer. <p>(p. 62)</p> <ul style="list-style-type: none">• Si un terapeuta motiva al paciente a expresar sus sentimientos por un período de varias semanas y no lo involucra en pensamientos de cambios, los sentimientos de tristeza del paciente se incrementarán en lugar de verse reducidos. Los pasos a tomar son escribir para dirigirse al sentimiento de curación, bienestar y esperanza.• Es más fácil expresar problemas propios por medio de metáforas o por la descripción de los síntomas que por definiciones específicas. <p>(p. 112)</p> <ul style="list-style-type: none">• La oportunidad de escribir sobre los sentimientos o eventos pasados puede ser particularmente útil para aquellos que encuentran difícil el poner pensamientos en palabras o lo que han alcanzado un punto en el que necesitan quitarse una carga de encima. Por medio de la escritura la persona puede evaluar qué
-------------------------------------	---

	<p>tanto es capaz de dejar atrás y qué tan lejos están listos de avanzar hacia una nueva esperanza y nuevos logros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esta es una técnica integral de la psicoterapia, no una actividad separada. <p>(p. 117-118)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para la escritura creativa con fines terapéuticos, un diario puede tener diversas formas de uso. Puede recopilar eventos actuales o incidentes bajo una fecha u hora específica. Puede servir para registrar deseos o miedos, todo depende del autor. El objetivo de usar un diario en el proceso de curación es que ayuda a la víctima a expresar sentimientos sobre lo que pasó en el pasado, cómo se siente ahora y lo que espera alcanzar en un futuro. • Cuando una persona se une al grupo terapéutico se le entrega: <ul style="list-style-type: none"> - Un cuaderno, conocido como el diario. - Un cuaderno más pequeño para que lleve notas, recordatorios, fechas de la próxima sesión, asignaciones, etc. - Una carpeta plástica para guardar sus trabajos. • Nadie debe ser presionado a escribir o a compartir su trabajo. Lo hará cuando lo sienta necesario.
<p>Quezada, Neno y Luzoro</p>	<p>(p. 9)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es necesario ayudar a los niños a protegerse, sin darles el sentimiento de que todo el mundo es peligroso. <p>(p. 10)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Darles confianza en sí mismos, enseñarles a salir solos de situaciones complicadas, a través de la

evaluación del peligro e identificación de la ayuda necesaria. Darle los medios de protegerse. Un niño bien informado tiene más oportunidades de no ser una víctima.

- Brindar reglas de protección y dígame siempre las verdaderas razones de sus recomendaciones. Dígame que tiene el derecho a rechazar una propuesta de un adulto, incluso si lo conoce; que no es maleducado ignorar a un adulto que le pide acompañarlo a alguna parte: esa persona encontrará ayuda en otra parte; que si se siente en peligro en la calle debe acercarse a un grupo de personas o entrar en la tienda o negocio más cercano. Que debe buscar ayuda hasta encontrar alguien que le crea y que actúe. Discuta con él lugares donde usted no quiere que pase o que juegue. Déjele siempre un medio de llamar por teléfono (monedas o celular) y algunas direcciones y números de teléfono. Dele normas simples y razones justas.

(p. 12)

- Para comenzar a conversar con los niños sobre el abuso sexual, puede usar la siguiente introducción:
“La sexualidad es un aspecto importante y positivo de nuestra vida, ya que a través de ella podemos amar, disfrutar y tener hijos. Lamentablemente, no todos los mayores viven bien la sexualidad. Hay algunos mayores, desconocidos o de la propia familia, que en lugar de vivir la sexualidad con personas de su edad, abusan de los niños obligándoles a hacer cosas sexuales. A esto le llamamos abuso sexual a los niños.”

<p>Save the Children</p>	<p>(p. 41)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupos de autoayuda. El establecimiento de un grupo de víctimas puede suponer una intervención especialmente eficaz pues permite a la víctima contrarrestar su aislamiento y sus sentimientos de culpabilización y baja autoestima, favorece las relaciones con otros niños y proporciona un apoyo emocional estable. Puede suponer, además, el espacio más adecuado para proporcionar y desarrollar habilidades sociales y conocimientos acerca de la sexualidad. • Educadores Familiares. Algunas experiencias completan las sesiones terapéuticas con la presencia, en el hogar de la víctima, de educadores familiares que, en un primer momento sirvan como modelos de habilidades parentales para los padres y que, posteriormente, se constituyan como observadores de la dinámica familiar.
<p>Velázquez, Delgadillo y González</p>	<p>(p. 134)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se debe de trabajar mediante la utilización de técnicas de entrenamiento en relajación, desensibilización y visualización; acompañadas de un equipo interdisciplinario que incluya a los abogados que les expliquen a los menores como se va presentar su juicio penal, el médico y psicológico para atender sus afectaciones en su salud física y mental, la atención por parte de trabajador social para contextualizar su medio social y familiar. <p>(p. 135)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se entiende que el juego en la terapia es la expresión de los sentimientos, además de servir como un medio

para experimentar sus vivencias personales que le han causado algún malestar, por medio de este dispositivo se le permite al niño(a) simular, sin preocupación y sin tener consecuencias negativas, lo que desea hacer, lo que realmente quiere decir y desea hacia el conflicto o conflictos vividos; para tener soluciones ante esos temores, esas angustias, los conflictos que tenga con sus propios padres o con personas ajenas a su núcleo familiar o con otros niños de sus edad con quienes presenten alguna dificultad.

(p. 137)

- Se puede anticipar que en algunos casos el menor desarrolle un gran temor hacia el agresor; de ser así, se puede trabajar con técnicas proyectivas que le ayuden a disminuirlo, en las que se involucren acciones concretas de destrucción imaginaria del agresor, de reparación del sí mismo, manejar el binomio héroe-villano; disolución de confusiones, utilizar el dibujo, los cuentos, los dilemas, imágenes semiestructuradas, videos infantiles como el Árbol de Chicoca, cuentos infantiles como “Carola y su amigo perro”, la visualización del pasado, presente y futuro en sus aspectos positivos y negativos, junto con técnicas de relajación, a través del manejo de la respiración y del conocimiento del cuerpo, de las sensaciones y los cambios propios que tiene por el crecimiento.

(p. 138)

- En lo particular, para disminuir la ansiedad, el enojo o la impotencia, se puede ocupar la creación de héroes

	<p>y malvados, de heroínas y villanas, sobre todo aquellos con los que se pueda empatar las características del caso de abuso por la consideración tanto la víctima como al victimario. Dejar el menor como el héroe o heroína y el victimario como el villano. De esta forma, se podrá reconstruir la historia con un desenlace en el que el menor venza al agresor. Estos ejercicios permiten que el menor recupere autoconfianza y seguridad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asimismo, existen ejercicios dirigidos a la auto-aceptación del cuerpo y el incremento de la autoestima, que se pueden realizar a través del dibujo como actividad lúdica, usar hojas, espejos, colores y objetos de su preferencia, dirigir la actividad hacia el reconocimiento personal de sus habilidades, fortalezas y creencias positivas.
<p>Zárate</p>	<p>(p. 13)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La terapia grupal emplea técnicas participativas y de juego como medios e instrumentos propios en el proceso de crecimiento personal de cada niño. • Las técnicas de intervención están dirigidas a provocar la reducción del impacto psicológico negativo tanto del presente como del futuro que surgen en la niña como consecuencia del trauma del abuso sexual. <p>(p. 19)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se tiene un tiempo de refrigerio al final de cada sesión. Este ha de ser repartido por una niña distinta cada vez, esto refuerza la colaboración y es una forma de expresar cuidado entre las participantes. • Es necesario que el grupo comparta ciertas reglas

	<p>que favorezcan la seguridad, confidencialidad y respeto entre todas las participantes. Que el grupo de opiniones y si todas están de acuerdo, una de las niñas la escribirá en un cartel para pegarla en un lugar visible.</p>
--	---

Tabla A.13

COMPONENTE: PAPEL DEL TERAPEUTA	
AUTOR	APORTE TEÓRICO
Bannister	<p>(p. 147)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los grupos terapéuticos integrados por niños deben contar con, al menos, dos terapeutas, debido a la responsabilidad respecto de la seguridad con que debe cargar cada uno. Estos dos terapeutas (por lo general un hombre y una mujer) coordinan cada grupo de niños y niñas. <p>(p. 13)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El terapeuta es parte de un equipo creativo conformado por asistentes sociales, administradores, un psicodramista, un dramaterapeuta y un terapeuta de juego. Estos forman parte de un equipo en el cual comparten sus capacidades y experiencias. • Al aplicar la técnica de psicodrama, el terapeuta es el director y dirige la acción determinada por el protagonista, asistido por auxiliares, que pueden ser terapeutas capacitados u otros miembros de un grupo terapéutico. <p>(p. 74)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La capacidad de ser flexible dentro de las terapias creativas es importante. Además, no debe tornarse en

	<p>una figura intrusa o prescriptiva.</p> <p>(p. 89)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La empatía es necesaria para una comunicación exitosa en la terapia. El tratar al otro como una persona integral, en lugar de como un conjunto de síntomas o conductas, es una forma respetuosa para que un terapeuta interactúe con otra persona. La empatía exitosa con los niños puede depender de la capacidad del terapeuta de tomar contacto con su propio niño interior, es decir el grado de espontaneidad y creatividad que acompaña al terapeuta, y que también puede relacionarse con el grado en el cual el terapeuta se permita ser vulnerable. <p>(p. 90)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es importante hacer sentir al niño que fue él mismo quien “se curó” y no que fue un trabajo hecho por el terapeuta. De lo contrario, es posible que no operen modificaciones en los sentimientos de impotencia.
<p>Batres</p>	<p>(p. 75-79)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento de las secuelas del incesto requiere de una absoluta credibilidad por parte del terapeuta de los hechos tal como los declara el sobreviviente. • Implica un conocimiento profundo de los efectos del incesto, a la luz de las más modernas teorías sobre los desórdenes traumáticos. • Su primordial función es la de curación, alivio y respeto por las experiencias de sus clientes. • Perfil de un terapeuta en el tema del incesto: <ul style="list-style-type: none"> - Haber recibido entrenamiento en la perspectiva de género. - Haber trabajado el tema del poder.

- Saber lidiar con su dolor.
- Conocer los límites y reglas que protegen a las sobrevivientes durante la relación grupal.
- Aceptar que el incesto y el abuso sexual contra niñas y niños son un delito.
- Reconocer que la terapia de familia o de pareja no es el enfoque apropiado en esta fase del proceso de apoyo.
- Admitir la validez del trabajo en grupo.
- Sentir comodidad al tratar aspectos de la socialización y discriminación.
- Aceptar que sus valores y normas pueden ser comunicados a los clientes.
- Es necesario una gran sensibilidad hacia la discriminación.
- Tener habilidades clínicas para intervenir en caso de crisis, intentos de suicidio o ataques de pánico.
- Tener claro que la sobreviviente es la experta de su recuperación. Su papel es promover la adquisición de ese poder y el control de la vida de la clienta.
- Es necesario modificar un poco los roles terapéuticos aprendidos. Hay que asumir actitudes más directivas, más fraternales y menos interpretativas, más atentas hacia los intensos sentimientos positivos y negativos surgidos de la terapia.

(p. 104)

- El terapeuta debe ser una persona entrenada en terapia grupal pues un grupo llevado en forma errónea puede convertirse en iatrogénico.

(p. 108)

- Lo ideal es que por cada grupo existan dos terapeutas.

	<p>En la presencia de un facilitador hombre, la otra debe ser mujer. Esto porque la mayoría de las sobrevivientes han sido abusadas por hombres y se sienten más cómodas para explorar sus sentimientos respecto al abusador en presencia de una mujer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La participación de un terapeuta hombre proporciona un modelo masculino no abusivo, apoyante y afectuoso. Sin embargo, algunas mujeres no toleran terapeutas masculinos por lo que se debe respetar su elección. • Existen ventajas de incluir dos terapeutas en el grupo (los cuales pueden ser dos mujeres o un hombre y una mujer), las cuales son: <ul style="list-style-type: none"> - En un grupo de esta clase, la cantidad de dolor que se maneja es abrumador; esta sobrecarga emocional puede ser entonces compartida. - Si un terapeuta debe ausentarse temporalmente, el grupo no se detiene. - Los terapeutas se beneficiarían mucho del trabajo en equipo y discusión conjunta del proceso.
Cantón y Cortés	<p>(p. 329)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El terapeuta debe identificar y cambiar las creencias y actitudes erróneas del niño que muy probablemente afectan cuestiones tan importantes como la responsabilidad en el abuso, la confianza en los demás y la autoimagen y competencia del niño. • Enfatizar la escasa capacidad de protección del niño frente al adulto y también explicarle a la víctima porqué algunos adultos desean tener relaciones sexuales con niños.

CONACMI	<p>(p. 43)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante la entrevista, La persona que ayuda deberá mostrar cuatro condiciones fundamentales: cordialidad, naturalidad, comprensión y seguridad de que lo que se hable será confidencial. Asimismo, deberá evitar mostrarse superficial, exagerada o parecer juez de la situación y de la persona en crisis. • La sinceridad de la persona que ayuda es fundamental para establecer una relación con la persona en crisis. Requiere de toda su intuición para demostrar que está en concordancia con lo que la persona expresa, que comprende la situación, que puede verla desde la perspectiva de la persona que la refiere
	<p>(p. 44)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El papel de la persona que ayuda es alentar a que la persona en crisis exprese lo que siente. Actúa como un espejo que refleja los sentimientos de la persona en crisis
	<p>(p. 46)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La persona que atiende debe reconocer qué circunstancias no es capaz de manejar y proponer la referencia a un equipo profesional.
	<p>(p. 51)</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el contexto de la psicoterapia individual, la o el terapeuta ejerce hacia el niño o niña y adolescente el rol de un adulto con el que se puede relacionar de manera sana y segura de manera que el niño, la niña, el o la adolescente recupere la confianza básica en sí mismo y aprenda a relacionarse de manera adaptativa con otros adultos y con sus iguales.
Herman	<ul style="list-style-type: none"> • Se define el papel del terapeuta como el de un

	<p>ayudante del paciente, y su propósito es ayudar al paciente a terminar la tarea que intenta hacer espontáneamente y a reinstaurar el elemento de un control renovador.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La relación terapéutica es única en varios aspectos. Su único propósito es estimular la recuperación del paciente. Para ello, el terapeuta se convierte en el aliado de la paciente y pone a su disposición todos los recursos de su conocimiento, capacidad y experiencia. • Es responsabilidad del terapeuta utilizar el poder que le ha sido otorgado al momento que la paciente pide ayuda para fomentar la recuperación del paciente y resistir cualquier impulso de abuso. • Trabajar con personas victimizadas exige que se tenga una actitud moral de compromiso. Debe tomar una posición de solidaridad con la víctima. • El papel del terapeuta es tanto intelectual como relacional, y debe fomentar tanto la reflexión como la conexión empática. • La actitud moral del terapeuta tiene una enorme importancia. No es suficiente que el terapeuta sea “neutral” o que “no juzgue”. La paciente se hace preguntas del tipo ¿por qué a mí? y reta al terapeuta a compartir sus propias luchas, sin embargo su papel es el de proporcionar respuestas ya elaboradas y situarse en una posición de solidaridad moral con la paciente.
<p>Instituto Madrileño del menor y la infancia</p>	<p>(p. 38)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La actuación en casos de abuso sexual infantil, independientemente del nivel en que se produzca, tiene que cumplir unos requisitos mínimos y por ello debe:

	<ul style="list-style-type: none"> - Actuar sobre todo el problema en su conjunto, sobre todas las circunstancias predisponentes, desencadenantes y modificadoras de su presentación, intensidad y desarrollo del maltrato. No puede ser puntual, tratar sólo el síntoma. - Considerar a la persona como una totalidad, como un conjunto bio-psico-social y su entorno familiar. No debe limitarse al niño, sino al niño, su familia y el medio. - Realizarse por un equipo de profesionales con formación específica en los problemas familiares y de la infancia, con conocimientos de recursos y estrategias propias de estas situaciones (equipo especializado, no por un conjunto de especialistas). - Desarrollo de un trabajo coordinado, en equipo y con bases científicas, y no desde el voluntarismo. <p>(p. 118)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los terapeutas de centros de salud mental deben recibir formación sobre evaluación, diagnóstico y tratamiento individual y familiar, así como crear un servicio permanente de intervención sobre el abuso infantil. Todo profesional que esté vinculado con el mundo infantil debe tener una mínima formación en este problema.
<p>Petrzelová</p>	<p>(p. 121)</p> <ul style="list-style-type: none"> • En casos tan graves como lo son los abusos sexuales del menor, el secreto profesional debe ceder y ser denunciado para así proteger al niño contra el grave daño que puede interferir en su desarrollo. <p>(p. 74)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como terapeuta se realizar las siguientes tareas:

	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a la víctima a exteriorizar el trauma. - Lograr que nos diga quién es ahora y lo que será o quisiera ser en el futuro. Lograr que no se vea a sí mismo como víctima o como persona mala o alguien sin valor. - Crear el ambiente de confianza y de protección que pueda descargar su ansiedad. - Enseñarle a controlar una conducta sexualmente abierta, lo cual logra que no sienta vergüenza por lo sucedido; decirle, por ejemplo, "no debes hacer esto" en vez de "eres malo"; hacerle saber, tranquilamente, que no es bueno que haga esas cosas, pero reafirmarlo en que es una buena persona. Es importante proponer límites a su conducta sexual, para controlar impulsos, para lo cual se le puede pedir de una manera muy calmada que no intente hacer a otros niños lo que le hicieron a él. Los niños son muy sensibles al contacto físico con los adultos: hay que tenerlo presente y averiguarlo antes de tocarlo. <p>(p. 75)</p> <ul style="list-style-type: none"> • No obligarlo a hablar de lo sucedido hasta que el niño lo decida.
<p style="text-align: center;">Portillo</p>	<p>(p. 7-8)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El terapeuta ejerce hacia el niño el rol de un adulto con el que se puede relacionar de manera sana y segura. • En cualquier tipo de tratamiento infantil se debe mostrar empatía, hacer saber al niño que se conocen sus sentimientos y expresar nuestro afecto. Ayudar al niño a reconocer sus sentimientos. El terapeuta debe inspirar confianza pues en ella se basa parte de su

	<p>tarea.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es importante el niño sienta que estamos dispuesto a ayudarlo, que puede contar con nosotros y que tendrá una ayuda sistemática en la que puede confiar.
<p>Pritchard y Sainsbury</p>	<p>(p. 29)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es importante que cualquier terapeuta que pretenda hacer uso de la escritura creativa como método para trabajar con víctimas de abuso infantil, tiene que estar familiarizado y tener un conocimiento completo de lo que es: <ul style="list-style-type: none"> - El abuso sexual y su definición nacional e internacional. - Aspectos legales y procedimientos alrededor del tema de protección infantil. - Roles y responsabilidades del terapeuta en relación a reportar el abuso. <p>(p. 113)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El terapeuta no debe limitarse a expresar entendimiento, sino que debe responder con una actitud que demuestre que trata de comprender y por ende, debe buscar clarificación de los sentimientos del escritor constantemente. • No se debe promover la expresión de sentimientos para llegar a la verdad, sino para que la persona exprese su verdad, sus sentimientos y para apoyar a la víctima durante el proceso en el que busca resolver los sentimientos negativos producto de su experiencia pasada. <p>(p. 118)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se debe respetar que algunos miembros del grupo no querrán compartir sus escritos.

	<ul style="list-style-type: none"> • El terapeuta puede orientar y ayudar a quienes se sientan inseguros sobre sus habilidades en la escritura.
<p>UNICEF</p>	<p>(p. 40-41)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las principales características que debieran tener las personas que van a realizar las primeras intervenciones son las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - Tener una actitud definida de rechazo frente al abuso sexual. - Actuar rápidamente, pero sin la precipitación emocional que le impida evaluar los aspectos relevantes del caso. - Tener capacidad de trabajar en equipo. - Poseer sensibilidad y calidez. - Poseer una actitud abierta, lo que implica no juzgar y garantizar el respeto y la dignidad de la víctima. - Ser capaz de mantener la confidencialidad. - Tener la capacidad de manejar con habilidad las emociones propias y las de los involucrados: sentimientos como la rabia, la ira, la ansiedad, el miedo, la angustia, la tristeza, entre otros. - Ser capaz de reconocer sus limitaciones dentro del proceso y de confrontar sus propias actitudes y experiencias frente al abuso sexual. - Tener capacidad de liderazgo que le permita tomar decisiones y actuar en la comunidad. - Tener una actitud proactiva de autoformación en el tema, más allá de los procesos de entrenamiento y capacitaciones formales. - Poseer información acerca de las instituciones y servicios existentes para realizar una adecuada derivación.

	<ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de establecer enlaces con las diferentes organizaciones e instituciones que podrían estar involucradas. - Reconocer que no se tienen todas las respuestas y que no hay soluciones completas, pero sí satisfactorias. - Actuar de acuerdo a los principios éticos que guían toda intervención en salud. - Incorporar procesos de autocuidado en el trabajo y el equipo.
Velázquez, Delgadillo y González	<p>(p. 136)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es importante que el terapeuta cuente con un conocimiento amplio sobre el abuso sexual, como el tener una claridad y conocimiento sobre las técnicas que aplica, contar con habilidades para la atención con infantes. <p>(p. 137)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo debe contar con las habilidades que le permitan al menor concluir con cada una de las técnica evaluativas, ayudar al menor a expresarse con facilidad, para identificar a detalle cómo se dio el abuso y qué manifestaciones presentó.

Tabla A.14

COMPONENTE: ALIANZA TERAPÉUTICA	
AUTOR	APORTE TEÓRICO
Bannister	<p>(p. 107)</p> <ul style="list-style-type: none"> • No debe darse por sentado que el niño sabe que puede confiar en el terapeuta y por ello, se debe estar preparado para dedicar algún tiempo en

	<p>construir esa confianza y a permitir que el niño tenga tanto control como sea posible.</p> <p>(p. 89)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La presencia del juego violento es un signo de alianza terapéutica. <p>(p. 123)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La terapia sólo avanzará positivamente cuando el niño se siente lo bastante seguro como para recibirla. Es imposible imponer la terapia, ésta es multidimensional y es vital la confianza con el terapeuta; pero, como niño, es probable que jamás se logre este estado si falta el apoyo eterno a la terapia.
<p>Batres</p>	<p>(p. 92)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante la etapa de “seguridad hoy” se debe establecer la alianza terapéutica. Este proceso sufre altibajos por el obstáculo que tienen las sobrevivientes para confiar en otros seres humanos. • La alianza terapéutica deberá tener una fortaleza aceptable para las sobrevivientes antes de que ellas inicien la discusión del abuso. Dicho de otra manera, ellas no discutirán ni revelarán los detalles del incesto si no existe esta alianza con el terapeuta y entre las integrantes del grupo. Consolidar ese vínculo requiere aproximadamente un año.
<p>Echeburúa y Guerricaecheverría</p>	<p>(p. 474)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.

Herman

- La alianza terapéutica no debe darse por hecha, debe ser cuidadosamente construida por los esfuerzos, tanto del paciente, como del terapeuta.
- En una relación de compromiso existencial en la que ambos socios se comprometen en la labor de recuperación, el compromiso toma la forma de un contrato de terapia. Los términos del contrato son los necesarios para promover una alianza de trabajo. Este debe ser explicado a la paciente de forma clara.
 - Poner énfasis en la importancia de decir la verdad y abrirse del todo.
 - Destacar la naturaleza cooperativa del trabajo. El terapeuta se compromete a la confidencialidad, el paciente a abrirse, etc.
 - Prepararse para probar cosas, para sortear obstáculos y para reconstruir la relación terapéutica en caso se vea afectada.
 - Establecer límites en la relación terapéutica. La terapeuta está disponible para la paciente entre los límites que son claros, razonable y tolerables para ambos.
 - Se puede salir un poco de las estrictas reglas básicas de la psicoterapia, y en ocasiones puede ser de gran ayuda, pero debe valorarse el beneficio para el paciente (por ejemplo, tomar una fotografía).

Tabla A.15

COMPONENTE: TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA	
AUTOR	APORTE TEÓRICO
Bannister	<p>(p. 169)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los niños pueden proyectar sentimientos difíciles en los terapeutas. Por lo que los equipos terapéuticos deben ser supervisados por un analista grupal especializado en trabajo de protección infantil; esto ayuda a manejar las proyecciones de los niños. • Es de ayuda, además, la prosecución de los encuentros del equipo para apoyo mutuo, junto con el hecho de que las proyecciones disminuyen conforme los grupos avanzan.
Batres	<p>(p. 81-82)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llama a la transferencia dada en las sobrevivientes “transferencia traumática”. Esta tiene sus explicaciones y orígenes en el tipo de experiencias que las víctimas y sobrevivientes han vivido. • La pavorosa sensación de estar bajo peligro permanente, impulsa a las sobrevivientes a buscar en la figura del terapeuta la persona destinada a salvarla. A veces no quieren retirarse del consultorio cuando la sesión termina. Esta es, por supuesto, una idealización hecha por la sobreviviente del terapeuta. • La sobreviviente siempre está atenta a las señales de rechazo. Cuando estas se dan, las identificará con claridad. Otras veces, en ausencia de rechazo, distorsionará comportamientos del terapeuta y los interpretará como rechazo. Además sospechará de las buenas intenciones, por lo que permanecerá en

	<p>constante vigilia.</p> <p>(p. 83-84)</p> <ul style="list-style-type: none"> • En cuanto a la contratransferencia, se produce como resultado de una excesiva identificación de la clienta, con el terapeuta, la cual no es percibida conscientemente por este. Se le llama “contratransferencia traumática o traumatización delegada”. Esta induce al terapeuta a experimentar el mismo terror, rabia, desesperación y disociación de la sobreviviente. • Los terapeutas que trabajan con sobrevivientes no deben hacer esa tarea solos, necesitan del apoyo de otros colegas expertos en el modelo de terapia.
<p>Herman</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La paciente se somete a terapia porque necesita ayuda y cuidados y por ello, se somete voluntariamente a la relación desigual en la que la terapeuta tiene un estatus y un poder superiores, e inevitablemente surgen sentimientos relacionados con la experiencia universal de dependencia hacia un progenitor. Estos sentimientos, son conocidos como transferencia y exageran todavía más el desequilibrio de poder en la relación terapéutica y dejan al paciente vulnerable a la explotación. • Las pacientes que sufren de un síndrome traumático forman un tipo característico de transferencia en relación al terapeuta. Las reacciones de transferencia traumática tienen una cualidad intensa, una actitud de vida o muerte, que no tiene paralelismo en la experiencia traumática normal. Es como si la vida del paciente dependiera de tener al terapeuta bajo control. • Cuanto mayor es la convicción de la víctima de su

indefensión y abandono, más desesperadamente necesita un rescatador omnipresente. Generalmente se otorga ese papel al terapeuta. Se generan expectativas idealizadas y cuando el terapeuta no consigue estar a la altura de ellas (lo que es inevitable) a menudo a la paciente le domina la ira.

- En ocasiones surge una transferencia sexualizada, producto de la relación con el agresor. La paciente puede dar por sentado que el único valor que puede tener a los ojos de los demás, especialmente a los de una persona poderosa, es ser objeto sexual.
- Sobre la contratransferencia, en ocasiones el terapeuta se siente emocionalmente abrumado por su papel de testigo de desastres y atrocidades. Experimenta, en menor grado, los mismos sentimientos de terror, ira y desesperación que su paciente.
- El terapeuta puede empezar a sentir síntomas de trastorno por estrés postraumático, y escuchar la historia del trauma del paciente puede hacer que reviva cualquier experiencia traumática que haya tenido en el pasado.
- Este tipo de contratransferencia incluye toda la gama de las reacciones emocionales de la terapeuta hacia la superviviente y hacia el acontecimiento traumático.
- El terapeuta compartirá la experiencia de indefensión de la paciente, lo que puede llevarla a infravalorar su propio conocimiento y capacidad, o a perder la perspectiva de la fortaleza y los recursos del paciente.
- Por ello, el terapeuta deberá contar con un sistema de apoyo que debería incluir un fórum seguro, estructurado y regular para revisar su trabajo clínico.

	<p>Puede ser una relación de supervisión o un grupo de apoyo formado por colegas, preferiblemente ambas cosas. El entorno debe permitir que se expresen reacciones emocionales y preocupaciones técnicas o intelectuales relacionadas con el tratamiento del paciente con historiales de trauma.</p>
--	--

4.3 Programa de tratamiento del abuso sexual infantil en niños de 6 a 12 años

A continuación se presenta la propuesta resultante del análisis de la bibliografía consultada.

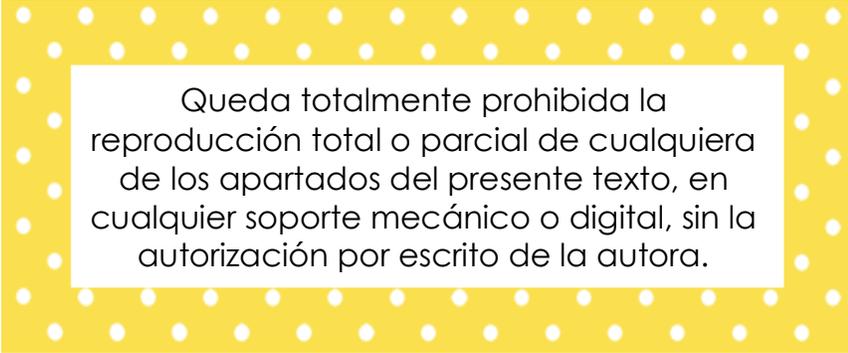
Programa

SUPERNOVA



Desarrollado para el tratamiento de abuso sexual
en niños de seis a doce años de edad

Elaborado por Mayti Alejandra Gálvez Soto
Asesor: Lic. César W. López G.



Queda totalmente prohibida la reproducción total o parcial de cualquiera de los apartados del presente texto, en cualquier soporte mecánico o digital, sin la autorización por escrito de la autora.

Programa

SUPERNOVA

Desarrollado para el tratamiento de abuso sexual
en niños de seis a doce años de edad

Elaborado por Mayti Alejandra Gálvez Soto
Asesor: César W. López G.



De acuerdo a la NASA, una **SUPERNOVA** ocurre cuando se produce un cambio en el núcleo de la estrella. Este cambio produce una enorme explosión que resulta en la creación de un brillo sin igual y el desprendimiento de pequeños materiales necesarios para todo el universo.

Como humanos tenemos la capacidad de ser una supernova: crear cambios en nuestro interior para generar conductas y actitudes beneficiosas para nosotros mismos y todo lo que nos rodea. Sin embargo, dicho cambio no resulta fácil.



PREFACIO

El abuso sexual infantil representa una de las experiencias más difíciles y dolorosas que puede experimentar una persona.

La magnitud del trauma es tal que llega a afectar todas las áreas del ser humano. Cognitivamente se crean ideas irracionales y pensamientos autodestructivos, socialmente las personas se aíslan y tienen dificultades para confiar y establecer vínculos, afectivamente se experimentan estados de ánimo ambivalentes y extremos, físicamente la persona puede sufrir consecuencias tales como enfermedades o lesiones. Estas, sólo por mencionar algunas de las repercusiones de éste tipo de trauma.

Existe gran cantidad de literatura referente al abuso sexual y sus consecuencias, así como medidas para prevenirlo. Sin embargo, esto no es suficiente para que los abusos se detengan. Día a día existen miles de niños alrededor del mundo que son víctimas de ello y la primera medida que se toma para solucionarlo es buscando ayuda legal. Desde este ámbito, lo que se obtiene es la seguridad física del niño y la tranquilidad de los cuidadores de que el niño está a salvo.

Pero, ¿qué hay de las consecuencias emocionales que dicha experiencia produce en la víctima? No basta con asegurar que el perpetrador se aleje del niño, si noche a noche éste lo verá en sueños. No basta decirle día a día que se le quiere, si el suceso ha hecho que el niño ya no se crea digno de amar. No basta con decirle que no piense en ello, si en los momentos menos esperados los recuerdos inundan su mente.

El abuso sexual infantil es un suceso que debe ser contado, confrontado y superado. Eso es lo que se busca con el presente programa de tratamiento, el cual proporciona al terapeuta una serie de intervenciones pertinentes para el trabajo con niños de seis a doce años.



GUÍA DE CONTENIDOS

★ Introducción al programa Supernova

Especificaciones sobre el Programa Supernova

Población y criterios de inclusión

Modalidad de tratamiento

Número de sesiones

Duración de cada sesión

Frecuencia de las sesiones

Enfoque de tratamiento

El Astro-terapeuta

★ Terminología a utilizar a lo largo del programa

El Cúmulo

★ Materiales a utilizar ★

Trabajo Individual

Entrevista inicial con adultos

Entrevista inicial con el menor

Evaluación del paciente

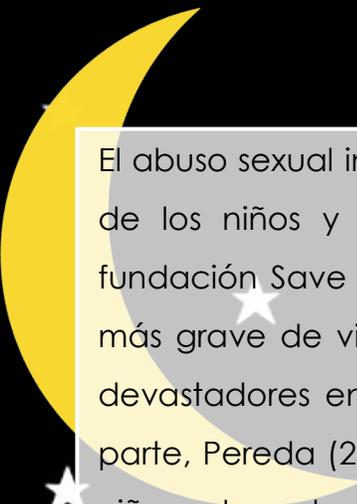
Trabajo Grupal

Cuadro de programación y planificación

Desarrollo del programa Supernova

Referencias Bibliográficas





El abuso sexual infantil es una realidad vivida por un gran porcentaje de los niños y niñas alrededor del mundo. De acuerdo con la fundación Save the Children (2012), este tipo de abuso es la forma más grave de violencia contra la infancia ya que conlleva efectos devastadores en la vida de los niños y niñas que lo sufren. Por su parte, Pereda (2009) establece que los problemas que presentan los niños abusados sexualmente son de tipo emocional, cognitivo, funcional, de relación y de conducta.

Identificando la escasez de programas estructurados existentes para tratar un problema cuya incidencia va en aumento, se propone el presente programa que tiene como finalidad el tratamiento del abuso sexual en niños y niñas. Este es el resultado de la revisión bibliográfica exhaustiva sobre el tema y es el aporte de la investigación realizada.

El programa Supernova tiene como fin el trabajo con grupos de niños víctimas de abuso sexual comprendidos entre los seis y doce años de edad a lo largo de tres fases cuyos objetivos son la adquisición de habilidades de control y autorregulación, el encuentro con el trauma y la preparación para el futuro. Se desarrollará bajo el concepto de un viaje por el universo y el ciclo vital de una estrella, buscando que los niños recorran dicho viaje que les permitirá encarar el abuso sufrido y superarlo.



Especificaciones del programa **SUPERNOVA**

¿Con quién se trabaja y cuáles son los criterios de inclusión?

El programa Supernova está dirigido a niños y niñas de seis a doce años que hayan sido víctimas de abuso sexual, independientemente del grado de relación con el perpetrador. Además, la familia debe estar segura de que dicha situación fue controlada y que el niño o niña está fuera de peligro de ser víctima de abuso nuevamente.

¿y los padres de los niños?

Los padres tienen un papel importante durante la fase de entrevista y evaluación. Estos son los encargados de proporcionar información sobre el momento de la revelación, la reacción de los familiares, la conducta del niño, entre otros aspectos. Ellos no forman parte del tratamiento del abuso sexual, sin embargo, cuando el terapeuta lo considere necesario se podrá programar una sesión de seguimiento.



¿Qué modalidad de terapia se lleva a cabo?

La terapia es grupal. De acuerdo con Bannister (2012), con niños de siete años en adelante la terapia en grupos de pares es la intervención más útil.

El grupo es cerrado, es decir que no permite la incorporación de niños nuevos a mitad del proceso; y homogéneo, lo que significa que los niños deben contar con capacidades y edades similares. Sin embargo, es mixto en cuanto al sexo de los participantes.

Esta modalidad de trabajo pretende ofrecer a los niños y niñas la posibilidad de compartir con pares que han vivido experiencias similares, disminuir los sentimientos de estigmatización y brindar un espacio de contención emocional, donde el abuso sexual puede ser abiertamente reconocido y explorado y donde se validen las vivencias de cada uno de los integrantes del grupo.

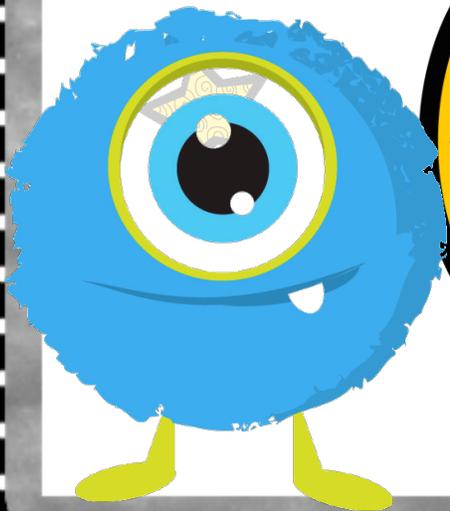
¿Cuántas sesiones se realizan?

El programa se desarrolla en 15 sesiones, divididas en tres fases de la siguiente forma:

Fase 1, "**En el espacio exterior**" – 3 sesiones

Fase 2, "**Fusión Nuclear**" – 7 sesiones

Fase 3, "**Nace una estrella**" – 5 sesiones



¿Cuánto tiempo dura cada sesión?

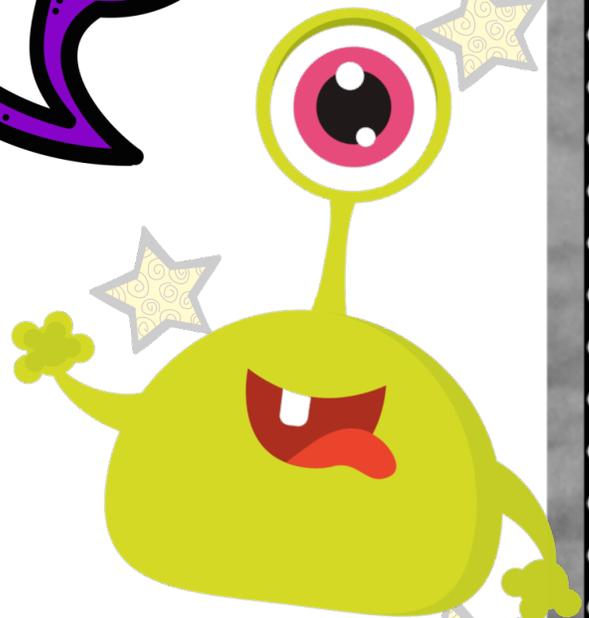
Las sesiones tienen una duración de 90 minutos. Durante este tiempo se cuenta con un momento para saludar y dar la bienvenida, realizar el trabajo terapéutico asignado a cada sesión, discutir con el grupo aspectos relevantes del día, trabajo individual en diarios personales y por último, un momento de refacción.

¿Cada cuánto se tienen las sesiones?

Se realiza una sesión por semana. El paciente debe comprometerse a asistir a todas las sesiones ya que éstas se interrelacionan entre sí y cada una proporciona herramientas útiles para el paciente que no podrán ser retomadas de forma específica posteriormente.

¿Qué enfoque de tratamiento se utiliza?

Se hace uso del enfoque Integrativo.



¿ENFOQUE INTEGRATIVO?

Para comenzar a entender por qué el uso del enfoque integrativo, es importante relatar la historia de dicho enfoque. El integracionismo comenzó a desarrollarse como un movimiento que tenía como objetivo descubrir la viabilidad de integrar de una manera sistemática el conocimiento psicoterapéutico y teórico que generaban diversas escuelas psicológicas.

El enfoque integrativo no es una terapia ecléctica. De acuerdo a Zamora (s.f) la psicoterapia integrativa se caracteriza por la flexibilidad para integrar diferentes modelos psicológicos y para llevar a cabo distintos tipos de terapia en cada paciente, en distintas fases de su vida y ante diferentes problemas. No se trata de implementar cualquier técnica, sino que su abordaje se cimenta en modelos teóricos coherentes.

Oblitas (2004) establece que bajo este enfoque, se evalúa al paciente dentro de un marco amplio que lo lleva a beneficiarse de recibir el tratamiento más efectivo y eficaz para su condición emocional. La manera de elegir qué tratamiento deberá usarse no es al azar, sino que proviene de la revisión de investigaciones psicoterapéuticas.

Se debe evaluar al paciente en aspectos conductuales, afectivos, sensaciones, imaginéras, cogniciones, relaciones interpersonales y factores biológicos. De acuerdo al perfil que el paciente presente, se escogen técnicas específicas para los problemas específicos, lográndose una gran efectividad.

En el presente programa, se hace uso de técnicas y estrategias cuya efectividad y eficacia para el tratamiento del abuso sexual infantil han sido comprobadas y se adaptan de acuerdo a las características de cada niño o niña que forma parte del grupo terapéutico.

De acuerdo con el Instituto de Psicoterapia Integrativa (s.f.), el objetivo de dicho enfoque es facilitar tal plenitud, que la calidad del ser de la persona y su funcionamiento en las áreas intrapsíquica, interpersonal y socio-política se potencia al máximo con la debida consideración hacia los propios límites personales y las restricciones externas de cada individuo.

Para llevar a cabo un proceso terapéutico desde la psicología integrativa se necesitan tres elementos esenciales:

El terapeuta, formado en una visión integral del ser humano.

La comprensión del terapeuta acerca del paciente.

Planificación del tratamiento y elección de los métodos terapéuticos provenientes de diversas corrientes.

Es de suma importancia que el terapeuta conozca al paciente, en este caso, a los niños víctimas de abuso sexual. Para llegar a dicho conocimiento, es importante que se consideren todas las áreas del ser humano (social, física, cognitiva, emocional, etc.) y que se identifique cómo se encuentra el niño en cada una de ellas. Sólo cuando se comprende al niño desde diversas áreas se pueden identificar técnicas y métodos adecuados para tratar la problemática de forma pertinente.

De acuerdo con Pérez y Mauriz (1996) este tipo de enfoque utiliza muchas perspectivas sobre el funcionamiento humano, pero siempre manteniendo el punto de vista de que la relación paciente-terapeuta es crucial. El propósito es crear una experiencia ininterrumpida de sensación de conexión y de estar en relación ya que esto resulta esencial en el proceso de integración y plenitud, especialmente cuando se ha producido en la vida del paciente traumas concretos que fragmentan el yo y cuando algunos aspectos del self se han negado debido a fallos de las relaciones, como podría ser el caso de un abuso sexual.

Dichos autores mencionan un conjunto de métodos orientados a la relación que facilitan el contacto con el niño.

Indagación

- Comienzan con la suposición de que el terapeuta no sabe nada acerca de la experiencia del niño y debe esforzarse para comprender el significado de su conducta.
- El terapeuta debe estar abierto a descubrir la perspectiva del niño.
- El niño descubre simultáneamente su sentido del self con cada una de las declaraciones o preguntas del terapeuta que potencian su consciencia.
- La indagación debe ser empática con la experiencia subjetiva del cliente. Requiere interés genuino.

Sintonía

- Comienza con la empatía y la comunicación de ésta hacia el niño.
- El comunicar la sintonía valida las necesidades y los sentimientos del niño y sienta las bases para reparar los fracasos de relaciones anteriores.
- Al lograr una buena sintonía, las necesidades y los sentimientos pueden expresarse cada vez más, con el consuelo y la confianza de que se recibirá una respuesta empática y afectiva.
- Proporciona seguridad y estabilidad lo que permite al niño comenzar a recordar y tolerar una regresión a las experiencias traumáticas.

Implicación

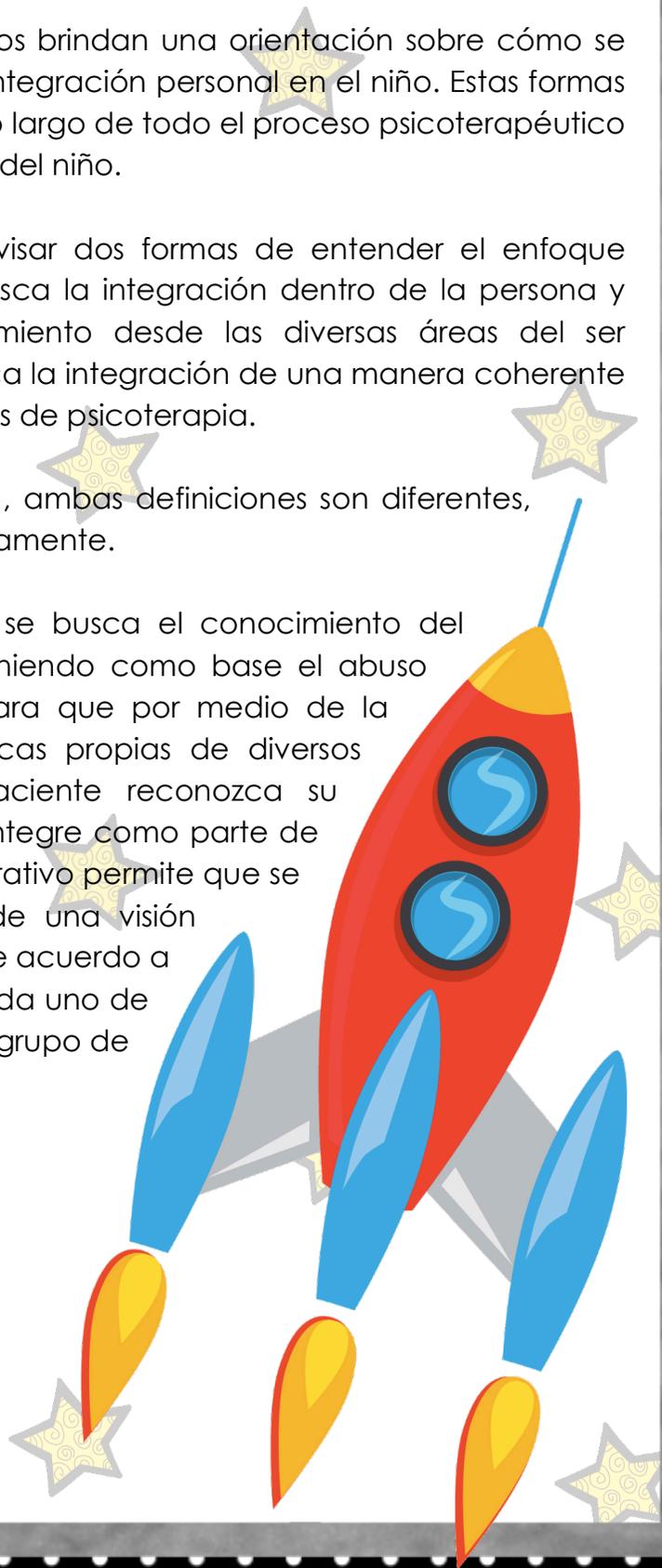
- Incluye el reconocimiento, validación, normalización y presencia, lo que reduce los procesos defensivos internos.
- Siendo sensibles a las necesidades relacionales o tolerantes a la expresión fisiológica de las emociones, el terapeuta puede guiar al cliente para hacer conscientes y expresar sus necesidades y sentimientos.
- La validación comunica al niño que sus sentimientos, conductas o defensas se asocian a un hecho significativo.
- La normalización cambia el modo en que el niño categoriza o define sus experiencias desde una perspectiva patológica de "algo está mal en mí".
- La presencia se proporciona por respuestas sostenidas y sintonizadas del terapeuta con las expresiones verbales y no verbales del niño. Es hacerle ver que se está presente y atento. Se incrementa cuando el terapeuta se descentra de sus propias necesidades, sentimientos o pensamientos.

Los anteriores métodos descritos brindan una orientación sobre cómo se debe actuar para lograr una integración personal en el niño. Estas formas de actuación deben darse a lo largo de todo el proceso psicoterapéutico teniendo como fin el bienestar del niño.

Por lo anterior, se pueden divisar dos formas de entender el enfoque integrativo. Por un lado, se busca la integración dentro de la persona y para el adecuado funcionamiento desde las diversas áreas del ser humano, pero también se busca la integración de una manera coherente y consistente de diversas formas de psicoterapia.

Como menciona Cuenca (s.f.), ambas definiciones son diferentes, pero se pueden utilizar conjuntamente.

Con el programa Supernova se busca el conocimiento del niño desde diversas áreas, teniendo como base el abuso sexual y partiendo de ello para que por medio de la integración de diversas técnicas propias de diversos enfoques psicológicos, el paciente reconozca su problemática, la trabaje y la integre como parte de su ser. El uso del enfoque integrativo permite que se aborde la problemática desde una visión más amplia y que se trabaje de acuerdo a las necesidades propias de cada uno de los niños que formen parte del grupo de tratamiento.



El ASTRO-TERAPEUTA

Dentro del programa de tratamiento, el terapeuta desempeña un rol primordial. Este es el encargado de dirigir al grupo al mismo tiempo que logra establecer una alianza terapéutica con cada uno de los participantes, propiciando así la comunicación del abuso sexual, el trabajo del mismo y el desarrollo de habilidades necesarias para sobrellevarlo.

De acuerdo a Portillo (s.f.) el terapeuta ejerce hacia el niño el rol de un adulto con el que se puede relacionar de manera sana y segura. Es importante que el niño sienta que se está dispuesto a ayudarlo.

Bannister (2012) resalta la importancia de la empatía, y considera que el tratar al niño como una persona integral, en lugar de verlo como un conjunto de síntomas o conductas, es una forma respetuosa de interacción.

Batres (1997) considera que lo ideal es que por cada grupo existan dos terapeutas. El programa Supernova está estructurado para el desarrollo por medio de una sola persona; sin embargo se puede recurrir a la integración de un terapeuta más, siempre y cuando en la presencia de una facilitadora mujer, el otro sea un hombre. Batres considera que la participación de un terapeuta hombre proporciona un modelo masculino no abusivo, apoyante y afectuoso.

Todo terapeuta al trabajar con niños víctimas de abuso sexual debe poseer las siguientes características y actitudes.



Ser flexible dentro de la terapia, recordando que el objetivo es el bienestar del niño.

Espontaneidad y creatividad

Inspira confianza

Crear un ambiente de confianza y de protección en donde el niño pueda descargar su ansiedad.

Conocimiento de los síntomas y efectos del abuso sexual.

Sensibilidad y calidez

Credibilidad total hacia el niño.

No obligar al niño a hablar hasta que este lo decida.

Ser capaz de mantener la confidencialidad.

Actitud moral de compromiso

Mostrar empatía. Hacerle ver que se conocen sus sentimientos y que se respetan.

Capacidad de reconocer y manejar emociones propias.

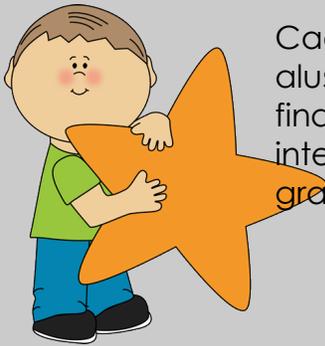
Actitud proactiva y de autoformación en el tema.

Actuar de acuerdo a los principios éticos que guían toda intervención psicológica.



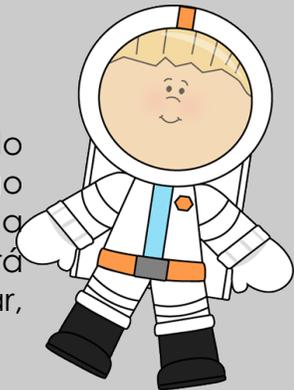
Para poder llevar a cabo el programa de tratamiento, es importante que el terapeuta se familiarice con la terminología que se utilizará a lo largo de las sesiones. El programa Supernova está estructurado alrededor del tema del espacio, específicamente el proceso de formación de estrellas. La metáfora de ser una estrella en formación y el tener que atravesar etapas difíciles para llegar a brillar puede favorecer el desenvolvimiento de los niños a lo largo del tratamiento.

TERMINOLOGÍA



Cada niño es una **PROTOESTRELLA**, término que hace alusión a las estrellas en formación. El objetivo es que al final del tratamiento el niño logre realizar cambios en su interior que lo lleven a convertirse en una estrella grande y brillante.

El terapeuta es un **ASTRO-TERAPEUTA**. Como todo astronauta está a cargo de guiar la misión, sin embargo él no puede hacer que las protoestrellas evolucionen a estrellas. Todo astro-terapeuta será un apoyo y podrá indicarle a cada protoestrella qué hacer para cambiar, pero el cambio está dentro de cada una de ellas.



La clínica será llamada **EL CÚMULO**. Las estrellas tienden a formarse en cúmulos. Todas las estrellas de un cúmulo se forman al mismo tiempo y, aunque coinciden en edad, no todas evolucionan al mismo ritmo. La clínica será el espacio dentro del cual cada niño irá haciendo cambios en su interior.

Durante todas las sesiones, los niños irán registrando sus impresiones, experiencias y aprendizajes en su **BITÁCORA ESPACIAL**.





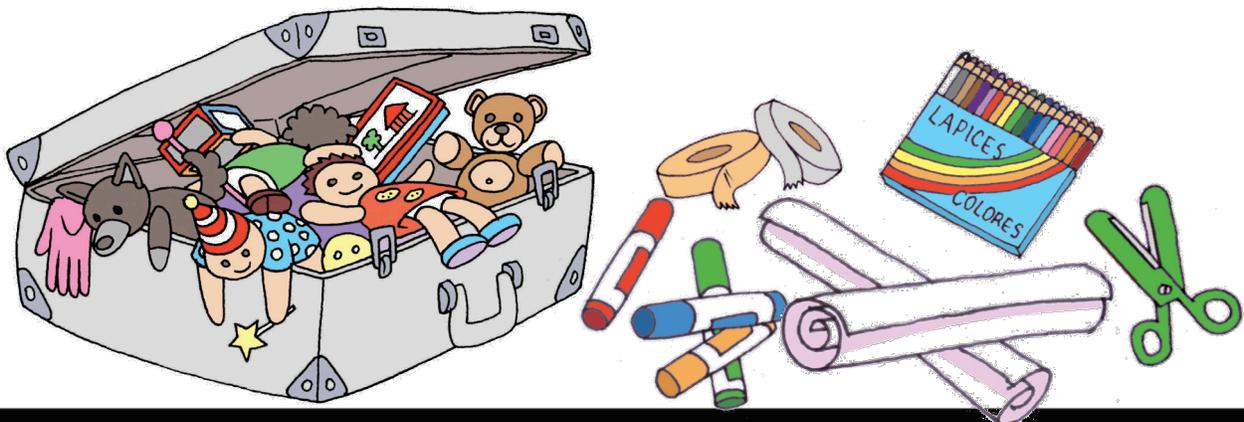


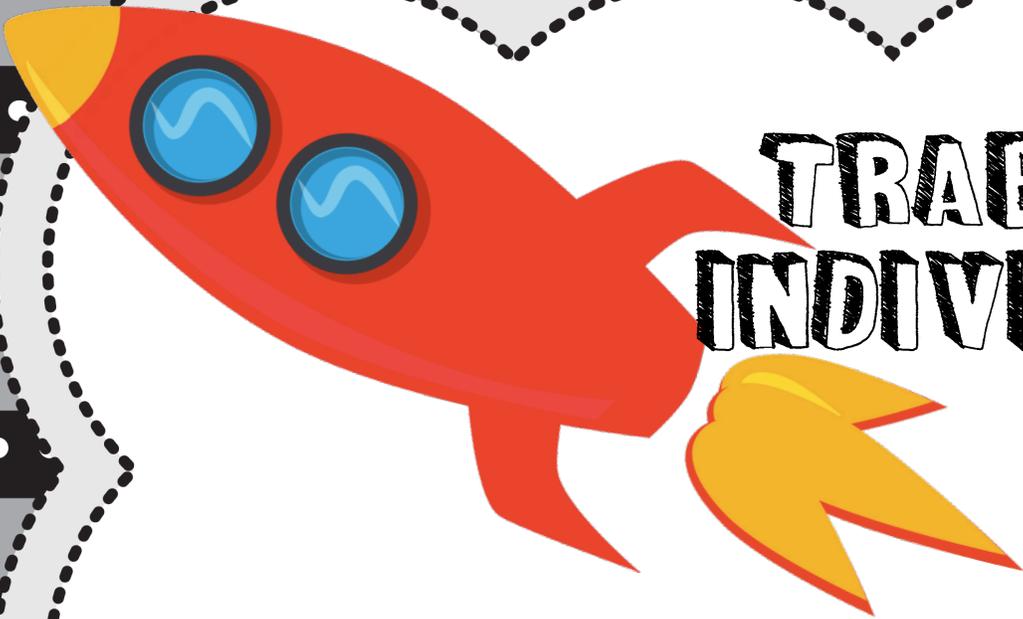
**EL
GÚMULO**

MATERIALES A UTILIZAR

Computadora
Bocinas
Cañonera
Papel de colores
Pliegos de papel
Marcadores
Crayones
Témpera
Goma
Pinceles
Tijeras
Birlantina
Tape
Pintura de dedos
Cartón
Cajas de cartón
Botes plásticos vacíos
Post-its
Foamy
Fielto
Bolsas de papel craft
Paletas de madera

Juguetes varios como:
Muñecas de sexo femenino y masculino
Animales de plástico
Títeres
Libros de cuentos
Carritos
Caja de arena
Casitas
Bloques
Disfraces
Teatrino
Espejos
Ropa de muñeca
Casa de muñecas
Amueblados de casa
Comida plástica
Platos de juguete
Peluches varios
Juguetes de superhéroes
Familia de juguete
Entre otros...





TRABAJO INDIVIDUAL

Cuando un niño acude a la clínica debido a un abuso sexual, ya sea porque los padres lo sospechan o porque el hecho ha sido confirmado; es importante que el terapeuta lleve a cabo una serie de procedimientos para determinar cuál es el mejor abordaje para la situación específica.

El trabajo empieza con una entrevista inicial con adultos, padres o cuidadores, quienes en el caso de niños de seis a doce años, son quienes pueden transmitir de forma más clara lo sucedido. De acuerdo a Cantón y Cortés (2004) el objetivo de esta entrevista es obtener la mayor cantidad de información posible sobre el incidente denunciado.

Posteriormente, se procede a entrevistar al menor. De acuerdo a la Comisión Nacional contra el Maltrato Infantil y Abuso Sexual (CONACMI, 2010) la información debe ser solicitada al niño en una sola oportunidad y se tiene como objetivo hacerle sentir que se comprende lo difícil que ha sido para él o ella la situación y la importancia de recibir ayuda. Además, se busca que el niño verbalice todo lo que pueda en relación al abuso sufrido, por lo que se podrían necesitar entre dos y tres sesiones para obtener la información necesaria.

Antes de comenzar con la implementación en grupo del programa Supernova y luego de haber terminado las entrevistas con padres y niños; es importante que el terapeuta evalúe las condiciones del paciente a nivel interno y externo, como podría ser la situación en su hogar, afectividad, estrategias de afrontamiento, autoestima, habilidades sociales, pensamientos, etc.



De acuerdo con el Instituto Madrileño del menor y la Infancia (s.f.), se debe entrevistar en primer lugar al adulto o adultos que fueron los primeros receptores de la verbalización que el menor hizo del abuso o a quienes llegaron a la sospecha de que tal abuso se estaba produciendo. Estas se deben realizar sin la presencia del niño y deben ser grabadas en audio.

Dentro del programa Supernova se hace uso de una entrevista semi estructurada que sirve como guía para el terapeuta. Esta estará orientada a las cuestiones de cómo se descubrió el hecho, cómo se hizo sentir al niño y circunstancias específicas del evento.

Petrzelová (2013) hace énfasis en que el entrevistado confíe plenamente en el terapeuta, quien debe asegurarle que la entrevista es confidencial y que se usará solamente para fines terapéuticos. Además, se debe solicitar su consentimiento con anterioridad para grabar el audio de la sesión.

Para llevar a cabo la entrevista se comenzará pidiendo a los adultos que narren ampliamente el momento en que se produjo la primera verbalización de parte del niño o la sucesión de episodios que los llevaron a la sospecha y confirmación. Posteriormente, el terapeuta debe intervenir por medio de una serie de preguntas concretas, abiertas y/o de respuesta múltiple para clarificar el momento en que el abuso fue denunciado o descubierto.

Es importante recordar que el terapeuta debe indagar por pequeños detalles y no debe dar nada por sentado, ni sobreentender la situación. Se debe clarificar cada situación que el adulto relate.

La entrevista termina con una serie de recomendaciones para los padres que incluyen: su actitud hacia el niño y cómo deben presentarle la idea de que asistirá a terapia.



ENTREVISTA CON ADULTOS



Ahora, le haré una serie de preguntas para poder enriquecer la información que hasta el momento me ha brindado.

• PRIMERA VERBALIZACIÓN POR PARTE DEL NIÑO

1. ¿En qué momento del día se dio la verbalización del suceso?

2. ¿En dónde se encontraban?

3. ¿Qué estaban haciendo?

4. ¿Recuerda haber dicho algo que pudiera haber animado al niño a contarle?

5. ¿Qué fue lo primero que dijo usted después del relato?

6. ¿De qué forma reaccionó usted?

7. ¿Hizo preguntas al respecto?

8. ¿El niño continuó relatando detalles?

9. ¿Cuál fue la reacción del niño a su reacción?

10. ¿Pudo percibir algún sentimiento predominante en el niño?

11. A partir de la verbalización ¿notó cambios conductuales en el niño?

12. A partir de la verbalización ¿notó cambios afectivos en el niño?

13. ¿Ha habido cambios a nivel relacional entre los miembros de la familia?

14. A partir de la verbalización, ¿cómo se manejó la relación con el abusador?

15. ¿Considera que la familia ha tenido dificultades debido a este suceso?

16. ¿Considera que usted ha tenido dificultades debido a este suceso?

17. ¿Considera que el niño ha tenido dificultades debido a este suceso?

18. ¿Qué fue lo que lo/a motivó a traer al niño a terapia?

19. ¿Qué espera de la terapia?

20. ¿Cómo desea que las cosas funcionen a partir del tratamiento?

ENTREVISTA CON EL MENOR



De acuerdo con Cantón y Cortés (2004), la forma de entrevistar a un niño puede tener un considerable impacto en el tipo de información que se obtiene. Será más probable que el niño aporte información exacta cuando se encuentre en una situación confortable y sin que el entrevistador lo presione.

Velázquez, Delgadillo y González (2012) mencionan la importancia de no crear prejuicios al momento de entrevistar al menor, así como el evitar dirigir la entrevista con los hechos relatados por el adulto. Se debe tener en cuenta que la finalidad de entrevistar al menor es confirmar la presencia de abuso sexual y quién ha sido el perpetrador para determinar el bienestar futuro y las necesidades del niño y su familia.

Dentro del programa Supernova se hace uso de una **entrevista semi estructurada**, la cual se va respondiendo de forma simultánea a las diversas actividades lúdicas que se realizan con el menor como por ejemplo, dibujos, títeres, muñecos anatómicos, terapia de juego, entre otros. Es recomendable grabar el audio de la sesión, evitando así que el terapeuta se distraiga contestando la entrevista y que se pierda de información verbal y no verbal importante.

El Instituto Madrileño del Menor y la Infancia (s.f.) recomienda iniciar el contacto con el menor de forma tradicional y sin incidir directamente sobre el tema del abuso a fin de ir ganando la confianza del niño y reducir su ansiedad.

Es recomendable que la primera sesión con el menor sea únicamente entre este y el terapeuta. Los padres pueden acrecentar la ansiedad del niño alrededor del tema del abuso sexual, así como influir en el relato del mismo. Además, cada sesión debe ser breve y no se debe forzar al menor a hablar o trabajar.



ENTREVISTA INICIAL NIÑOS

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NIVEL SOCIOECONÓMICO: _____ GRADO: _____

PADRE: _____ MADRE: _____



Iniciar la entrevista estableciendo rapport con el niño. Se debe invertir al menos diez minutos en ello.

“Hola, mi nombre es _____ y quiero jugar y platicar contigo”.

1. ¿Cuál es tu nombre completo?
2. ¿Cuántos años tienes? Enséñame con tus dedos.
3. ¿Dónde vives, sabes tu dirección por si te perdieras?
4. ¿Me puedes decir quién vive en tu casa?
5. ¿Cómo se llaman?
6. ¿En qué grado estás?
7. ¿Podrías contarme sobre tus amigos?
8. ¿Qué es lo que más te gusta del lugar en donde estudias?
9. ¿Y cuál es tu clase favorita?
10. ¿Me cuentas sobre tus profesores?



Pedirle que recuerde al menos dos situaciones concretas y que las relate lo más detalladamente posible. Pedirle que dibuje una e interactuar.

“Imaginemos que harás una película sobre dos cosas que te hayan pasado esta semana. Cuéntame qué cosas son y cómo sería esa película”.

(el terapeuta clarifica y pregunta en busca de detalles)

“Qué interesante película. Hagamos un dibujo de lo que me has contado.”



Preguntarle si sabe a qué viene. Evaluar si los padres le informaron y siguieron las instrucciones que se les brindó.

“Muy bien, ahora quiero saber si sabes por qué has venido aquí.”

11. ¿Te contaron algo tus padres?
12. ¿Qué más te han dicho?
13. ¿Tú estabas de acuerdo en venir?
14. ¿Tú quieres contar lo que pasó? (para mayores de seis años que ya hayan verbalizado el abuso).



Brindarle una serie de muñecos y figuras humanas con las cuales pueda jugar. Comenzar a orientar el tema hacia el abuso sexual.

“Mira, aquí tengo estos muñecos y casitas. En otras ocasiones han resultado de mucha ayuda para otros niños como tú.”

15. ¿Quieres jugar con ellos?
16. ¿Conoces las partes de su cuerpo?
17. ¿Cómo le dices tú a esta parte del cuerpo? (preguntar una por una incluyendo genitales).
18. Si esta fuera la casa de los muñecos, ¿cómo estarían?
19. ¿Hay alguien que se esconda en algún cuarto?
20. ¿Cómo se portan los muñecos cuando es de día?
21. ¿Cómo se portan cuando es de noche?
22. ¿Me puede decir quién te lleva a ti a dormir?
23. ¿Se acuesta contigo en la cama?
24. ¿Qué hacen juntos en la cama? (si el niño comienza a hablar del abuso, intente obtener información detallada sobre el último suceso)
25. ¿Podrías indicarme qué es lo que te gusta cuando están juntos en la cama? (valerse de los muñecos).
26. ¿Y qué es lo que no te gusta que te haga cuando están en la cama?
27. ¿Qué llevan puesto cuando te hace cosas que no te gustan?
28. ¿Y tú que llevas puesto?
29. ¿Y en qué momento te hace esas cosas que no te gustan?
30. ¿Dónde está tu familiar cuando te hace esas cosas?
31. ¿Alguna vez te ha pedido que hagas cosas que no quieres?

5

Una vez entablada la conversación sobre el abuso, continuar realizando preguntas concretas al niño que ayuden a entender mejor el relato. Ayudarse de los muñecos. Enfocarse en el dónde, cuándo, cómo, quién, por cuánto tiempo.

6

Hablar sobre la importancia de contar cosas importantes a los adultos. Dejar en claro que la culpa del suceso no es del niño.

“Todo lo que me has contado es muy importante. ¿Alguna vez lo has hablado con algún familiar sobre esto? Existen personas que se preocupan por nosotros por lo que es importante contarles cosas que no nos agradan o que nos lastiman.”

32. ¿Quién sientes tú que se preocupa por ti?
33. ¿A quién podrías contarle cosas importantes?
34. ¿Qué otras cosas son importantes contarlas?

“Además, es importante que recuerdes que aunque éste adulto te haya lastimado, la culpa no es de nadie más que de esa persona. Existen personas que necesitan ayuda pues disfrutan lastimando a otros, pero no lo hacen porque seas malo.”

35. ¿De quién crees que es la culpa de lo que pasó?
36. Y si te digo que la culpa no es tuya, ¿de quién es entonces?

7

Proceder a terminar la discusión sobre el abuso sexual y terminar con un tema neutro como puede ser la discusión de un tema diferente o una actividad lúdica.

“Muy bien. Gracias por compartir tu historia conmigo, has hecho un gran trabajo. Ahora es momento de continuar con otra actividad.”

1. Dibujar algo relacionado con sus gustos y aficiones.
2. Jugar un juego de mesa como Uno, Jenga, Memoria, etc.
3. Proceder a pintar con témpera.
4. Jugar con los juguetes del salón.

8

Como último paso, el terapeuta escucha el audio nuevamente y realiza una descripción detallada de la información brindada por el paciente para registrar con precisión cómo se dio el abuso. Compararlo y complementarlo con la información proporcionada por los padres.

TIPS

para la
entrevista
con
el menor

Empezar tomando en cuenta el estado emocional del niño.

Propiciar confianza.

Responder las preguntas espontáneas del menor.

Establecer reglas base que incluyan el decir la **verdad**, no intentar **adivinar** respuestas y **corregir** al terapeuta cuando este se equivoque.

Evitar el uso de palabras como daño, abuso o malo.

Reforzar constantemente al menor con **palabras de afirmación** (muy bien, lo estás haciendo bien, te felicito) y con **comentarios abiertos** (¿y entonces qué?, cuéntame más sobre eso)

No asuma que el uso de términos por parte del menor, es el mismo que el de los adultos y **aclare** términos importantes.

Usar las palabras del menor para nombrar partes del cuerpo.



Si no comprende lo que el menor diga, pedirle que repita pero **evitar hacer interpretaciones**. Clarifique palabras o narraciones que no queden claras.

Intentar anticiparse a cómo el menor interpretará la pregunta y **variar la estructura** para comprobar la comprensión del concepto por parte del niño (por ejemplo: ¿tocaste sus genitales? No. ¿Te pidió que tocaras su genitales? Sí).



Evite introducir palabras clave, nombres o frases que el menor no haya utilizado aún, porque los menores a menudo las integran a sus narrativas.

Evite preguntas confirmatorias (por ejemplo: entonces él se fue ¿verdad?).

Los menores aprenden a contestar las preguntas **quién, qué y dónde** antes que cuándo, cómo y porqué.



Evite corregir el comportamiento no verbal del niño, a menos que interfiera con la capacidad de el relato.



Durante el parafraseo o clarificación, haga afirmaciones falsas para comprobar la consistencia en el relato del niño (por ejemplo: el niño cuenta que el abuso ocurrió en la cocina y el terapeuta dice: Entonces, tú me cuentas que esto pasó en la sala).

EVALUACIÓN



Dentro del programa Supernova, la evaluación es un proceso que tiene como finalidad el determinar cómo se encuentra el niño en las diversas áreas del ser humano a partir del abuso sexual.

Esta inicia con la recopilación de la **historia clínica** de parte de los padres en la cual se debe indagar con profundidad en el ámbito familiar: situación del hogar, figuras parentales, relación de pareja, relación con los hermanos, estilos de crianza, genograma de hasta tres generaciones que detalle historias de la familia de origen, impacto del abuso en la familia, estrategias de afrontamiento.

Además se debe pedir a los padres que describan detalladamente al niño en las áreas cognitiva (rendimiento escolar, lenguaje, capacidad de análisis, seguimiento de instrucciones, etc.), social (relaciones en casa y establecimiento educativo), afectiva (con familiares, amigos, sentimientos hacia el perpetrador), conductual y del desarrollo.

Posteriormente, la evaluación del niño se realiza a través del **juego**. En todo momento el terapeuta debe hacer uso de su creatividad y dinamismo para promover que el niño se muestre tal y como es.

Se recurre al uso del test de la **Figura Humana y Familia**. Posteriormente se analiza el juego del niño con el fin de conocer cómo se encuentra en cuanto a su capacidad de vincularse afectivamente, estrategias para sobrellevar el abuso, autoestima, seguridad, interacción con otros, sentimientos predominantes, memoria y lenguaje.

Es importante resaltar que el terapeuta dirige únicamente la aplicación de pruebas proyectivas. Sin embargo, al momento del juego, es el niño quien toma el control y el papel del terapeuta se centra en observar e indagar por medio de reflejos empáticos, parafraseos, preguntas abiertas, etc. El terapeuta registra en el formato establecido todas las conductas, frases o mensajes no verbales que considere importantes.

EVALUACIÓN NIÑOS

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

PADRE: _____ MADRE: _____

Test de Figura Humana	Adjuntar protocolo e interpretación de la prueba.
Test de la Familia	Adjuntar protocolo e interpretación de la prueba.

Juego

<p style="text-align: center;">Vinculación Afectiva</p> <p style="text-align: center;">Preguntas que se pueden hacer (si el juego es proyectivo, hacer las preguntas en tercera persona)</p> <p style="text-align: center;">¿Confías en alguien?</p> <p style="text-align: center;">¿Te sientes a gusto con alguien?</p> <p style="text-align: center;">Cuando tienes problemas, ¿quién te ayuda?</p> <p style="text-align: center;">¿Con quién te gusta pasar más tiempo?</p> <p style="text-align: center;">¿Quién te cae bien?</p> <p style="text-align: center;">¿Quién te cae mal?</p> <p style="text-align: center;">¿Recurres a alguien cuando tienes problemas?</p> <p style="text-align: center; color: blue;">Observar en el juego</p> <p style="text-align: center;">El juguete principal se integra a grupos o se aísla, parece formar redes de apoyo, el juego implica soledad o apoyo, parece dependiente de alguien, parece cerrado al mundo.</p>	
---	--

Estrategias de Afrontamiento

Preguntas que se pueden hacer

- ¿Qué haces cuando te recuerdas de lo que pasó?
- ¿Habras de ello?
- ¿Qué haces al ver a quien hizo cosas que no te gustaron?
- ¿Cómo respondes cuando alguien te pide que hables al respecto?

Observar en el juego

Escenas que indiquen cómo sucedió el abuso, respuesta del juguete principal ante el abuso, reacción del mismo ante el posible abusador, su relación con otros juguetes, se asila, se integra, confronta, agresión activa o pasiva.

Autoestima

Posibles preguntas

- ¿Cómo te sientes contigo mismo?
- ¿Qué piensas de ti?
- ¿Cómo ves lo que te pasó?
- ¿Podrías decirme tus cualidades?
- ¿Podrías decirme tus defectos?

Observar en el juego

Cómo posiciona al juguete principal respecto a otros, el valor que le da, cómo lo sitúa en diversas situaciones, sentimientos de superioridad o de inferioridad. Valoración de sí mismo, percepción de los otros sobre el juguete.

Seguridad

Preguntas que se pueden hacer

- ¿Con quién te sientes a salvo?
- ¿Te da miedo algo?
- ¿A quién le temes?
- ¿Aún ves a esa persona que hizo cosas que no te gustaron?
- ¿En dónde te sientes seguro?

Observar en el juego

Lugares recurrentes en los que busca protección, temores a algo o alguien, frecuencia con la que se utiliza el juguete que se sospecha es el abusador, sentimientos de temor, ansiedad, necesidad de protección (barreras, candados, cercas, etc).

Interacción con otros

Posibles preguntas

- ¿Te gusta jugar con otros?
- ¿Tienes amigos?
- ¿Quién te cae mejor?
- ¿Cómo prefieres pasar el tiempo?
- ¿Qué prefieres: la soledad o la compañía?
- ¿Qué es lo mejor de estar solo o acompañado?

Observar en el juego

Posición del juguete principal respecto a otros, relaciones con pares o adultos, agresividad, aislamiento, desconfianza, temor, desesperanza, deseos de dominación, sumisión, dependencia. El juguete principal tiene amigos o no, cómo es con la familia. Relación con el posible perpetrador.

Sentimientos Predominantes

Posibles preguntas

- ¿Cómo se siente el juguete?
- ¿Cuándo él se acerca cómo siente su cuerpo?
- ¿Cómo le hace sentir?

Observar en el juego

Los sentimientos predominantes en el juego, pero también las reacciones neurovegetativas y lenguaje no verbal del niño mientras desarrolla ciertas escenas. Estar atento a la verbalización de parte del niño.

Memoria

Remota (años), pasado reciente (meses), inmediata (minutos y segundos). Estar atento a amnesias selectivas, explorar la capacidad de retención del niño. Verificar qué tanto recuerda del suceso.

Lenguaje

Evaluar la fluidez (habla espontánea, habilidad de descripción), comprensión (seguimiento de instrucciones, responder de acuerdo a la pregunta), designación (ser capaz de nombrar objetos bajo confrontación visual). Capacidad de relatar una historia con orden y coherencia.

TRABAJO GRUPAL

Una vez realizado el proceso de entrevista y evaluación, se procede a realizar el trabajo grupal. Con anterioridad se han elegido otros niños cuyas experiencias, edades y capacidades son similares a la del actual paciente. Bannister (2012) recomienda tomar en cuenta la capacidad del niño para convivir con otros y el efecto que éste puede ejercer sobre otros niños para poder integrarlo a un tratamiento grupal.

El programa Supernova se realiza en grupos de hasta ocho niños, tanto hombres y mujeres, con al menos tres niños de cada sexo y acompañados de uno o dos terapeutas teniendo en cuenta que si uno es hombre, la otra debe ser mujer.

De acuerdo con UNICEF (2011) esta modalidad de trabajo ofrece a los niños la posibilidad de compartir con pares que han vivido experiencias similares, disminuyen los sentimientos de estigmatización y brindan un espacio de contención emocional donde el abuso puede ser abiertamente reconocido y explorado.

Se debe tomar en cuenta que haya pasado un tiempo prudente entre el abuso y la terapia, y que el niño sea capaz de escuchar las experiencias de otros. Además, una vez iniciado el tratamiento grupal, ningún otro niño puede integrarse al mismo ya que el grupo es cerrado.

Las sesiones tienen una duración de una hora y media y se llevan a cabo una vez por semana. Las técnicas que se utilizan proceden de diversos enfoques terapéuticos y pueden ser modificables de acuerdo a las necesidades de los niños.



Número de Sesión	Nombre de la Sesión	Temas a abordar
Fase 1 – En el espacio exterior		
1	Dentro del Cúmulo	Establecimiento de reglas y presentación de los participantes del grupo.
2	Control Estelar	Sesión de técnicas de relajación y control de emociones.
3	Enfriamiento Espacial	Técnicas de autocontrol emocional
Fase 2 – Fusión Nuclear		
4	A través del Agujero Negro	Encuentro con el trauma
5	El planeta Furiojo	Expresión y control del enojo
6	NebuloConfusión	Trabajar sentimientos ambivalentes
7	Los cometas Culposos	Atribución de culpa a los otros
8	Mi propio brillo	Valoración de cualidades y defectos
9	Soy una estrella	Partes del cuerpo e imagen positiva del mismo
10	La Protoestrella está cambiando	Educación Sexual
Fase 3 – Nace una estrella		
11	El diálogo Estelar	Asertividad
12	La Vía Láctea	Habilidades sociales
13	La carrera por la Vía Láctea	Resolución de conflictos
14	De estrella a estrella	Tolerancia a la Frustración
15	Supernova	Despedida

FASE 1

EN EL ESPACIO EXTERIOR



Objetivo

Conocerse a sí mismo, al grupo y al espacio de trabajo para establecer una relación de confianza que permita el crecimiento personal, así como la introducción a técnicas de autocontrol emocional.

SESIÓN 1

DENTRO DEL GUMULO

BIENVENIDA

El terapeuta pide a los niños que piensen en un adjetivo que los describa que comience con la inicial de su nombre (Divertida – Daniela). Los niños se colocan en un círculo y se van presentando uno por uno, diciendo su nombre acompañado del adjetivo y una mímica divertida.

Por ejemplo: Yo soy Daniela la divertida (mientras hace una cara chistosa).

Cuando todos hayan pasado se sentarán en un círculo en el piso.

REVISIÓN DE TAREAS

No hay tareas por ser la primera sesión.

DESARROLLO DEL TEMA CENTRAL

Sentados en un círculo se les explica a los niños el trabajo psicológico y lo que se realizará a lo largo del proceso. Puede decir algo como:

“¿Alguien puede decirme porqué estamos aquí hoy? Nosotros formamos un grupo de personas que tienen en común muchas cosas. Algunas de esas cosas podemos verlas como por ejemplo, si somos niños o niñas o el color del pelo o de piel. Otras cosas no se pueden ver pero a todos les han pasado. El objetivo del grupo es que nos ayudemos unos a otros a superar las cosas difíciles y a comprender que no estamos solos. Para ello, nos reuniremos una vez por semana y realizaremos diversas actividades que nos ayudarán a mejorar día con día.”

DESARROLLO DEL TEMA CENTRAL

Posteriormente, se motiva el trabajo de grupo por medio de la introducción a la terminología y la modalidad de trabajo. Darle a cada uno una corona con una estrella y decir algo como:

“¿Saben qué es esa figura que está en sus coronas? ¡Muy bien! Es una estrella. Pero, ¿sabían ustedes cómo se forman las estrellas? Les voy a contar. En el espacio exterior existen nubes especiales llamadas cúmulos. En ellos hay diversas partículas llamadas protoestrellas, lo que quiere decir que son estrellas que se están formando pero que aún no han crecido lo suficiente para lograr brillar. Estas protoestrellas necesitan trabajar mucho para poder ser estrellas. ¿Saben que esta clínica es como un cúmulo? Entonces, si ustedes vienen a trabajar aquí cada semana, cómo se llamarían? El trabajo que realizaremos nos llevará a ser como una estrella brillante. “

Introducir la importancia de las reglas dentro de la sesión. Puede decir algo como:

“¿Saben qué es importante en todos los cúmulos? Las normas. Si las protoestrellas hacen lo que quieren y piensan sólo en sí mismas pueden terminar afectando a otras estrellitas. Es importante que existan normas que nos indiquen cómo comportarnos. Dentro de la clínica, es decir nuestro cúmulo, también las necesitamos. Ayúdenme a establecerlas”.

Jugar “estrella” caliente (un cojín o juguete de estrella) y al niño que le quede la estrella debe escribir una norma en el cartel correspondiente. Se puede orientar a los niños respecto a las cosas que se espera de ellos.

Proceder a pedir que los niños realicen un dibujo que los describa a ellos, sus gustos y aficiones. Pueden hacer uso de diversos materiales. Posteriormente, uno a uno presenta al grupo su creación y brinda información sobre sí mismo. Conforme van terminando, se les da un aplauso y se cuelga su dibujo en una pared bajo el título: “En este cúmulo trabajan las siguientes proto-estrellas”. Cada dibujo es nombrado con el adjetivo brindado por cada niño en la actividad inicial y su nombre.

Felicitar a los niños constantemente. Mientras trabajan motivarlos a que se expresen, llevarlos a pensar en cosas sobre ellos como: color favorito, comida que le gusta, comida que no, sueños, temores, gustos, etc.

REFLEXIÓN GRUPAL

Dentro de la clínica hay una alfombra especial y un cojín diferente por cada niño del grupo. Se les pide a los niños que escojan uno y que tomen asiento en círculo. Explicarles que este espacio se utiliza para discutir momentos de la sesión que disfrutaron, hacer preguntas sobre cosas que no quedaron claras, agradecer a alguien específico por su ayuda a lo largo de la sesión, etc.

Explicar que todos los días tomarán su cojín y de manera voluntaria compartirán con el grupo lo que deseen.

Por ser el primer día se les puede orientar preguntándoles qué les pareció el grupo, a qué le tienen miedo, qué dudas tienen, etc.

REFLEXIÓN INDIVIDUAL

Se le proporciona a cada niño un cuaderno en blanco. Explicar que luego de la dinámica grupal se contará con un momento individual en el que podrán anotar en sus cuadernos lo que deseen sobre lo aprendido en el día y cómo pueden aplicarlo en su vida.

Durante este momento, el terapeuta pasa con uno por uno a charlar y tener un momento de reflexión más íntimo. Por ser la primera sesión, el momento de escritura será dirigido. Se les pedirá que hagan una lista de objetivos. Que se planteen qué quieren alcanzar a lo largo del proceso terapéutico.

Una vez que el terapeuta termina de charlar con cada uno de los niños les asigna la tarea de traer una lista de actividades que les hacen sentir relajados.

REFACCIÓN

Proporcionada por el terapeuta.



SESIÓN 2



CONTROL ESTELAR

BIENVENIDA

El terapeuta pasa una bolsa oscura llena de diferentes objetos. Los niños se sientan en círculo y uno a uno mete la mano en la bolsa y toma un objeto. Con base en ese objeto el niño debe inventar una historia y los demás miembros del grupo deberán adivinar si es una historia cierta o falsa.

Luego uno a uno comenta cómo se siente en una escala de uno a diez.

REVISIÓN DE TAREAS

Cada niño comparte las actividades que lo hacen sentir relajado. Indagar sobre las sensaciones en el cuerpo, el contenido del pensamientos, etc.

DESARROLLO DEL TEMA CENTRAL

Se inicia con el juego "Sigamos al Líder". Con música infantil de fondo se le pide a los niños que imiten los movimientos del terapeuta:

1. Caminar recto y erguido por la clínica.
2. Correr sin moverse de su lugar.
3. Imaginar que sus brazos son ramas de un árbol agitándolos por encima de la cabeza.
4. Arrugar la cara para parecer monstruo terrorífico.
5. Estirarse en dirección al cielo y hacerse tan alto como se pueda.
6. Encogerse fuertemente y hacerse tan pequeño como se pueda.

DESARROLLO DEL TEMA CENTRAL

Ahora se les pide que se tranquilicen y se relajen. Luego que se imaginen que son un animal muy grande y pesado y que se muevan lentamente por la clínica. Por último, se imaginan que son unos leones dormidos y se recuestan en el suelo tan callados y quietos como puedan durante unos minutos.

Mientras se encuentran recostados se les explica la forma de respirar controladamente. Se les pide que hagan una respiración lenta y profunda, que la contengan durante 5 segundos y que a continuación expulsen el aire lentamente. Se puede sugerir que mientras respiran de forma controlada se repitan la frase "relajate" para sus adentros. Continuar con este ejercicio, guiado por el terapeuta, hasta que se perciba que todos los niños dominan la técnica y que se encuentran relajados.

Continuar diciendo a los niños que sigan los ejercicios que el terapeuta relate. Pedirles que tensen los músculos que se irán mencionando de 3 a 5 segundos. Comenzar por los pies e ir subiendo por grupos musculares hasta la cara. Hacer énfasis que sólo deben tensar el músculo que el terapeuta indique.

Una vez terminada la relajación se procede a pedir a los niños que abran los ojos. Se les indica que acaban de aprender dos formas de relajarse que pueden utilizar al momento de sentirse ansiosos, temerosos o enojados. En grupo, se discute cómo fue la experiencia.

Proceder a indicarles que hay otro método que pueden utilizar, llamado "La cámara acorazada". Puede decir algo como:

"Todos sentimos emociones desagradables, pero a veces éstas emociones se vuelven muy intensas y es difícil deshacerse de ellas. Dichas emociones pueden hacer que nos sintamos muy enfadados, tristes o asustados. Cada vez que nos sentimos muy mal podemos probar guardar estos sentimientos en algún lugar seguro para que así no nos molesten tanto".

Proceder a darle una caja a cada niño para convertirla en su "cámara acorazada". Pedirles que la decoren como gusten y que escriban o dibujen en un papel las emociones o cosas que los hacen sentir mal. Terminar recordándole a los niños que todos podemos dominar nuestras emociones, por más difícil que parezca, si ponemos en práctica estas técnicas.

REFLEXIÓN GRUPAL

Discutir las técnicas de relajación que se aprendieron. Preguntar qué les parecieron, si les costó o no. Hacer énfasis en la importancia de la relajación al momento de sentir emociones muy fuertes. Dejar que cada uno comparta su experiencia.

REFLEXIÓN INDIVIDUAL

Pedir a los niños que escriban en su cuaderno. Se les pide que reflexionen sobre las cosas que los hacen sentir emociones fuertes y momentos en los que pueden aplicar las técnicas de relajación.

Como tarea, en la cámara acorazada que crearon depositarán notitas que contengan el relato de situaciones que les hicieron sentir emociones fuertes. Al final de la semana lo discutirán con sus padres u otra persona de confianza.

REFACCIÓN

A cargo de uno de los niños. Pedirle que reparta la comida a sus compañeros.



SESIÓN 3

ENFRIAMIENTO ESPACIAL

BIENVENIDA

El grupo se coloca en un círculo. Se le pide a uno de los niños que piense en un objeto y, haciendo uso de su dedo, lo dibuja en la espalda de su vecino sin decir al grupo qué es. El vecino trata de imitar el dibujo en la espalda del siguiente y así sucesivamente hasta que llegue al último niño el cual dice qué es lo que cree que se ha dibujado.

Una vez terminado el juego, cada niño comparte cómo se siente en una escala de uno a diez.

REVISIÓN DE TAREAS

Comentar cómo les fue con la identificación de momentos con carga emocional y discutiendo lo depositado en la cámara acorazado con sus padres o personas de confianza.

DESARROLLO DEL TEMA CENTRAL

Se les explica que a lo largo de la sesión se trabajarán técnicas destinadas a brindarles seguridad y tranquilidad, las cuales podrán aplicar en su día a día y en diversos momentos en los que se sientan temerosos, ansiosos o preocupados.

Primero se les pedirá que identifiquen los siguientes momentos: una situación emocionante, una experiencia afectiva, el mejor cumplido, un lugar que les guste mucho y que le de tranquilidad. Lo escriben en el formato adjunto.

DESARROLLO DEL TEMA CENTRAL

Ahora se les pide que toquen el dedo índice con el pulgar mientras recuerdan una situación de su pasado en que todo su cuerpo haya sentido una emoción grande (jugando en recreo, jugando football, etc.). Luego tocarán el dedo medio con el pulgar mientras recuerdan una experiencia afectiva (ser abrazado, conversación agradable, etc). Mientras tocan el dedo anular con el pulgar el piensan en el mejor cumplido que hayan recibido intentando aceptarlo sinceramente para demostrar estima propia. Por último tocan su dedo meñique con el pulgar piensan en un lugar hermoso en el que hayan estado y se detienen ahí. Este ejercicio de los cinco dedos se deberá practicar constantemente y lleva alrededor de 10 minutos. Se busca que al momento en que el niño se encuentre ansioso, recurra a él y en su mente se activen los recuerdos establecidos para cada situación durante la sesión. Deberán ser memorizados.

Hacer una lista de los pensamientos que se repiten de forma habitual y que le resultan más desagradables y molestos. El terapeuta puede sugerir algunos y los niños identifican qué tan frecuentemente aparecen dichos pensamientos en su mente. Dialogar sobre la racionalidad de ellos (piensan que es algo normal), costumbre (lo piensa de forma inconsciente, sin preocuparse por ello), no es necesario (no es necesario pensarlo pero no hace nada para detenerlo), intenta detenerlo (le preocupa el pensamiento y trata de detenerlo) e intenta detenerlo por todos los medios. Además, reflexionar sobre qué tanto interfiere en su rutina diaria.

Con los pensamientos identificados, intentan imaginar una situación en la que es fácil que aparezca el pensamiento escogido. Poner una alarma de 3 minutos y pedir a los niños que piensen en el pensamiento escogido, pero también en otros pensamientos normales. Cuando oigan que suena la alarma deben gritar "ALTO" y aplaudir mientras vacían su mente de los pensamientos desagradables, dejarla en blanco por 30 segundos y si aparece el pensamiento escogido se vuelve a gritar "ALTO" y en su mente deberán dejar solo los pensamientos normales.

DESARROLLO DEL TEMA CENTRAL

Por último se procede a introducir técnicas de liberación emocional (EFT, por sus siglas en inglés). Se usan las dos manos para presionar de forma intermitente con los dedos (índice, medio y anular) los puntos en orden del 1 al 4 como se muestra en la figura adjunta, iniciando con los puntos de la cara, continuando con los del torso y terminando con los de la mano. Al llegar a los puntos de la mano, utilizar el dedo índice de la mano derecha para presionar sobre el punto en el dedo de la mano izquierda. La mano izquierda debe estar extendida horizontalmente con el pulgar dirigido a ti. Usar las yemas de los dedos. Explicarles que al momento de presentarse una molestia emocional, deben decir qué es lo que sienten y qué tan intenso en una escala de 1 a 10. Al terminar de aplicar la acupresión puede comparar sus dos estados de ánimo.

REFLEXIÓN GRUPAL

Sentarse en círculo y compartir lo que les gustó de la sesión, qué aprendieron, qué agradecen, qué no entendieron, etc. Pedirles que uno en uno enseñen la forma correcta de realizar las técnicas aprendidas.

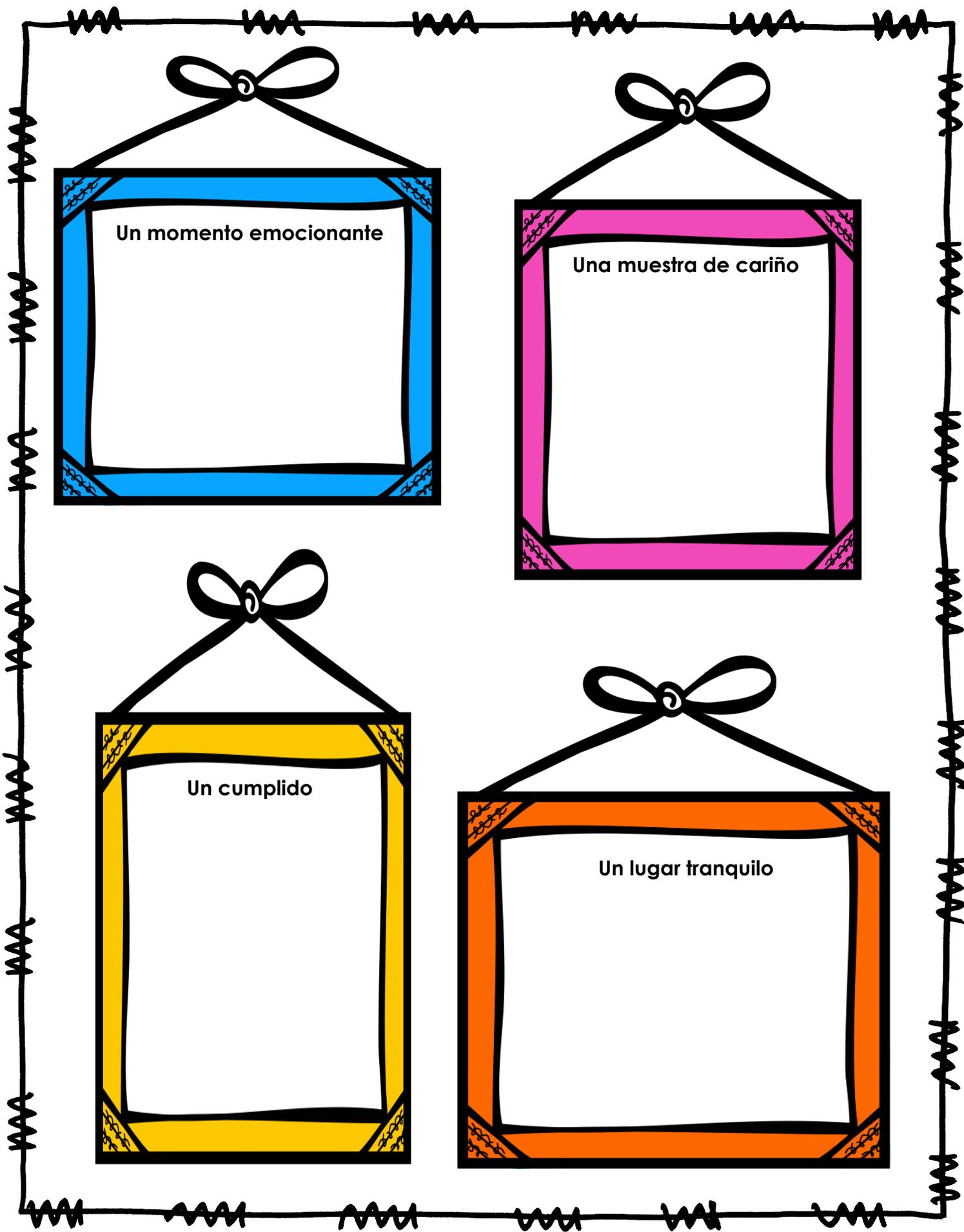
REFLEXIÓN INDIVIDUAL

Pedir a los niños que escriban en su cuaderno. El terapeuta hará a cada niño reflexionar sobre los momentos en que pueden usar la técnica. Además, pedirle que transcriban los momentos elegidos para la técnica de los cinco dedos y los pensamientos con lo que trabajarán la parada de pensamiento.

La tarea que se asignará será aplicar las técnicas aprendidas y llevar un registro de cuándo la aplicaron y la razón.

REFACCIÓN

A cargo del terapeuta.



Un momento emocionante



Una muestra de cariño

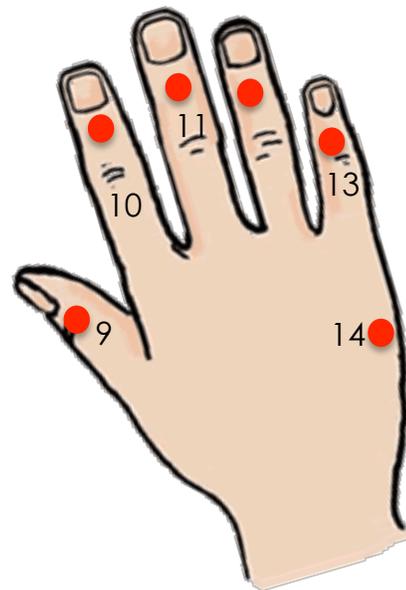
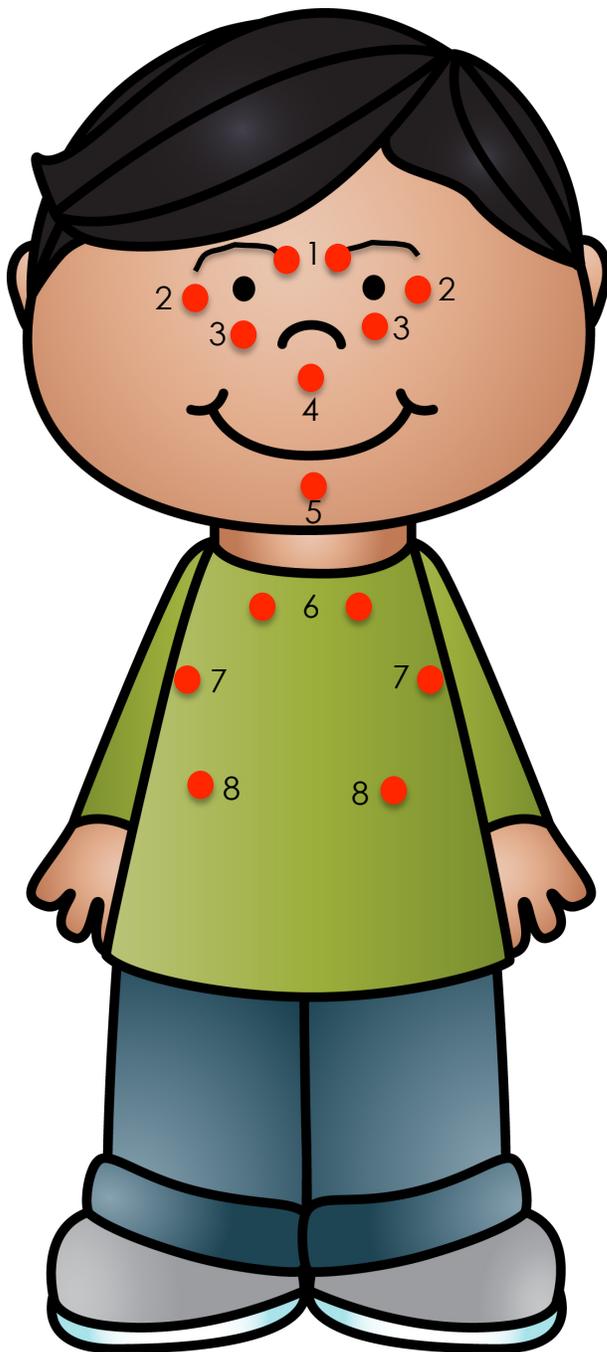


Un cumplido



Un lugar tranquilo

PUNTOS DE LIBERACIÓN EMOCIONAL



1. Cejas
2. Lado de los ojos
3. Debajo de los ojos
4. Debajo de la nariz
5. Debajo de la boca
6. Clavícula
7. Debajo de los brazos
8. Costillas
9. Pulgar
10. Dedo índice
11. Dedo medio
12. Dedo anular
13. Dedo meñique
14. Lado de la mano

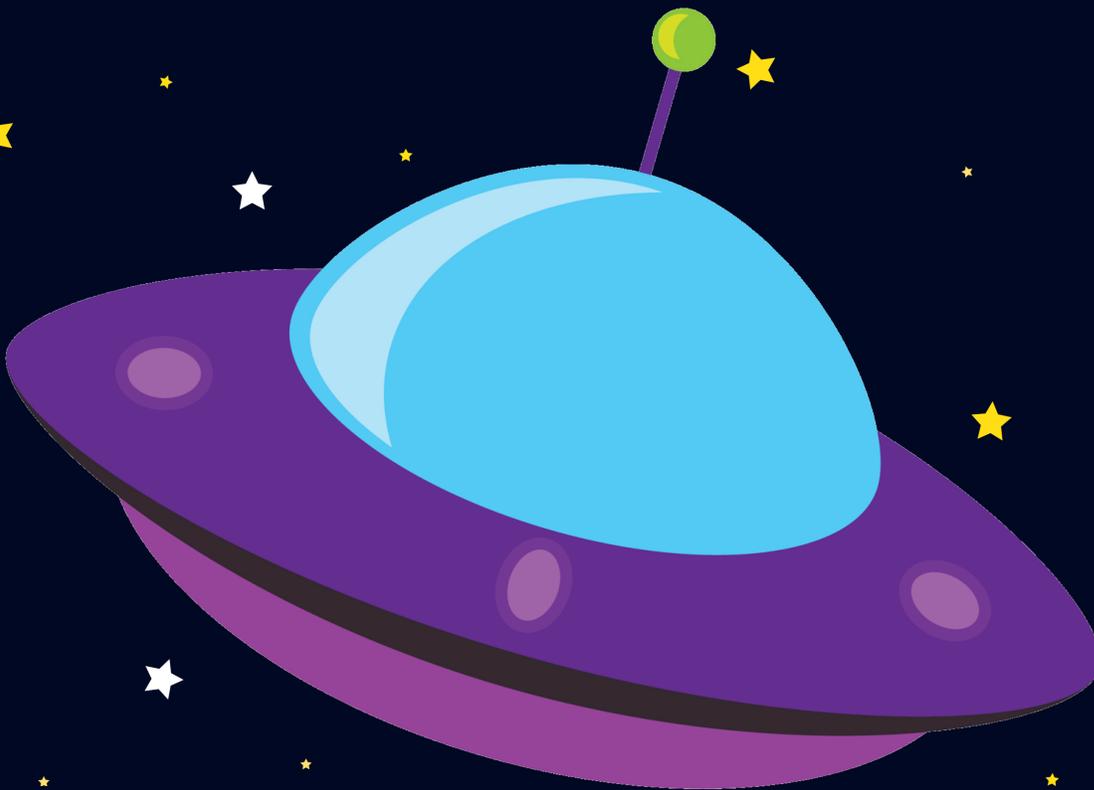
TAREA

Anota las técnicas de autocontrol que aplicaste, la situación y cómo te ayudó.

Técnica	➔	Situación	➔	Me ayudó a...

FASE 2

FUSIÓN NUCLEAR



Objetivo

Verbalización del abuso sexual vivido así como de los sentimientos y pensamientos resultantes del mismo, favoreciendo así el trabajo terapéutico del trauma.



SESIÓN 4

A TRAVÉS DEL AGUJERO NEGRO

BIENVENIDA

Sentados los participantes en medio círculo, uno a uno van pasando al centro y se les pide que abracen a sus compañeros realizando un movimiento corporal con una parte de su cuerpo, que no sea la acostumbrada para esto. Por ejemplo, pueden construir un abrazo con los pies, dedo pulgar, nariz, pelo entre otros. Al finalizar se establece un diálogo sobre la actividad realizada.

Luego uno a uno comenta cómo se siente en una escala de uno a diez.

REVISIÓN DE TAREAS

Se les pide que compartan si lograron aplicar las técnicas a lo largo de la semana. Pedirles que uno a uno diga qué técnica utilizó, en qué momento y cómo le sirvió.

DESARROLLO DEL TEMA CENTRAL

Se introduce pidiendo a los niños que hagan una lista de las cosas que tienen en común (puede ser color de pelo, piel, nombres, gustos, iniciales, etc.).

Se procede a proyectar un video sobre el abuso sexual (titulado El Webcomic de Ana. Disponible en Youtube en el siguiente enlace <https://www.youtube.com/watch?v=3Teabv6bJ4o> o también puede recurrirse al sitio: www.asinuncamas.org).

DESARROLLO DEL TEMA CENTRAL

Una vez terminado de ver el video, se espera un tiempo prudencial para hablar (a menos que uno de los niños lo haga). Pedirles que respiren profundamente 10 veces: inhalando por la nariz, inflando el estómago hasta llegar al pecho, reteniendo por tres segundos y luego expirando. Posterior al ejercicio, motivar a la revelación de su propio abuso por medio de preguntas abiertas como por ejemplo, ¿qué tienen en común ustedes con Ana? ¿podrías compartir con nosotros en qué se parece lo que tú has vivido con lo que vivió ella?

Promover que todos en el grupo hablen y describan cómo se dio su abuso sexual. Continuar con preguntas que los hagan sentirse identificados, en lugar de nerviosos o asustados de compartir su experiencia debido al estigma que existe alrededor del tema. ¿Cómo te sentiste tú? ¿quién te apoyó? ¿en qué se parece tu historia a la de tu compañero? Volver a realizar 10 ejercicios de respiración. Recordar a los niños que mientras escuchan o comparten pueden aplicar la técnica de los cinco dedos.

Una vez terminada la discusión se les pide que en diversas tarjetas escriban o dibujen los sentimientos que experimentan a raíz de esa situación: tristeza, enojo, miedo, etc. Pedirles que mantengan las tarjetas ocultas. Posteriormente el terapeuta va mencionando diversos sentimientos y pide a los niños que levanten su tarjeta si lo escribieron en sus tarjetas. Esta actividad les permitirá visualizar que no son los únicos que se sienten de determinada forma. Hablar al respecto.

Se les pide que cada uno mencione qué es lo que más le angustia actualmente (o atemoriza, o no le gusta o que le enoja) sobre el abuso sexual. Luego de haber escuchado todos los testimonios, uno por uno brinda un consejo o recomendación a sus compañeros. El terapeuta será moderador y al finalizar hace la reflexión sobre la importancia de que cada uno aplique los consejos que acaban de formular.

Como último punto se pide que cada uno mencione aspectos positivos de la situación que ha vivido. el terapeuta puede orientar con preguntas como: ¿cómo ha cambiado la relación con la familia, los hermanos, sí mismo? ¿qué ha aprendido? ¿cómo le ha hecho crecer?

REFLEXIÓN GRUPAL

Hablar sobre la experiencia de compartir el abuso, cómo se sienten, si ya lo habían hecho, algo que les haya gustado de la dinámica del día, algo que no les haya gustado, agradecer a alguien por su apoyo o su consejo, o simplemente dar unas palabras al grupo.

Una vez terminada la discusión se practicarán de nuevo ejercicios de respiración profunda y la técnica de los cinco dedos.

REFLEXIÓN INDIVIDUAL

El terapeuta a lo largo de toda la sesión observa qué dificultades tuvo cada uno: expresar lo relacionado con el abuso, la relación con el abusador, el manejarlo actualmente. Discutir más a fondo dichas dificultades e indagar sobre creencias irracionales.

Pedirle a cada niño que escriba su conclusión del día y que registre los consejos que surgieron de los propios niños durante la sesión.

La tarea consistirá en continuar practicando las técnicas de autocontrol, sobre todo la parada de pensamiento y las técnicas de liberación emocional.

REFACCIÓN

A cargo de uno de los niños. Pedirle que reparta la comida a sus compañeros.



SESIÓN 5

EL PLANETA FURIOJO

BIENVENIDA

Los niños se colocan en un círculo y el terapeuta pasa pegándoles un círculo de diferente color en la espalda. Se les pide que, sin hablar y sin ver su color, formen grupos de acuerdo al color que tienen en la espalda. Deberán trabajar en equipo.

Luego uno a uno comenta cómo se siente en una escala de uno a diez.

REVISIÓN DE TAREAS

Se pregunta cómo les fue durante la semana practicando las técnicas de liberación emocional y parada del pensamiento. Se elige a dos niños para explicar cada técnica mientras el resto del grupo la va realizando.

DESARROLLO DEL TEMA CENTRAL

Se comienza la sesión con una fantasía guiada para la cual se solicita a los niños que se recuesten en una posición cómoda (si no desean recostarse, pueden hacerlo sentados). Con ésta actividad se pretende que el niño se identifique con el sentimiento de ira y que sea capaz de expresarla haciendo uso de una hoja de papel.

Durante la imaginación guiada se le pedirá al niño que visualice a alguien con quien se encuentre molesto y haciendo uso de un cojín, se le pide que exprese las razones de su enojo el cual se irá cambiando por un sentimiento de agradecimiento, llevándolo a darse cuenta que es posible agradecer por las cosas que enojan; llegando así a una integración personal.

DESARROLLO DEL TEMA CENTRAL

Dejar que los niños se expresen con el cojín tanto como quieran. Que lo golpeen, lo tiren, lo pateen. Es importante que expresen toda la ira contenida. El terapeuta debe animarlos a expresarla, para que luego, se pueda llegar de forma más fácil a la transformación de esa ira en agradecimiento.

El terapeuta debe estar pendiente de la forma en que llevan el ejercicio cada uno de los niños, para identificar aquellos que hayan tenido problema para expresar la ira.

Al terminar la fantasía guiada, proceder a la reflexión grupal.

REFLEXIÓN GRUPAL

Pedir a los niños que describan cómo fue su experiencia. Profundizar sobre la ira, brindar puntos que se tengan en común sobre el agradecimiento. Preguntarles qué aprendieron sobre la actividad, hacerles ver que el uso de cojines o papel para expresar enojo puede ser útil en situaciones de la vida cotidiana.

Terminar con un ejercicio grupal de técnicas de liberación emocional, haciendo acupresión sobre los puntos aprendidos en la sesión 3.

REFLEXIÓN INDIVIDUAL

Se procede a reflexionar individualmente sobre lo fácil o difícil del ejercicio. Pedirles que escriban en su cuaderno las razones para encontrarse enojados, pero también los agradecimientos a los que llegaron durante la sesión. Si se observó algún niño que tuvo dificultad para realizar el ejercicio, se procede a profundizar en las causas.

La tarea consistirá en identificar durante la semana situaciones que lo enojen y apuntarlas en el formato establecido, pero por cada situación de ese tipo, deberá escribir un agradecimiento.

REFACCIÓN

A cargo del terapeuta.

FANTASÍA GUIADA

Por favor recuestese en el piso y tome una postura cómoda. Una buena postura es acostarse de espaldas con las piernas encogidas hasta que sus pies se apoyen horizontalmente en el piso (o cama) y sus rodillas se apoyen ligeramente entre sí.

Cierre los ojos y contáctese con su cuerpo... ¿Está realmente cómodo?
Vea si puede ponerse aún más cómodo, cambiando levemente su posición. . .
Ahora tome conciencia de su respiración...
Note todos los detalles de como usted está respirando...
Sienta como el aire se mueve a través de su nariz o boca...
y garganta abajo y dentro de sus pulmones...
Note todos los detalles de cómo se mueven su pecho y abdomen mientras el
aire entra y sale de sus pulmones...
Note ahora todos los pensamientos o imágenes que acudan a su mente.
... Note como estas palabras e imágenes interfieren con su darse cuenta de las
sensaciones físicas de su respiración...
Ahora ponga atención a esos pensamientos e imágenes y dése cuenta de qué
es lo que pasa cuando trata de contenerlos...
¿Qué experimenta cuando trata de detener sus pensamientos?
¿Qué siente en su cuerpo ahora?...
Intente ahora algo diferente. En vez de tratar de detener sus pensamientos, sólo
enfoque su atención sobre su respiración...
Siempre que note que su atención se ha extraviado en sus pensamientos e
imágenes, vuelva a enfocar su atención en las sensaciones físicas de su
respiración...
No se resista ni luche, tan sólo dése cuenta de cuando comienza a ocuparse
con palabras e imágenes, y entonces vuelva su atención sobre su respiración...

Ahora enfoque su atención sobre su cuerpo y note qué partes de su cuerpo
entran espontáneamente dentro de su conciencia. . .
¿De qué partes de su cuerpo se da cuenta?
¿De qué partes se da menos cuenta?...
Ahora, échele un vistazo a su cuerpo y note de qué partes de su cuerpo puede
tomar conciencia fácilmente y sentirlas claramente...
Y qué partes de su cuerpo siente con poca claridad, aun cuando enfoca su
atención sobre ellas... ¿Nota usted alguna diferencia entre el lado izquierdo y el
lado derecho de su cuerpo? ...
Ahora dése cuenta de cualquier incomodidad física que sienta y centre su
atención sobre ella...

Tome más contacto con ella y dése detalladamente cuenta de ella...
A medida que llega a darse más cabalmente cuenta de ella, puede descubrir cuán lentamente se desarrolla o cambia.
Un movimiento, un sentimiento, o una imagen pueden desarrollarse a partir de aquello en que está enfocando su atención.
Permita este cambio y este desarrollo sin interferirlos y continúe enfocando su atención sobre lo que sea que emerja.
Deje a su cuerpo hacer lo que quiera, y deje suceder lo que quiera suceder.

Ahora le voy a pedir que piense en la ira, en el enojo...
Enfoque ahora su percepción donde sea que emerja y dése más cuenta de ello.
¿Cómo es el enojo?...
¿En qué parte de su cuerpo lo siente?...
¿Cuáles son las características de ese enojo, de esa ira?...
¿Qué es lo que hace en usted?...
¿Siente algo diferente en su cuerpo?...
Tómese un tiempo para descubrir más detalles de ello...

Ahora *identifíquese* con esta ira hasta convertirse en ella, *llegue a serla*.
Imagínese que usted es esa ira.
Incorpórese y con los ojos cerrados aún, tome el papel que hay frente a usted...
Siendo esa ira, ¿cómo es usted?... Exprésese con el papel
¿Cuáles son sus cualidades?...
Descríbase a usted mismo: dígame en silencio, "Yo soy..." mientras sigue expresando esa ira con el papel...
¿Qué es lo que hace y cómo es su existencia siendo esa ira?...
Vea qué más puede descubrir acerca de su experiencia de ser esa cosa...
Tómese unos minutos para *absorber* silenciosamente esta experiencia.
Si comienza a analizarlo o a pensar acerca de ella, vuelva a la experiencia misma. Use el papel para expresarse, si usted es la ira ¿qué le haría al papel?
Hágalo... siéntase ira y exprésese...
Muy bien...

Ahora tome el cojín que está frente a usted...
Piense en alguien o algo con quien realmente esté enojado, alguien o algo que lo moleste y lo irrite, o alguien con quien tenga alguna dificultad...
Imagine que el cojín es esa persona o cosa que está frente a usted, mirándolo.
Visualice detalladamente a esa persona.
¿Qué lleva puesto?...
¿Qué aspecto tiene su cara?
¿Cómo lo mira a usted?...

Ahora exprese directamente su resentimiento a esa persona o cosa

Dígale... "Estoy enojada contigo por..."

Sea muy específico y diga exactamente de qué está enojado, molesto...

Intente obtener la sensación de comunicarse realmente con esa persona...

Tómese algún tiempo y exprese una larga lista de cosas por las que está enojado con esa persona...

Si su enojo es tal que desea descargarlo puede hacerlo...

Descargue su enojo en el cojín mientras le dice las razones por las que está enojado y furioso...

Repase ahora la misma lista que hizo sobre su enojo...

Todo lo que le dijo a esa persona o cosa sobre lo que lo tiene enojado y furioso...

Tache la palabra *enojo* y sustitúyala por *aprecio*.

Repita la lista efectuando dicho cambio. Por ejemplo... En lugar de decirle "Estoy enojado contigo porque me lastimaste..." Dígale "Aprecio que me hayas lastimado porque me hiciste crecer..."

Haga una pausa una vez que lo haya hecho...

Note cómo se siente mientras dice cada frase y vea si logra algún tipo de entendimiento.

Muy bien...

Es momento de despedirse de esa persona o cosa...

Agradézcanle por lo que hoy les ha enseñado...

Déjenla a un lado y respiren profundamente....

Centre su atención ahora sobre su cuerpo y sus sensaciones físicas.

Donde quiera que note algún movimiento, tensión o incomodidad, exprese esto como una actividad continuada, tal como: empujar, tensar o sostener. ..

Si está tensando su hombro ténselo más, y dése cuenta de cuáles músculos usa y como se siente mientras hace esto...

Ahora hágase responsable de esta actividad muscular y sus consecuencias.

Dígase por ejemplo: "estoy tensando mi cuello y haciéndome daño" o "estoy apretando mi brazo derecho y me estoy entumeciendo".

Toda su tensión muscular es producida por usted y mucha de su incomodidad física es un resultado de esto.

Tómese unos minutos y dése cuenta de sus actividades físicas y hágase responsable de lo que está haciendo...

Ahora lentamente comience a relajar esos músculos que tensa...

Dese cuenta de que así como usted los tensa, también es capaz de relajarlos...

Respire profundamente y relájese...

Comience a darse cuenta de las sensaciones que experimenta, de los ruidos que lo rodean...

Sea consciente del lugar en el que está...

Poco a poco abra sus ojos...

Incorpórese cuando se sienta listo...

Hágalo de manera lenta y relajada...

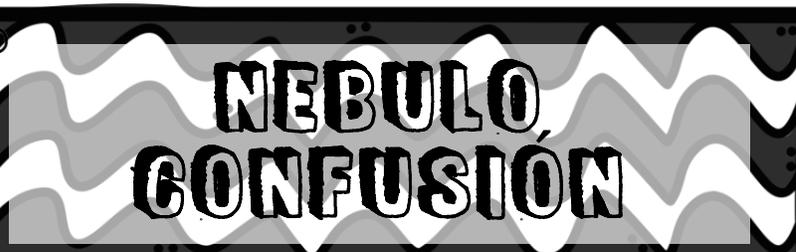
ESTA SEMANA...

Enojo

Agradecimiento



SESIÓN 6



NEBULO, CONFUSIÓN

BIENVENIDA

Los niños se sientan formando un círculo. El terapeuta pasa diciéndole a cada niño en el oído el nombre de un animal. Cuando ya todos tienen un animal asignado, pasan de uno en uno al centro del círculo a hacer la mímica del animal. El resto de niños debe de adivinar. Luego cada uno comenta cómo se siente en una escala de uno a diez.

REVISIÓN DE TAREAS

Se les pide que compartan su lista de enojo y agradecimientos. Comentar sobre la dificultad o facilidad para llevar a cabo la tarea. Pedirles que uno por uno comente por qué cree que se agradece algo del enojo. Leer el libro "Cuando me enfado" para encontrar la respuesta.

DESARROLLO DEL TEMA CENTRAL

Se hace una lluvia de ideas sobre la diferencia entre pensamiento y sentimiento. Luego de que los niños han agotado sus ideas, se les explica que la forma más fácil de identificarlos es contando el número de palabras, ya que un pensamiento generalmente viene en forma de oración y un sentimiento es sólo una palabra.

El terapeuta tiene una bolsa oscura llena de tarjetas con pensamientos y sentimientos, en un pliego de papel hay una columna de pensamientos y otra de sentimientos. Los niños toman una tarjeta de la bolsa y la colocan en la columna correspondiente de acuerdo a la categoría que pertenecen. Teniendo claras las diferencias se procede a la explicación del modelo ABC.

DESARROLLO DEL TEMA CENTRAL

Se utilizan las historias adjuntas para ilustrar los vínculos entre pensamientos y sentimientos. Se pide que escuchen la historia y al final se les dice cómo se siente el personaje. Los niños deben identificar dentro de la historia los pensamientos que tuvo el personaje.

Posteriormente se les da una hoja de papel con un cuadro. Se les pide que en el cuadro con la letra A dibujen el acontecimiento, lo que pasó en el cuento. Luego se les pide que en la letra C, dibujen cómo se siente el personaje principal. Por último, se dirige la atención hacia la viñeta central: en ella aparece una nubecita que representa lo que el personaje está pensando. Se explica a los niños que cuando algo malo sucede, la viñeta central constituye el paso más importante.

Se explica que lo que él se dice a sí mismo es lo que determina cómo se siente. Después de contarles la primera historia, se les cuenta otras y ellos deben ir llenando sus cuadros con la información que escuchan.

Pedirle al grupo que busque en revistas, personas con diferentes estados de ánimo o de situaciones cotidianas. Pedirles que la recorten y la peguen en hojas. Con papel o post its pedirles que escriban los pensamientos que está teniendo la persona del recorte y luego el sentimiento.

REFLEXIÓN GRUPAL

Se pide a cada uno que recuerde los pensamientos que no le agradan y cómo estos lo hacen sentir. Reflexionar sobre la importancia de identificar lo que pensamos para llegar a la conclusión de por qué nos sentimos como nos sentimos. Practicar la parada de pensamiento.

REFLEXIÓN INDIVIDUAL

Pedirles que escriban en su cuadernos. Hablar de forma más personal sobre sus sentimientos y los pensamientos que los desencadenan. Pedirles que hagan su propio ABC de los pensamientos relacionado con el abuso.

Como tarea se le da al niño sus propias historietas en blanco para que durante la semana las complete siguiendo el modelo ABC.

REFACCIÓN

A cargo de uno de los niños. Pedirle que reparta la comida a sus compañeros.

Julio se está mirando en el espejo tras regresar a casa después de haber ido al barbero. Se dice a sí mismo: *"A la gran... No puede creer que lleve este corte de pelo. ¡Casi me ha rapado! ¡Parezco calvo! ¿Cómo voy a ir así al colegio? Todos los chicos se van a reír de mí, y pasarán meses antes de que vuelva a tener el pelo como me gusta. Parezco una pelota de billar."*

Preguntas de Reflexión

¿Qué se dijo Julio a sí mismo?

¿Qué fue lo que pasó?

¿Cómo se siente?

¿Porqué se siente así?

Marta está sentada en la banca en la clase de educación física. Y se dice a sí misma *"no puedo creer que Susana no me haya escogido para su equipo. Cuando yo soy capitana, siempre la elijo a ella primero. Ha elegido a Lucía primero, y ella ni siquiera es su mejor amiga. Creía que su mejor amiga era yo. Ya no le caigo bien."*

Preguntas de Reflexión

¿Qué se dijo Marta a sí misma?

¿Qué fue lo que pasó?

¿Cómo se siente?

¿Porqué se siente así?

José se encuentra con que no lo han invitado a la fiesta de Julián. Se dice a sí mismo *"¿Por qué Julián no me ha invitado a su fiesta? Estamos en dos clases juntos, y nos divertimos mucho. Debe de estar enojado conmigo, ya que ha invitado a todos los demás. Todo el mundo habla de la fiesta, y yo voy a tener que decirles que no me invitaron. Todos pensarán que soy tonto. Y creo que tienen razón."*

Preguntas de Reflexión

¿Qué se dijo Julio a sí mismo?

¿Qué fue lo que pasó?

¿Cómo se siente?

¿Porqué se siente así?

Natalia va a su locker y se da cuenta que su nuevo sudadero ha desaparecido. Se dice *"no puedo creer que haya agarrado mi sudadero nuevo. Alguien debe haberlo robado. ¿Y qué le digo yo ahora a mi mamá? ¡Me va a matar! Ese sudadero era muy caro, y le pedí que me lo comprara. ¡Le dije que tendría mucho cuidado, y ahora ha desaparecido! Nunca más volverá a confiar en mí y ya no querrá comprarme más ropa bonita para ir al colegio. Voy a parecer una callejera con toda mi ropa vieja."*

Preguntas de Reflexión

¿Qué se dijo Julio a sí mismo?

¿Qué fue lo que pasó?

¿Cómo se siente?

¿Porqué se siente así?

A

Acontecimiento

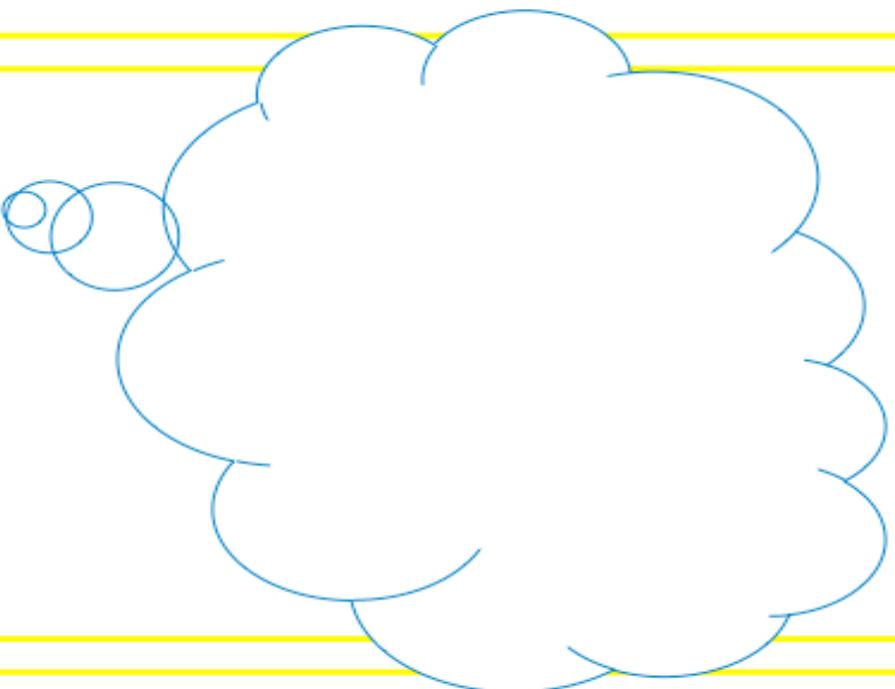
B

Pensamientos

C

Consecuencias

Me sentí



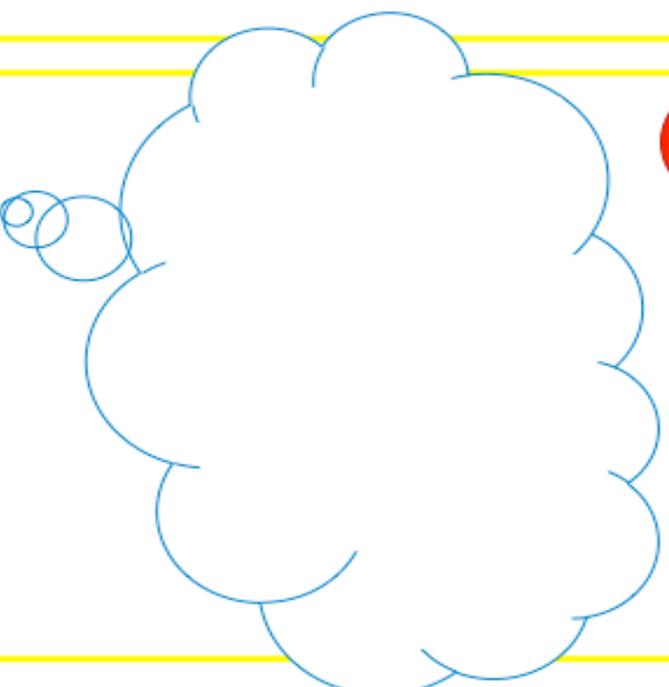
Conociendo mi Pensamiento

A

Blank space for writing.

Acontecimiento

B



Pensamientos

C



Me sentí

Consecuencias

SESIÓN 7

LOS COMETAS GULPOSOS

BIENVENIDA

Sentarse formando un círculo. Se coloca un set de tarjetas, cada una con una letra del alfabeto. Se pide a un niño que tome una carta al azar y debe de decir una cualidad positiva de la persona que está a su derecha que comience con la letra que haya tomado, por ejemplo: si toma la letra S, puede decir "creo que eres sensible". Todos los niños deberán tomar una carta y decir una cualidad. Luego uno a uno comenta cómo se siente en una escala de uno a diez.

REVISIÓN DE TAREAS

Los niños depositan las hojas de tarea dentro de una canasta. El terapeuta toma una al azar y lee o describe la situación dibujada. La persona que experimentó la situación debe de permanecer en silencio mientras los demás tratan de adivinar qué pensamientos y sentimientos generó en él la situación. Si nadie lo adivina, el dueño de la hoja deberá compartir con el grupo lo que escribió.

DESARROLLO DEL TEMA CENTRAL

Se introduce el tema explicando a los niños que cada persona ve el mundo de forma diferente y por ello, se explica las cosas que le pasan de determinada forma. Se les da un cuestionario a cada niño y se les explica que cada pregunta es una pequeña historia, y para cada historia hay dos maneras de reaccionar. Se les pide que elijan una de las dos, la que más se aproxime a cómo se sentiría uno realmente si le ocurriera eso.

Luego de aplicado y revisado el cuestionario se tiene una visión más clara de cómo se afrontan las situaciones.

DESARROLLO DEL TEMA CENTRAL

Se le pide a cada uno que escriba una dificultad o problema que le haya ocurrido, así como sus creencias iniciales acerca de la situación. Se le pregunta si su creencia es un pensamiento "por culpa mía" o "por culpa de otro o de otra cosa".

Para facilitar el trabajo, se entrega el formato adjunto y se le pide que escriba la situación, ideas y las ideas que le generó. Si los pensamientos iniciales son "por culpa mía", se le pide que trate de imaginar algún pensamiento "por culpa de otro o de otra cosa" y que lo anote en la hoja. Luego, se le pregunta cómo se sentiría y actuaría si su creencia hubiera sido esta última.

Se procede a dar a cada uno de los niños una mini pizza de verdad (agregarle salsa, jamón y queso). La tarea del niño consiste en dividirla en porciones, de manera que cada porción represente una de las causas que contribuyen al problema. Estas causas se escribirán en papelitos y se colocarán sobre la pizza con palillos de dientes. Se hace énfasis en que al principio es difícil encontrar causas para determinada situación pero que debe intentarse. La sesión termina dividiendo la pizza y estableciendo a qué tipo de pensamiento corresponde cada una de las causas que se han establecido dentro de la pizza "por culpa mía" o "por culpa de otros". Recordar al niño que no se trata de hacer la mayor cantidad de piezas con causas poco realistas, si no que solo debe identificar qué pudo llevar a que se diera la situación descrita.

Se hará una presentación de pizzas en la que cada niño relatará el problema por el cual se culpaba y demostrará qué causas reales encontró además de esa creencia.

REFLEXIÓN GRUPAL

Llevar lo aprendido durante la sesión específicamente al abuso sexual. Promover que los niños, entre todos identifique causas de dicha situación y que cambian la creencia de que fue culpa propia. Facilitar que lleguen a conclusiones objetivas y racionales.

Practicar con el grupo técnicas de respiración profunda. Recordar a los niños que pueden hacer uso de la técnica de los cinco dedos mientras discuten temas que les producen ansiedad, temor o intranquilidad.

REFLEXIÓN INDIVIDUAL

En el momento uno a uno, tratar de debatir las ideas irracionales que aún se mantengan sobre la culpa del abuso sexual. Pedirle a los niños que escriban la reflexión del día y que dibujen la pizza que cocinaron y que analicen el abuso vivido así como las causas que identifican y cómo dividirían la pizza.

Se le pedirá al niño que durante la semana, cuando surja una situación que lo ponga muy enojado o triste llene el formato de la pizza y que la divida en tantas porciones como crea conveniente. Luego debe tratar de establecer cuáles son las causas “por culpa mí”, así como las “causas por culpa de otros”.

REFACCIÓN

A cargo del terapeuta.

Cuestionario de Estilo Atributivo en los Niños

Por: Kaslow, N. y Tanenbaum, R.

Adaptado por: Mayli Gálvez Soto

INSTRUCCIONES PARA APLICAR EL CUESTIONARIO:

Los niños son distintos unos de otros, y, por lo tanto, piensan de maneras diferentes. En el transcurso de las sesiones que tenemos, es muy importante que yo sepa cómo piensas tú respecto a las cosas que te suceden.

Aquí tengo unas cuantas preguntas sobre lo que uno piensa. Cada pregunta es una pequeña historia, y para cada historia hay dos maneras posibles de reaccionar. Tú elegirás una de las dos maneras, la que más se aproxime a cómo te sentirías si realmente te ocurriera eso.

Hagamos la prueba. ¿Preferes responderlo solo o que yo te lea las preguntas? Imagina que cada una de estas pequeñas historias te ha ocurrido a ti, aunque no sea verdad. Y luego señala la respuesta A o la B dependiendo de la que mejor describa cómo te sentirías. ¡Lo bueno de esto es que no hay respuestas equivocadas!

Cuestionario de Estilo Atributivo en los Niños

Por: Kaslow, N. y Tanenbaum, R.

Adaptado por: Mayli Gálvez Soto

INSTRUCCIONES PARA PUNTUAR EL CUESTIONARIO

- Para puntuar el cuestionario, debemos empezar por las preguntas P_{MM} (permanente, malos acontecimientos). Sumar los números correspondientes a las respuestas elegidas A o B (uno o cero) de las preguntas 1, 3, 18, 24, 28, 31, 33, 35 y 36. Escribir el total en la clave de puntuación al final del test, en la línea que corresponde.
- Luego sumar los números P_{MB} (permanente, buenos acontecimientos) de las preguntas 5, 9, 23, 29, 40, 41, 42 y 43. Escribir el total en P_{BM}.
- Sumar y escribir los resultados de G_{BM} (global, malos acontecimientos) de las preguntas 12, 15, 21, 27, 46, 47, y 48.
- Sumar y escribir los puntos de G_{BB} (global, buenos acontecimientos) de las preguntas 1, 3, 17, 25, 30, 32, 34 y 37.
- Sumar las puntuaciones P_{MM} y G_{BM} y escribir el resultado en la línea de "DeM" (desesperación)
- Luego sumar y escribir los resultados de las preguntas P_{SM} (personal, malos acontecimientos) de las preguntas 6, 7, 10, 11, 14, 26, 29 y 38.
- Sumar y escribir la puntuación de las preguntas P_{SB} (personal, buenos acontecimientos) de las preguntas 2, 4, 8, 16, 19, 22, 44 y 45.
- Sumar la puntuación total de los malos acontecimientos (P_{MM}+G_{BM}+P_{SM}) y escribirla en la clave en "Total M".
- Sumar la puntuación total de los buenos acontecimientos (P_{MB}+G_{BB}+P_{SB}) y escribir el resultado en "Total B".
- Finalmente, sumar la puntuación total de la escala, B-M (restando el Total B menos el Total M y se escribe en la línea de clave.
- La puntuación promedio B-M para los niños de ocho a trece años es de 6,5 y los niños 5,5. Las niñas tienden a ser más optimistas. Para ambos casos, cuánto más elevada la puntuación, más optimistas son.

Cuestionario de Estilo Atributivo en los Niños

Por: Kaslow, N. y Tanenbaum, R.

Adaptado por: Mayli Gálvez Soto

Estas son unas preguntas sobre lo que tú piensas en determinadas situaciones. Cada pregunta es una pequeña historia, y para cada historia hay dos maneras posibles de reaccionar. Debes elegir una de las dos, la que más se aproxime a lo que sentirías si te ocurriera eso. No tengas miedo de equivocarte, en este cuestionario no hay preguntas malas o buenas.

1. Sacas buenas notas en un examen.

- a. Soy inteligente. 1
- b. Soy bueno en esta materia. 0

GB

2. Juegas un juego con unos amigos y ganas.

- a. Los amigos con los que he jugado no saben jugar ese juego. 0
- b. Yo sé jugar a ese juego. 1

PSB

3. Te quedas a dormir en casa de un amigo, y te lo pasas bien.

- a. Esta noche mi amigo está muy agradable. 0
- b. Todos los miembros de la familia de mi amigo estaban agradable esta noche. 1

GBB

4. Vas de vacaciones con un grupo de personas, y te la pasas bien.

- a. Estaba de buen humor. 1
- b. Las personas con las que he estado estaban de buen humor. 0

PSB

5. Todos tus amigos se enferman menos tú.

- a. Últimamente estoy muy sano. 0
- b. Soy una persona sana. 1

PMB

6. Un carro atropella a tu mascota.

- a. No se cuidar a mis mascotas. 1
- b. Los conductores no tienen suficiente cuidado. 0

PSM

7. Algunos de los chicos que conoces dicen que no les caes bien.

- a. A veces la gente se porta mal conmigo. 0
- b. A veces me porto mal con los demás. 1

PSM

8. Sacas muy buenas notas.

- a. Las tareas son fáciles. 0
- b. Me esfuerzo mucho. 1

PSB

9. Te encuentras con un amigo y te dice que te miras bien.

- a. Hoy a mi amigo le ha dado por dar cumplidos a la gente. 0
- b. Normalmente mi amigo hace cumplidos a la gente. 1

PMB

10. Un buen amigo tuyo dice que te odia.

- a. Hoy mi amigo estaba de mal humor. 0
- b. Hoy no he sido amable con mi amigo. 1

PSM

11. Cuentas un chiste y nadie ríe.

- a. No sé explicar chistes. 1
- b. Es un chiste tan conocido que ya no da risa. 0

PSM

Cuestionario de Estilo Atributivo en los Niños

Por: Kaslow, N. y Tanenbaum, R.

Adaptado por: Mayli Gálvez Soto

- 12. Tu profesor explica la lección, y tú no la entiendes.**
- a. Hoy no he puesto atención en clase .
 - b. Nunca pongo atención cuando habla mi profesor.
- 1
0
GBM
- 13. Pierdes un examen.**
- a. Mi profesor hace exámenes muy difíciles.
 - b. Últimamente mi profesor ha estado haciendo exámenes difíciles.
- 1
0
PMM
- 14. Ganas mucho peso y empiezas a engordar.**
- a. La comida que me dan de comer engorda.
 - b. La comida que me gusta engorda.
- 0
1
PSM
- 15. Alguien te roba dinero.**
- a. Esa persona es deshonesto.
 - b. La gente es deshonesto.
- 0
1
GBM
- 16. Tus padres elogian algo que tú has hecho.**
- a. Hago bien algunas cosas.
 - b. A mis padres les gusta como hago algunas cosas.
- 1
0
PSB
- 17. Juegas a un juego y ganas dinero.**
- a. Soy una persona con suerte.
 - b. Tengo suerte cuando juego.
- 1
0
GBB
- 18. Nadando en el río casi te ahogas.**
- a. No soy una persona tan precavida.
 - b. Algunos días no soy precavido.
- 1
0
PMM
- 19. Te invitan a muchas fiestas.**
- a. Últimamente las personas se muestran amables conmigo.
 - b. Últimamente me he mostrado amable con mucha gente.
- 0
1
PSB
- 20. Un adulto te grita.**
- a. Esa persona ha grita al primero que ha visto.
 - b. Esa persona a gritado a mucha gente a la que ha visto hoy.
- 0
1
GBM
- 21. Haces un trabajo con un grupo de chicos y les sale mal.**
- a. No trabajo bien con la gente del grupo.
 - b. Nunca trabajo bien en grupo.
- 0
1
GBM
- 22. Haces un nuevo amigo.**
- a. Soy una persona simpática.
 - b. Las personas a las que conozco son simpáticas.
- 1
0
PSB
- 23. Te has sentido bien estando con tu familia.**
- a. Me resulta fácil sentirme bien cuando estoy con mi familia.
 - b. A veces me es fácil sentirme bien cuando estoy con mi familia.
- 1
0
PMB
- 24. Intentas vender dulces, pero nadie quiere comprar alguno.**
- a. Últimamente muchos chicos venden cosas, por lo que la gente ya no quiere comprar nada más a los chicos.
 - b. La gente no quiere comprar nada a los chicos.
- 0
1
PMM
- 25. Juegas un juego y ganas.**
- a. A veces me esfuerzo todo lo que puedo cuando juego.
 - b. A veces me esfuerzo todo lo que puedo.
- 0
1
GBB

Questionario de Estilo Atributivo en los Niños

Por: Kaslow, N. y Tanenbaum, R.

Adaptado por: Mayití Gálvez Soto

26. Sacas malas notas en la escuela.

- a. Soy un tonto.
- b. Los profesores son injustos con las notas.

1
0
PSM

27. No ves una puerta y te topas con ella.

- a. No miraba por dónde iba.
- b. Últimamente estoy despistado.

0
1
GBM

28. Se te escapa la pelota y tu equipo pierde el partido.

- a. Hoy no me esforzado lo suficiente cuando tenía la pelota.
- b. Normalmente no me esfuerzo tanto cuando tengo la pelota.

0
1
PMM

29. Te doblas el tobillo en la clase de Educación Física.

- a. Estas últimas semanas los deportes que hemos practicado son peligrosos.
- b. Estas últimas semanas he estado torpe en la clase de Física.

0
1
PSM

30. Tus padres te llevan a la playa y te lo pasas bien.

- a. Hoy todos han estado agradables en la playa.
- b. Hoy ha hecho muy buen tiempo en la playa.

1
0
GBB

31. Tomas el Transmetro, pero se retrasa y te pierdes una película.

- a. Últimamente habido problemas con el horario del Transmetro.
- b. El Transmetro nunca llega puntual.

0
1
PMM

32. Tu madre te hace tu comida favorita.

- a. Mi madre hace algunas cosas para agradarme.
- b. A mi madre le gusta complacerme.

0
1
GBB

33. Un equipo en el que juegas pierde un partido.

- a. Los miembros del equipo no juegan bien juntos.
- b. Hoy los miembros del equipo no han jugado bien juntos.

1
0
PMM

34. Has hecho tus deberes con rapidez.

- a. Últimamente lo hago todo con rapidez.
- b. Últimamente hago mis deberes con rapidez.

1
0
GBB

35. Tu profesor te pregunta y le das una respuesta incorrecta.

- a. Cuando tengo que contesta me pongo nervioso.
- b. Hoy me he puesto nervioso cuando tenía que contestar.

1
0
PMM

36. Te equivocas de autobús y te pierdes.

- a. Hoy no puse atención a lo que ocurría a mi alrededor.
- b. Normalmente no presto atención a lo que ocurre alrededor.

0
1
PMM

37. Vas a un parque te diviertes y te la pasas bien.

- a. Normalmente me la paso bien en los parques de diversiones.
- b. Normalmente me la paso bien.

0
1
GBB

38. Un chico mayor te da una cachetada.

- a. Yo había estado molestando a su hermano pequeño.
- b. Su hermano pequeño le ha dicho que yo lo he estado molestando.

1
0
PSM

39. En tu cumpleaños te regalan todos los juguetes que quieres.

- a. La gente siempre sabe qué regalarme para mi cumpleaños.
- b. Este año, la gente ha acertado con lo que quería de regalo.

1
0
PMB

Cuestionario de Estilo Atributivo en los Niños

Por: Kaslow, N. y Tanenbaum, R.

Adaptado por: Maytí Gálvez Soto

40. Te vas de vacaciones al campo y te la pasas bien.

- a. El campo es un lugar maravilloso.
- b. Ésta época del año es maravillosa.

1
0
PMB

41. Tus vecinos te invitan a comer.

- a. A veces la gente se muestra amable.
- b. La gente es amable.

0
1
PMB

42. Tienes una profesora suplente y le caes bien.

- a. Hoy me he portado bien en clase.
- b. Casi siempre me porto bien en clase.

0
1
PMB

43. Alegras a tus amigos.

- a. Soy una persona divertida.
- b. A veces soy una persona divertida.

1
0
PMB

44. El señor que vende helados te regala uno.

- a. Hoy he estado amable con el señor.
- b. Hoy el señor se sentía amable.

1
0
PSB

45. En la fiesta de tu amigo, el mago te pide que lo ayudes.

- a. He tenido suerte de que me eligiera.
- b. Yo parecía realmente interesado en lo que hacía.

0
1
PSB

46. Intentas convencer a un amigo para que vaya al cine contigo, pero no quiere.

- a. Hoy no tenía ganas de hacer nada.
- b. Hoy no tenía ganas de ir al cine.

1
0
GBM

47. Tus padres se divorcian.

- a. Resulta difícil para la gente llevarse bien cuando están casados.
- b. Resulta difícil para mis padres llevarse bien estando casados.

1
0
GBM

48. Intentas hacerte miembro de un club, pero no lo consigues.

- a. No me entiendo con los demás.
- b. No puedo entenderme con la gente del club.

1
0
GBM

PMM: _____

PMB: _____

GBM: _____

GBB: _____

Dem: _____

PSM: _____

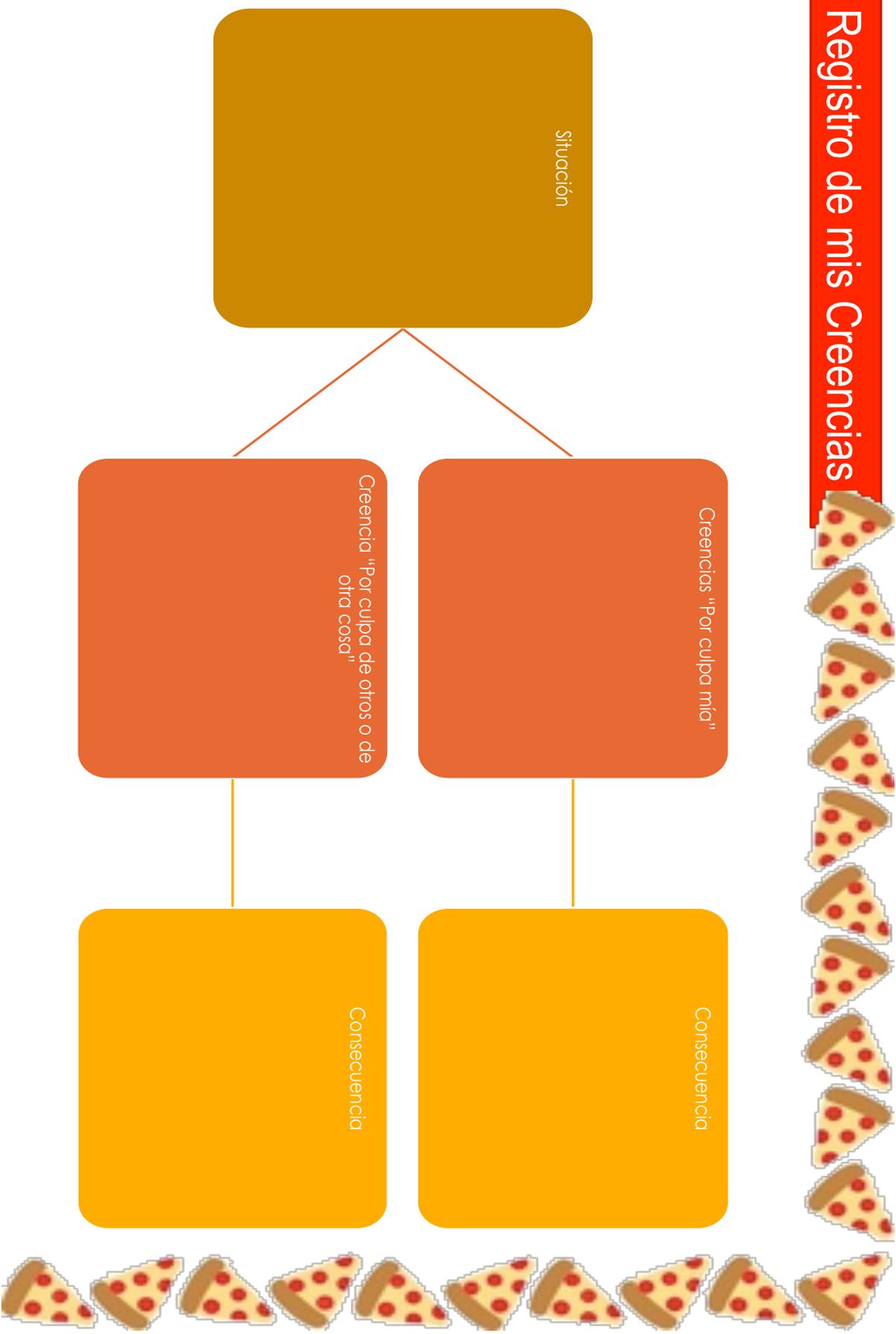
PSB: _____

Total M: _____

Total B: _____

B - M: _____

Registro de mis Creencias



Mi Pizzería en Casa



La situación fue: _____

Escribe los
pensamientos "por
culpa mía"

Escribe los
pensamientos "por
culpa de otros"

SESIÓN 8

MI PROPIO BRILLO

BIENVENIDA

Colocarse en parejas. Darle a cada pareja un lápiz y una hoja. Una persona de cada pareja debe vendarse los ojos. El terapeuta le dice un objeto al compañero sin venda y este debe dictar instrucciones sobre cómo se debe dibujar, sin decirle a su pareja qué está dibujando. Antes de quitarse la venda, pedirle a la persona que adivine qué dibujó.

Luego uno a uno comenta cómo se siente en una escala de uno a diez.

REVISIÓN DE TAREAS

Se pide de forma voluntaria que los niños compartan la situación de la semana que les haya producido sentimientos negativos y cómo atribuyeron la culpa: ¿con pensamientos por culpa mía o por culpa de otros? Quien haya tenido dificultad lo comenta con el grupo y entre todos se le ayuda a reflexionar al respecto de la culpa.

DESARROLLO DEL TEMA CENTRAL

Escribir en pequeños pedazos de papel, el nombre de todos los miembros del grupo, doblarlos y meterlos en una caja. Dividir a los niños en dos grupos. Invitar a una persona de cada grupo a tomar uno de los papelitos dentro de la caja. La persona que eligió el papelito deberá dibujar una característica única del niño cuyo nombre salió de la caja, por ejemplo: una mancha de pintura amarilla para representar a alguien feliz y radiante. Al terminar, el niño debe mostrar su dibujo al grupo contrario y éstos deberán adivinar de quién se trata. Si nadie adivina, el dibujante deberá explicar qué dibujó y porqué. El terapeuta va contando qué grupo adivina más dibujos y al terminar, puede premiar a ese grupo con un pequeño privilegio.

DESARROLLO DEL TEMA CENTRAL

Se procede a hacer énfasis en que, a veces es más fácil que otros reconozcan lo positivo que tenemos a que lo hagamos nosotros mismos; pero para hacerlo debemos empezar a darnos cuenta y pensar en todas las cualidades que tenemos.

Dar a cada niño un espejo y pedirle que se observe fija y detalladamente. Llevarlos a reflexionar sobre las cosas que les gustan de ellos mismos y pedirles que las escriban una por una en un post it para luego, pegarlo en el espejo. Hacerles ver que pueden ser aspectos físicos o cualidades que tengan. Guiarlos por medio de preguntas abiertas como: ¿te gusta lo que ves? ¿qué valoras de esa persona? Al terminar, pedirles que haciendo uso de témpera y diversos materiales de reciclaje, hagan un autorretrato. En ese autorretrato escribirán sus cualidades de un lado y las cosas que necesitan mejorar en otro.

Por último se le pide a todos que, las cosas que identificaron que necesitan mejorar las escriban en tiras de papel y las depositen en una caja. Sentados en un círculo uno a uno saca una tira de papel y lee la cualidad que necesita ser mejorada y entre todos se comparten posibles soluciones o formas en la que se puede mejorar.

REFLEXIÓN GRUPAL

Pedirles que cierren los ojos y que realicen la actividad de los cinco dedos. Una vez relajados, comienza la discusión sobre la importancia de conocerse a sí mismo y el aceptar cualidades y áreas de mejora. Agradecer al grupo por las sugerencias dadas anteriormente y compartir su experiencia.

REFLEXIÓN INDIVIDUAL

Pedirles que escriban sus cualidades y las cosas que necesitan mejorar, así como los consejos que sus compañeros brindaron. Además que con su nombre, elaboren un acróstico que los describa.

Pedirles que traigan una foto sosteniendo un cartelito en el que aparezcan dos cualidades y dos aspectos de mejora.

REFACCIÓN

A cargo de un niño. Pedirle que la reparta a sus compañeros.

SESIÓN 9

CONOCIENDO LAS PROTOESTRELLAS

BIENVENIDA

El grupo baila la canción de La Batalla del Movimiento (<https://www.youtube.com/watch?v=AIZeLejuio>). Motivar a todos los niños para que bailen y muevan cada parte del cuerpo.

Nombrar la emoción que sienten en una escala de uno a diez.

REVISIÓN DE TAREAS

Pasan a enseñar al grupo su foto y a compartir sus cualidades y los aspectos en los que deben mejorar. Colgar las fotos en una de las paredes de la clínica.

DESARROLLO DEL TEMA CENTRAL

Dentro de una bolsa se encuentran las palabras "Mi cuerpo es importante y es sólo mío." Cada niño toma una palabra y en grupo deben armar la frase. Al momento de tenerla armada se discute sobre el tema.

El terapeuta tiene todas las partes del cuerpo cortadas por separado dentro de una bolsa y uno a uno los niños toman una y la colocan en el lugar determinado para formar el cuerpo. Pedirles que nombren cada una de las partes del cuerpo por su nombre y que la identifiquen en ellos mismos.

Haciendo uso de pliegos de papel, cada niño dibuja su silueta y deberá complementar el dibujo con todas las partes de su cuerpo. Se baila y se canta la canción de Las Partes del Cuerpo (<https://www.youtube.com/watch?v=pOg6y-Q59eM>).

DESARROLLO DEL TEMA CENTRAL

Una vez repasadas las partes del cuerpo, los niños mencionan cuidados que pueden darle a cada parte. Haciendo uso de muñecas y muñecos demostrarán de qué forma cuidan su cuerpo. El terapeuta profundiza sobre hábitos de higiene, alimentación saludable, pero también sobre cómo cuidar las partes íntimas. Puede decir algo como:

“De la forma en que ustedes cuidan sus ojos, oídos, dientes, pelo... de esa forma también es importante que cuiden sus genitales. Al bañarse deben lavarlos, al ir al baño deben limpiarse cuidadosamente. Y sobretodo, recordar que esas partes son privadas. Esto quiere decir que nadie más que ustedes puede tocarlas si ustedes no lo desean. Puede ser que algún día un doctor deba revisarlos, o que su mamá/papá deba limpiarlos...pero en el momento en que a ustedes no les guste cómo los tratan deben recordar decir NO y contarle a alguien lo que pasó.”

Presentar a los niños la canción Yo sé cuidar mi Cuerpo (<https://www.youtube.com/watch?v=oVk8T5i7UvI>) y cantarla mientras se continúa el juego con muñecos. Quienes lo deseen bailan y cantan de forma espontánea. Se termina con el terapeuta eligiendo a los niños al azar para que mencionan qué parte de su cuerpo les gusta más (una opción es tener paletas de colores con el nombre de cada niño. Elegir una paleta al azar y el niño cuyo nombre esté escrito en la paleta debe participar).

REFLEXIÓN GRUPAL

Ver el video Mi cuerpo me Pertenece (<https://www.youtube.com/watch?v=D09dJvk3LUc>) y comentar al respecto. Además discutir lo aprendido a lo largo de la sesión.

REFLEXIÓN INDIVIDUAL

Pedir a los niños que escriban en su cuaderno. Pueden hacer un poema sobre la parte de su cuerpo que eligieron como favorito. De forma individual el terapeuta se asegura que los cuidados de los genitales hayan sido interiorizados.

La tarea consistirá en hacer un collage de las partes del cuerpo sobre el cual deberán escribir los cuidados que consideran necesarios.

REFACCIÓN

A cargo del terapeuta.

SESIÓN 10

LA PROTOESTRELLA ESTA CAMBIANDO

BIENVENIDA

Uno a uno, los niños toman una tarjeta que tiene escrito el nombre de un animal. No deberán leer la tarjeta, sino pegarla en su frente. El resto del grupo hace la mímica de acuerdo al animal que leen en la tarjeta de forma que el niño que la eligió debe adivinar de qué animal se trata.

Nombrar la emoción que sienten en una escala de uno a diez.

REVISIÓN DE TAREAS

Realizar una exposición de collages como si fuera una galería de arte. Los niños toman el papel de artistas y exponen su trabajo a los otros diciendo qué les parece más relevante y porqué.

DESARROLLO DEL TEMA CENTRAL

Se le pide a los niños que nombren el ciclo de evolución de las personas. Llevarlos a identificar que se nace y somos bebés, crecen a niños, llegan a ser adolescentes, se convierten en adultos y terminan con la vejez.

Pedirles que en revistas busquen personas en diversas fases de vida. Se les entrega una línea del tiempo que inicia con la niñez y termina con la vejez y se les pedirá que peguen sus recortes en la fase correspondiente y en orden cronológico.

En grupos deberán escribir características de cada fase, ya sea físicas, cognitivas, sociales, etc: por ejemplo: los niños son pequeños, disfrutan jugando y corriendo, dependen de sus padres, entre otros.

DESARROLLO DEL TEMA CENTRAL

Una vez terminada la lista de características. Los niños hacen una flecha en el momento de la línea del tiempo en el que creen que se encuentran (entre la niñez y la adolescencia). En este momento se divide al grupo en niños y niñas y ambos describen las cualidades que tienen de acuerdo a su género.

El terapeuta orienta la discusión y profundiza en las diferencias físicas. Luego se explica cómo estas características se hacen más evidentes en la etapa de la adolescencia y se explican los cambios que se producen.

Se invita a los niños a compartir su conocimientos al respecto y es un buen momento para que el terapeuta clarifique dudas, aclare mitos o estereotipos de género.

Las características nuevas que van descubriendo, son agregadas a la línea del tiempo realizada.

REFLEXIÓN GRUPAL

Discutir sobre el tema del día. Aclarar dudas que hayan quedado sin resolver e invitar a los niños a acercarse a los padres en caso de necesitar más información sobre el tema y no tener miedo a hacer preguntas.

Realizar ejercicios de respiración profunda.

REFLEXIÓN INDIVIDUAL

Los niños escriben en su cuaderno. Pueden escribir lo que aprendieron durante la sesión y las dudas que tengan respecto a los cambios corporales. Algunos pueden empezar a sentir cambios y sentirse inseguros al respecto, por lo que este momento resulta más íntimo para que puedan discutir con el terapeuta al respecto.

La tarea consistirá en acercarse a sus padres o un adulto de confianza y pedirle que resuelva las dudas que tenga en el área de educación sexual.

REFACCIÓN

A cargo de uno de los niños. Pedirle que la reparta a sus compañeros.

FASE 3

NACE UNA ESTRELLA



Objetivo

Brindar herramientas que permitan al niño desenvolverse de forma positiva con los demás y consigo mismo bajo una percepción realista y objetiva de sí mismo, el mundo y el futuro.

SESIÓN 11

EL DIÁLOGO ESTELAR

BIENVENIDA

Se elige a un niño, el cual se sienta dándole la espalda a los demás. En silencio se eligen a tres niños que deberán decir una frase con una voz diferente. El niño de espaldas debe de tratar de adivinar quién está hablando. Al hacerlo, se elige a otro niño para que pase a adivinar.

Luego uno a uno comenta cómo se siente en una escala de uno a diez.

REVISIÓN DE TAREAS

El terapeuta tiene una pelota, la cual lanzará a uno de los niños. Quien tenga la pelota comenta cómo fue la experiencia de preguntar a un adulto y conversar con él sobre sus dudas respecto a cambios físicos y emocionales. Al terminar, el niño con la pelota deberá lanzarla a alguien más para que éste comparta su propia experiencia.

DESARROLLO DEL TEMA CENTRAL

Se hacen dos grupos de niños. A uno se le pedirá que por medio de títeres, ejemplifique una situación conflictiva en donde ninguno cede, otro se enoja y grita, el otro no cambia su punto de vista, otro trata de hacer que los demás hagan lo que él quiere, etc. (ejemplos para dramatizar podrían ser amigos poniéndose de acuerdo sobre qué jugar, una familia que no quiere colaborar con los que hacen de la casa, etc.). Al otro grupo se le pedirá que por medio de títeres represente una situación conflictiva pero en donde las personas no puedan tomar decisiones, no pueden decir no, imitan a los demás títeres, etc. (ejemplos pueden ser una fiesta de cumpleaños en donde la cumpleañera no sabe qué elegir, amigas que no se deciden qué comida comprar, etc.)

DESARROLLO DEL TEMA CENTRAL

Preguntar a los niños, qué situación fue mejor: la agresiva o la pasiva. Posteriormente introducir el término de "Asertividad" y explicar que es un estado medio en el cual, las personas transmiten sus sentimientos y pensamientos de forma adecuada, sin ceder ante los otros ni imponiendo su propio pensamiento.

Pedirles que, haciendo uso de las palabras "Yo siento_____ porque pienso que_____" repitan las dos escenas y que lleguen a un acuerdo.

Luego, se invita uno a uno a que comente una situación que le causa conflicto y ante la cual ha tenido miedo de expresarse o lo ha hecho de forma agresiva. Pedirles que la representen con títeres y que ejemplifiquen de qué forma pueden hacer valer su opinión haciendo uso de la frase "Yo siento____ porque pienso que_____".

Posteriormente se procede a dar a cada niño una tarjeta con un derecho de todos los niños. Sin dejar que los demás lo vean, pensarán en una forma creativa de presentarlo al resto del grupo. Una vez presentado el derecho, los niños lo ponen en práctica por medio de dramatizaciones. Pedirles que dramaticen situaciones de la vida diaria y que traten de platicar, reconocer y expresar sentimientos, negarse, contar chistes, pedir o solicitar, mirar a los ojos, hablar con claridad y utilizar palabras adecuadas según sea el caso.

Terminar pidiendo a los niños que completen el cuestionario adjunto para que pueda identificar en qué situaciones le está costando poner en práctica la asertividad.

REFLEXIÓN GRUPAL

Pedirles que compartan qué aprendieron, cómo les fue con el tema, qué entienden por asertividad. Que comenten cómo se sintieron al dramatizar las diversas situaciones.

Practicar la técnica de la liberación emocional, realizando acupresión en los puntos aprendidos durante la sesión 3.

REFLEXIÓN INDIVIDUAL

Se pide que escriban su propia definición de asertividad y escribir y dibujar cada uno de los derechos aprendidos. Cada uno entregará su cuestionario al terapeuta y juntos lo calificarán. Al obtener la puntuación se discutirá el resultado con el niño y se le darán áreas en las que debe mejorar y técnicas para hacerlo.

La tarea es individual, de acuerdo al resultado del test, deberán practicar ciertas conductas asertivas.

REFACCIÓN

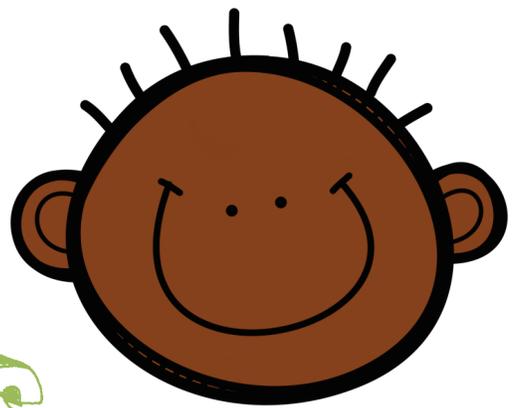
A cargo del terapeuta.

EXPRESO MI PUNTO DE VISTA

Aunque sea diferente
al de los demás.



TENGO MIS
PROPIOS
SENTIMIENTOS



MEREZCO RESPECTO

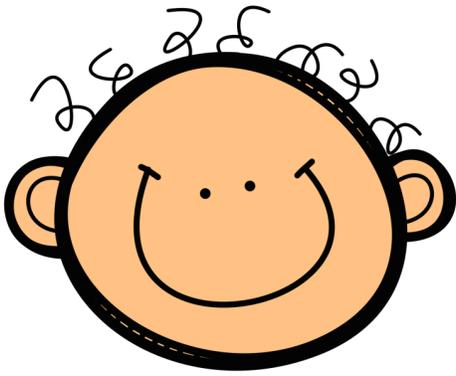
DE TODOS

sin importar mi edad,
mis creencias,
mis gustos,
cualidades, etc.



PUEDO EQUIVOCARME

Y rectifico, si es necesario.



**COMPORTARME DE
FORMA DIFERENTE A
LOS DEMÁS**

**NO SER
PERFECTO**

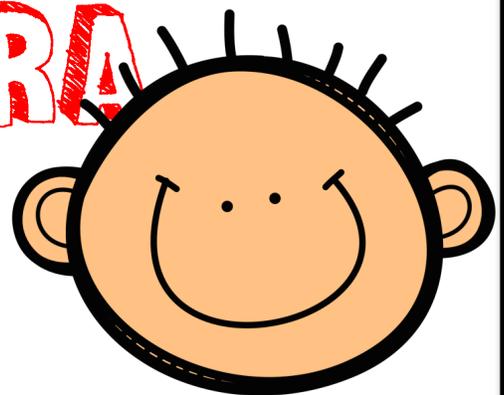


A DECIR NO

Cuando se me pide que haga cosas que yo no quiero.



A CONTAR MIS
COSAS A QUIEN
YO QUIERA



¿Qué tan asertivo soy?

Número	Situación	V	F	Área
1	Te cuesta trabajo expresar afecto o agrado por los demás.			AE+
2	Te cuesta trabajo llamar a un compañero para hacer un pregunta.			AE+
3	No te atreves a invitar a un compañero a jugar a casa.			AE+
4	No te atreves a pedir o cambiar algo en un almacén.			AE+
5	Te enojas cuando reclamas.			AE-
6	Prefieres ceder antes que discutir.			AE-
7	Casi nunca te enojas.			AE-
8	No te atreves a decir que no.			AE-
9	Cuando te dicen un cumplido, no sabes qué decir.			AR+
10	Te incomodas cuando hablan bien de ti.			AR+
11	No te sientes cómodo al recibir reconocimiento.			AR+
12	Te apenas cuando te felicitan.			AR+
13	Te molestas o enojas cuando te reclaman.			AR-
14	No aceptas ni reconoces tus errores y tiendes a culpar a otros.			AR-
15	Te disculpas aunque no sea tu culpa, con tal de no pelear.			AR-
16	Evitas situaciones y cedes para no afrontar situaciones incómodas.			AR-
	TOTAL			

Tomado de Aguilar, Peter y Aragón (2014).

Cuestionario de Asertividad para el Niño

Calificación

Para puntuar el test, sume las respuestas que haya indicado como verdaderas. Mientras más sume, más problemas de asertividad tendrá el niño. Examine en qué área de asertividad pareciera tener mayor dificultad, teniendo en cuenta que las preguntas de la 1 a la 4 miden asertividad expresiva positiva (AE+), de la 5 a la 8 asertividad expresiva negativa (AE-), de la 9 a la 12 asertividad receptiva positiva (AR+) y de la 13 a la 16 asertividad receptiva negativa (AR-).

Preguntas 1 a la 4. Asertividad expresiva positiva.

Consiste en la adecuada expresión y manifestación de sentimientos positivos, como afecto, amor, cariño, amistad, simpatía, agradecimiento, y se extienden a atreverse a preguntar y pedir información, lo cual representa conductas positivas de autocuidado.

Preguntas 5 a la 8. Asertividad expresiva negativa.

Se refieren a la adecuada expresión y manifestación de pensamientos y sentimientos tradicionales considerados como negativos, como molestia, enojo, disgusto, ofensa y reclamo, se extiende hasta poner límites. Ser asertivo es decirle a un compañero: "Me cayó mal que le dijeras la queja a la maestra, sin haberlo hablado conmigo antes".

Preguntas 9 a la 12. Asertividad receptiva positiva.

Se refiere a saber recibir adecuadamente mensajes con contenidos socialmente considerados como buenos y positivos. Es recibir, aceptar y agradecer mensajes que intentan agradarle. Por ejemplo, con los cumplidos lo apropiado es agradecer, no degradarlo o descalificarlo.

Preguntas de la 13 a la 16. Asertividad receptiva negativa.

Saber recibir críticas, reclamos o enojo de los demás de una manera socialmente adecuada. Algo no asertivo sería reírse del otro, burlarse, decirle un apodo. Lo asertivo es disculparse, aceptando el error y corrigiéndolo.

SESIÓN 12

LA VÍA LÁCTEA

BIENVENIDA

Pegar una tira de tape grueso en el piso. Pedir a los niños que se paren sobre ella. Ahora se indica que deben ordenarse de acuerdo al mes en el que nacieron sin salirse de la línea de tape. Deberán pensar en soluciones y trabajar en equipo. Luego uno a uno comenta cómo se siente en una escala de uno a diez.

REVISIÓN DE TAREAS

Cada niño comparte qué fue lo que se le asignó como tarea y cómo le fue durante la semana aplicando las técnicas de asertividad que se le propusieron.

DESARROLLO DEL TEMA CENTRAL

Se pide a la mitad del grupo que espere fuera de la clínica y a la otra mitad que espere dentro. A los niños que se encuentran fuera se les pide que al momento de entrar, seleccionen a un compañero para que sea su pareja y que le cuenten algo personal. A los niños de adentro se les explica que sus compañeros de afuera se van a acercar a ellos para tener una conversación pero que ellos deben ignorarlos: no pueden verlos a los ojos, deben parecer desinteresados, no harán comentarios al respecto y los ignorarán todo el tiempo. Se procede a abrir la puerta y se toma tiempo por dos minutos. Cuando el tiempo acaba, se detiene la actividad y se procede a explicar a los que habían estado fuera que sus compañeros los ignoraron a solicitud del terapeuta.

DESARROLLO DEL TEMA CENTRAL

Con la actividad anterior se demuestra la importancia de las habilidades sociales. De forma conjunta, los niños harán una lista de lo que les molestó de la conducta de su compañero que los ignoraba.

Hacer énfasis en la importancia de mantener contacto visual, sonreír al saludar, actitud corporal (atenta y comprometida), volumen de voz adecuado, dar las gracias, decir por favor, pedir disculpas y despedirse, mantener la conversación con preguntas, cambios de tema, pedir ayuda. Luego, todos tomarán una pareja y dramatizarán las conductas antes mencionadas, propiciando así un diálogo respetuoso y adecuado.

Permitir un momento de juego libre y cada vez que el terapeuta observe una conducta socialmente competente felicita al niño y le da una botoneta pequeña.

Al terminar el juego libre, se explica a los niños que además de ellos, es importante que al momento de relacionarnos con otros sepamos identificar emociones propias para saber controlarlas y las de los demás para poder ayudarlos. Para la práctica de ello, el terapeuta esconde alrededor de la clínica recortes o dibujos de distintas emociones. Los niños deben de buscarlos y luego sentarse en un círculo. Cuando ya están listos se les pide que digan el nombre de la emoción y una situación en la que nos podemos sentir así. En grupo discutir qué se puede hacer al momento de sentir dicha emoción y uno a uno comparten cómo pueden expresar esa emoción de forma positiva. Por ejemplo: si estoy enojado puedo decir "lo que hiciste me enojó y en este momento no estoy listo para hablarte, necesito tiempo para estar solo y lo platicamos después".

Hacerlo así con todas las emociones. Pueden tomar títeres o muñecos para demostrar las formas adecuadas de expresar las diversas emociones.

REFLEXIÓN GRUPAL

Preguntarle a los niños qué piensan de las habilidades sociales, pedirles que comenten cuáles aplicaban y cuáles creen que son más importantes. Compartir de qué manera pueden aplicarlo en casa, colegio y otros ámbitos.

Terminar la reflexión con una técnica de respiración profunda.

REFLEXIÓN INDIVIDUAL

Pedirle a los niños que copien en su cuaderno la lista de habilidades que se requieren para tener mejores relaciones con otros. Además, hacer dibujos o pegar recortes de diversas emociones y escribir la forma adecuada de expresarlas.

En compañía del terapeuta se reflexiona sobre cómo vive el niño las habilidades sociales y cómo cree que se aplican (o no se aplican) en casa. La tarea consiste en observar las conductas de otras personas durante la semana y calificarlos de acuerdo a la habilidades sociales que presenten.

REFACCIÓN

A cargo de uno de los niños. Pedirle que reparta la comida a sus compañeros.

ESPIONAJE SOCIAL



	Qué están haciendo bien	Qué pueden mejorar
En la mesa		
En la sala familiar		
En la clase		
En un grupo de amigos		



SESIÓN 13

LA CARRERA POR LA VÍA LÁCTEA

BIENVENIDA

Los compañeros se toman de los brazos, formando una “cadena” circular. A cada uno se le asigna un animal en secreto. El terapeuta inventa una historia e indica que cada vez que mencione el nombre del animal que le asignó, el niño deberá dejarse caer con todo su peso tratando de romper la cadena. La historia mezcla los nombres de los animales y termina nombrándolos a todos para que de esa forma, todos terminen agachados.

Luego uno a uno comenta cómo se siente en una escala de uno a diez.

REVISIÓN DE TAREAS

De forma voluntaria comparten qué pudieron observar de las personas a su alrededor en relación al uso de habilidades sociales. El grupo comenta en qué forma podrían mejorar.

DESARROLLO DEL TEMA CENTRAL

Por parejas y atados por la cintura con una lana, los niños realizan un recorrido lleno de obstáculos alrededor de la clínica. Al finalizar, la pareja ganadora se lleva un dulce. Se discute sobre la forma en que lograron ganar, qué le pasó a los otros que no lo consiguieron, cómo aplican esas técnicas a conflictos de la vida real. De forma general se discute de qué forma se pueden solucionar conflictos y se hace una lista al respecto.

DESARROLLO DEL TEMA CENTRAL

Hacer ver a los niños que cada día aparecen problemas diferentes y que ante ellos debemos pensar en las diferentes formas mediante las cuales podemos abordarlo y a continuación decidir qué vamos a hacer o decidir.

Pedirle a los niños que hagan dos grupos. El grupo A le pondrá un problema al grupo B y viceversa. Estos deberán hablar en el grupo y presentar una forma en la que pueden solucionar el problema que se les asignó. Al terminar, se les pide que compartan qué tomaron en cuenta para llegar a dicha solución.

Se comenta que a veces actuamos de acuerdo a lo primero que pensamos, pero que es importante detenerse a pensar en las consecuencias.

Pedirle a cada niño que escriba en una tarjeta un problema que esté enfrentando actualmente. Todos los depositarán en una caja. El terapeuta va sacando uno a uno y en grupo se comentan posibles soluciones. Se crea un cuadro con las soluciones, las posibles consecuencias positivas y las negativas. Para cada solución que brinden, deberán plantearse las consecuencias. Posteriormente, analizarán cuál de todas es la mejor solución.

Luego, se realiza una entrevista. Los niños toman el papel de entrevistadores. Eligen otro problema que pueden estar viviendo o que pueda suceder en el futuro y van entrevistando a sus compañeros sobre las formas en las que ellos lo solucionarían. Por último dramatizan que forman parte de un noticiero y presentan al grupo las respuestas que les dieron y la que eligieron como la más adecuada y por qué.

Por último, haciendo uso de material reciclable, los niños elaborarán un pequeño libro de Problemas y Soluciones. En una página escribe un problema y en las páginas siguientes posibles soluciones. Hacen un libro por problema, el cual pueden consultar en momentos que sea necesario.

REFLEXIÓN GRUPAL

Entre todos recapitulan lo aprendido dentro de la sesión. Se toman un momento para agradecer a sus compañeros por las sugerencias y soluciones aportadas. Se puede profundizar sobre algún problema en específico que tengan en común, como el abuso sexual.

Se termina realizando un ejercicio de liberación emocional, realizando acupresión en los puntos aprendidos en la sesión 3.

REFLEXIÓN INDIVIDUAL

Escriben en sus cuadernos lo aprendido durante la sesión. El terapeuta discute los problemas personales que cada uno de los niños aportó a lo largo de la sesión y orienta sobre cómo solucionarlos. De forma individual se le da a cada niño un semáforo con las palabras "párate" en el rojo, "planifica" en el amarillo y "actúa" en el verde. Se le pide que en el rojo escriba cuál es el problema, en el amarillo cuál es la solución y en el verde cuándo lo va a llevar a la práctica.

La tarea consiste en identificar un problema durante la semana y resolverlo. Los niños debe realizar un semáforo como el que se les entregó y presentarlo.

REFACCIÓN

A cargo de un niño. Pedirle que la reparta a sus compañeros.



SESIÓN 14

DE ESTRELLA A ESTRELLA

BIENVENIDA

El terapeuta reparte a cada niño una hoja con un círculo negro en el centro. Se les da dos minutos y se les pide que a partir de ese círculo deberán crear un dibujo. Luego, cada uno expondrá su trabajo.

Nombrar la emoción que sienten en una escala de uno a diez.

REVISIÓN DE TAREAS

Pedirle a los niños que de forma voluntaria expongan el semáforo que realizaron. De forma grupal discutir qué otra solución se pudo haber llevado a cabo o qué hubieran hecho en el lugar del niño que presentó.

DESARROLLO DEL TEMA CENTRAL

Introducir el tema preguntando a los niños sobre qué entienden por frustración. Se puede hacer por medio de una autoevaluación. Darles una hoja y pedirles que escriban ¿cómo se siente cuando algo no les salen cómo esperan? ¿qué hacen en ese momento? ¿piden ayuda? ¿siguen intentándolo? ¿en dónde sienten la sensación? ¿les gusta? ¿qué les hace hacer?

Hablarles sobre el hecho de que a veces, cuando las cosas no salen como queremos podemos tener dos puntos de vista, uno que nos hace lamentarnos pero volver a intentarlo y otro en el que no podemos ver la solución y nos damos por vencido ante la primera dificultad.

DESARROLLO DEL TEMA CENTRAL

Enseñarles la técnica de "para, piensa y actúa". Para hacerlo más vivencial se les pide que bailen al ritmo de una canción. Al cabo de diez segundos deberán gritar "para", luego gritan "piensa" y pensar de qué forma continuarán bailando y luego, cuando la música vuelva a empezar, decir "actúa" y ejecutar el plan. Llevar a cabo la actividad durante varias canciones hasta notar que los niños han interiorizado la técnica.

Luego el terapeuta leerá cuentos clásicos como "El Gato con Botas", "La hormiga y el saltamontes", "Alí Baba", entre otros. Se les pide a los niños que cuando identifiquen momentos con algún tipo de complicación, deberán decirle al terapeuta "para", éste se detendrá y ellos escribirán una forma de resolver el problema en una tarjeta como parte del "piensa" y luego reanudan el relato diciendo "actúa".

Al final de cada cuento los niños comparten las soluciones que identificaron para el problema que escucharon.

REFLEXIÓN GRUPAL

Se le pide a los niños que compartan de forma voluntaria situaciones que los hacen sentir frustrados y en las que pueden aplicar la técnica de "para, piensa y actúa". Entre todos aportan ideas y otras formas de sobrellevar las situaciones frustrantes. Terminarán con una imaginación guiada en la que el terapeuta los llevará a imaginar la situación frustrante y ellos deberán imaginarse poniendo en práctica la técnica aprendida.

REFLEXIÓN INDIVIDUAL

Pedirles que escriban en su cuaderno situaciones en las que creen pueden sentirse frustrados. De forma individual el terapeuta indaga sobre momentos o personas que incrementan la frustración y la forma en la que el niño la maneja. Pedirles que se dibujen llevando a cabo la técnica de "para, piensa y actúa".

No se dejará tarea.

REFACCIÓN

A cargo de uno de los niños. Pedirle que reparta a sus compañeros.

SESIÓN 15

SUPERNOVA

BIENVENIDA

Se decora la clínica con globos y serpentina. A los niños se les indica que el día de hoy estamos de fiesta y se les da gorritos de cumpleaños, collares de colores y accesorios divertidos. Se pone música de fiesta y los niños bailan libremente. Luego uno a uno comenta cómo se siente en una escala de uno a diez.

REVISIÓN DE TAREAS

No se dejó tarea por ser hoy la última sesión.

DESARROLLO DEL TEMA CENTRAL

Dentro de una bolsa, el terapeuta tiene un papelito con el nombre de cada tema aprendido a lo largo de las sesiones. Los niños toman uno y hacen uso del material que deseen para preparar una forma ingeniosa de transmitir lo que aprendió al respecto. Se procede a que cada niño presente sobre el tema asignado y al terminar, cada uno de los oyentes complemente lo expuesto con otra idea, sugerencia o comentario.

Los niños ayudan a decorar la clínica como si fuera una pasarela y se disfrazan de la forma que deseen, ya sea con disfraces o con material de desecho. Se realiza una ceremonia de entrega de diplomas en la que el terapeuta los llama uno a uno y los niños pasan al frente por él mientras el resto del grupo aplaude.

REFLEXIÓN GRUPAL

Uno a uno, los niños dirigen unas palabras de agradecimiento a sus demás compañeros y al terapeuta. Además aportan sobre qué aprendieron a lo largo del programa. De forma conjunta se realiza un FODA de la experiencia y se les motiva a trabajar en lo que aún creen que necesitan trabajar.

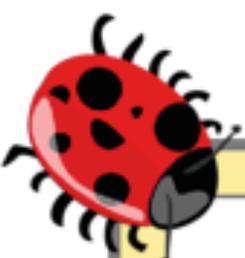
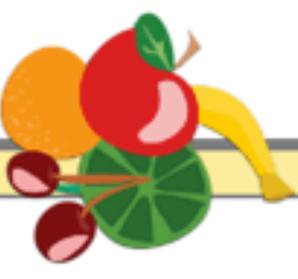
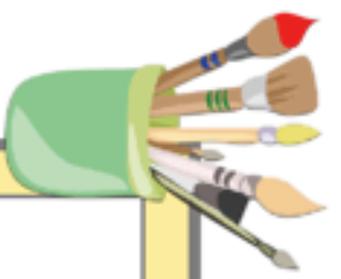
REFLEXIÓN INDIVIDUAL

Durante este momento, se pide a los niños que peguen su diploma en el cuaderno y pueden escribir una conclusión de todo lo trabajado. Posteriormente los niños intercambian cuadernos para escribirse mensajes de despedida o palabras de ánimo a cada uno de sus compañeros.

El terapeuta en este momento, dirige a cada uno de ellos unas palabras de despedida haciéndoles ver sus avances y motivándolos a seguir adelante.

REFACCIÓN

A cargo del terapeuta. Incluye pastel de despedida.



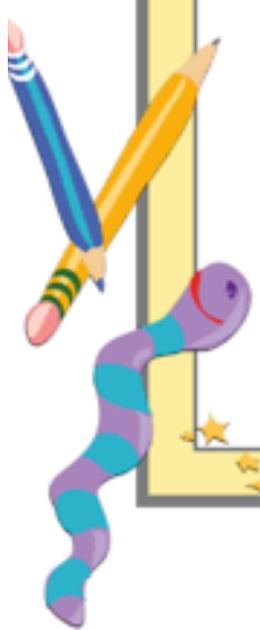
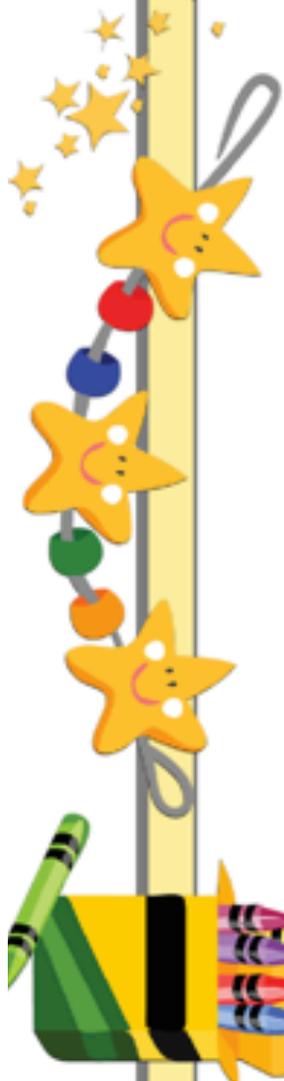
DIPLOMA

de reconocimiento a:

Por haber alcanzado la meta de brillar
como una estrella.

Firma

Fecha



NOTA DE LA AUTORA

El presente programa constituye una herramienta de tratamiento que puede ser utilizada por cualquier terapeuta, independientemente de la corriente psicológica en la que se desempeña.

Las sesiones y actividades aquí contenidas son flexibles y pueden ser modificadas de acuerdo a las necesidades del grupo o de cada paciente.

No se debe considerar éste programa como la única herramienta necesaria para el trabajo psicológico del abuso sexual infantil. Es posible que terminadas las 15 sesiones que aquí se proponen, el paciente aún no haya alcanzado la integración del trauma. En dicha situación, el terapeuta tiene la responsabilidad de hacer uso de otro tipo de estrategias y técnicas para asegurar el bienestar integral del paciente.



AGRADECIMIENTOS

Muchas gracias a todas las personas involucradas en la realización de éste programa.

Licenciado César López quien motivó éste proyecto y me guió a lo largo del proceso.

A mi casa de estudios, Universidad Rafael Landívar y todos los catedráticos que me enseñaron sobre diversos temas a lo largo de la carrera; enseñanza que se ve reflejada en éste programa.

A mis padres, Juventino Gálvez y Magaly Soto, por ser ejemplo de profesionales y por todo el apoyo brindado.

A Rafael Hernández por su paciencia y motivación constante. Gracias por ser ejemplo de perseverancia.

BIBLOGRAFÍA

Aguilar, G., Peter, M. y Aragón, L. (2014). *Desarrollo de Habilidades Sociales en niños y adolescentes*. México: Trillas.

Bannister, A. (2012). *Terapias creativas con niños traumatizados*. Argentina: Lumen.

Batres, G. (1997). *Del ultraje a la esperanza. Tratamiento de las secuelas del incesto*. Costa Rica: ILANUD.

Cantón, J. y Cartés, M. (2004). *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Madrid, España: Siglo Veintiuno de España Editores.

Comisión Nacional Contra el Maltrato Infantil (2010). *Modelos de Atención con Enfoque de Derechos para niños, niñas y adolescentes maltratados y abusados sexualmente*. Recuperado de:
<http://www.conacmi.org/PDF/Libro%20MODELOS%20DE%20ATENCIÓN.pdf>

Cuenca, C. (s.f.). *Una introducción a la psicoterapia integrativa*. Recuperado de:
<http://www.cintrapsicologia-bcn.com/wp-content/uploads/2012/09/Una-introducción-a-la-Psicoterapia-Integrativa-Carmen-Cuenca.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2011). *Guía clínica de atención a niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual*. Chile: UNICEF.

Instituto Madrileño del menor y la infancia. (s.f.). *Atención Abuso Sexual Infantil*. España: Instituto Madrileño del menor y la infancia.

Instituto de Psicoterapia Integrativa (s.f.). *¿Qué es la psicoterapia integrativa?* Recuperado de:
<http://www.integrativetherapy.com/es/integrative-psychotherapy.php>

Kaslow, N. y Tenenbaum, R. (1984). Attributional Style ad Depressive Symptoms among children. *Journal of abnormal Psychology*, 93, 235-238.

Oblitas, S. (2014). *Psicoterapia Integrativa*. Recuperado de: <http://ols.uas.mx/a/pdf-uams/Congreso-Academico/Breve-resumen-sobre-Psicologia-Integrativa.pdf>

Pereda, N. (2009). Consecuencias Psicológicas Iniciales del Abuso Sexual Infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30, 135-144.

Pérez, A. y Mauriz, A. (1996). *Métodos de una Psicoterapia Integrativa*. Recuperado de:
<http://www.institutobios.es/pdf/Metodos-de-PI.pdf>

Petrzelová, J. (2013). *El abuso sexual de menores y el silencio que los rodea*. España: Plaza y Valdés Editores.

Portillo, R. (s.f.). *Tratamiento psicológico de niños víctimas de abuso sexual*. Recuperado de: http://www.juntadeandalucia.es/averroes/eoe_malaga_centro/Documentos/abuso.pdf

Save the Children (2012). *Violencia Sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Guía de material básico para la formación de profesionales*. España: Save the Children España.

Velázquez, M., Delgadillo, L. y González, L. (2012). Abuso sexual infantil, técnicas básicas para su atención. *Revista Reflexiones*. Recuperado de: https://www.google.com.gt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAAahUKEwj5t_32zv_HAhWGk4AKHaoxCvQ&url=http%3A%2F%2Frevistas.ucr.ac.cr%2Findex.php%2Freflexiones%2Farticle%2Fdownload%2F8831%2F8313&usg=AFQjCNHqe4jU CyhvoZsEsko0z2GmdSV7RQ

Zamora, M. (s.f.). *Enfoque Integrativo*. Recuperado de: <http://www.antarayame.com/enfoque-integrativo.php>

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Alonso (1995) entiende el abuso sexual infantil como el acto en el que se ven implicados niños y adolescentes en actividades de carácter sexual que no comprenden, para las que no están preparados y ante las cuales no pueden dar su consentimiento. Ante ello, existen intervenciones de diferente tipo como la punitiva, protectora legal, terapéutica, entre otras.

Al momento de hablar de intervención psicológica, Furniss, citado por Cantón y Cortés (2004), establece que los objetivos que se deben perseguir son los de estabilizar las actividades diarias del niño, reducir factores que producen estrés, ayudar a la víctima a asumir y adaptarse a los distintos cambios y superar sentimientos negativos como la culpa o vergüenza. Este fue uno de los principales hallazgos al realizar la revisión bibliográfica, dentro de la cual se encontró que la mayoría de autores considera que el tratamiento debe estar enfocado al desarrollo del autodomínio del niño, el mejorar su confianza en otros por medio de la integración y resolución de aquellas experiencias que hayan podido afectar su desarrollo y reintegrarlo a una sociedad que requiere de él ciertas habilidades como lo son el vincularse afectivamente, poseer autonomía, sentimientos de seguridad, capacidad de elección, asertividad, entre otras.

Para ello, Alonso (1995) establece que es importante prestar atención a los indicadores que sugieran la existencia de un posible abuso sexual. Dicha condición es llevada a cabo por diversos autores por medio de las entrevistas iniciales y de evaluación que se tienen con niños cuyo abuso no ha sido confirmado o acaba de ser revelado. A lo largo de varias sesiones, el terapeuta debe poner en práctica sus habilidades y mostrarse receptivo ante cualquier mensaje verbal o no verbal que pueda indicar la presencia de un abuso sexual. Autores como Petrzelová (2013) considera la entrevista psicológica, junto con la observación, como el medio fundamental de valoración de los abusos sexuales a menores.

A partir de la evaluación fue evidente que los teóricos y los diversos autores de los libros consultados, catalogan de suma importancia el tratamiento del niño y su bienestar. No existe un consenso sobre cuál es el mejor enfoque para abordar dicha problemática pero hay una diversidad de autores que optan por las terapias lúdicas que incluyen el juego como el medio fundamental para la expresión del niño.

En la teoría se considera importante hacer uso de tratamiento farmacológico aunado al tratamiento psicológico, sin embargo dicha consideración no es compartida por los autores consultados. Estos establecen que el niño es capaz de dar significado a su experiencia dentro de un ambiente terapéutico que le permita expresarse por diversos medios y que lo lleve a entender la situación vivida.

Dentro del programa de tratamiento propuesto, se hace uso de un enfoque integrativo. Watson (2007), como se citó en Vallejo y Córdoba (2012), establece que en ocasiones se puede hacer uso de enfoques eclécticos, cuyas técnicas proceden de diferentes orientaciones teóricas. En ocasiones, el eclecticismo y el integracionismo suelen confundirse sin considerar que no son lo mismo. El integracionismo es un enfoque en el cual, de acuerdo a Zamora (s.f.), existe flexibilidad para integrar diferentes modelos psicológicos y para llevar a cabo distintos tipos de terapia en cada paciente, en distintas fases de su vida y ante diferentes problemas. Sin embargo, el procedimiento no es simplemente implementar cualquier técnica, sino que la elección de la misma se cimienta en modelos teóricos y proviene de la revisión de investigaciones psicoterapéuticas. Eso, fue lo que se buscó al momento de revisar las propuestas de diversos autores previo a la propuesta de un nuevo programa para el tratamiento del abuso sexual.

Si bien existe una diversidad de autores que aportan al respecto del abuso sexual infantil, aún no existe un consenso sobre cómo definirlo, identificarlo, evaluarlo y tratarlo. Hasta el momento la mayoría del trabajo se ha realizado enfocado a la prevención de dicho problema, pero son pocos los autores que proponen cómo debe ser tratado.

VI. CONCLUSIONES

De acuerdo con los objetivos que se plantearon al inicio de la presente investigación, los resultados obtenidos y la propuesta realizada, se consideran las siguientes conclusiones:

1. El abuso sexual infantil es una realidad para un gran número de niños alrededor del mundo, que implica una serie de consecuencias a nivel emocional, cognitivo, social, funcional y conductual; y que debe ser abordado no sólo desde el ámbito legal, sino también desde el terapéutico.
2. Dentro de los programas de tratamiento existentes se hace especial énfasis en las estrategias y técnicas a utilizar dentro de la sesión, el papel que el terapeuta debe desempeñar, las distintas modalidades de terapia, los objetivos de la misma, la evaluación que debe aplicarse al menor y las personas que deben participar en la terapia. Con menor frecuencia se habla de la entrevista a padres y al niño, las áreas del ser humano a abordar dentro de la terapia, el enfoque terapéutico, las fases y duración del tratamiento, tiempo de cada sesión, alianza terapéutica y la transferencia y contratransferencia.
3. De forma general, existe una preferencia por tratar el abuso sexual infantil por medio de grupos homogéneos, por lo que la evaluación del niño toma un papel importante para determinar si éste reúne las características necesarias para formar parte del grupo. De igual forma se considera que no sólo la víctima de abuso sexual debe recibir tratamiento, sino también familiares cercanos del mismo. La mayoría de terapias se desarrollan a través de fases y las sesiones tienen lugar una vez a la semana. Las técnicas y estrategias son diversas sin embargo se recomienda el uso de terapia de juego y/o actividades de carácter lúdico al momento de tratar con niños.

4. De los componentes identificados toma especial importancia la evaluación, la cual no sólo debe ser de carácter físico sino también emocional, cognitivo y social. Además, es importante proponerse un objetivo de tratamiento e identificar con quiénes se trabajará, así como la modalidad del tratamiento a llevar a cabo. Todo terapeuta debe conocer sobre abuso sexual infantil y tener una serie de cualidades y habilidades que le permitirán trabajar de forma adecuada con las víctimas y familiares.

5. El Programa Supernova fue diseñado con el objetivo de abordar el abuso sexual infantil desde un enfoque integrativo, es decir, desde las diversas áreas del ser humano y se tomaron en cuenta técnicas propias de diversos enfoques cuya efectividad ha sido demostrada en éste tipo de problemas clínicos.

VII. RECOMENDACIONES

Al considerar el abuso sexual infantil como una problemática que se presenta en diversos ámbitos, clases sociales, relaciones familiares, entre otros; y que debe ser un problema que se aborde desde diversas perspectivas y por diversos actores sociales, se han planteado las siguientes recomendaciones:

1. Al Estado de Guatemala se recomienda aplicar la ley y promover entre la sociedad una actitud de denuncia ante hechos de este tipo, para garantizar seguridad y estabilidad familiar.
2. A las instituciones gubernamentales se les propone la creación de organizaciones destinadas a tratar a víctimas, familiares y victimarios desde un enfoque psicológico.
3. Como terapeuta es importante informarse sobre el abuso sexual infantil y las consecuencias a corto y largo plazo en las diversas áreas del ser humano, no solo para ser capaz de identificar los síntomas en los pacientes, sino también para establecer con facilidad una alianza terapéutica basada en la empatía.
4. Todo terapeuta debe hacer conciencia desde la psicología clínica de la frecuencia del abuso sexual dentro de la población infantil y promover una actitud de denuncia y comunicación al respecto del tema.
5. Es importante la prevención del abuso sexual, pero también lo es el tratamiento adecuado del mismo. Como psicólogos clínicos buscar crear espacios de atención para brindar a las víctimas atención personalizada y enfocada a su bienestar físico y psicológico.

6. Hoy en día, el abuso sexual aún es estigmatizado y censurado por la población en general debido a los mitos que prevalecen en la sociedad. Todo profesional debe informarse sobre dichas creencias alrededor del tema para llegar a conocer la realidad del mismo y ser capaz de transmitirla a otras personas.
7. Antes de iniciar con la implementación de un programa de tratamiento específico, el terapeuta debe informarse sobre el tema y sobre el programa en sí para llegar a conocerlo con profundidad y ser capaz de aplicarlo de forma más eficiente y beneficiosa para las diversas personas que asisten a tratamiento.
8. Se recomienda que futuros investigadores puedan usar el programa propuesto para validarlo y así poder determinar su eficacia.

VII. REFERENCIAS

- Alonso, J. (1995). *Abuso Sexual Infantil: un reto para todos los profesionales*. Recuperado de <http://www.alonsovarea.com/pdfs/asi.PDF>
- Angelou, M. (2008). *El abuso sexual en la Infancia*. Recuperado de: <http://facetahumana.com/fh01-abuso-sexual-en-la-infancia.html>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 5ta. ed.
- Azurdia, S. (2012). *Conocimiento de los estudiantes de cuarto año de psicología clínica de la Universidad Rafael Landívar sobre abuso sexual infantil*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Cantón, J. y Cortés, M. (2004). *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Madrid, España: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Comisión Nacional Contra el Maltrato Infantil (s.f.). *Modelos de Atención con Enfoque de Derechos para niños, niñas y adolescentes maltratados y abusados sexualmente*. Recuperado de: <http://www.conacmi.org/PDF/Libro%20MODELOS%20DE%20ATENCION.pdf>
- Echeburúa, E. y Guerricaecheverría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Psicología Conductual*, 19, 469-486.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2014). *Hidden un plain sight. A statistical analysis of violence against children*.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2009). Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro. *Desafíos*, 9, 4-9.
- Kuitca, M. (2000). Violencia Familiar y Abuso Sexual infanto-juvenil. *Psicoanálisis APdeBA*, 22, 345- 373.
- Levine, P. y Kline, M. (2007). *Trauma through a child's eye*. Berkley, California: North Atlantic Books.
- Llamas, Z. (2011). *Síndrome de acomodación en mujeres víctimas de abuso sexual en la infancia y en proceso de psicoterapia*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

- Maldonado, L. (2012). *Secuelas emocionales en adultos jóvenes abusados sexualmente en su infancia*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Myers, D. (2005). *Psicología Social*. México: Mcgraw-Hill.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia*.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *La violencia contra los niños puede y debe prevenirse*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr57/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*.
- Orizaga, C. (2011). *Tipos o clases de fichas bibliográficas*. Recuperado de: <http://bibliotecas.uan.mx/rincon/pdf/FICHAS.pdf>
- Ortega, E., Orgaz, B. y López, F. (2012). La conducta sexual infantil como indicador de abusos sexuales: los criterios y sesgos de los profesionales. *Psicotherma*, 24, 402-209.
- Pereda, N. (2009). Consecuencias Psicológicas Iniciales del Abuso Sexual Infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30, 135-144.
- Pereda, N., Polo, P. y Navales, N. (2004). Estudio descriptivo de víctimas de abuso sexual infantil. *Boletín Criminológico*, 76, 1-4.
- Petrzelová, J. (2013). *El abuso sexual de menores y el silencio que los rodea*. España: Plaza y Valdés Editores.
- Redondo, C. y Ortíz, M. (2005). El abuso sexual infantil. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*, 45, 3-16.
- Sánchez, J., Rosa, A. y López, C. (2011). *Tratamiento psicológico del abuso sexual en niños y adolescentes: un estudio meta-analítico*. Recuperado de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3339
- Save the Children (2012). *Violencia Sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Guía de material básico para la formación de profesionales*. España: Save the Children.
- Save the Children. (2004). *Informe sobre el Programa de Prevención y sensibilización del abuso sexual infantil*. España: Save the Children.

- Sechel, L. (2014). *Programa de prevención de violencia sexual en niños, niñas y adolescentes*. (Tesis de maestría). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Sinibaldi, J. (2014). *Violencia Familiar. Caleidoscopio de Miradas*. Guatemala: Cara Parens.
- Tello, J. (2004). *Propuesta de un programa para prevenir el abuso sexual e incesto*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Tobar, C. (2013). *Propuesta de un modelo de ludoteca infantil comunitaria para el desarrollo integral de la niñez*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Vicerrectoría Académica de la Universidad Estatal a Distancia. (2013). *Consideraciones técnico-pedagógicas en la construcción de listas de cotejo, escalas de calificación y matrices de valoración para la evaluación de los aprendizajes en la Universidad Estatal a Distancia*. San José, Costa Rica: UNED.
- Vallejo, A. y Córdoba, I. (2012). Abuso Sexual: tratamientos y atención. *Revista de Psicología*, 30. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-92472012000100002&script=sci_arttext
- Vitriol, V. (2005). Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43, 83-87.
- Zamora, M. (s.f.). *Enfoque Integrativo*. Recuperado de: <http://www.antarayame.com/enfoque-integrativo.php>
- Zeissig, E. (2006). *Reducción de los síntomas del trastorno por estrés postraumático, mediante la aplicación del tratamiento grupal de la Dra. Gioconda Batres, para el incesto y abuso sexual infantil, en niñas que actualmente residen en un centro de rehabilitación psicosocial*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

ANEXOS

Formato de Fichas Bibliográficas

- Para libros o revistas impresas

Nombre del libro/revista

Autor/es	
País	
Editorial	
Año	
Temas que se consultaron	

- Para libros o revistas consultadas en Internet

Nombre del libro/revista

Autor/es	
País	
Año	
Hipervínculo	
Temas que se consultaron	

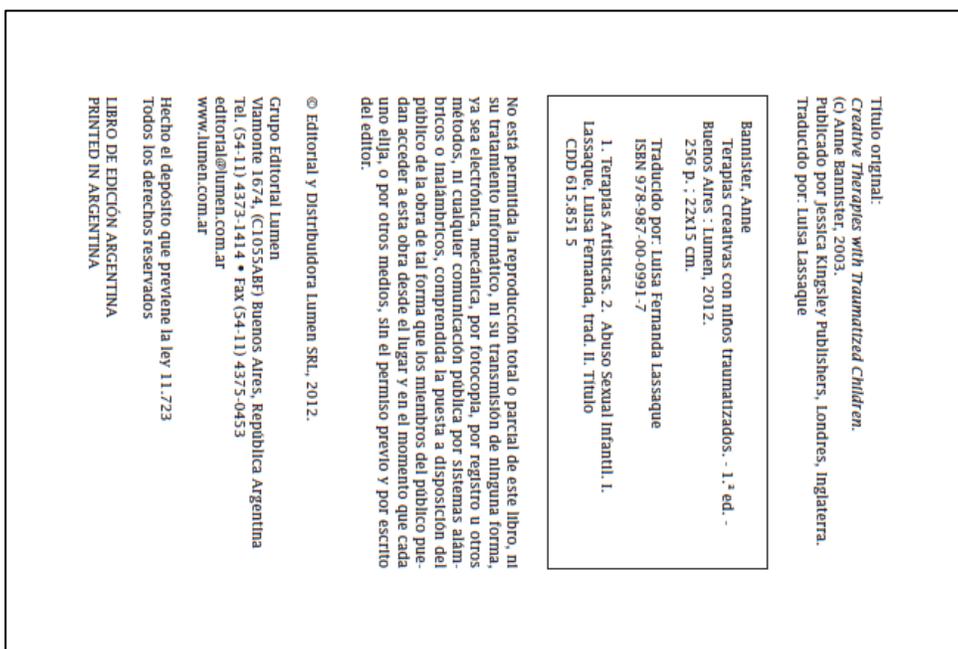
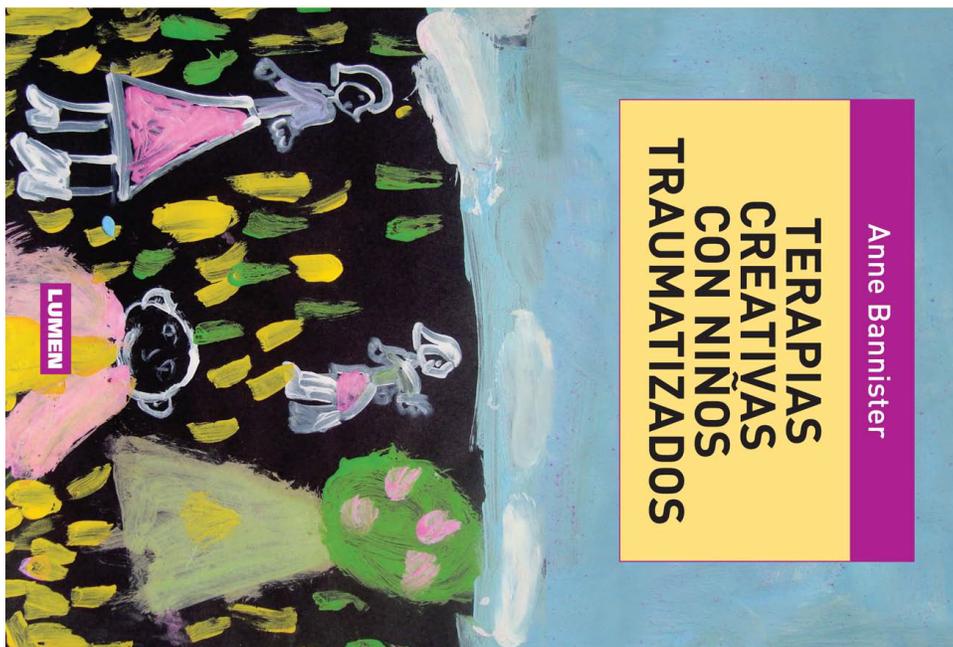
Lista de Cotejo

Tabla A

Autores	Componentes
Entrevista Inicial	Zárate
Encuadre	Velázquez, Delgadillo y González
Objetivos del tratamiento	UNICEF
Formas de terapia	Save the Children
Áreas del ser humano a abordar	Recinos
Enfoque Psicológico	Quezada, Neno y Luzoro
Personas que reciben el tratamiento	Pritchard y Sainsbury
Tiempo de tratamiento	Portillo
Duración de cada sesión	Petzelová
Estrategias y técnicas	Instituto Madrileño del menor y la Infancia
Papel del terapeuta	Herran
Alianza terapéutica	Echeburúa y Guerricaecheverría
Contratransferencia	CONACMI
	Cantón y Cortés
	Batres
	Bannister

3. Unidades de Análisis

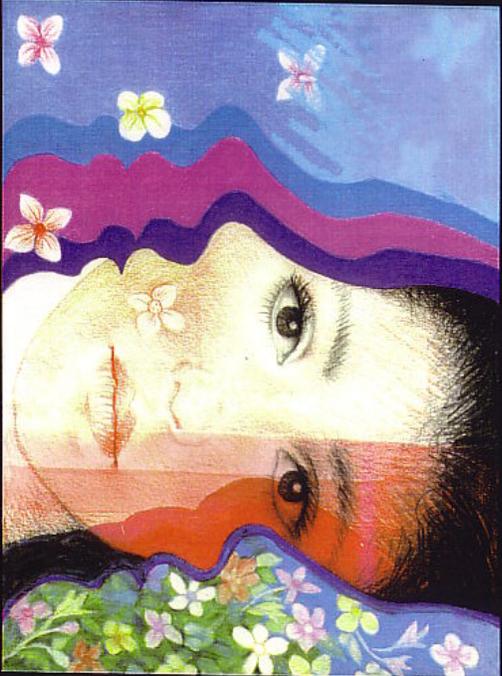
A continuación se incluyen las portadas y hoja editorial de los documentos consultados.





Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la Prevención
del Delito y Tratamiento del Delincuente
ILANUD

Del Ultraje a la Esperanza Tratamiento de las Secuelas del Incesto



Gioconda Baires Méndez

Diseño de la Portada:
Diseño Alternativo, S.A.

Ilustración de la Portada:
Grace Blanco

Diagramación Interna y Artes Finales:
Diseño Alternativo, S.A.

Supervisión Litográfica:
Diseño Alternativo, S.A.

Impresión:
Tranacolor, S.A.

Edición:
Ofelia Quirós y Ana Lucía Méndez
1ª edición

Patricia Blanco
2ª edición

Fotografía:
Irene Peña

Revisión de estilo:
Cecilia Acuña
1ª edición

Mauricio Meléndez
2ª edición

343.2
B31Ds
2. ed
Baires Méndez, Gioconda
Del ultraje a la esperanza. Tratamiento de las secuelas del incesto
/ Gioconda Baires Méndez. 2. ed., rev. - San José (Costa Rica):
ILANUD. Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Do-
méstica, 1997.
190 p.

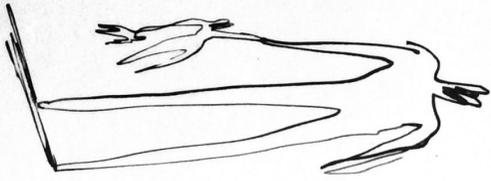
ISBN - 9977-25-101-0

I. MUJERES. II. INCESTO. III. TRAUMA. IV. ABUSO SEXUAL
INFANTIL. V. SECUÉLAS DEL INCESTO. VI. TERAPIA PARA
VICTIMAS DE INCESTO. VII. DESORDEN DE LA PERSONALIDAD
MÚLTIPLE. VIII. MADRES DE VICTIMAS DE INCESTO. IX. TRA-
TAMIENTO PARA SOBREVIVIENTES MASCULINOS. I. Título.

ESTA PUBLICACIÓN HA SIDO POSIBLE GRACIAS A LA COOPERACIÓN PARA
CENTROAMÉRICA DE LA EMBAJADA REAL DE LOS PAÍSES BAJOS

José Cantón Duarte
María Rosario Cortés Arboleda

Malos tratos y abuso sexual infantil



5ª edición



SIGLIO
VEINTIUNO
DE ESPAÑA
EDITORES

PSICOLOGÍA



siglo veintiuno de españa editores, s.a.

siglo veintiuno de argentina editores

Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento (ya sea gráfico, electrónico, óptico, químico, mecánico, fotocopia, etc.) y el almacenamiento o transmisión de sus contenidos en soportes magnéticos, sonoros, visuales o de cualquier otro tipo, sin permiso expreso del editor.

Primera edición, enero de 1997
Segunda edición, corregida, abril de 1998
Tercera edición, corregida, julio de 1999
Cuarta edición, abril de 2002
Quinta edición, marzo de 2004

© SIGLO XXI DE ESPAÑA EDITORES, S. A.
Príncipe de Vergara, 78, 28006 Madrid
www.sigloxeditores.com

© Los autores

DERECHOS RESERVADOS CONFORME A LA LEY

Impreso y hecho en España

Printed and made in Spain

Ilustración de cubierta: Sebastián García Schnetzer
Diseño de cubierta: Sebastián y Alejandro García Schnetzer

ISBN: 84-323-0948-6
Deposito legal: M. 10.490.2004

Fotocomposición: EICA, S. A.
Parque Industrial «Las Monjas»
28850 Torrelón de Ardoz (Madrid)
Impreso en COSAS ORCOVEN, S. L. Polígono Icarusa
Paracuellos de Jarama (Madrid)



Este documento fue publicado gracias al apoyo técnico y financiero de Plan Internacional, Plan Guatemala y Plan Japón.

Director de País

Lic. Ricardo Gómez Agnoli

Directora de Programas

Licda. Anabella Cerezo de García

Coordinador del Programa de Protección a la Niñez

Lic. José Campang Ch.

Créditos

Autoras

Licda. Vivian Rodríguez

Licda. Rosa María España

Licda. Perla de León

Coordinación

Mariana de del Águila

Gerente Operativo Anual

Mariana Eugenia Villareal

Asistente de Gerencia

Licda. Belia Rodas

Coordinadora Técnica

Diagramación

MAVS design

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LAS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL INTRAFAMILIAR: UN ENFOQUE INTEGRADOR

Enrique Echeburúa^{1, 2} y Cristina Guerricaechevarría¹

¹Universidad del País Vasco; ²Cibersam (España)

Resumen

El abuso sexual (AS) intrafamiliar es la forma más frecuente de victimización en la infancia. Los efectos del AS son variables y están mediados por diversos factores, algunos de ellos relacionados con el abuso, tales como su frecuencia, gravedad y duración, y otros asociados a la fase evolutiva del menor y al medio familiar. Hay pruebas de que la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es eficaz. El tratamiento cumple diversas funciones: la reducción de los síntomas, la comprensión del significado de la experiencia vivida, la prevención de nuevos abusos y la ayuda a la familia para expresar sus sentimientos, buscar apoyo y hacer frente a los problemas planteados. Se propone un enfoque integrador en el que se tiene en cuenta tanto a los menores como a los familiares. Hay también algunas sugerencias para el tratamiento según la edad de los menores y sobre cómo establecer la secuencia temporal del programa con las víctimas y los familiares. La investigación futura debería contar con grupos de control y seguimientos a largo plazo.

Palabras clave: *abuso sexual infantil intrafamiliar, tratamiento de los menores, tratamiento de la familia, enfoque terapéutico integrador.*

Abstract

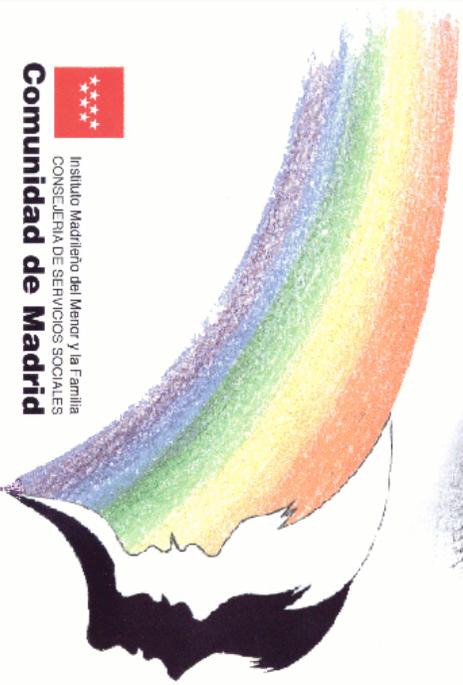
Intrafamily child sexual abuse (CSA) is the most common form of child victimization. The long-term effects of CSA vary from person to person and are modulated by different factors, some of them abuse related, such as its frequency, severity and duration, and some involving the child developmental stage and the surrounding milieu. Evidence is growing that trauma-focused cognitive-behavioral therapy is an effective treatment for sexually abused children. Treatment serves several functions including: the reduction and prevention of chronic trauma symptoms; developing and understanding of the meaning of the abusive event; helping family members express their feelings about the sexual abuse openly and exploring methods for coping and getting support. An integrative therapeutic approach

Correspondence: Enrique Echeburúa, Facultad de Psicología, Avda. de Tolosa, 70, 20018 San Sebastián (España). E-mail: enrique.echeburuas@ehu.es

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE NIÑOS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

Remedios Portillo Cárdenas
Equipo de Orientación Educativa
Málaga-Centro.
E-mail: remepc@tejelime.es

ATENCIÓN Abuso Sexual INFANTIL




Instituto Madrileño del Menor y la Familia
CONSEJERÍA DE SERVICIOS SOCIALES
Comunidad de Madrid

Atención al abuso sexual infantil

© José A. Díaz Huertas

Juan Casado Flores

Esperanza García García

Miguel Ángel Ruiz Díaz

Joaquín Esteban Gómez

DIRECTORES

Edita: INSTITUTO MADRILEÑO DEL MENOR Y LA FAMILIA
Consejería de Servicios Sociales

Portada: Román Redondo

Tirada: 1.500 ejemplares

Edición: 12/00

Depósito legal:

I.S.B.N.:

Imprime: B.O.C.M.

El abuso sexual de menores

Y el silencio que los rodea

Jana Petzelová



PLAZA Y VALDES
EDITORES

Primera edición: abril 2013

D. R. © Universidad Autónoma de Coahuila
Bulevard Venustiano Carranza
Colonia República, C.P. 25280, Saltillo, Coahuila

© Jana Petzelová

© Plaza y Valdes S. A. de C. V.
Manuel María Contreras 73, Colonia San Rafael
México, D. F. 06470, Teléfono: 5097 20 70
editorial@plazyvaldes.com
www.plazyvaldes.com

Plaza y Valdes Editores
Calle Murcia, 2, Colonia de los Ángeles
Pozuelo de Alarcón 28223, Madrid, España
Teléfono: 91 862 52 89
madrid@plazyvaldes.com
www.plazyvaldes.es

ISBN 978-607-402-599-6 (Plaza y Valdes)
ISBN 978-607-506-118-4 (Universidad Autónoma de Coahuila)

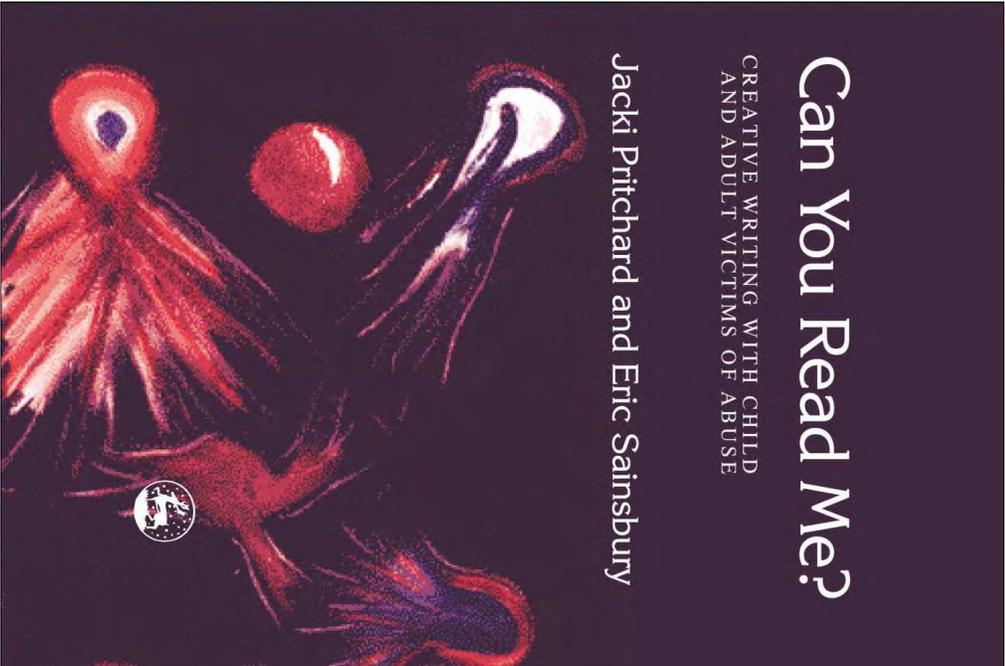
Corrección de estilo: José Luis Castañón Aguilar
Formación tipográfica: Aldo Gutiérrez de la Cruz
Elaboración de portada: Elizabeth Mercado León

Impreso en México / Printed in Mexico

Can You Read Me?

CREATIVE WRITING WITH CHILD
AND ADULT VICTIMS OF ABUSE

Jacki Pritchard and Eric Sainsbury



of related interest

**Support Groups for Older People Who Have Been Abused
Beyond Existing**

Jacki Pritchard
ISBN 1 84310 102 5

**Male Victims of Elder Abuse
Their Experiences and Needs**

Jacki Pritchard
ISBN 1 85302 999 8

**Becoming a Trainer in Adult Abuse Work
A Practical Guide**

Jacki Pritchard
ISBN 1 85302 913 0

**The Therapeutic Potential of Creative Writing
Writing Myself**

Gillie Bolton
ISBN 1 85302 599 2

Creative Writing in Health and Social Care
Edited by Fiona Sampson

ISBN 1 84310 136 X

Creative Therapies with Traumatized Children
Anne Bannister

ISBN 1 84310 155 6

**Narrative Approaches to Working with Adult Male
Survivors of Child Sexual Abuse**

The Clients', the Counsellor's and the Researcher's Story
Kim Etherington

ISBN 1 85302 818 5

Writing My Way Through Cancer
Myra Schneider

ISBN 1 84310 113 0

ABUSO SEXUAL INFANTIL

¿CÓMO CONVERSAR CON LOS NIÑOS?



Vaneza Quezada, Ricardo Neno, Jorge Luzoro

Ediciones de la Universidad Internacional SEK

© Vaneza Quezada, Jorge Luzoro, Ricardo Neno, Alejandra Insuza
1ª Edición

© Universidad Internacional SEK
Ediciones de la Universidad Internacional SEK
ISBN: 956-7137-73-0

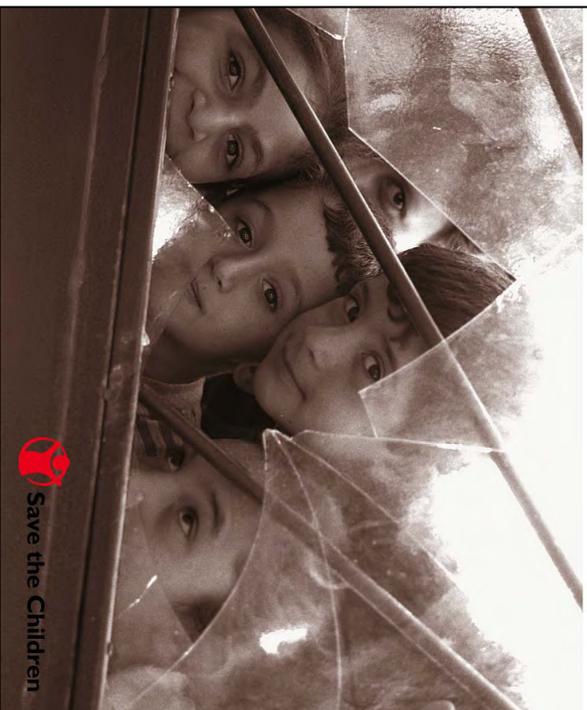
Concepto y textos: Vaneza Quezada, Jorge Luzoro (Psicólogos), Ricardo Neno (Pentodista),
Ilustraciones y diagramación: Alejandra Insuza (Licenciada en Artes).

Programa de Prevención de Violencias Domésticas
Facultad de Ciencias Sociales con el auspicio de Fundación Ford
www.uisek.cl/prevencionviolencia/

Av. José Artista 10.000, Peñalolén
Teléfono: (56-2) 380 55 00
Santiago de Chile
Noviembre de 2006

Una experiencia de buena práctica en intervención sobre el abuso sexual infantil

Advocacy: construcción de redes y formación



Una experiencia de buena práctica en intervención sobre el abuso sexual infantil:

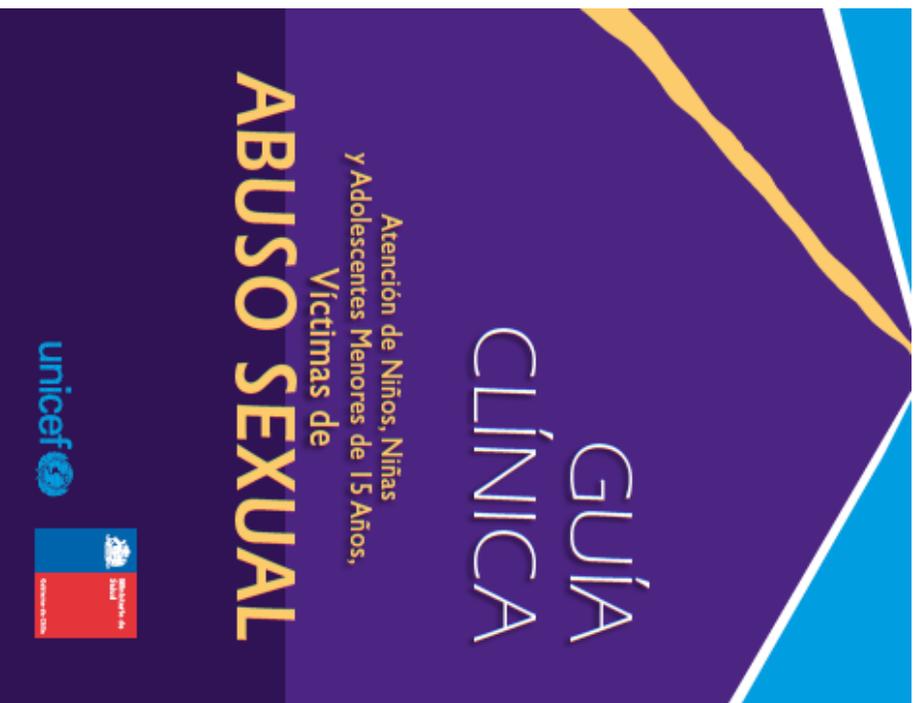
Advocacy: construcción de redes y formación



Informe sobre el Programa de Prevención y sensibilización del abuso sexual infantil (1998 – 2004)
Save the Children España

José Manuel Alonso Vares
Consultor en bienestar, salud y organizaciones:
josem@alonsovares.com

Pepa Horno Golecocha
Departamento de Promoción y Protección de los Derechos de la Infancia
Save the Children
pepa@save-the-children.es



GUÍA CLÍNICA
Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años,
Víctimas de Abuso Sexual

© Ministerio de Salud de Chile

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF

Todos los derechos reservados.
Este material puede ser reproducido total o parcialmente
para fines de difusión y capacitación. Prohibida su venta.

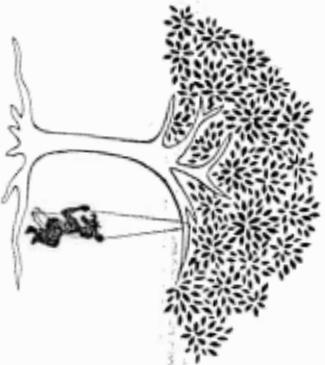
Registro de Propiedad Intelectual: 978-956-8823-97-9
ISBN: 978-92-806-4595-8

Edición: Carolina Silva Gallinato
Diseño: Mónica Widyocovich
Impresión: Andros Impresores

Santiago, julio de 2011

Esta publicación está disponible en www.minsal.cl y www.unicef.cl

Terapia grupal para niñas y niños víctimas de abuso sexual e incesto. Manual para facilitadoras



Ruby Zárate Carrizo



364.153

Z18-1

Zárate Carrizo, Ruby

Terapia grupal para niñas de abuso sexual e incesto. Manual para facilitadoras. / Ruby Zárate Carrizo. -- 1. ed. -- San José, C. R. : Ediciones Ser y Crecer, 1993. 66 p. ; 21 cm. -- (Colección Manuales)

ISBN 9968-709-03-04

1. Terapéutica. 2. Trabajo Social con Niños. 3. Incesto - Aspectos Psicológicos. 4. Abuso del Niño. I. Título.

1era. Edición: Año 1993.

Reservados todos los derechos.

Hecho el depósito de Ley.

Portada: Valeria Varas

Encargada de edición: Ruby Zárate

Levantado de texto: Lidiette Solano

ABUSO SEXUAL INFANTIL, TÉCNICAS BÁSICAS PARA SU ATENCIÓN CHILD SEXUAL ABUSE, BASIC TECHNIQUES FOR ITS ATTENTION

Margarita Velázquez Velázquez¹
mvelazq2@uaemex.mx

Leonor Gpe. Delgado Guzmán²
delgadoleonor@gmail.com

Leonor González Villanueva³
lgonzalez@uaemex.mx

Fecha de recepción: 12 abril 2012 - Fecha de aceptación: 28 junio 2012

Resumen

El presente trabajo tiene por objetivo proponer técnicas diagnósticas para el abuso sexual infantil, además de analizar que se nota de una situación de riesgo para muchos niños(as). Independientemente de la estructura familiar que tienen, estos casos son de difícil manejo psicoterapéutico y jurídico, su dificultad exige una intervención desde la psicología que de respuesta lo más precisa posible sobre la presencia o no del abuso, de sus efectos y salidas de reparación sobre la víctima. En ese sentido, se presentan técnicas de juego cuya finalidad es dar cuenta de los signos y síntomas sobre la condición que tiene el niño(a) abusado sexualmente.
Palabras clave: abuso sexual infantil, técnicas de juego

Abstract

The present work aims to propose diagnostic techniques for child sexual abuse, and to analyze it as a risky situation for many children regardless of family structure they have, these cases are difficult to manage psychotherapeutic and legally, their difficulty requires psychology intervention, which gives the most accurate answer about the presence or absence of abuse, effects and repair about some solutions on the victim. In this sense, it presents play strategies whose finality is to account for the signs and symptoms of the condition the sexually abused child.
Key words: child sexual abuse, play strategies

1. Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM).
2. Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM).
3. Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM).