



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
PSICOLOGÍA

**ALTERNATIVAS DE PSICOTERAPIA PARA CASOS DE  
EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL INFANTIL**

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

**MARÍA GUADALUPE RIVERA ESCAMILLA**

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: ESP. JOSÉ JUAN BAUTISTA BUTRÓN

COMITE: MTRO. PEDRO VARGAS ÁVALOS

LIC. RAÚL GARCÍA HERNÁNDEZ

LIC. PATRICIA BAÑUELOS LAGUNES

DR. JUANA BENGOA GONZÁLEZ



MÉXICO, D.F.

JUNIO 2015



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## **Agradecimientos y dedicatoria**

### **Dios Padre, Dios Hijo y Dios Espíritu Santo.**

Por su amor, misericordia, vida y por todo lo que me ha dado a lo largo ella y a la Virgen de Guadalupe por su amor, presencia y ayuda.

### **A mis padres.**

Por su amor, presencia, ejemplo de constancia, dedicación, entrega, fortaleza, esperanza, alegría y por el apoyo que me han dado.

### **A mis hermanos.**

Por su amor, paciencia, amistad, alegría, consejo y apoyo.

### **A mis mentores.**

Mis Padres, José María Iguíniz González M. Sp. S. q.e.p.d., Vicente Martínez Vázquez q.e.p.d., Sor Lucia Avantagiano, Martha Mejía Cantú, María Auxiliadora de la Torre Gutiérrez, Ledia Castañares, Pbro. Eduardo Fernández Vela, Felipe de Jesús Romero Morales M. Sp. S., Gabriel Ledezma Uribe M. Sp. S., Máximo Gutiérrez García M. Sp. S., Luis Ruíz M. Sp. S., Ricardo Garfias Campos, Francisco Sánchez Fuentes, Armando Alfaro Prado, amigos y hermanos que han dejado en mi aprendizajes significativos y profundos; han mejorado mi vida, ayudándome a sopesar el auténtico valor del ser humano y a trabajar constantemente para ser una mujer integral e integrada y desarrollar una conciencia social para colaborar en la construcción de un México más humano y consciente y a los Psicólogos y maestros José Juan Bautista Butrón, Patricia Bañuelos Lagunes, Juana Bengoa González, Pedro Vargas Ávalos y Raúl García Hernández por su apoyo en la realización de este proyecto.

### **A todos mis amigos.**

Por su amistad, apoyo, consejo, paciencia, porque me han acompañado y me han permitido acompañarles.

### **Dedico este trabajo.**

A mis familia, a las personas que han vivido algún tipo de agresión sexual, a los profesionales que trabajan con esta población y a las personas que han vivido situaciones menos, menos fáciles y que gracias a ellas o a pesar de ellas hoy son personas íntegras.

## **Alterativas de psicoterapia para casos de explotación sexual comercial infantil**

Introducción .....	1
<b>1. Estadísticas y antecedentes de la Explotación Sexual Comercial Infantil</b>	
1.1 Estadísticas de la explotación sexual comercial infantil.....	4
1.2 Antecedentes de la explotación sexual comercial infantil en México.....	6
<b>2. Evaluación psicológica para casos de ESCI</b>	
2.1 Evaluación.....	10
2.2 Métodos, técnicas e instrumentos de evaluación.....	10
2.3 Trastorno por estrés postraumático como efecto de la agresión.....	14
<b>3. Dinámica de la trata de personas con fines sexuales</b>	
3.1 Etapas de la trata de personas con fines sexuales.....	15
3.2 Factores de riesgo y vulnerabilidad.....	20
<b>4 Efectos a corto y largo plazo de la explotación sexual comercial infantil</b>	
4.1 Factores que influyen en los efectos antes, durante y después de la explotación.....	23
4.2 Modelos sobre los efectos de las agresiones sexuales.....	25
4.3 Efectos a corto y largo plazo.....	27
<b>5. Alternativas de psicoterapia para casos de explotación sexual comercial infantil</b>	
5.1 Intervención en crisis.....	35
5.2 Técnicas simbólicas.....	39
5.2.1 Terapia de juego para agresiones sexuales.....	39
5.2.2 Terapia de arte.....	45
5.3 Terapia del abuso sexual de Durrant & White.....	54
5.3.1 Terapia narrativa.....	54
5.3.2 Terapia centrada en soluciones.....	58
5.3.3 Rituales terapéuticos.....	60
5.4 Terapia para el trastorno por estrés postraumático.....	65
5.4.1 Técnicas cognitivas-conductuales en casos de estrés postraumático.....	65
5.4.2 Técnica de hipnosis aplicada en el tratamiento de estrés postraumático.....	68
5.4.3 Terapia estratégica casos de estrés postraumático.....	73
5.5 Terapia multimodal.....	74
5.6 Terapia familiar.....	75
5.7 Terapia de grupo.....	77

5.8	Etapas en el tratamiento psicológico y fases de respuesta.....	80
5.9	Consideraciones especiales en el tratamiento.....	85
<b>Discusión.....</b>		<b>94</b>
<b>Conclusiones.....</b>		<b>97</b>
<b>Referencias.....</b>		<b>101</b>
 <b>Apéndices</b>		
Apéndice A.	Glosario de siglas.....	114
Apéndice B.	Glosario de palabras.....	116
Apéndice C.	Directorio de instituciones para atención en casos de explotación sexual Comercial infantil en el Distrito Federal.....	121
Apéndice D.	Sugerencias de las condiciones para la sala de juego.....	122
Apéndice E.	Materiales para las técnicas de terapia de juego.....	123
Apéndice F.	Sugerencias de condiciones para la terapia de juego con arena.....	124
Apéndice G.	Temas reflejadas en el juego con arena.....	125
Apéndice H.	Ejemplos del uso de documentos en la terapia narrativa.....	127
Apéndice I.	Sugerencias de materiales para arteterapia.....	128
Apéndice J.	Ejemplos de cuentos para agresiones sexuales.....	129
Apéndice K.	Entrevista realizada a la Procuraduría Social de Atención a las Víctimas de Delitos.....	130
 <b>Índice de figuras</b>		
Figura 3.1	Diversidad de situaciones de los niños y adolescentes en explotación.....	15
Figura 3.2	Etapas de la trata de personas con fines sexuales.....	16
Figura 4.1	Síntomas de los efectos emocionales a corto plazo.....	30
Figura 5.1	Resumen de técnicas para agresiones sexuales.....	89

## Resumen

La explotación sexual comercial tiende a ser de alto impacto en los niños y adolescentes y a repercutir con múltiples síntomas psiquiátricos. El trabajo monográfico describe el tratamiento y las técnicas psicoterapéuticas en casos de este tipo de agresión. Para tener una mejor comprensión del tratamiento se describe la dinámica a la que los menores de edad son expuestos y las características generales de la intervención.

Se realizó una revisión bibliográfica y una entrevista semiestructurada en la Procuraduría Social de Atención a las Víctimas de Delitos, se encontró que el tratamiento para niños y adolescentes con agresiones sexuales incluye una o varias de las siguientes técnicas: intervención en crisis, técnicas de juego, de arte, narrativa, terapia para el abuso sexual propuesta por Durrant & White (2002) que involucra técnicas de la terapia narrativa, terapia centrada en las soluciones y rituales terapéuticos y terapia para el trastorno por estrés post traumático con técnicas cognitivas conductuales, de hipnosis y de terapia estratégica. La bibliografía y la entrevista indican que las técnicas más aplicadas son la terapia de arte, de juego y la narrativa.

El proceso terapéutico implica etapas, temas y modalidades específicos. Debido al grado de violencia al que fueron expuestos los niños y adolescentes el tratamiento requiere de consideraciones especiales.

## Introducción

La Explotación Sexual Comercial Infantil (ESCI) es un tema difícil de abordar y de tratar debido a las diversas dimensiones que convergen en su estudio: sociales, culturales, económicas, políticas, estructurales, individuales y familiares. Los menores inmersos en ésta explotación son objeto de trata de personas y muchos de ellos sometidos a violencia en grado extremo. En el ámbito psicológico la agresión les genera efectos graves. Tales efectos dependerán del grado de violencia, frecuencia y duración.

El trabajo monográfico describe algunas técnicas psicoterapéuticas utilizadas para casos de ESCI, se realizó una revisión bibliográfica y una entrevista semiestructurada a PROVICTIMA, se presenta en el apéndice K. Para una mejor comprensión del tema se describieron los siguientes elementos: factores de riesgo, dinámica de la explotación, efectos de la explotación sexual comercial infantil, efectos de agresiones sexuales, tratamiento psicológico para casos de explotación sexual comercial infantil, el cual retoma el tratamiento para agresiones sexuales (técnicas, modalidades, etapas del tratamiento y fases de respuesta al tratamiento).

La revisión bibliográfica se realizó en bibliotecas de la UNAM, centros de documentación de la CNDH, SNDIF, ADIVAC, Instituto Nacional de las Mujeres, en los últimos 5 años, se analizó la información bajo los objetivos definidos en la investigación que aborda alternativas psicoterapéuticas para estos casos ya que diversos estudios sobre agresiones sexuales han reportado que “las personas que reciben tratamiento psicoterapéutico tienen mayores posibilidades de recuperarse” (Sullivan, & Everstine, 2004, p. 174). Las técnicas terapéuticas descritas se enfocan en menores de edad por ser uno de los sectores más vulnerables, su edad, desarrollo físico y psicológico y el estar bajo la responsabilidad de terceros aumenta el riesgo de maltrato, abuso y explotación (Negrete, 2005).

Las técnicas descritas pueden aplicarse desde diferentes enfoques teóricos, cada uno tiene diferentes formas de aproximarse y de intervenir en el objeto de estudio. Se describen diferentes técnicas para identificar las posibilidades de recursos terapéuticos que se pueden aplicar en la intervención. Las técnicas se agrupan en cuatro vertientes: 1) intervención en crisis; 2) técnicas simbólicas [juego y arte]; 3) modelo de Durrant y White (2002) que incluye terapia narrativa, terapia centrada en soluciones y rituales terapéuticos y 4) terapia para el trastorno por estrés posttraumático que emplea técnicas cognitivas conductuales, hipnosis y terapia estratégica.

Las técnicas más aplicadas para casos de ESCI son: la terapia narrativa, de arte y de juego. La intervención en crisis se emplea en personas con capacidad limitada para resolver la situación que enfrentan debido a la magnitud de la vivencia que tuvieron y su objetivo es que logren un nivel mejor de funcionamiento (Slaikou, 2011; Zeig & Gilligan, 2004).

La *terapia de juego* cuenta con un gran potencial simbólico que permite a los niños, en un clima de apoyo y seguro, expresar emociones, experiencias, procesar acontecimientos y encontrar soluciones alternas (Schaefer, 2005). La *terapia de arte* es otra técnica simbólica que no necesita de un lenguaje desarrollado para su aplicación, el crear una obra artística permite tomar distancia del malestar, genera un sentimiento visceral de situar fuera de sí al problema, dicha creación facilita procesar la experiencia (Klein, 2006; Freeman, Epston & Lobovits, 2001).

Básicamente la terapia del abuso sexual de Durrant y White (2002) emplea la *terapia narrativa* y la *terapia centrada en soluciones* para generar un discurso alterno donde la persona se perciba con recursos para hacer frente y superar los efectos de la agresión sexual y los *rituales terapéuticos* aprovechan el componente simbólico que vinculan los aspectos análogos y digitales de la comunicación -que pueden o no incluir palabras- para producir nuevos significados de la experiencia y nuevas acciones (Imber-black et al., 1997).

La terapia para el trastorno por estrés postraumático aplica *técnicas de hipnosis* por ser una forma segura de trabajar con los recuerdos traumáticos, acceder a ellos, controlar el intenso afecto y respuestas fisiológicas, desplazar y focalizar la atención según las necesidades de la persona y de esa forma facilitar cambios en percepción, emociones, pensamientos y comportamientos (Capafóns & Sosa, 2005; Foa et al., 2003; Lynn et al., 1997). La *terapia estratégica* usa estrategias específicas que no enfatizan en la conciencia para superar el problema (Cagnoni & Milanese, 2010). En casos de TEPT es usual la aplicación de *técnicas cognitivo conductuales* (Capafóns & Sosa, 2005).

La elección y aplicación de las técnicas estarán en función de la edad, grado de impacto de la agresión, necesidades de los niños y de la formación del psicólogo. Las técnicas han de conjugarse con las modalidades, etapas, objetivos y temas específicos. Las modalidades son individual, familiar y grupal.

El tratamiento requiere de consideraciones especiales en la relación y en el proceso terapéutico ya que la agresión genera una afectación profunda en las relaciones inter e intrapersonales. Sólo se



dan consideraciones generales sobre el tratamiento en niños y en adolescentes, no se hace énfasis en algún paradigma en psicología en relación a las técnicas dado que la mayoría pueden aplicarse desde diferentes enfoques.

Al final se busca que los psicólogos que trabajen o quieran trabajar con esta población tengan una mayor comprensión del fenómeno y del tratamiento e identifiquen varias herramientas psicoterapéuticas que al aplicarlas *usando un buen juicio clínico y con la formación correspondiente* colaboren a la salud mental de estos pequeños.

## Capítulo 1

### Estadísticas y antecedentes de la Explotación Sexual Comercial Infantil

#### 1.1. Estadísticas de la explotación sexual comercial infantil

La explotación está íntimamente relacionada con la trata de personas, los fines son: explotación laboral, explotación sexual, extracción de órganos, servidumbre, falsas adopciones, prácticas análogas a la esclavitud, para fines militares y mendicidad. Las manifestaciones de la trata de personas con fines sexuales son: pornografía, prostitución, turismo sexual, y embarazos o matrimonios forzados (ECPAT, 2008).

No se cuenta con estadísticas precisas a nivel mundial (OIM, 2006) y nacional (García, 2009) por ser un fenómeno clandestino y con bajo índice de denuncia. Se sabe que la cifra negra -número de casos no denunciados- es mayor que la registrada. Estimaciones de la OIT indican que cerca de 2,5 millones de personas son víctimas de trata, de los cuales 66% son mujeres, 13% niñas, 9% niños y 12% hombres. El 79 % de las víctimas de la trata de personas son objeto de explotación sexual (UNODOC, 2010). La mayoría de las personas en trata son mujeres y niñas provenientes de países en desarrollo y países con economías en transición (O'Connor & Healy, 2006). Unicef apunta que 1.8 millones de niños son explotados sexualmente con fines comerciales (Fernández, 2009). Este tipo de explotación genera 7 billones de dólares al año (Peñaloza, 2004).

UNODC (citado en ECPAT, 2006), señala que México por su ubicación geográfica - fronteras con Estados Unidos, Guatemala, Belice y acceso al océano Pacífico y Atlántico- lo convierte en un país de tránsito, origen y destino de trata de personas con alta incidencia. El país se encuentra dentro de las zonas consideradas de alto consumo de turismo sexual y es conocido como el Bangkok de Latinoamérica. Investigaciones de Azaola (2009) indican que en México las formas más comunes son: la prostitución, la pornografía y el turismo sexual.

En México, el estudio de infancia robada estimó 20 mil casos. De tomar en cuenta la cifra negra -sólo se denuncia un delito de cinco (García, 2009)- el número de casos asciende a 100 mil niños y adolescentes en explotación sexual. Los grupos más vulnerables son niñas, niños, adolescentes, mujeres, personas indígenas y migrantes indocumentados (Pastor, Romero, Ortiz & Ramos, 2012).

Investigaciones de Negrete (2005) revelaron que en México hay un aumento acelerado en su modalidad de prostitución, pornografía y turismo sexual. Un seguimiento por EDIAC en el 2003 señala que este fenómeno está presente en todos los estados de la República en al menos una de sus manifestaciones, en especial en las grandes ciudades, en las zonas fronterizas y en puntos turísticos; lugares conocidos como áreas de tolerancia o zonas rojas (Gómez, 2005). Los estados con mayor incidencia son: Baja California, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo y Tlaxcala (Pastor et al., 2012).

En cuanto a la *prevalencia*, el INEGI advirtió que entre 16 y 20 mil niños son explotados anualmente (Pastor et al., 2012), la cifra incluye a menores extranjeros y nacionales agredidos en territorio nacional. En relación a la *incidencia*, La SSP en su quinto informe de labores reportó que cada mes un mínimo de 100 niños son captados por este tipo de redes (CNDH & CEIDAS, 2009).

Respecto al *género* y *edad* de los menores explotados el 85 % son mujeres y el 15% son hombres, al 50% de los niños y adolescentes se les inicia entre los 8 y los 12 años y el 50% restante entre los 14 y 16 (García, 2009). Es común que a los niños mayores se les emplee en la prostitución y a los niños más pequeños en la producción de pornografía, la incidencia en niños para la última es mayor en comparación con las niñas (Azaola & Estes, 2005). La Fiscalía Especial para los Delitos de Violencia contra las Mujeres y Trata de Personas (FEVIMTRA), en su cuarto informe de labores reveló que de las averiguaciones previas tramitadas la edad promedio es de 14.7 % (PGR, 2010). El INEGI advirtió que el 80 por ciento tiene entre 14 y 17 años de edad (Pastor et al., 2012).

Debido al incremento en la detección de imágenes pornográficas con bebés, la Policía Cibernética de México en el 2004 incluyó en la clasificación de imágenes de pornografía infantil un nuevo rango de edades; la clasificación es: de cero a uno, de uno a cuatro años, de cuatro a ocho, de ocho a doce y de doce a diecisiete, antes de la actual clasificación predominaba el último grupo (ECPAT, 2006). La tendencia muestra un aumento en la demanda por niños cada vez más pequeños que serán remplazados con rapidez (Azaola, 2009).

Los *clientes* de prostitución, pornografía y turistas sexuales no tienen un perfil determinado, hay de todas las edades -incluyendo menores de edad-, estratos sociales, profesiones, ocupaciones, preferencias sexuales y pueden ser pederastas o clientes ocasionales. Según su capacidad económica eligen el tipo de establecimiento o buscan niños en situación de calle (Azaola & Estes,

2005; ECPAT, 2006). Entre las nacionalidades de los turistas sexuales se encuentran: americanos, ingleses, holandeses, alemanes, australianos, japoneses, coreanos, canadienses, suizos y mexicanos (ECPAT, 2006; Negrete, 2005), los mexicanos consumidores en su mayoría son del género masculino (PGR, 2010) y provienen de diferentes entidades del país (Azaola, 2009).

En su mayoría los *explotadores* son hombres adultos mexicanos, en menor proporción hay mujeres reclutadoras o dueñas de establecimientos de explotación. Hay casos de policías y militares explotadores. En cuanto a los extranjeros hay algunos que operan en el país y otros que gestionan desde otro país, muchos norteamericanos llegan a las ciudades fronterizas para elaborar material pornográfico con los niños que prostituyen en su país o en el nuestro (Azaola, & Estes, 2005).

A través de internet las imágenes de pornografía infantil han tenido gran difusión y es uno de los principales medios que los enganchadores emplean para captar a sus víctimas. Mundialmente cada año se generan 50 000 imágenes de pornografía infantil en la web (UNODOC, 2010). La PFP indica que este tipo de explotación está en el tercer lugar de la lista de delitos cibernéticos, los fraudes y las amenazas toman los primeros lugares (ECPAT, 2006). Según la SSP le toma sólo 15 minutos al enganchador convencer a su víctima (Curso Trata de Personas impartido por la CNDH el 27 y 28 de agosto de 2012).

México es el quinto país de veintiocho en América Latina donde se engancha a más víctimas para trabajos forzosos y explotación sexual (Jiménez & Moreno, 2006) para ser explotados en el país o en otros países (Azaola, 2009). CIESA reporta que gran cantidad de niñas son traídas con engaños de Guatemala, Honduras y El Salvador, mantenidas en situación de esclavitud y obligadas a pagar su alojamiento, comida y a consumir drogas (ECPAT, 2006). La mayoría de las extranjeras se encuentra en tránsito hacia Estados Unidos y en porcentaje menor hacia Canadá y Europa occidental (Pastor et al., 2012).

## **1.2 Antecedentes de la explotación sexual comercial infantil en México**

Díez (citado en Negrete, 2005) indica que en México la prostitución está presente desde la época prehispánica, de forma representativa en la merced; la zona empezó a formarse, a contener y a regular el comercio, Novo apunta que la mercancía más valiosa eran los esclavos. Del Campo (citado en Negrete, 2005) afirma que de las mujeres ahí encontradas se utilizaban principalmente

para prostituirlas. En el tiempo de la conquista se observaba en la Plaza Mayor diferentes tipos de prostitutas, desde las más elegantes hasta las que provenían de los barrios más pobres.

Debido al incremento de la prostitución, en el Distrito Federal, en 1865 se realizó un registro para la inspección sanitaria con la finalidad de reglamentar tal actividad. Núñez (Negrete, 2005) infiere que desde entonces existían niñas y adolescentes prostituídas, ya que las menores de 14 y mujeres más jóvenes presentaban incidencia elevada de sífilis por la alta demanda que tenían. No obstante que la prostitución infantil estaba prohibida, la virginidad de una niña era vendida a un alto precio. Había mujeres que obligaban a menores a entrar a la actividad y en muchas ocasiones utilizaban como mecanismo de control el otorgamiento adelantado de ropa y joyas cuya deuda nunca podían saldar, situación muy frecuente en los burdeles (Negrete, 2005).

Tanto a nivel mundial como nacional el consumo sexual de niños por parte de adultos (cine hardcore, pornografía infantil) se desarrolló a principios de 1970 convirtiéndose en un negocio muy redituable para 1980 y 1990, años donde el turismo sexual infantil se expandió rápidamente; en ese entonces se identificó a niños provenientes de India, África y México (Congreso gubernamental regional sobre explotación sexual comercial [CGRESCI], 2001b). En el segundo congreso mundial contra la explotación sexual comercial de los niños en 2001 se observó que no obstante el esfuerzo de muchos países para contrarrestarlo, el fenómeno tiene una rápida expansión en países antes no involucrados (Negrete, 2005).

Bales en 1999 (citado en: Azaola, 2009) señaló que la difusión mundial de una economía de mercado y una sociedad de consumo influye en la sexualidad llegando al extremo de percibir a los niños como mercancías por consumir y remplazar con rapidez. Este fenómeno es una manifestación de la desintegración familiar y del desgaste del tejido social, situación que se agrava por las condiciones sociales, económicas y culturales que generan desigualdades y pocas oportunidades de desarrollo.

Debido a la demanda de turismo sexual infantil hay complejos y diversificados circuitos de prostitución en todo el país, incluso redes de crimen organizado que facilitan la movilidad de los menores a nivel local, nacional e internacional, cuentan con amplias redes de protección y complicidad que protegen y aseguran su funcionamiento. En cuanto a los lugares, los hay orientados al cliente local y otros enfocados a los sexo turistas a precios elevados (Azaola, 2009). El CIESA (citado en: ECPAT, 2006) reporta que muchos de los dueños de los lugares

donde se prostituyen a los menores son diputados, banqueros, alcaldes y personas de influencia, muchos de ellos gozan de la protección de los gobiernos locales, municipales o estatales. Además de existir una amplia red de intermediarios que se benefician de la explotación como: reclutadores, dueños, administradores o trabajadores de lugares de explotación, taxistas, administradores, recepcionistas y conserjes de hoteles y moteles, policías e inspectores (Azaola, 2009).

En 1996 se llevó a cabo el primer congreso mundial contra este tipo de explotación con representantes de 122 países, entre ellos México, quienes se comprometieron a establecer asociación global contra la ESCI, aprobaron una declaración y plataforma de acción (SNDIF, 2006). A nivel internacional el programa de acción destaca los compromisos internacionales existentes a la fecha, ayuda a la aplicación de los instrumentos internacionales pertinentes y exhorta a realizar acciones concretas nacional e internacionalmente contra esta explotación (CGRESI, 2001a).

Para llevar a cabo el Plan Nacional en 2002 México creó La coordinación nacional para prevenir, atender y erradicar la explotación sexual comercial infantil que consta de cuatro subcomisiones: a) Subcomisión de Protección Jurídica y Defensa de la Niñez, b) Subcomisión de Prevención, c) Subcomisión de Atención y d) Subcomisión de Investigación. La Subcomisión de Atención se encarga de identificar modelos de atención exitosa a nivel internacional y nacional para su revisión y sistematización con objeto de multiplicar y estandarizar los aspectos básicos a contemplar (IINNA & OEA, 2009; Aranda, 2004).

En la Coordinación Nacional el sector público, privado y algunas organizaciones de la sociedad civil unieron esfuerzos para desarrollar e implementar el Plan Nacional que dio las bases para abordar el fenómeno; sin embargo, la Coordinación Nacional no posee los mecanismos y recursos económicos necesarios para mantener la continuidad de sus programas ni para lograr la articulación del sector público, social y privado con objeto de enfrentar de forma eficiente los efectos de este tipo de explotación (ECPAT, 2006).

Dado lo anterior, organizaciones gubernamentales y organizaciones no gubernamentales desarrollan sus modelos y protocolos de atención. Entre ellos se encuentran: FEVIMTRA, Casa Alianza, Fundación Camino a Casa, quienes proporcionan la atención en refugios especializados para asegurar la integridad y recuperación de los menores.

El tratamiento integral dentro de los refugios de alta seguridad incluye atención multidisciplinaria y servicios de: hospedaje, alimentación, vestido y calzado, servicio médico, asesoría jurídica, apoyo psiquiátrico y psicológico, clínica de adicciones, programas re-educativos para su futura reinserción a la sociedad, capacitación para el trabajo y bolsa de trabajo (FEVIMTRA & PGR, 2011). En caso de que la institución no cuente con todos los servicios antes mencionados realiza la canalización a la institución correspondiente. En el apéndice C se incluye el directorio de las instituciones que brindan atención para estos casos y los números telefónicos para realizar una denuncia en caso de saber de menores de edad en explotación.

El ministerio público es el responsable y tiene la capacidad jurídica de brindar protección a una víctima y a su familia, es la única instancia que puede iniciar una averiguación formal de los hechos y así lograr ejercer acción penal en contra de los tratantes y tiene la autoridad para hacer una canalización formal de un menor a los servicios y albergues correspondientes (Griesbach & Sauri, 2005a).

Como se vio al inicio, el país presenta altos índices de prevalencia (Pastor et al., 2012) e incidencia (CNDH & CEIDAS, 2009), la cifra oficial reporta 20 mil casos a nivel nacional (García, 2009) y 100 nuevos casos por mes (CNDH & CEIDAS, 2009). En el siguiente capítulo se menciona lo relacionado a la evaluación de agresiones sexuales en niños y en adolescentes para casos de explotación sexual comercial.

## **Capítulo 2. Evaluación psicológica para casos de ESCI**

### **2.1 Evaluación**

La evaluación psicológica de los niños y adolescentes tiene la función de detectar los efectos de la agresión para posteriormente generar un plan de intervención (Cánton & Cortés, 2002). Dentro de los elementos a evaluar se consideran el estado psíquico y emocional, debilidades y fortalezas, condiciones y recursos familiares (Ampudia, Santaella & Eguía, 2009; OIT & PIETI, 2009).

### **Sintomatología**

La sintomatología de este tipo de agresión varía de una persona a otra según los diversos factores que influyen en los efectos de la agresión y los métodos de sometimiento y control aplicados. El Instituto Estatal de la Mujer del Estado de Tlaxcala (2010a) señala que por lo general los síntomas aparecen en conjunto y no necesariamente se presentan todos.

Casado et al. (1997) indican que algunos niños agredidos sexualmente se presentan asintomáticos y sugieren investigar si se debe al aplazamiento de los síntomas o si el menor ha sido socializado por el agresor para evitar revelar la agresión. Sanz y Molina (2004) plantean que los niños asintomáticos son los más seriamente perturbados en la configuración de su psiquismo ya que presentan sobre adaptación al negar, aislar, reprimir o disociar la experiencia de abuso. Otras razones por las que los niños no presenten síntomas son: presentan mayor resistencia a los efectos del trauma, el impacto de la agresión puede no ser visible en el momento de la evaluación o una inadecuada o insensible evaluación de los síntomas psicológicos y conductuales.

### **2.2 Métodos, técnicas e instrumentos de evaluación**

Durante la evaluación puede utilizarse diversos métodos, técnicas e instrumentos para obtener información, dentro de los más utilizados por psicólogos y terapeutas infantiles se encuentran: a) entrevista con el paciente, b) entrevista con otras personas significativas de su entorno, c) observación clínica, d) test psicométricos y proyectivos, e) juego diagnóstico, f) medidas conductuales de auto informe, g) representación de papeles, h) información de otros profesionales consultados (Ampudia et al., 2009), i) muñecos anatómicos [Sanz & Molina, 2004] y j) historia clínica (Instituto Estatal de la Mujer del Estado de Tlaxcala, 2010b).



Cuando se presenten diferencias en los resultados de las técnicas utilizadas es necesario identificar el patrón de respuesta habitual (Ampudia et al., 2009). Los hallazgos encontrados en todas las técnicas empleadas deben interpretarse en el contexto global de la evaluación y no de forma aislada. (Lamberti, Sánchez & Viar; 2003; Lameiras, 2002).

### **Entrevista clínica**

“El diseño estructural general de la entrevista con niños es una mezcla de técnicas lúdicas, dibujos, otros., junto con preguntas dirigidas y diseñadas para ayudar al menor a hablar sobre el maltrato...” que ha recibido (Ampudia et al., 2009, p.51).

El proceso necesitará de múltiples entrevistas, cuya cantidad dependerá de la edad del menor, grado de madurez, estado emocional, capacidad de atención, duración y consecuencias del maltrato y pericia del evaluador. La evaluación ha de tener un potencial terapéutico (Ampudia et al., 2009).

### **Diagnóstico Grant & Wolbert para explotación sexual comercial infantil**

Grant & Wolbert (Citado en: Griesbach & Sauri, 2005c) proponen un formato para el diagnóstico inicial en cuatro fases, el cuál recaba datos que identifica los patrones de respuesta de los niños ante la explotación y detectan las necesidades particulares por atender. Las fases se muestran a continuación.

- o *Fase 1 Pre-trauma*: datos generales (descripción del niño antes del evento, edad, grado de desarrollo, personalidad, estructura familiar y datos socioculturales).
- o *Fase 2 Encapsulación o manejo de la experiencia traumática*: comportamiento del explotador (cómo tuvo acceso al menor, mecanismos de control utilizados, tipos de actividades que implicó la explotación y mecanismos para asegurar el ocultamiento de la explotación), mecanismos de defensas del niño (disociación, negación, represión o fragmentación), aprendizaje producto de la experiencia traumática (patrones de comportamiento aprendidos para sobrevivir a la explotación e impacto social de la experiencia).
- o *Fase 3 Denuncia de la experiencia traumática*: respuesta social por parte de familia, compañeros, amigos, escuela y comunidad, atención especializada y proceso legal.
- o *Fase 4 Impacto*: integrado, ansioso, evasivo, desorganizado o agresivo-delincente.

## **Materiales adicionales proyectivos**

Los videos *El Árbol de Chicoca* (Yaocíhuatl, 1992) y *Cosas Buenas Pasan* son herramientas proyectivas útiles en la realización del diagnóstico. Ambos abordan el tema de la agresión sexual en niños mediante una historia, el primero habla de forma indirecta al no emplear vocabulario específico para designar la agresión y está indicado para niños de cuatro años en adelante; mientras que el segundo maneja el tema de modo directo y específico. En ellos se evalúan la reacción de los infantes ante la historia que se narra.

## **Muñecos anatómicos**

Everson y Boat (citados en: Lameiras, 2002) remarcan la importancia del entrenamiento de los entrevistadores que emplean estos muñecos y con este fin recomienda la guía práctica *Use of anatomical dolls in child sexual abuse assessment*.

Everson y Boat (citados en: Lameiras, 2002), señalan cinco *usos funcionales de los muñecos anatómicos*: se pueden usar como: a) *tranquilizadores* por ser objetos de juego en el ambiente posiblemente estresante de la entrevista; b) *romper el hielo* y así ayudarle al menor a centrarse en las partes del cuerpo y en el tema sexual; c) sirven como *modelos anatómicos* para identificar el grado de conocimiento anatómico y sexual (terminología y funcionamiento) y valorar la exposición a relaciones sexuales; d) *ayudan en la demostración* de lo que pasó en vez de que lo cuenten (en especial con menores que no pueden dibujar y tienen capacidad cognitiva y verbal limitada para articular el abuso sexual) y e) para la *comprobación diagnóstica*, la exposición a estos muñecos puede hacer que los niños evoquen determinados sucesos, revelen de manera espontánea y gráfica conductas sexuales con los muñecos o emitan respuestas emocionales o afirmaciones poco frecuentes que el entrevistador debe de indagar (Cantón & Cortés, 2002).

En el último uso, la conducta de juego con los muñecos anatómicos puede estar mediatizada por diversas variables: a) *tipo de abuso sexual*, cuando el abuso se ha limitado a caricias genitales es común que los niños muestren conductas como tocar o frotar los genitales, introducir el dedo o masturbación, sin manifestar otras conductas sexuales explícitas; sin poder hacer gran distinción entre los menores no abusados; b) *cronicidad*, es poco probable la manifestación de conductas sexuales explícitas con los muñecos cuando han tenido agresiones aisladas en comparación con agresiones recurrentes y c) *exposición a estímulos sexuales explícitos* (conductas sexuales entre los padres u otras personas o películas o revistas pornográficas. Los estudios donde se comparan a

niños abusados sexualmente con grupo control han demostrado que los primeros muestran más conductas sexuales explícitas y sospechosas con los muñecos anatómicos (Cantón & Cortés, 2002).

### **Juego diagnóstico**

El juego diagnóstico es un procedimiento de observación de la actividad del infante que permite recopilar información cuando no se ha podido obtener mediante la entrevista u otras técnicas psicológicas (Ampudia et al., 2009). Ésta técnica es muy útil porque los niños se sienten más cómodos con el juego y pueden manejar la agresión desde un punto de vista exterior a ellos empleando títeres y muñecos (García, 2010). La observación del juego revela el nivel de desarrollo cognoscitivo, social, emocional, la visión de sí mismo, de los demás y del mundo, dinámica familiar, la percepción e interpretación de la agresión sexual de forma simbólica o metafórica y el grado de los efectos (O'Connor, Schaefer & Chávez, 1997; Schaefer, O'Connor & Arizmendi, 1988). Ampudia et al., (2009) identificaron que las respuestas comunes en el juego de los niños maltratados están en función de las consecuencias del maltrato, las cuales pueden ser de tres formas:

*1.- Inhibidos y coartados:* suelen dirigir la agresión hacia sí. Entran al área de juego con cautela, actitud desconfiada y expectante hacia el evaluador, piden el apoyo de un adulto conocido y se niegan a separarse de él; el ritmo de juego es lento, establecen poco contacto con otros niños y adultos, parecen no responder a los estímulos exteriores, seleccionan los juguetes por tamaño y textura (personajes pequeños y peluches), su juego es estereotipado, regresivo en contenido y funcional en vez de constructivo. El contacto visual y la expresión verbal es mínima. Generalmente responden poco a poco a otros estímulos y tienen cambios paulatinos.

*2.- Impulsivos y descontrolados:* regularmente dirigen la agresión hacia el exterior, invaden el área de juego, no esperan instrucciones, escuchan poco al clínico, sus movimientos son rápidos, toman juguetes sin un interés particular, seleccionan juguetes relacionados con la agresión y los emplean para agredir a otros objetos representando batallas entre ellos o para lastimarse, dramatizan en su persona, desordenan el área y descuidan los juguetes, el tipo de juego es funcional y fragmentado, acompañan el juego de sonidos fuertes y de verbalizaciones no reflexivas.

*3.-* Algunos de estos infantes se muestran dependientes, vulnerables, buscan el contacto físico y de ser pequeños solicitan ser cargados, adoptando una actitud regresiva (Ampudia et al., 2009).

## **Testimonio infantil**

Cómo los síntomas mencionados en la sección de efectos pueden ser consecuencia de otros trastornos y problemas en niños y adolescentes (Besten, 2001) el relato espontáneo del menor es el indicador más específicos de la agresión. Los expertos en maltrato infantil coinciden en que el testimonio de los niños es la evidencia más importante de agresión (Giberti, 2005), en especial cuando son constantes los relatos de coerción, maltrato y abuso a lo largo del tiempo, ante diversas personas y contextos de evaluación junto con la reacción emocional congruente en la narración [temor, humillación, vergüenza, culpa, disgusto, malestar, excitación sexual, etc.] (Ampudia et al., 2009).

### **2.3 Trastorno de estrés postraumático como efecto de la agresión**

Varios autores (Azaola, 2009; Batisa, 2013; Ezeta, 2006; Fuente de la, 2010; Fundación Renacer et al., 2006; Griesbach & Sauri, 2005c; OIM & Save the Children, Suecia, 2007; OIT & PIETI, 2009) señalan que el trastorno por estrés postraumático es uno de los efectos de este tipo de agresión; ya que la mayoría de las víctimas presentan síntomas de TEPT por las condiciones a las que son expuestas. El DSM-IV TR (2005) señala que el estrés postraumático se presenta en personas que han vivido acontecimientos estresantes y altamente traumáticos como lo son: combates en frente de guerra, secuestros, torturas, agresiones físicas y sexuales; la probabilidad de presentar el trastorno aumenta en medida de la duración, intensidad y proximidad a la exposición del suceso traumático.

Green y Flemons (2009) plantean que la gama de clasificación y diagnósticos psiquiátricos fomenta una percepción de la persona sin recursos. La función del diagnóstico ha de ser el de identificar el impacto de la agresión y determinar los objetivos de la psicoterapia. Se sugiere que la actitud del psicólogo sea siempre de respeto, identificando y ampliando los recursos de los niños y adolescentes como medio para contrarrestar la percepción limitada de recursos generados por la *etiqueta* del diagnóstico y el efecto del estigma social por la agresión recibida.

Para tener una mayor comprensión de los efectos a corto y largo plazo de este tipo de agresión, en el siguiente capítulo se menciona la dinámica, las etapas de la trata de personas con fines sexuales a las que son expuestos los niños y adolescentes y los factores de riesgo y vulnerabilidad para este tipo de agresión.

## Capítulo 3 Dinámica de la trata de personas con fines sexuales

### 3.1 Etapas de la trata de personas con fines sexuales

Investigaciones en el país revelan que los niños y adolescentes en estos casos pueden estar en diferentes situaciones, de forma general se mencionan la mayoría en la figura 3.1 (Alcayaga, 2007; Azaola, 2009; Azaola & Estes, 2005).

Figura 3.1 Diversidad de situaciones de los niños y adolescentes en explotación.

<i>Situación de vivienda</i>	Viven en situación de calle	Viven con su familia y ellos desconocen que son explotados	Viven con sus familias quienes aceptan o participan implícitamente
	No viven con su familia		
<i>Motivos</i>	Supervivencia	Por pago de deuda de familiares o por supuestas deudas (pago de traslado al lugar de explotación)	Obligados por sus Explotadores
	Por cambio de ropa, dinero, etc.		
<i>Origen de los niños</i>	Mexicanos	Extranjeros, principalmente Centroamericanos	
<i>Explotadores</i>	Mexicanos	Extranjeros	
<i>Destino de explotación</i>	Localidad de nacimiento	Trasladados a otras ciudades	
	Localidad de residencia de familiares	Trasladados a otros países	

La mayoría de los menores en situación de calle no tienen proxenetas y no están privados de su libertad, por lo que la relación con el cliente-explotador es directa. Algunos clientes llegan armados y bajo el efecto de drogas (González, 2005). En algunos casos, los niños que son explotados con imágenes de abuso no están conscientes de que los usan para ése fin (ECPAT,

2008). Los niños y adolescentes que no están en situación de calle y que no presentan reclusión siguen con su ritmo de vida común (Cacho, 2006) Muchos de ellos tienen antecedentes de violencia física, negligencia y de uno o varios abusos sexuales, y carecen de un lugar seguro donde refugiarse (ECPAT, 2008).

Los casos donde los niños y adolescentes son privados de su libertad generalmente pasan por tres etapas en la trata de personas con fines sexuales (Ezeta, 2006; González, 2005; Le Goff & Lothar, 2011), las cuales se muestran en la figura 3.2.

Figura 3.2 Etapas de la trata de personas con fines sexuales.

1.- Enganche	2.- Traslado	3.- Explotación
<p>a) Por amigos o conocidos que conocen el mercado sexual y que conectan a los menores sin recibir nada a cambio.</p> <p>b) Reclutamiento publicitario donde ofertan oportunidades de trabajo como edecanes, modelos, recepcionistas, meseras, etc.</p> <p>c) Por parientes cercanos o por pareja que les proponen casarse o vivir juntos.</p> <p>d) En comunidades indígenas convencen a los padres para vender a sus hijas o los engañan ofreciéndoles oportunidades de trabajo.</p> <p>e) Mediante el rapto.</p>	<p>a) Dentro del mismo país (trata interna) o</p> <p>b) Cruce de una o varias fronteras internacionales (trata internacional) de forma legal o ilegal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se utiliza el robo de identidades y en algunos casos la víctima coopera con el tratante sin darse cuenta del engaño.</li> </ul>	<p>a) Explotación directa por algún miembro de la familia, tutor o conocido</p> <p>b) Explotación de proxeneta o padrote.</p> <p>c) Sin proxeneta.</p>

1.- *Enganche*. Para lograr el enganche los captadores recurren a los métodos antes mencionados, donde el engaño y la seducción juegan un papel fundamental para ganar su confianza y convencer a los menores. Una vez atrapados se enfrentan a la violencia del secuestro, el engaño y el abuso, generándoles un shock que paraliza sus mentes y cuerpos. Los más pequeños no tienen conciencia lo que les ha ocurrido. Por lo general al shock le sigue una serie de violaciones, que los deja en un estado altamente vulnerable para las siguientes etapas. En ocasiones los proxenetas utilizan a los menores para atraer a más niños (O'Connor & Healy, 2006; González, 2005; Le Goff & Lothar, 2011; Cacho, 2006).

2.- *Traslado*. Cuando la captación fue por engaño y el proceso de traslado es de forma indocumentada y se percatan que están bajo la custodia de sus captores, identifican que la única manera de permanecer con vida es seguir con ellos (Le Goff & Lothar, 2011). Con frecuencia, los tratantes utilizan una alta movilidad para impedir cualquier posibilidad de apoyo familiar o social (Instituto Estatal de la Mujer del Estado de Tlaxcala, 2009) con esto se crea un vínculo con los proxenetas por ser ellos los únicos que conocen en un lugar desconocido y lejano, esto coloca a los niños y adolescentes en una situación de abandono, de soledad y vulnerabilidad (Curso "Trata de Personas" impartido por la CNDH el 27 y 28 de agosto de 2012).

3.- *Explotación*. A los niños que no tienen propiamente proxenetas también les aplican varios tipos de violencia. A los que tienen proxenetas, les enseñan por medios violentos que deben ser de y para los clientes, deben estimularlos, escucharlos, mirarlos, aprobarlos socialmente, acompañarlos en sus borracheras, complacerlos y soportar las más viles humillaciones y agresiones (González, 2005). Para retenerlos y someterlos les aplican violencia física, psicológica, sexual y económica que puede llegar niveles extremos.

### **Métodos de sometimiento y control**

Diferentes instituciones e investigaciones han identificado que los métodos de sometimiento y control que los tratantes aplican a los niños y adolescentes son (Azaola, 2009; Cacho, 2006; Ezeta, 2006; FEVIMTRA & PGR, 2011; Gómez, 2005; González, 2005; Le Goff & Lothar, 2011):

#### *1.- Violencia psicológica:*

- a) *aislamiento*, sólo tienen convivencia restringida con círculos relacionados,
- b) *amenaza de desapego afectivo, de reclusión, de expulsión de casa o de privación de ciertos bienes,*

- c) *amenaza de represalias directas o de muerte a sus seres queridos o hacia ellos,*
- d) *amenazas de ser deportados o de ir a la cárcel.* En los casos de los extranjeros o de los nacionales en otro país se le decomisan o retienen los documentos de identidad y migratorios y son amenazados con dar aviso a las autoridades sobre su situación migratoria y ser sancionados por tal razón, sin embargo la ley los protege y apoya sin importar su situación migratoria. (LGPETP, 2012),
- e) *aislamiento lingüístico* en el caso de inmigrantes que hablan distinto idioma,
- f) *estigmatización y chantajes* al infundirles temores acerca de ser rechazados, discriminados o sancionados por el tipo de actividad que desempeñan, por los abusos de los que han sido objeto, por haber quedado embarazadas -en tal caso-, o por no volver de su proceso migratorio con éxitos económicos,
- g) *incomunicación*, los tratantes les prohíben hablar con otros compañeros, otros clientes o con personas ajenas al “negocio”, esto impide crear redes de apoyo y solicitar ayuda,
- h) *ambivalencia en el trato.* El agresor puede dirigirse hacia el menor con afectividad o agresión indistintamente,
- i) *estricta y continua vigilancia* en sus interacciones y movimientos,
- j) *insultos, humillaciones verbales* que degradan su apariencia física, personalidad, género o capacidades,
- k) *involucrarlos en delitos* como robos, venta de droga, asesinatos, etc. y los amenazan para que no acudan con las autoridades argumentándoles que ellos son delincuentes. Aún en los casos dónde los menores cometieron algún delito la ley los protege (Curso “Trata de Personas” impartido por la CNDH el 27-28 de agosto de 2012),
- l) *rivalidad y competencia*, los explotadores promueven la competitividad y rivalidad para una mayor subordinación, producción, eficacia en la administración de jerarquías, castigos y recompensas, esto genera un ambiente hostil donde la solidaridad y compañerismo son imposibles y genera un profundo sentimiento de soledad en los menores,
- m) en ocasiones son *testigos de homicidios* (Instituto Estatal de la Mujer del Estado de Tlaxcala, 2009).



## 2.- *Violencia física:*

- a) *golpes*: golpes frecuentes, tirones de cabello, mordeduras, quemaduras, cortaduras, golpes en el vientre de mujeres embarazadas e intentos de asesinato. Los golpes pueden ser tan brutales que pueden causarles traumatismos en el cuerpo o en la cabeza,
- b) *negación de alimentos y de agua* durante varios días o sólo proporcionándoselos una vez al día, en ocasiones con la finalidad de controlar su peso no importándoles si están embarazadas,
- c) *negación de atención médica*, sin importarles la gravedad de las lesiones o de las enfermedades,
- d) *privación de la libertad*, usualmente las encierran en los lugares de explotación,
- e) *privación de sueño por largas jornadas de ocupación*, la OIM reporta jornadas de hasta 18 horas,
- f) *suministro de sustancias*, con frecuencia les aplican sustancias antes de ser agredidos y para que tengan más control sobre ellos.

## 3.- *Violencia sexual:*

- a) *exposición recurrente a pornografía de adultos o de menores de edad* con la finalidad de desensibilizarlos, lleguen a percibir ese tipo de imágenes y de actividades como algo normal, para prepararlos a imitar y para estimular a los agresores (ECPAT, 2008; Peters, 2009),
- b) *imposición de las principales manifestaciones de la ESCI*. Por lo general los niños y adolescentes son obligados a más de una forma de explotación sexual (ECPAT, 2008),
- c) *repetidas agresiones sexuales* por parte de los proxenetas y de los clientes con uno o varios agresores al mismo tiempo,
- d) obligados a tener *prácticas parafilicas* como masoquismo, sadismo, relaciones homosexuales, zoofilia, etcétera.

## 4.- *Violencia económica:*

- a) *limitan su capacidad de independencia económica* al negarles o restringirles el dinero que cobran por usarlos. La mayoría no saben lo que ganan y tales ingresos son manejados por sus proxenetas (OIM & Save The Children Suecia. 2007),
- b) *pago de dinero o en especie* que los hace sentir objetos que pueden comprar y desechar,

c) *presión o chantaje por deudas o supuestas deudas*, ya que les cobran los gastos del traslado de su lugar de origen a los lugares de explotación, la documentación falsa, los alimentos y el alojamiento, los accesorios para ejercer la prostitución (ropa, calzado, maquillaje, joyas, etc.), el costo del transporte usado mientras los explotan; el costo de teléfonos celulares proporcionados para concertar las citas con los agresores, objetos o ganancias perdidas por accidentes o enfermedad, las drogas que consumen, etc.

Los tratantes determinan las formas e intensidades de tales mecanismos para tenerlos cautivos y totalmente dependientes (Le Goff & Lothar, 2011), por lo que buscan desde el primer día generar dependencia y disminuir o anular la resistencia (González, 2005). Con las condiciones de extrema sobrevivencia, donde la posibilidad de muerte es real e inminente los menores de edad perciben que su seguridad ya no depende de ellos (OIM & Save The Children Suecia, 2007). A través de estos mecanismos los niños y adolescentes pierden autonomía.

Además los explotadores les hacen creer que son omnipotentes, que gozan de un enorme poder político y económico (Griesbach & Sauri, 2005c) y que por lo tanto no tienen otra opción. Además se crean vínculos afectivos y estrechos entre los menores con los proxenetas, en ocasiones entre los menores con los clientes (González, 2005) y relaciones de dependencia con sus explotadores (Azaola, 2009). Al inicio ellos tratan de dar sentido a lo que está pasando y escapar pero al percibir que no tienen control sobre su vida empiezan a vivir sólo para el presente y desisten escapar (O'Connor & Healy, 2006). Con el tiempo y con el único contexto que conocen su autoestima y autonomía anuladas llegan a percibir a ese mundo como normal y es menos fácil piensen en la posibilidad de pedir ayuda o de imaginar una vida y un mundo diferente.

### **3.2 Factores de riesgo y vulnerabilidad**

Negrete (2005) apunta que los *factores de vulnerabilidad* son las características propias e inherentes al menor y de los aspectos familiares que pueden facilitar su incorporación al mundo de la explotación y los *factores de riesgo* son las condiciones y características contextuales y comunitarias que lo introduzcan a la problemática. Ambos factores se vinculan estrechamente y a partir de su interrelación aproximan o generan el vínculo del menor con la explotación. Estes y Weiner (citados en: Azaola & Estes, 2005) plantean tres tipos de factores:

1.- *Macro o contextuales*: implican procesos y realidades en un contexto amplio donde la persona ejerce un control mínimo sobre ellos; sin embargo, este factor tiene una influencia poderosa sobre sus vidas.

2.- *Factores micro o situacionales*: incluyen procesos y eventos con un impacto directo donde el individuo aplica ciertas medidas de control.

3.- *Factores individuales o internos*: involucran fuerzas cognitivas en el dominio y en la orientación que la persona tiene sobre su ambiente y futuro personal.

Dado lo anterior, los factores de vulnerabilidad incluyen a los factores familiares e individuales y los factores de riesgo implican a los factores macro/contextuales y micro/situacionales. A continuación se mencionan ejemplos de los factores de riesgo y vulnerabilidad, los cuales fueron agrupados en factores familiares, individuales, económicos, estructurales y sociales (Azaola & Estes, 2005; ECPAT, 2011; Fuente de la, 2010; Negrete, 2005; OIT & PIETI, 2009; Save The Children, s.f):

*Familiares*: disfunción familiar, confusión de roles, autoritarismo o negligencia, violencia física y psicológica, problemas de comunicación, adicción a sustancias, pobre o poco apoyo emocional, bajo nivel educativo, abandono, niños institucionalizados, incesto, antecedentes de prostitución en la familia, orientación al futuro muy restringida.

*Individuales*: baja autoestima, bajo nivel educativo, problemas académicos y de aprendizaje, fracaso escolar o en el desempeño de otras actividades, niños en desamparo social (antes denominados en situación de calle), experiencias de abuso sexual, amistades que se prostituyen, discapacidad física o psíquica y orientación al futuro muy restringida.

*Económicos*: pobreza, hacinamiento, mala administración de la economía familiar, empleos marginales o temporales de los padres, lazos por deuda, migración a zonas urbanas u otros países en busca de oportunidades laborales y ganancias económicas de los tratantes.

*Estructurales*: ausencia de redes de apoyo, estructura y capacidad de la delincuencia organizada, poco acceso a espacios de recreación, cultura, salud, formativos y fuentes laborales, mercados

preexistentes de prostitución adulta nacional e internacional y sistemas de justicia y de seguridad pública deficientes.

*Sociales:* machismo, violencia física y psicológica, crisis de las estructuras institucionales (familia, iglesia, escuela), deterioro moral en las costumbres de muchas sociedades, desvalorización cultural y social de los niños, promoción de la prostitución en el ámbito social y familiar, parafilias: pedofilia, etc., corrupción e impunidad, consumismo y materialismo y globalización.

Durante el capítulo se identificó la dinámica a la que son expuestos los niños y en cuanto a los factores de riesgo y vulnerabilidad la intervención psicológica sólo tiene influencia en los factores individuales y familiares. En el siguiente capítulo se describen los factores que influyen en los efectos de la agresión, los modelos sobre los efectos y los efectos a corto y largo plazo.

## Capítulo 4

### Efectos a corto y largo plazo de la explotación sexual comercial infantil

#### 4.1 Factores que influyen en los efectos antes, durante y después de la explotación

Existen varios factores que repercuten en los efectos de la explotación, los cuales pueden provenir tanto de la agresión sexual como de los diferentes tipos de maltrato infantil presente en la trata de personas. Partiendo de las observaciones de varios autores (Bellak, 1993; Cantón y Cortés, 2002; Casado et al., 1997; ECPAT, 2008; Instituto Estatal de la Mujer del Estado de Tlaxcala, 2010a; Redondo, 2002; Sanz & Molina, 2004; Sullivan & Everstine, 2004; Slaikeu, 2011; Stupiggia, 2010) se propone una clasificación de estos factores en tres momentos, antes, durante y después de la explotación. Los factores en el *primer momento* son:

A. *Temperamento de la persona y recursos personales.*

B. *Funcionamiento familiar.* El que la familia del menor sea disfuncional aumenta la vulnerabilidad del niño, en especial cuando entre los padres hay un alto nivel de conflictos matrimoniales, cuando en el contexto familiar se presenta depresión, consumo de drogas y violencia entre padres y hermanos.

C. *Estilo de apego.* Redondo (2002) plantea que los niños con estilo ansioso-ambivalente son los que tienen mayor probabilidad de ser agredidos sexualmente por su necesidad afectiva que les lleva a permitir ciertos intercambios sexuales con el fin de recibir afecto.

D. *Experiencia sexual previa.* La mayoría presenta antecedente de abuso sexual, esto deja al menor vulnerable y lo predispone a futuras agresiones.

Los factores que influyen *durante* la explotación en los efectos son:

1. *Abusadores múltiples.* La mayoría de los niños y adolescentes son expuestos a más de una forma de explotación sexual lo que incrementa considerablemente el número de agresores.
2. Los *ataques repetidos* impactan más en comparación con las agresiones aisladas.

3. *Cercanía del vínculo entre el niño y el agresor sexual.* Cuando el agresor es alguno de los progenitores, padrastro o madrastra y cuando el vínculo afectivo es muy significativo por ser el novio-proxeneta o por alguna otra persona significativa para el menor.
4. *Creencias y valores sobre el abuso.*
5. *Duración y frecuencia.* Cuanto mayor sea la frecuencia y la duración mayor será el impacto.
6. *Edad de inicio del abuso.* Algunos estudios sobre abuso sexual indican mayor gravedad antes de la pubertad por suponer duración prolongada de las agresiones, mientras que otros estudios apuntan mayor gravedad después de la pubertad por conllevar penetración. Sin embargo estos pequeños -sin importar la edad- están expuestos a cualquier tipo de actividad sexual de duración variable.
7. *Grado de violencia física y psicológica, de coacción, de coerción y sobornos empleados.* A mayor grado de violencia física y psicológica mayor serán los efectos.
8. *Tipo de actividad sexual.* Los abusos con intento de o con penetración anal, oral (felación y cunnilingus) o vaginal son los más traumáticos. El mismo impacto tienen cuando son expuestos a parafilia como el masoquismo, el sadismo, la zoofilia, etc. y a relaciones homosexuales; éstas últimas tienen mayor impacto en niños que en niñas.

Los factores que influyen en los efectos *después* de la explotación son:

- A. *Apoyo emocional familiar o de cualquier figura alternativa protectora.* Cantón y Cortés (2002) mencionan un estudio donde los menores que presentaron menos síntomas fueron aquellos cuyas madres les proporcionaron apoyo y cuyas familias tenían menos tensiones, problemas y expresiones de cólera. Esto lo confirma la experiencia clínica de Sullivan y Everstine (2004), quienes señalan que el apoyo otorgado por los padres y por las personas significativas para el menor es el elemento más importante en la recuperación.
- B. *Re-victimización.* Por el proceso judicial donde la forma de participar de los trabajadores sociales, abogados, médicos, policías y psicólogos re-victimizan a los niños y adolescentes. La recuperación es menos fácil en niños que han tenido que declarar en público y en múltiples ocasiones, en comparación a aquellos que presentan la declaración una vez y mediante grabación en video y a puerta cerrada.

C. *Redes de apoyo afectivas y sociales con las que cuentan.* Los centros comunitarios, deportivos, religiosos y culturales que den apoyo a los niños y adolescentes.

D. *Recepción de tratamiento.* Las personas que reciben tratamiento psicoterapéutico tienen mayores posibilidades de recuperarse en comparación con los que no lo reciben.

E. *Significado específico que le dé a la agresión.*

Las variables de cercanía emocional, vínculo parental (en especial padre o padrastro), comercio sexual, duración, frecuencia, grado de violencia física y psicológica y la re-victimización están relacionadas con la aparición de trastornos psicológicos más graves y con la agudeza de los síntomas (Cantón & Cortés 2002; Casado et al., 1997; Vázquez, 1995).

La literatura europea sobre abuso sexual distingue *tres niveles de gravedad*: 1) menos grave (31%) con besos sexuales y tocamientos del cuerpo vestido; 2) grave (41%) con tocamientos de cuerpo desnudo y penetraciones manuales y 3) muy grave (23%) con felaciones, cunnilingus y penetraciones genitales (Linares, 2002). Según la clasificación anterior y los factores que influyen en los efectos antes, durante y después de la agresión para la mayoría de los niños y adolescentes el grado de los efectos es grave y muy grave.

#### **4.2 Modelos sobre los efectos de las agresiones sexuales**

En cuanto a los modelos sobre los efectos de la agresiones sexuales existen las propuesta relacionadas a los factores traumatizantes propuesta por Finkelhor y Browne (citado en: Cantón & Cortés, 2002; Lamberti et al, 2003), el modelo del trastorno por estrés postraumático (Echeburrua, 2005) y las que apuntan hacia la influencia del factor relacional entre el agresor y el agredido propuestas por Green y Flemons (2009), las cuales se describen a continuación:

##### **Modelo de Finkelhor & Browne**

Finkelhor y Browne (citados en: Cantón & Cortés, 2002; Lamberti et al., 2003) sugieren que el abuso sexual en la infancia puede ser traumatizante debido a cuatro factores, los cuales distorsionan el auto-concepto, la visión del mundo, las capacidades afectivas y generan una amplia gama de sintomatología, sentimientos y conductas propia de este tipo de agresión. Dichos factores son:

1.- La *sexualización traumática* es causada por la estimulación sexual de un adulto hacia un niño que no cuenta con el nivel de desarrollo para dirigir la experiencia de forma adecuada. Dicha estimulación genera sensaciones en áreas corporales y la sintomatología en la esfera sexual.

2.- *Traición* a la confianza, con ella surge la depresión, la dependencia emocional, la hostilidad, el enojo y la furia, genera desajustes en las relaciones interpersonales, manifestándose en desconfianza, aislamiento social, conductas antisociales, etc.

3.- *Estigmatización*, en parte por ser un tema tabú y porque se agredió en un ámbito íntimo. Se crea una marca en la imagen corporal del niño, convirtiéndolos en una persona diferente ya que llegan a pensar que hay algo mal en ellos. Con la estigmatización se origina vergüenza, desvalorización, culpa, automutilación, consumo de drogas, retracción social, fobias y el suicidio como manifestación extrema de la autoagresión.

4.- *Indefensión*. La voluntad y el sentido de eficacia quedan anulados por una constante invasión al territorio y espacio corporal del infante en contra de su voluntad; esto genera una auto-percepción de víctima, ansiedad, miedo, impotencia, necesidad de control, disminución en la eficacia social y académica, trastornos del sueño, anorexia, re-victimización, sobre-adaptación, conductas abusivas hacia terceros.

### **Modelo del trastorno de estrés postraumático**

Otro modelo considera que las consecuencias de la agresión sexual se reflejan en la expresión del trastorno por estrés postraumático dado que la mayoría de los agredidos sexualmente presentan el cuadro clínico que describe el DSM-IV TR (2005) para este diagnóstico (Azaola, 2009; Ezeta, 2006; Fuente de la, 2010; Fundación Renacer et al., 2006; OIM & Save the Children, Suecia, 2007; Griesbach & Sauri, 2005c).

### **Modelo relacional de los efectos de agresiones sexuales**

En los efectos de las agresiones sexuales el enfoque sistémico enfatiza el elemento relacional. Green y Flemons (2009) señalan que la gravedad de la agresión radica en la ruptura de las conexiones vitales, ya que el menor sufre la pérdida de la agradable familiaridad que tenía con su cuerpo y con las personas. En el elemento relacional se identifican las interacciones entre el agresor y el niño (a); entre el niño (a) y los demás y entre el infante mismo.



Referente a la relación entre el agresor y el agredido Green y Flemons (2009) apuntan que sentimientos como la vergüenza son alentados por el agresor mediante la interacción y la comunicación encubierta o abierta que promueven respuestas de vergüenza. Respecto a la relación entre los menores y los demás, la ideología patriarcal y toda la esfera de clasificación y diagnósticos psiquiátricos fortalece la opinión de que el problema está en los agredidos y colabora a la imagen donde se les percibe como personas sin recursos, diferentes, etc. Y en cuanto a la relación entre el menor y él mismo, las relaciones anteriores los llevan a un contexto que les impide tener acceso a cierta información sobre su capacidad para resolver los problemas que enfrentan (Green & Flemons, 2009). Por lo tanto, este enfoque en vez de centrarse en recordar los abusos busca recomponer las relaciones rotas con ellos mismos, con su sexualidad y con otras personas (Green & Flemons, 2009).

### **4.3 Efectos a corto y largo plazo**

Los efectos de la agresión en los niños y adolescentes a corto y largo plazo se manifiestan en su forma de percibir, sentir, pensar, ser y hacer (OIT & PIETI, 2009). No todos los niños presentan todos, ni los mismos síntomas, los cuales dependerán de los factores diversos a los que estuvieron expuestos. Para describir los efectos se separan los síntomas en: físicos, emocionales, cognitivos, conductuales, sexuales y sociales; sin embargo, varios de ellos pueden pertenecer a otro rubro al mismo tiempo.

A *nivel físico*, los cuerpos en desarrollo de los niños son muy vulnerables a ser lesionados por estar sometidos a demandas que no corresponden a su nivel de desarrollo (OIT & PIETI, 2009). Las malas condiciones de vida de muchos de los pequeños los pone en riesgo elevado para la desnutrición, anemia, y otros trastornos relacionados (Willis & Levy, s.f.).

Algunos síntomas físicos son consecuencia de las agresiones corporales y otros son una respuesta emocional a los diferentes tipos de violencia característica de la explotación. El Instituto Estatal de la Mujer del Estado de Tlaxcala (2010a) y Stupiggia (2010) señalan que la angustia y la sensación de impotencia que le causa a la persona el no haber podido librarse de la agresión sexual genera sintomatología somática. Algunas manifestaciones psicósomáticas son: dolores de cuello, espalda o estómago; temblores, sudoración, palpitaciones del corazón, inmunosupresión (Cisneros, 2004). También los varones pueden presentar trastornos somáticos sin explicación de enfermedad física (Reyes, 2009).

En el *ámbito cognitivo* y según Finkelhor & Browne (citado en: Sanz & Molina, 2004) la combinación de la sexualización traumática, la traición, la estigmatización y el sentimiento de ineficacia causan distorsión al auto-concepto, en sus capacidades afectivas, en la percepción del mundo que los rodea, les crea restricción, incapacidad para ver hacia el futuro, confusión acerca de la intimidad, la sexualidad (Cardenas, s.f.) y confusión en las relaciones interpersonales.

Los efectos cognitivos a corto plazo (Azaola, 2009; Basten 2001; Cantón & Cortés, 2002; Delaney & Cotterill, 2005a; Echeburúa, 2005; Ezeta, 2006; Instituto Estatal de la Mujer del Estado de Tlaxcala, 2010a; Martínez 2008; Muir, 2005; OIM & Save the Children Suecia, 2007) son: alteración en la atención y concentración, ausentismo, amnesia, alucinaciones, confusión o turbación general, confusión de roles, conocimiento de conductas sexuales inapropiadas a su edad, descontrol del principio de realidad, disminución o bajo rendimiento escolar, deserción o fracaso escolar, distorsión de la noción del tiempo, ideas recurrentes sobre la agresión, ideas suicidas, hipervigilancia, problemas de memoria, problemas de aprendizaje o de educación especial, resignación, tendencia a no medir riesgos, trastornos del habla (tartamudeo o dejar de hablar).

A *largo plazo* y debido al ambiente de marginalidad los niños y adolescentes presentan déficit de atencional con o sin hiperactividad y problemas de aprendizaje o de educación especial, por ejemplo: memoria débil, dificultades para estructurar y clasificar, tendencia al pensamiento concreto con dificultades en la abstracción de conceptos, dificultades en la lecto-escritura y comprensión lectora y pueden manifestar expresión limitada por un vocabulario restringido (Delaney & Cotterill, 2005a; Cantón & Cortés, 2002).

La explotación genera en ellos una percepción del cuerpo como una mercancía que puede ser vendida y comprada, esto genera disociación. (Fundación Renacer, et. al, 2006).

Delaney y Cotterill (2005a) apuntan que los niños y adolescentes tienden a *naturalizar* y *normalizar* las agresión, los niños muy pequeños acostumbrados al abuso suelen pensar que este tipo de actividad es normal. Rara vez reconocen ésta situación pese a la evidencia ya que se les dificulta recordar lo que realmente sucedió (Muir, 2005). Delaney y Cotterill, (2005a) sugieren que la naturalización de la experiencia, la vergüenza y la culpa de lo que han vivido les hace sentirse responsables de la situación. Hay otro grupo de niños que aceptan la explotación con una actitud desafiante que induce a pensar su aceptación y conformidad ante la agresión, los autores antes

mencionados proponen que esta respuesta es una manifestación de disociación que les ayuda a soportar semejante dolor.

Vásquez (1995) observó que los *problemas amnésicos*, en especial la amnesia psicógena, es más frecuente cuanto más pequeños son los niños. Bass (citado en Cisneros, 2004) expone que este fenómeno se da cuando un evento de mucho dolor, violencia y terror sobreestimula a la mente dejándola fisiológicamente incapaz de asimilar y almacenar la información de forma normal.

Un ejemplo de *pérdida de visión a futuro* lo muestra una investigación de Azaola (2009) la cual reveló que las mujeres adultas con mayor tiempo en la prostitución no se permitían soñar y habían perdido la esperanza de poder salir de allí, tenían la certeza de que morirían en la calle, en la cárcel o infectados de VIH. Piensan que ya no podrán reincorporarse a la sociedad y que permanecerán excluidas. Este efecto también puede estar presente en los menores que llevan tiempo prologado en explotación.

En el *área emocional* la autoestima de los niños y adolescentes está seriamente afectada y se manifiesta en la dificultad para reconocerse valiosos y dignos de respeto, en la escasa confianza en sí mismos y en sus capacidades, en acciones que ponen en peligro su vida e integridad, su sentido de auto-eficacia está muy limitado (Cárdenas, s.f), en otras ocasiones manifiestan abandono por la propia persona con desinterés total por la higiene y aspecto (Besten, 2001).

La figura 4.1 refiere los síntomas de los efectos emocionales a corto plazo (Azaola, 2009; Besten, 2001; Cantón & Cortés, 2002; Delaney & Cotterill, 2005a y b; Ezeta, 2006; Fuente de la, 2010; Fundación Renacer et al., 2006; Martínez 2008; OIM & Save the Children Suecia, 2007; OIT & PIETI, 2009; Griesbach & Sauri, 2005c).

Los *trastornos psiquiátricos* asociados a las agresiones sexuales y a la explotación son: adicciones a sustancias; anorexia y bulimia, trastorno de ansiedad; trastornos del estado de ánimo; trastorno por estrés postraumático (Archundia, 2002) trastornos de personalidad; trastornos sexuales y de la identidad sexual, síndrome de adaptación, psicosis, psicosis a los golpes y síntomas psicóticos y esquizoides (Azaola, 2009; Besten, 2001; Cantón & Cortés, 2002; Cárdenas, s.f.; Cisneros, 2004; Osornio & Fouilloux, 2005; Le Goff & Lothar, 2011; Linares 2002; Muir, 2005; OIM & Save the Children Suecia, 2007; Reyes 2009), algunos de ellos pueden presentar síndrome de Estocolmo (Cacho, 2006).

Figura 4.1 Síntomas de los efectos emocionales a corto plazo

Angustia.	Ira explosiva o seriamente reprimida.
Ansiedad.	Irritabilidad.
Apatía.	Llanto frecuente sin causa aparente.
Auto odio.	Miedo generalizado o específico.
Baja autoestima.	Necesidad de atención de los demás.
Bajos umbrales de tolerancia al error y a la frustración.	Miedo a una persona en especial o al género del agresor.
Cambios bruscos de humor.	Rechazo de afecto que antes aceptaba.
Dependencia emocional.	Sensación de culpa.
Deseos de venganza que puede llegar al homicidio.	Sensación de estigmatización.
Desesperanza.	Sensación de desamparo y vergüenza.
Dificultad para establecer vínculos afectivos.	Sensación de impotencia e indefensión.
Disociación.	Sensación de traición y humillación.
Embotamiento, inseguridad.	Terrores nocturnos.
Incapacidad para expresar sentimientos.	Tristeza.

A nivel conductual, tanto a corto como a largo plazo, las manifestaciones son diversas. Algunos de ellos presentan desobediencia, arrogancia, comportamientos que buscan llamar la atención; las adicciones -en caso de no presentarse antes de la explotación- son una herramienta para sobrevivir o tolerar tal situación, para olvidarse del hambre, resistir largas jornadas y las violaciones frecuentes; esto les provoca otros daños físicos y psíquicos graves.

La tricotilomanía y la onicofagia son otras manifestaciones de la autoagresión (Besten, 2001), el grado extremo de la autoagresión son los intentos suicidas; tienden a alejarse de los lugares en

los que sienten que empiezan a crear vínculos afectivos importantes, también pueden presentar actitudes materialistas o consumistas (Delaney & Cotterill, 2005a).

Varias mujeres pueden presentar maternidad y manutención a temprana edad (OIT & PIETI, 2009) por lo tanto hombres y mujeres actúan con pseudo-madurez (Delaney & Cotterill, 2005b). Los efectos conductuales a corto plazo son (Azaola, 2009; Besten, 2001; Cantón & Cortés, 2002; Cárdenas, s.f.; Delaney & Cotterill, 2005a; Echeburúa, 2005; Fuente de la, 2010; Instituto Estatal de la Mujer del Estado de Tlaxcala, 2010a; Martínez, 2008; Griesbach & Sauri, 2005c): adicciones a sustancias, agresividad, autoagresión, compulsiones, conductas regresivas, desinterés en actividades significativas para ellos, hipo-actividad, hiperactividad, intentos suicidas, impulsividad, letargia, lenguaje de contenido sexual, mutismo, obsesiones, rechazo del propio cuerpo.

Delaney y Cotterill (2005a) mencionan que en el *ámbito sexual* el despertar de estos niños y adolescentes no inició como un proceso natural y quedó asociado con experiencias violentas, confusas y utilitarias de la sexualidad. Algunos síntomas de los efectos sexuales a *corto plazo* son: comportamiento sexual precoz, conductas hipersexualizadas o exhibicionistas, dibujos sexualizados, contacto con sus genitales que antes no tenía, interés exagerado por comportamientos sexuales de los adultos, masturbación compulsiva pública o en privado, juego sexual persistente, ofensas sexuales (Cantón & Cortés, 2002; Fuente de la, 2010; Giberti, 2005; Martínez, 2008).

Los niños y adolescentes presentan una tendencia a la hipersexualización del afecto (Fundación Renacer et al., 2006) ya que les es menos fácil separar lo afectivo de lo sexual (Lameiras, 2002). Sullivan y Everstine (2004) apuntan que la violación en los adolescentes sin experiencia sexual previa puede generarles tal confusión al grado de tener dificultad para distinguir entre una sexualidad consensuada y una violación.

Archundia (2002) menciona que se ve afectada la percepción de la sexualidad, aceptación y disfrute de la misma. En su mayoría, sus relaciones de pareja están centradas primordialmente en la actividad genital con matices de repetición compulsiva, lo anterior hace menos fácil que logren relaciones adultas responsables (Cárdenas, s.f.) y una sana integración y goce de su sexualidad (Fundación Renacer et al., 2006).

Los síntomas de los efectos sexuales a largo plazo son: aversión sexual, pérdida de la libido, rechazo o agresividad al relacionarse íntimamente, disfunciones sexuales (trastornos del deseo, de

la actividad sexual o del orgasmo), patrones inadecuados de intimidad, promiscuidad o prostitución, fijación por determinados tipos de prácticas sexuales, trastorno de identidad sexual, parafilias e insatisfacción en sus relaciones sexuales (Cantón & Cortés, 2002; Casado et al., 1997; Delaney & Cotterill, 2005a; Fuente de la, 2010).

En el *área social*, dado que las redes de contención para crecer y desarrollarse a partir de vínculos sanos y protectores se dañan gravemente, se genera una gran desconfianza hacia los demás afectado significativamente la forma de relacionarse (Azaola, 2009). Otros efectos de la agresión son: aislamiento, conductas antisociales, déficit en habilidades sociales, desconfianza para creer en otros, delincuencia, hostilidad, utilización de violencia como forma de relacionarse y resolver conflictos, relaciones conflictivas y ambivalentes (Delaney & Cotterill 2005a y b; OIT & PIETI, 2009; Griesbach & Sauri, 2005c).

Dado la dinámica de interacción a la que han estado expuestos los niños y adolescentes, tienden a presentar un patrón de comunicación e interacción en sus relaciones sociales, afectivas y sexuales que transitan entre la dependencia patológica -sumisión- y la agresividad (Cárdenas s. f.) y puede que establezcan relaciones pseudo-afectivas, superficiales, manipuladoras y de carácter utilitario (Delaney & Cotterill, 2005c; Fundación Renacer et al., 2006).

Los niños y adolescentes pueden presentar dificultades para percibir donde empieza y acaba el territorio íntimo y psíquico de sí y de los otros y por lo tanto presentan dificultad para defenderse de invasiones físicas; además es probable que los niños repitan situaciones de sumisión y abuso en su adultez (Giberti, 2005 & Lameiras 2002). Cárdenas (s.f.) plantea que los niños y adolescentes manifiestan conductas antisociales porque perciben a las figuras de autoridad como generadoras de violencia y agresión, de ahí su constante trasgresión y desafío. En algunos casos se ha comprobado que niños prostituidos a edades tempranas posteriormente inician carreras delictivas con delitos graves como robo y tráfico de drogas (Azaola & Estes, 2005).

### **Principales síntomas según nivel de desarrollo**

Los síntomas más frecuentes según el nivel de desarrollo son (Cantón & Cortés, 2002; Giberti, 2005; Martínez, 2008):

*A. Niños menores de 3 años:* somatización, conductas regresivas, sexualización de la conducta, temores inexplicables ante personas o situaciones determinadas.

*B. Niños prescolares:* además de los síntomas anteriores, necesidad de atención de los demás, comportamiento seductor, excesiva curiosidad sexual, enseñan los genitales con frecuencia, se meten objetos en la vagina o en el ano, piden estimulación sexual. Los niños pequeños por carecer de lenguaje verbal para describir el abuso expresan sus reacciones actuando directamente su ansiedad y miedo, además de emplear estrategias disociativas y de negación.

*C. Niños escolares:* dificultades en el aprendizaje o problemas de educación especial, hiperactividad, conductas sexuales inapropiadas (deseo de tocar a otros niños, masturbación excesiva, preocupación sexual, exhibicionismo e inicio de actividades sexuales). Los niños en edad escolar debido al incremento de las habilidades de afrontamiento introspectivas son más vulnerables a sentimientos de culpa y vergüenza, esto hace menos fácil su experiencia social y el establecimiento de un sentido de auto-competencia entre los iguales.

*D. Adolescentes:* ideas y conductas suicidas o auto-lesivas, conductas antisociales, conductas seductoras, actitudes sexuales permisivas, problemas de identidad sexual, comportamiento sexual precoz, masturbación compulsiva, trastornos de personalidad, síntomas psicóticos/esquizoides (alucinaciones). Los adolescentes tienden principalmente al empleo de estrategias inmaduras como la conducta impulsiva que induce al consumo de drogas o a conductas sexuales inapropiadas.

Los síntomas descritos por diferentes autores (Azaola, 2009; Ezeta, 2006; Fuente de la, 2010; Fundación Renacer et al., 2006; OIM & Save the Children, Suecia, 2007; Griesbach & Sauri, 2005c) sobre los efectos de la agresión coinciden con los síntomas que el DSM-IV-TR y el CIE-10 señalan para el diagnóstico de TEPT.

Los efectos a corto y largo plazo que presenten los niños dependerán de los diferentes factores a los que estuvieron expuestos y del nivel de desarrollo en el que se encuentren. En el capítulo cinco se describen las técnicas terapéuticas, se abordan las etapas del tratamiento psicológico para casos de este tipo de explotación y las consideraciones especiales que se necesitan tomar en cuenta durante el tratamiento.

## Capítulo 5

### **Alternativas psicoterapéuticas para casos de explotación sexual comercial infantil**

Aunque la naturaleza de la agresión genera efectos de alto impacto en los niños y adolescentes, Azaola (2009) señala que su recuperación no es imposible, ésta dependerá de las posibilidades proporcionadas desde distintos ámbitos de la forma más integralmente posible y del afecto genuino que se les dé (Delaney & Cotterill, 2005a). Numerosos autores señalan la necesidad de realizar intervenciones con un enfoque integral e integrado que consideren el ámbito emocional, educativo, formativo, familiar y social para que los niños y adolescentes logren una recuperación y reinserción social, retomen su rol como estudiantes y con sus iguales y en caso de que no regresen a los estudios logren una vida autónoma y sostenible (Griesbach & Sauri, 2005b; Stewart & Elspeth, 2008; Universidad del Desarrollo, 2010).

Un aspecto que puede tenerse presente en el abordaje de esta problemática es como lo indica Cagnoni & Milanese (2010, p. 204) “Nadie puede cambiar el pasado pero todos podemos cambiar los efectos del pasado en el presente.” Y considerando que la psique tiene la capacidad de recuperarse si cuenta con los elementos y el ambiente propicios (Schaefer, 2005), la psicoterapia para estos casos se enfoca en: minimizar los efectos de la experiencia, construcción del autoconcepto y autoimagen positivos, resignificación e integración de la explotación, potenciar sus capacidades y habilidades, fortalecer su capacidad para tomar decisiones, el desarrollo de un nuevo proyecto de vida y proporcionarles pautas para interacciones sanas y elementos de seguridad (OIM & Save the Children Suecia, 2007; Portillo, 2004; Universidad del Desarrollo, 2010).

La información correspondiente al tratamiento parte del supuesto de que los menores de edad han sido rescatados de la situación de explotación y ubicado en un ambiente seguro donde sus necesidades básicas están satisfechas (OIM & Save the Children Suecia, 2007).

Para la conceptualización de la psicoterapia de niños y adolescentes con este tipo de agresión se toma como referencia los aportes de la literatura y la experiencia clínica sobre el tratamiento de agresiones sexuales en niños y adolescentes (Universidad del Desarrollo, 2010). Dado las condiciones a las que los infantes son expuestos, muchos de ellos presentan síntomas de trastorno por estrés postraumático, de malos tratos y negligencia, por lo que O'Connor, Schaefer y Chavéz



(1997); Schaefer, O'Connor y Arizmendi (1988) sugieren adaptar las técnicas para lograr eficacia en los resultados del tratamiento.

El tratamiento psicológico de los niños con maltrato infantil y agresión sexual suele incluir intervención en crisis y -según la gravedad- terapia para estrés postraumático y terapia de mediano y largo plazo en modalidad individual, familiar y grupal. Las técnicas psicoterapéuticas aquí descritas para agresiones sexuales se aplican desde diferentes enfoques terapéuticos, algunos son más activos y directivos que otros, cada una tiene etapas de tratamiento y técnicas características del enfoque. La formación teórica y práctica del profesional en dichas técnicas es fundamental. Schaefer et al. (1988) apuntan que no hay trucos mágicos para el tratamiento con infantes, la observación sensible y la empatía son fundamentales para la comprensión psicológica y emocional. Todas las técnicas requieren sensibilidad, habilidad y práctica.

Portillo (2004) indica que la intervención está en función del tipo de agresión y de las necesidades específicas de los niños considerando las características, edad, capacidad verbal, madurez emocional, etc. El Instituto Estatal de la Mujer del Estado de Tlaxcala (2010a) menciona que durante el tratamiento es necesario integrar la emoción, el intelecto y la voluntad ya que la sola expresión de la emoción o catarsis no soluciona la situación.

Se realiza una agrupación de las técnicas en cuatro vertientes: 1) intervención en crisis; 2) técnicas simbólicas [juego y arte]; 3) modelo de Durrant y White que incluye terapia narrativa, terapia centrada en soluciones y rituales terapéuticos y 4) terapia para el trastorno por estrés postraumático que emplea técnicas cognitivas conductuales, hipnosis y terapia estratégica. A continuación se describen.

### **5.1 Intervención en crisis.**

La naturaleza de ciertos eventos causan en la persona un colapso en su capacidad para solucionar problemas, a este estado se le denomina crisis (Slaikeu, 2011). Dentro de este tipo de sucesos se encuentran las agresiones sexuales y en dichos casos se aplica intervención en crisis (Sullivan & Everstine, 2004). La *intervención en crisis* busca que quienes se encuentran en un periodo de desorganización marcada adquieran un nivel mejor de funcionamiento (Zeig & Gilligan, 2004).

Bellack y Small (2005), señala que las consideraciones generales de la intervención en crisis aplicada en niños son las mismas que se realizan en adultos y que la diferencia radica en que los padres deben de convertirse en parte central de la psicoterapia al ser los responsables de dar el apoyo que los niños requieran durante el tratamiento. Más adelante se menciona las especificaciones para la intervención en crisis aplicada en niños. En adultos el número promedio de sesiones es de cinco y una más de seguimiento pero en casos de niños se requieren cuatro o cinco sesiones con los infantes y cuatro o cinco con los padres y el sistema amplio.

Slaikeu (2011), indica que la intervención en crisis consta de dos fases, a) primeros auxilios psicológicos y b) terapia para crisis. La primera etapa se suministra de forma inmediata, lleva minutos u horas y generalmente conlleva una sesión. Las metas de esta fase son: restablecer el enfrentamiento inmediato, reducir la mortalidad y remitir a servicios de salud mental de mayor complejidad.

La Secretaria de Salud de Colombia y el Fondo de Población de Naciones Unidas (citado en: Convenio Secretaría Distrital de Salud y Fondo de Población de Naciones Unidas, 2008) apunta que la intervención en crisis para un consultante de agresión sexual debe incluir los siguientes principios:

- A. *Intervención inmediata*: las personas en crisis viven situaciones emocionalmente amenazantes que las predispone a emplear estrategias de afrontamiento no eficaces y están propensas a quedar inmovilizadas emocionalmente.
- B. *Estabilizar*: identificar y activar los recursos personales del consultante, aumentar la sensación de seguridad y activar las fuentes de apoyo que faciliten su recuperación integral.
- C. *Facilitar la comprensión sobre lo ocurrido*: a través de la escucha activa de los aspectos de la agresión espontáneamente relatados, reelaborar para la comprensión de alternativas sobre los efectos con una visión más allá de lo ocurrido y desculpabilizar.
- D. *Centrarse en las soluciones de problemas específicos*.
- E. *Restaurar la sensación de autoeficacia*: promover una visión positiva de sí mismo; favorecer la autonomía y dirigir su atención hacia un futuro donde haya superado los efectos del suceso traumático, animar a poner en práctica sus estrategias de afrontamiento ante síntomas y problemas identificados.

F. *Remitir a servicios de salud mental de mayor complejidad.*

Bellack y Small (2005), menciona que los primeros auxilios psicológicos pueden ser administrados por padres de familia, maestros, enfermeras, médicos, abogados que tengan la capacitación correspondiente; sin embargo se considera que hay algunos elementos de los primeros auxilios psicológicos que requieren de mayor formación. Dentro de los elementos que si pueden proporcionar personas no especializadas se encuentran los que sugiere la Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas [ADIVAC] (Martínez, s.f.):

- ✓ Creerles, los niños rara vez mienten sobre agresiones sexuales.
- ✓ Nunca considerarles culpables.
- ✓ Comprender que los niños pueden sentir conflicto en sus sentimientos hacia el agresor.
- ✓ Evitar mencionar palabras que denigren o que los confundan.
- ✓ No hacer promesas que no se puedan cumplir.
- ✓ Evitar preguntar del porque el niño permitió que la agresión sexual se prolongara.
- ✓ Mantener la calma.
- ✓ Animarlos a hablar sobre la violencia sexual.
- ✓ Asegurarse de que no han sufrido heridas.
- ✓ Responsabilizarse de proporcionar los primeros auxilios sin hacer juicios de valor.
- ✓ Acercarse a redes de apoyo que brindan protección.

La segunda fase de la intervención en crisis puede llevar semanas o meses, los objetivos generales son: resolver la crisis, translaborar el percance de la crisis, establecer la disposición para encarar el futuro, integrar el incidente al curso de la vida (Slaikeu, 2011).

Bellack y Small (2005), propone los siguientes diez pasos para la terapia breve y de emergencia con niños:

- 1.- En sesión con los padres identificar fortalezas y debilidades del infante y de la familia.
- 2.- En sesión con el niño apuntar las debilidades y fortalezas del niño y de la familia.

3.- Reunirse con el pequeño y con los padres para calificar la gravedad de cada área problemática y colocarlas en un rango por orden de importancia, elegir uno o dos problemas para el tratamiento y planear al menos una intervención para la siguiente semana.

4.- En sesión con el infante ayudarle a crear una imagen simbólica de las áreas problemáticas empleando medios de fantasía como el juego simbólico o el dramático, crear un cuento, un poema, un dibujo o contar una historia con las láminas del C. A. T.

5.- Planear el sistema con el niño, con los padres y con el sistema amplio y según los problemas, las fortalezas y debilidades del niño realizar un plan de acción e intentar al menos una intervención para la siguiente sesión.

6.-Seguimiento con los padres sobre el progreso.

7.-Evaluar el progreso junto con el niño y enmarcar sus problemas en términos del conflicto y con el lenguaje empleado por el infante.

8.- Con el niño y los padres examinar el avance, indicar la terminación próxima e intentar nuevas intervenciones para la siguiente sesión.

9.- Con el infante explorar métodos de definición y enfrentamiento de los conflictos, sugerir métodos alternos para enfrentar determinadas situaciones, conectar con las fortalezas conocidas en la familia.

10.-Seguimiento con el niño y los padres juntos para examina el progreso e identificar las formas diferentes para manejar los problemas futuros considerando la experiencia actual de tratamiento.

La psicoterapia de emergencia tiene base teórica y práctica de la teoría psicoanalítica. En la práctica los psicólogos y psicoterapeutas emplean la estructura general de la intervención en crisis y utilizan métodos y técnicas características del modelo de formación para lograr el objetivo de la terapia de emergencia. Independientemente de los enfoques y técnicas empleadas y según los síntomas o áreas a tratar Bellak (1993) remarca la utilidad de los siguientes recursos: fomentar la autoestima, hacer conciencia de los recursos personales, familiares y comunitarios, disponibilidad de un terapeuta auxiliar, de líneas telefónicas y de centros de urgencias, combinación de terapia farmacológica con psicoterapia e informar sobre la enfermedad física o mental que presentan.

Bellak (1993); Sullivan y Everstine (2004) indican que, la intervención en crisis por ser un tipo de terapia breve requiere tener amplio conocimiento y práctica terapéutica que permitan la agudeza, habilidad y rapidez para hacer aquello que represente una diferencia crucial a favor del consultante.

## **5.2 Técnicas simbólicas**

### **5.2.1 Terapia de juego para agresiones sexuales**

La terapia de juego es un método de psicoterapia frecuentemente aplicado en infantes por tener aspectos terapéuticos y educativos, presentarse en forma natural, sencilla y no amenazante y por generar un clima seguro, de apoyo y permisivo para el niño (O'Connor et al., 1997; Schaefer et al., 1988; Schaefer, 2012). Además Schaefer (2005) apuntan que su enorme potencial simbólico ayuda a los niños -con poca actividad verbal- a expresar con facilidad sus emociones, sus experiencias y preocupaciones inconscientes a través del juego.

Esta técnica les ayuda a los niños a encontrar mejores soluciones para los conflictos generados por la agresión sexual, a integrar y a sanar la experiencia de forma segura. También, los infantes se benefician del juego por otras funciones que éste tiene: biológica (aprender habilidades básicas, relajarse, liberar energía excesiva), intrapersonal (exploración, dominio de situaciones y de conflictos, desarrollo cognitivo, satisfacción de simbolismos y deseos), interpersonal (desarrollo de habilidades sociales, separación-individuación) y sociocultural (imitación de papeles deseados) [O'Connor et al., 1997; Schaefer et al., 1988].

West (2000) señala que no hay una regla estricta en las edades para los niños referidos a terapia de juego. Las edades comunes son entre 4 a 11 años, sin embargo la autora señala haber trabajado con niños de dos años y medio y de 12 y medio. Schaefer et al. (1988) señalan que la terapia de juego no es la más indicada para adolescentes a excepción de la terapia de juego grupal.

Las *técnicas* y los *materiales de juego* comúnmente empleados son: casa de muñecas, arenero, miniaturas, juguetes, cuentos, juegos diversos, disfraces, narraciones, arcilla, dibujos, collages, títeres y dramas improvisados (O'Connor et al., 1997; Schaefer et al., 1988). Las últimas cinco formas se consideran también dentro de la terapia de arte, por lo que se describen en tal sección. Con los materiales de juego el infante puede tomar distancia de sus emociones, pensamientos y

acciones (Wilson, Kendrick, Ryan, &, 2002). También Freeman, Epston y Lobovits (2001) apuntan que los diversos juegos, el disfraz y el cambio de voces le permiten al niño ensayar múltiples perspectivas y conductas. En el apéndice D se mencionan las sugerencias de las condiciones para la sala de juego y en el apéndice E se enlistan los materiales de juego para las diferentes técnicas de este tipo de terapia.

Schaefer et al. (1988) y Schaefer (2012) indican que la elección de técnicas y materiales de juego se eligen en función del niño, edad, situación y metas, se puede recurrir a cualquier tipo de juego que permita un dominio exitoso y que tengan fines terapéuticos o de aprendizaje dentro de la temática de tratamiento que el niño necesite.

En los niños pequeños, la comunicación puede alcanzarse totalmente mediante los muñecos y títeres. La solución se reserva para los muñecos y no para los infantes; de forma que las sugerencias, el apoyo y la corrección permanecen en el nivel del material de juego. Con los niños de mayor edad se pueden mencionar las similitudes entre la vida y los sentimientos de los muñecos y la vida de ellos (O'Connor et al., 1997).

Muchos terapeutas de juego creen que no hay necesidad de comprender e interpretar completamente el juego y el simbolismo de forma directa, ni que el niño verbalice y acepte sus descubrimientos y argumentan que el aprendizaje de los niños mediante la actividad del juego puede ser suficiente para crear cambios en ellos (O'Connor et al., 1997).

Para casos de niños con trastorno por estrés postraumático y malos tratos O'Connor et al. (1997) y Schaefer et al. (1988) sugieren la terapia de juego de abreacción, de liberación, libre o espontáneo, de desenlace correctivo, simulado, predispuesto y narración de historias postraumáticas, la mayoría se describen más adelante.

### **Terapia de juego para niños con trastorno por estrés postraumático**

La terapia de juego para niños con trastorno por estrés postraumático es una terapia de dominio que emplea un enfoque activo-directivo y ecléctico, usa intervención en crisis, técnicas de exposición, abreacción, etc. Los procesos sanadores de la terapia de juego abreactiva incluyen: poder y control, insight, liberación emocional, revaloración cognitiva, repetición y apoyo social (O'Connor et al., 1997; Schaefer, 2012).

## **Terapia de juego de liberación**

La técnica de terapia de liberación permite al niño liberar la ansiedad y emociones que le generó un evento traumático y que bloqueó en determinado momento. La Terapia de Juego de Liberación General (TJLG) se emplea en niños de 8 a 10 años o mayores, aquí hay poca restricción de lo que se usa y de cómo se hace. La Terapia de Juego de Liberación Específica (TJLE) utiliza el juego de abreacción y mediante materiales de juego que abarquen muchos de los elementos del trauma, facilita la expresión y elaboración de sus vivencias (Schaefer, 2012).

Levy -el creador de la técnica- sugiere la aplicación de la TJLE en casos no crónicos, o recientes ya que la cercanía del evento y el impacto que generó el evento traumático puede dejar al niño muy sensible y bloqueado para este tipo de juego. La TJLG emplea actividades y técnicas de juego y juego de simulación. Para cuando el suceso es muy reciente o aun presente puede emplearse la TJLG (Schaefer, 2012). Para aplicar la TJLE se le da acceso a juguetes relacionados con el trauma o figuras en miniatura, se le invita a proyectar y desplazar su experiencia en los materiales de juego (O'Connor et al., 1997).

## **Juego preestablecido o juego de control**

El juego preestablecido es semejante al juego de liberación. Se le proporcionan al niño juguetes relacionados con su experiencia traumática, se le solicita seleccione los que deseé y juegue con ellos (Schaefer et al., 1988). O'Connor et al. (1997) señalan que la repetición del juego y las representaciones alternativas de situaciones problemáticas (reacciones y consecuencias) le permite al niño tener una sensación de dominio sobre la situación; sin embargo, hay una repetición de juego que no es sano para los niños, conocida como el Juego de Tipo Negativo (JPT) caracterizado por ser monótono (8 a 10 veces), no disminuye la ansiedad y no colabora a tener una sensación de dominio, les genera sentimientos de desvalimiento y de terror.

El juego de tipo negativo debe de ser interrumpido por el terapeuta para generar una nueva representación del juego que proporcione al infante alternativas saludables que fomenten una sensación de control y seguridad. Para ello el psicólogo puede sugerir respiraciones profundas, realizar movimientos físicos, asumir un papel específico, hacer una diferencia entre el suceso postraumático y la realidad actual, mover los muñecos y plantearle: ¿qué pasaría si...? Las siguientes actividades son buenas señales: a) se siente en control de los resultados del juego, b)

realiza un final satisfactorio para el juego y c) siente libertad para expresar y liberar el sentimiento negativo (O'Connor et al., 1997).

Cuando los niños se sienten muy amenazados al grado de no poder representar una nueva versión del trauma, suelen dar por terminado el juego y esto puede deberse a un colapso en sus defensas o incapacidad para expresar pensamientos y sentimientos en relación al suceso traumático (aún de forma indirecta). Para evitar la interrupción del juego el terapeuta necesita estructurar la actividad de tal forma que el niño pueda expresar los sentimientos reprimidos gradualmente. Después de un juego que parece desestructurar al niño Schaefer, O'Connor y Arizmendi (1988) sugieren un tiempo de plática (cinco minutos) al finalizar el juego para ayudar al niño a contextualizar la realidad.

### **Narración de historias postraumáticas**

Una variante de la narración de historias postraumáticas es la técnica de narración mutua de historias de Richard Gardner, donde el niño cuenta un cuento, después el terapeuta cuenta su versión usando los mismos personajes pero ofreciendo una mejor solución; cada cuento termina con una moraleja (Schaefer et al., 1988). Oaklander (2010) señala que para ésta técnica se pueden emplear títeres.

### **Biblioterapia**

En la biblioterapia el psicólogo lee al infante cuentos donde se representan niños en situaciones semejantes a las suyas y se describe cómo es que ellos las manejan (O'Connor et al., 1997). Klein (2006) apunta que algunos cuentos modernos están contra indicados por ser demasiado próximos al mundo real, se prefiere el género fantástico y por lo general no se moraliza sobre el contenido.

Un cuento puede trabajarse de diferentes formas, una vez leído los niños pueden identificarse con los sentimientos de los personajes y se les puede preguntar por los sentimientos del protagonista o de otros personajes, ante la dificultad del personaje se pregunta ¿Qué podría hacer o a quién puede recurrir?, se puede re-escribir el final del cuento por el que mejor le parezca, etc. (Delaney & Cotterill, 2005a).



## **Casa de muñecas**

Esta técnica puede emplear dos casas. Por lo regular, cuando los infantes han experimentado falta de apoyo emocional por uno de sus padres, tensión intolerable y pérdida temporal, la segunda casa es un refugio. Aquí los niños expresan ira o cualquier otra emoción en un medio seguro, definir y dirigir la interacción, describir la protección, probar a nuevos miembros de la familia como padres sustitutos, señalar límites apropiados, identificar y aceptar soluciones disponibles para satisfacer sus necesidades, desarrollar el sentido de valores, necesidades y fantasías sobre lo que es deseable y posible. El niño retoma de la casa vieja lo que tiene valor y rechazar aquello que no lo tiene, (Schaefer et al., 1988).

## **Otros juegos**

*Juegos diversos*: todos los juegos de mesa y otros juegos son útiles en la medida que colaboren al proceso terapéutico tanto en la modalidad individual como en la grupal.

## **Terapia de juego con arena**

Varios terapeutas han observado que mediante esta técnica en las personas ocurren cambios psicológicos, cognitivos y relacionales, además de generales paz y tranquilidad. En el apéndice F se indican las sugerencias de Schaefer (2005) sobre las condiciones para la terapia de juego con arena.

Schaefer (2005) sugiere que el terapeuta necesita tener una actitud abierta, sin crítica, lo que surja en el arenero es apropiado y la elección de temas aceptable. En caso de adolescentes primero se establece una terapia verbal tradicional, una sólida relación terapéutica y en el momento adecuado se sugiere el uso del arenero.

## **Técnica del arenero**

Para introducir al pequeño en la técnica se le invita a tocar la arena -si es posible en los dos areneros, seco y húmedo-, se le pregunta si le gustaría hacer una figura en la arena, se le facilita una colección de miniaturas, una vez seleccionadas se sugiere crear un cuadro o escena y al finalizarla se le pide que narre lo ocurrido (Schaefer et al., 1988). Schaefer (2005) sugiere no dar interpretaciones, argumenta que la sola realización de la imagen es terapéutica y la intervención verbal en ese momento es innecesaria ya que tal proceso va más allá de la comprensión consciente.

Después de creada la imagen, el terapeuta pregunta al paciente sobre sus sentimientos al realizarlo o de su respuesta personal al arenero mismo, preguntar si la imagen tiene nombre, o sobre la colocación de la miniaturas; por ejemplo, “Noto que el vaquero le está apuntando al tigre”. El arenero nunca se desmantela en presencia del consultante (Schaefer, 2005, p. 129).

En los casos donde el paciente muestre agobio ante las miniaturas, desconcentración y no pudiera continuar puede ser indicio de sobre estimulación de una parte del inconsciente, por lo que se le invita a hablar sobre la emoción que le genera, ante esto se esperan dos respuestas: a) disminuye la sensación de inundación de material inconsciente y continua con el juego con arena y b) ambos deciden retomarlo posteriormente o usar otra técnica (Schaefer, 2005).

### **Comprensión de las imágenes de arena**

Schaefer (2005) menciona que el arenero puede considerarse a partir de diferentes perspectivas teóricas; sin embargo, para su comprensión Schaefer (2005) considera: a) información personal del paciente, edad, género, motivación para la creación del arenero, b) durante la creación registrar la velocidad o lentitud, espontaneidad o premeditación, temor o emoción; c) contenido registrado en boceto, foto o ambos, observar los objetos empleados y su significado, la colocación y cambio de las miniaturas, movimientos de la arena, organización y contenidos generales de la imagen, d) evolución de los areneros, incluyendo etapas -especialmente el arenero inicial; anotando los símbolos empleados regularmente, cambios en la colocación, en temas y en la variación de la organización de escenas; e) historia del juego con arena, algunos pacientes cuentan una historia de su imagen, otros recuerdan sucesos presentes o pasados, escuchar con atención el contenido simbólico, matices emocionales, temas y resoluciones de las historias.

Otra observaciones son: el tipo de arenero que elige (húmedo o seco), la forma en que toca o esculpe la arena, examina y selecciona las miniaturas, el orden en que se eligen y colocan las figuras -especialmente las primeras y las ultimas-, los comentarios del paciente, las impresiones y reacciones emocionales del terapeuta, el dialogo que tenga lugar (Schaefer, 2005).

Rie Rogers y Harriet S. Fredman observaron dos tipos de temas recurrentes (heridas y de salud o de transformación) en el trabajo con arena y lo enlistaron como apoyo para aclarar y comprender el lenguaje y movimiento del inconsciente del consultante (Schaefer, 2005), se mencionan en el apéndice G.

## 5.2.2 Terapia de arte

Delaney y Cotterill (2005) sugieren la terapia de arte para casos de explotación sexual comercial infantil. Klein (2006) plantea que en la terapia de arte las producciones artísticas de la persona le permiten tomar distancia de aquello que le produce malestar, de forma sutil toma su vulnerabilidad y realiza un recorrido simbólico que le facilita el re-crearse.

Freeman et al., (2001) señala que al realizar una obra artística se genera un sentimiento visceral de que el problema queda situado fuera de la persona. En esta técnica no se requiere que la persona cuente con un lenguaje desarrollado y en caso de que lo tenga no es indispensable en el proceso. Klein (2006) argumenta que esta modalidad: a) genera un espacio no amenazador para la expresión, b) facilita el acercamiento a la autenticidad y c) permite a la persona objetivizar al hacer salir las formas que trae dentro, trabajarlas y transformarlas.

Cuando las formas y los contenidos del proyecto artístico son demasiados próximos, se corre el riesgo de que no colaboren en la transformación de su creador o de a quién va dirigido. En arteterapia al igual que en terapia de juego es fundamental crear un ambiente seguro, permisivo y de aceptación para la expresión mediante una comunicación simbólica. En el apéndice I se indican a grandes rasgos las sugerencias para los materiales, espacio y mobiliario que pueden emplearse en la terapia de arte.

Esta modalidad no programa los contenidos, ni se afana para que la persona los descubra; más bien, se propone un marco definido donde, gracias a la buena distancia, la persona pueda efectuar un recorrido simbólico terapéutico. Al inicio se desarrollan las representaciones enigmáticas de sí proyectadas en la traducción artística, para que gradualmente se llegue al lenguaje auténtico, siempre un poco oscuro, como el de la poesía que esconde y revela a la vez (Klein, 2006).

Klein et al. (2008) plantea que hay cinco etapas por las que pasa el “proyecto terapéutico” con o sin consciencia de la persona: a) interioridad, b) proyección en el acto de crear, en la producción misma, c) expresión desde un lenguaje verbal, visual, sonoro, gestual, corporal, etc., d) transformación de la expresión del contenido y de la forma hasta una creación inédita y e) interiorización por impresión delante de esta creación inédita, nuevo ciclo que inspira el desarrollo interior.

Todas las técnicas de arteterapia pueden emplearse en terapia individual y grupal. La forma de abordar y desarrollar las técnicas depende del enfoque de formación. Delaney y Cotterill (2005a) señalan que los proyectos artísticos pueden ser no directivos (dibujo libre) y directivos y específicos (actividad con tema determinados), para la realización de estos últimos es necesario que el infante se sienta preparado para ello, seguro y acompañado. Ya que durante la realización de los proyectos artísticos los niños pueden evocar sentimientos o recuerdos dolorosos sobre la explotación, el psicólogo necesita estar atento para contener, dirigir y acompañar en la actividad artística. Se puede introducir en esta técnica pidiendo al niño que represente cómo es su lugar favorito, utilizando cualquiera de las técnicas artísticas disponibles (Delaney & Cotterill, 2005a).

A continuación se describen a grandes rasgos las técnicas empleadas en la terapia de arte (dibujo, collages, escultura, drama, música y danza).

### **5.3.2 Técnicas de la terapia de arte**

#### **Dibujo**

El dibujo también se emplea en la terapia de juego. En la terapia de juego al igual que en el arteterapia la importancia del dibujo (y de las demás técnicas de arte) radica en el proceso y no en el resultado final. Schaefer et al. (1988) recomiendan para “niños muy perturbados” los siguientes dos tipos de dibujos:

- *Dibujo en serie.* Se sugiere al niño hacer un dibujo: “me gustaría saber si puedes hacer un dibujo, cualquier dibujo que quieras...”. (Schaefer, et al., 1988, p. 216). Una vez realizado el dibujo se le pregunta ¿qué sucede en el dibujo?, ¿qué sucederá después?, ¿cuál es el resultado?, ¿tiene título? Este forma de dibujo fue adoptada por Claman desde la técnica de Garabato de Winnicott y del enfoque de narración de historias de Gardner. Schaefer, O'Connor y Arizmendi (1988) sugieren para obtener material temático y comunicación las metáforas dibujadas y la narración de historias con niños en edad de latencia ya que resisten el abordaje directo de sus problemas y sentimientos.
- *Colores, curvas y formas.* Se invita a expresar sentimientos en papel usando colores, líneas, curvas y formas (Oaklander, 2010).
- *Dibujo libre.* Se solicita al infante realice un dibujo del tema que él quiera, el cual puede ir acompañado de una historia contada por el niño y anotada por el terapeuta. Posteriormente se puede

hablar sobre los sentimientos generados durante el dibujo o sobre el tema del dibujo (Oaklander, 2010).

- *Ilumina tu vida*. Adaptable para trabajar individual o grupalmente, para niños entre 6 y 12 años, con inteligencia promedio, capacidad para reconocer y nombrar los colores y mediante esto identificar los diferentes estados afectivos. Aquí los colores sirven de clave para demostrar una variedad de afectos, a los niños se les enseña a combinar emociones con colores (rojo-ira, azul-triste, amarillo-feliz). O'Connor observó la consistencia de las siguientes relaciones hechas por los niños: amarillo- felicidad, pardo y negro- tristeza, rojo-ira. Los colores básicos son amarillo, verde, azul, negro, rojo, morado, pardo y gris; el autor sugiere limitar el número de colores a no más de 9 (número que ellos manejan con éxito) y durante la creación recomienda recordar la combinación de colores, en especial cuando añaden otro sentimiento-color (Schaefer et al., 1988).

Schaefer et al. (1988) señalan que una vez establecido la combinación de color-sentimiento se le da el material y se pide que ilumine usando los colores que muestren los sentimientos que ha experimentado en su vida. Por lo regular los niños necesitan ayuda al inicio, el terapeuta puede sugerir “Si has sido feliz cerca de la mitad del tiempo en tu vida, entonces la mitad del papel debe ser amarillo” (p. 229). Es útil ayudarlo al niño a identificar la intensidad de la emoción (azul-tristeza no profunda como cuando pierde un juguete no favorito, negro-tristeza profunda como cuando se muere algún ser querido, etc.) y pedirle que describa lo más concreto posible su afecto o emoción.

También se le indica al menor que puede realizar la actividad con la forma que prefiera (cuadros, círculos, diseños, etc.). Se fomenta la verbalización, el terapeuta procura hablar menos y puede enfocarse en los sucesos cotidianos, los colores del proyecto y sobre los comentarios espontáneos del infante (Schaefer et al., 1988).

## **Collages**

Oaklander (2010) indica que el collage es un interesante medio de expresión para cualquier edad, en su realización puede emplearse una gran variedad de materiales, mencionados en el apéndice I. Con esta técnica se puede explorar y expresar diversos aspectos de la experiencia y de sí (objetos favoritos, malos momentos, cuando sienten enojo o miedo, sus historias favoritas, lo que les ayuda a superar la ira, etc.) (O'Connor et al., 1997). Al niño se le invita a escoger materiales, cortarlos en tamaños y formar, acomodar y pegar como él desee (Oaklander, 2010).

El collage se puede trabajar como un dibujo o como si fuera una imagen en la bandeja de arena donde el niño comparte la visión de su collage y de los elementos que usó. En ocasiones lo más significativo es el proceso de realizar el collage y hablar después acerca de éste. Se les sugiere ponerle título a la obra y puede ir acompañado de una historia (Oaklander, 2010).

## **Escultura**

- *Barro.* Klein (2006) plantea que el trabajo con la tierra es un juego de destrucción y recreación en una atmosfera que es lúdica y formal. Se emplea para expresar sentimientos. Se les pide que tomen con sus manos la porción de barro con el que se sientan cómodos, se les invita a cerrar los ojos y a crear una figura imaginaria o real (personas, animales, símbolos, el problema, imagen simbólica de sí, etc.). Mientras manipulan la greda silenciosamente pueden aplanarla, estirla, golpearla, darle forma, Al mismo tiempo de darse cuenta de lo que sienten y los cambios que tiene el barro en el proceso hasta el final, sin necesidad de pensar mucho en ello (Oaklander, 2010).

La escultura realizada pueda ir acompañada de una historia (Oaklander, 2010). En modalidad grupal se les pide al final que compartan su experiencia con el grupo (Schaefer et al., 1988; O'Connor et al., 1997).

## **Drama**

Klein et al. (2008) señala que, en esta modalidad de arte y a través de un proceso creativo, la persona desarrolla su capacidad de expresión y de comunicación, movilizand o su sensibilidad, imaginación, cuerpo y energía. En dramaterapia la persona crea su "proyecto" a través de la acción, de acciones del o de los personajes, donde el individuo presta al personaje su voz, cuerpo, sentimientos y experiencias para que éste tenga características físicas y psíquicas propias. Álvarez plantea que se puede calificar a este proceso de "exteriorización de contenidos y cómo una expresión de la persona a través del personaje" (p. 96).

Cuando representan roles ensayan nuevas forma de ser, toman más conciencia de sí, viven formas genuinas, sólidas y claras (Klein et al., 2008). Klein (2006) plantea que los dramas del infante se representan metafóricamente: los personajes remiten indirectamente a las personas reales, los miedos se representan como monstruos horripilantes, sus defensas se reflejan como fortalezas y su violencia se expresa mediante luchas imaginarias. Así todo es posible y sin consecuencias graves en la realidad.

## **Drama con Role play**

Delaney y Cotterill (2005c) apuntan que otra forma de emplear el drama con los niños es mediante el juego de roles para practicar diferentes formas de resolver conflictos.

## **Dramas improvisados con accesorios y vestuario**

En esta técnica se les enseña a los niños el contenido de un vestuario y accesorios, se les invita a seleccionar, crear y dirigir una historia. Si tiene dificultades para crear una historia, después de elegir el vestuario se está atento a los comentarios del niño y partiendo de ellos comentar: parece que tienes una idea para una historia ¿Cómo la representarías? ¿Dónde tendría lugar la escena? (Schaefer et al., 1988).

## **Títeres**

Para la mayoría comunicarse con títeres es físicamente seguro y divertido. Klein (2006) señala que las marionetas pueden ocupar el lugar de todas las representaciones del inconsciente.

Hay varios tipos de títeres, los de mano, de dedo, de palito (dibujo o recorte de figura que se pega a un palito o regla) y marionetas. Oaklander (2010) apunta que los niños manejan con facilidad los títeres de mano, siendo este tipo con los que más se involucran, quizá por involucrar más de sí.

Para trabajar con marionetas, se exhiben y se invita al niño a seleccionar la (s) que mejor (es) le parezca (n), a buscar un escenario, a presentar a los personajes y a comenzar una historia. Los más pequeños necesitan ayudar en la creación de la historia, al inicio se sugiere crear un dialogo con los títeres y no con el pequeño, para no dirigir su juego hacer preguntas abiertas que le faciliten la historia de seguimiento. Al terminar la escena se puede ampliar entrevistando a los títeres, al titiritero o a ambos para que ayuden a desenmarañar los diversos significados de la historia (Schaefer et al., 1988).

## **Mascaras**

Además del uso que se le da a la máscara en la terapia narrativa, ésta se puede emplearse en arteterapia para que la persona cree y desarrolle una historia. Klein (2006) comenta que llevar una máscara facilita un “rápido levantamiento de las defensas y de las inhibiciones y permite que los cuerpos hablen” (p, 44).

## **Escritura creativa**

Este tipo de escritura emplea diversas técnicas creativas, la forma más simple usa historias y metáforas que pueden continuar desarrollándose con el teatro, el dibujo, etc. Las historias pueden ser inventadas por los niños (Klein, 2006) o provenir de libros, otras fuentes o ser reinventadas por ellos (Delaney & Cotterill, 2005a). Otra forma de la escritura creativa son los poemas y los ensayos (Delaney & Cotterill, 2005c).

## **Música**

Oaklander (2009, p. 229) apunta que “la música es un vehículo para una expresión segura” además de ser una experiencia nutritiva, se utiliza como vehículo para comunicarse con el niño interior y nutrirlo, “a veces la música es el catalizador que le permite al niño expresar sus emociones, otras veces es el apoyo que le brindan las experiencias con la música”. En la terapia con música las notas incorrectas no existen.

Poch (1998) indica que las técnicas de musicoterapia están divididas en: audición musical, canto, interpretación o improvisación con instrumentos, movimiento y música. Tales técnicas son válidas para niños, adolescentes y adultos. A continuación se mencionan la mayoría.

### **Audición musical**

Mientras la persona escucha determinadas melodías, va evocando imágenes, emociones, símbolos, etc. que puede expresar en: a) forma escrita (adolescentes y adultos) en prosa o en verso o b) forma plástica (niños, adolescentes y adultos), dibujo o modelado que va acompañado de una explicación de lo quiso representar (Poch, 1998).

El *método isomórfico* consiste en buscar y poner el tipo de música que corresponde al estado anímico de la persona para entrar en contacto y gradualmente ir cambiando la música con la finalidad de cambiar su estado afectivo (Poch, 1998).

### **Improvisación con instrumentos**

Poch (1998) señala que la improvisación en música es una forma de expresión espontánea, libre y creativa a través de cualquier instrumento musical, la propia voz -canto-, del cuerpo -danza- o de otros instrumentos musicales; sin ajustarse a pautas establecidas por otros y sin importar la belleza artística o lo sencillo que pueda resultar. Se le da un instrumento a la persona y se le invita a tocarlo libremente, se buscan instrumentos fáciles de tocar. También se le invita a expresarse con



el canto o con el baile. La improvisación musical no requiere de conocimientos musicales, de canto o danza (Poch, 1998). Oaklander (2009) plantea varios ejercicios de improvisación con instrumentos, se menciona los siguientes:

A) El niño elige el instrumento que desee y empieza a tocarlo como él quiera, después de un rato el terapeuta empieza a tocar un instrumento, luego de tocar juntos por unos minutos el niño se detiene y el terapeuta continúa solo; después el infante escoge otro instrumento y toca con el terapeuta, poco después el terapeuta se detiene y el pequeño sigue, el terapeuta selecciona otro instrumento y toca con él y así sucesivamente. Cómo en este ejercicio no se habla, ambos usan señas con las manos para indicar cuándo tocar solos o juntos (Oaklander, 2009).

B) Se pregunta al niño como se siente y usando cualquier instrumento disponible se le invita a tocar en correspondencia. Se preguntan por otros sentimientos y se crean sonidos correspondientes -“¿Qué tal triste? Piensa en algo que te haga sentir triste... Ahora toquemos triste”- (Oaklander, 2009, p. 219).

C) Se inventan historias en relación a diferentes sentimientos (sobre un perrito extraviado que se siente muy triste) y tocar la música para el cuento.

Este ejercicio se puede realizar en grupo con 4 a 6 niños o con los integrantes de la familia del niño y el infante. Sentados alrededor de los instrumentos –que se encuentran apilados en el suelo– tienen algunos minutos para experimentar los sonidos que pueden hacer con ellos, después cada persona elige dos instrumentos, cierran los ojos por unos minutos. Se enfatiza que no se está interesado en conseguir melodías o ritmos sostenidos, sólo en sonidos. Cuando se sienten listos empiezan a tocar sus instrumentos. Pueden experimentar con diferentes tipos de sonidos y diferentes formas de hacerlo (rápido, lento, suave, fuerte), o quedarse en silencio para escuchar los sonidos, también pueden intentar comunicarse con los demás mediante sus sonidos, pueden cambiar de instrumentos si lo desean. Se les menciona que llegarán a un momento en que sientan la necesidad de parar y deben estar atentos a ese momento para detenerse.

Oaklander (2009) comenta que cuando este ejercicio se realiza con una familia, el tipo de interacción se manifiesta durante el ejercicio, elemento que se observa, comenta y trabaja.

D) Cada niño escoge un instrumento, se designa a alguien para que comience con un sonido continuo, después de unos minutos se incorpora el segundo niño, y así sucesivamente; al final,

todos están realizando su propio sonidos al mismo tiempo. Para terminar la actividad, el infante que inició se detiene, luego el siguiente y así sucesivamente hasta que el último niño quede tocando solo.

## **Canto**

Poch (1998) menciona que se pueden utilizar las canciones en dos formas, oídas o cantadas. La estructura de las segundas debe de ser: canciones cortas, repetitivas, comprensibles para los niños y fáciles de cantar. Dependiendo la edad, las letras pueden extraerse del folclore de otros países o del nacional, de películas infantiles, de canciones de cuna, etc. Por lo general las canciones suelen ser del agrado de los niños pequeños. Oaklander (2010) menciona que la guitarra suele ser un instrumento muy accesible que acompaña el canto y facilita y potencia la respuesta en este modo artístico.

Para niños y adolescentes Poch (1998) propone las siguientes actividades: componer canciones relacionados a diversos temas (animales, familia, para sí o para los miembros del grupo, para los días de la semana o momentos del día, etc), jugar a estatuas (los niños caminan por la sala mientras el terapeuta canta, cuando el terapeuta hace pausa los niños se quedan quietos como estatuas), el ostinato (se pide a los niños que imiten un sonido o nota determinada y mantengan la nota por el tiempo indicado aunque escuchen otra nota diferente o muy semejante)

## **Danza**

Klein et al. (2008) menciona que el ser humano desde tiempos remotos ha considerado al movimiento con propiedades curativas, la organización y la calidad del movimiento se relaciona con la vida, la salud, la enfermedad y la muerte. Valentínovich (citado en Klein et al., 2008) plantea que el pensamiento y las emociones modelan el movimiento y los cambios en el movimiento transforman la percepción que tenemos de nosotros mismos y del mundo.

Para los niños con problemas emocionales, psiquiátricos y fisiológicos y para niños de 3 a 5 años que no tiene mayor conocimiento y control de su cuerpo Poch (1998) sugiere actividades de predanza: a) explicar un cuento o sugerir cosas concretas para que el niño trate de expresarlas con movimientos corporales, b), imitar los movimientos del niño, por parte del terapeuta, con la finalidad de aumentar su confianza, c) completar los movimientos del niño o variarlos y d) dejar

libertad de expresión con música de fondo. Para niños de 6 años se pueden realizar actividades semejantes a la de los adolescentes, adaptadas a su nivel de desarrollo e intereses.

Poch (1998) apunta que hay dos tipos de danzaterapia: a) de libre expresión y b) dirigida. La primera consiste en que bajo la influencia de la música la persona expresa (vivencias, deseos, estados de ánimo, etc) libremente empleando los movimientos de su cuerpo. La danza de libre expresión tiene tres tipos y está indicada para adolescentes y adultos (Poch, 1998):

1) *Libertad total de expresión con todo el cuerpo*. No se especifica lo que hay que expresar. Con música de fondo se invita a la persona a expresarse. La sugerencia de la posición de inicio es acostados en el suelo o como ellos deseen y según la influencia de la música ir evolucionando muy lentamente con movimientos ondulares hasta que al finalizar la danza la persona queda totalmente incorporada o semiincorporada. En cuanto a las piezas musicales Poch (1998) sugiere: El cisne, Peses de El carnaval de los animales de Saint-Saëns y La filleauxcheveux de lin de Debussy.

2) *Danza con brazos y manos*. Se emplean brazos y manos para expresarse. El movimiento se hace evolucionar de diferentes formas: a) se imita los movimientos de un director de orquesta, se puede usar música clásica, fragmentos de conciertos, música barroca, b) música de sevillana, se imita los movimientos y rotaciones de muñecas, dedos y brazo; c) imitación de danza moderna y d) movimientos libres, se pide a la persona que invente un movimiento y los demás lo imitan.

3) *Expresión de sentimientos usando todo el cuerpo*. Con la finalidad de expresar sentimientos concretos y según los objetivos deseados se eligen piezas musicales con un tono emotivo marcado (alegría, tristeza, etc.), la persona baila expresando determinados sentimientos. Los individuos pueden participar en la elección de las piezas.

La *danza dirigida* es adecuada para adolescentes y adultos. Aquí se incluyen danzas que se ajustan a patrones establecidos y se tratan de imitar. No se busca que aprendan a bailar de determinada forma, más bien se deja que la persona se exprese lo mejor que pueda o trate de imitar los movimientos que hacen los que saben bailar. Los modelos de danza dirigida son: danza clásica, folclórica, baile social, etc. (Poch, 1998).

### **5.3 Terapia del abuso sexual de Durrant & White**

Durrant y White (2002) proponen un esquema para el tratamiento de los efectos del abuso sexual, el cual tiene influencias del *enfoque centrado en la solución*, de la *terapia narrativa*, además de usar *rituales terapéuticos*. Aunque el esquema está centrado en los abusos sexuales intrafamiliares la mayoría de sus elementos pueden aplicarse en la modalidad familiar para agresiones extrafamiliares.

El esquema propuesto por Durrant y White (2002) trata los efectos del abuso en vez del abuso en sí, crea un marco para analizar el problema y la forma de solucionarlo, pone énfasis en las excepciones a la imagen y conductas dominadas por el abuso y usa las excepciones y las nuevas significaciones para que la persona elabore una caracterización de sí competente y con recursos.

A continuación se describe de forma general en qué consiste la terapia narrativa, la terapia centrada en soluciones y los rituales terapéuticos. Aquí se describen de forma separada; sin embargo, en la propuesta de Durrant y White (2002) se aplican a la par durante el proceso terapéutico.

#### **5.3.1 Terapia narrativa**

La terapia narrativa plantea que el discurso que las personas realizan sobre su experiencia configura la identidad, las relaciones y la experiencia, ya que la forma en que elijan los relatos determinará el significado que le den a sus vivencias. A los relatos focalizados en el problema se les denominan *relatos saturados* o *narraciones dominantes*; en contraposición están las *narraciones alternas* que flexibilizan la visión de la persona y aportan visiones más completas de la experiencia (White & Epston, 1993).

Durrant & White (2002) plantean que el modelo de interacción que se genera en una agresión sexual produce en el agredido una visión restringida de sí mismo y del mundo, dejándolo sin acceso a sus recursos para enfrentar los efectos de la agresión. Por lo tanto la intervención busca generar desde el lenguaje narraciones alternas que le permita a la persona acceder a su capacidad y crear modelos de interacción alternos.

Freeman et al. (2001) remarcan la necesidad de poner atención a los relatos que se presentan en diferentes niveles evolutivos ya que existen diferencias importantes en la forma de pensar y comprender los relatos, ya que no siempre son verbales y con frecuencia emplean otros medios de comunicación. La sensibilidad y el respeto por los relatos de los niños son cruciales.

Esta terapia puede emplear el relato de forma lúdica con imaginación y fantasía mediante dos vías: a) *exclusivamente verbal* mediante palabras y preguntas para construir un dialogo que “juegue” con el problema y creé estrategias con misterio, simbolismo, metáforas, etc. y b) *no exclusivamente verbal* aprovechando diferentes formas de terapia de arte y de juego (terapia multimodal) para facilitar la creación de narraciones alternas (Freeman et al., 2001).

García (2012) menciona que el cambio narrativo pasa por tres etapas: 1) deconstrucción, donde se analiza la influencia del problema, 2) reconstrucción, aquí se crean alternativas a la historia saturada y 3) consolidación de la narrativa nueva que se logra mediante la práctica y la validación social.

Algunas de las herramientas con las que cuenta la terapia narrativa para la creación de historias alterativas son: exteriorización del problema, preguntas para generar experiencia (preguntas reflexivas, de influencia relativa, etc.), acontecimientos extraordinarios, uso de documentos terapéuticos (Freeman et. al., 2001 y García, 2012).

La *exteriorización* es una práctica lingüística que “ayuda” a separar a las personas de los problemas, a situarlos fuera de sí; que los problemas son productos de las circunstancias y de los procesos interpersonales más que resultado de la psicopatología. Parte del proceso de externalización consiste en darle un nombre o una imagen al problema (Freeman et al., 2001; Payne, 2006).

Ponerle nombre a algo implica un grado de conocimiento y control (García, 2012), por lo tanto se invita a la persona a *ponerle nombre al problema* en una palabra o frase corta, si el consultante no tiene idea, el terapeuta sugiere algunos nombres que después pueden cambiar (depresión, abuso, miedo embaucador, caca astuta). Nombrar al problema permite personificarle e identificar sus rasgos, valores, modus operandi, elemento muy útil para las siguientes estrategias, ayuda a definir la relación que el consultante tiene con el problema (Freeman et al., 2001; Payne, 2006).

Esto abre muchas posibilidades en la solución de conflictos. La exteriorización del problema favorece la distancia, con la cual la persona puede identificar la relación que tienen con el problema y los recursos que tiene para debilitarlo y vencerlo. Los infantes aprecian que pongan atención a sus habilidades, cualidades, intereses y conocimientos, en vez de a sus problemas. Cuando ellos se percatan que el analizado será el problema y no ellos participan con entusiasmo en la conversación (Esquivel, 2010; Freeman et al, 2001).

La exteriorización disminuye la sensación de fracaso ante el problema, facilita la cooperación para encontrar soluciones ante las dificultades, permite actuar contra el problema y no contra la persona (White & Epston, 1993), además, terapeutas y consultantes se protegen contra el pesimismo cuando se juntan para analizar las intenciones del problema en vez de la historia patológica del consultante (Freeman et al., 2001).

La *contratrama* se genera con preguntas y comentarios que contrastan las cualidades, habilidades y áreas de influencia del niño con las intenciones, métodos y efectos del problema. Se pregunta si es justo lo que el problema les ha traído, por lo general contestan que es injusto y ese sentimiento los mueve a establecer una relación distinta con el problema (Freeman et al., 2001).

Las *tramas* del problema y las *contratramas* de la historia alternativa se pueden representar con mapas topográficos en el arenero, dibujos o mapas mentales con la estructura propuesta por Tony Buzan. Para la creación de mapas mentales se sitúa el “problema” en el centro de la hoja, de la cual se desprenden diferentes líneas y sublíneas en color con palabras e imágenes que representen las actividades e ideas sobre las formas de actuar del problema, sus efectos, planes, etc. Posteriormente se realiza otro mapa donde el centro de la hoja lo ocupe la historia alterna, en líneas que emanan de la primera se colocan las soluciones alternas y los resultados, las ideas sobre inspiraciones y los resultados anhelados (Freeman et al., 2001).

Se usan *preguntas para generar experiencia* ya que las preguntas proporcionan importantes recursos lingüísticos al pequeño, le ayuda a relacionar sus conocimientos e imaginación para desarrollar posibles significados, abren camino a ideas originales y le ofrecen diferentes posibilidades de hablar sobre las situaciones que viven. Por lo tanto se invita a los infantes a compartir explicaciones de acontecimientos pasados y a especular sobre el futuro en un contexto de una historia nueva. Dentro de las *preguntas* se emplean unas llamadas *reflexivas* que tienen el propósito de estimular la inventiva y generar reflexiones y opciones para el infante (Freeman et al., 2001).

Las *preguntas sobre la influencia relativa* tienen dos categorías: a) enfocadas a describir la influencia que el problema ha tenido y tiene en la vida del pequeño, y b) dirigidas a determinar la influencia que el niño tiene en la vida del problema (White & Epston, 1993).

Para localizar la influencia del problema en la vida de la persona se pregunta sobre los efectos y detalles del problema en la esfera conductual, emocional, física, actitudinal e interaccional en la vida de la persona. Para distinguir la influencia del sujeto en el problema se le pide que recuerde y nos cuente las ocasiones donde ha salido victorioso al enfrentarlo, aunque haya sido en grado menor. Esto colabora a que la persona detecte sus recursos y competencias frente a las dificultades (White & Epston, 1993).

Los *acontecimientos extraordinarios* son hechos que contradicen el relato dominante, permiten desarrollar significados alternos, recuperan aspectos antes ignorados pero relevantes para la persona. El describir la influencia de la persona sobre el problema ayuda al descubrimiento de acontecimientos extraordinarios, se puede preguntar sobre los acontecimientos extraordinarios pasados, presentes y b) futuros [intenciones y planes de la persona para disminuir o librarse de la influencia del problema] (White & Epston, 1993).

Algunas preguntas empleadas en la descripción de la influencia de la persona en el problema son: ¿cómo conseguiste enfrentar eficazmente al problema?, ¿qué nos dice éste logro sobre tus cualidades?, ¿en qué cualidades te apoyaste para alcanzar este avance?, ¿estos éxitos te dan alguna idea acerca los pasos que puedes dar para rescatar tu vida de las garras del problema?, ¿de qué forma repercutirá saber lo que sabes ahora en tu relación con el problema? (White & Epston, 1993).

White (citado en: Payne, 2006) menciona que hay tres tipos de *preguntas para de construir la trama*: a) sobre el panorama de la acción (¿cómo te preparásete para dar tal paso?, ¿podrías describirme las circunstancias en las que ocurrió el cambio?, ¿alguien contribuyo a que sucediera, de qué forma?; b) sobre el panorama de la conciencia, ¿qué te sugieren estos descubrimientos sobre lo que deseas en la vida?, ¿qué sugiere este historial de lucha acerca de lo que –nombre de la persona- estaría dispuesta a defender? y c) sobre la experiencia de la experiencia, quisiera comprender la base de esta victoria, ¿qué dirían las personas que te conocen sobre cómo lo lograste? (Payne, 2006). La redacción de las preguntas se modifica para plantearlas a los niños y adolescentes.

El uso de *documentos terapéuticos* como cartas, listas, declaraciones, memorandos, ensayos, contratos, certificados y manuales se usan para consolidar y expresar el progreso de la persona. El formato escrito le da perpetuidad y puede ser usando en el futuro que sea necesario (Payne, 2006). Para el autor de las lecturas sus documentos escritos pueden evocarle nuevas experiencias narrativas y ayudarle a mejorar la reelaboración de sus historias. Estos documentos pueden emplearse en diferentes momentos de la terapia. Por ejemplo, los certificados se suelen entregar al final de la terapia en un ritual de entrega de certificados, puede incluir algún tipo de festejo y los títulos pueden ser muy variados y con humor: Certificado de Vencedor de Fantasmas, Título de Domadora de Ansiedades, Certificado de Victoria Sobre los Malos Habito, Acreditación de Control de Impulsos, etc. (Freeman et al., 2001; García, 2012). En el apéndice H se proporcionan dos ejemplos.

### 5.3.2 Terapia centrada en soluciones

La terapia centrada en soluciones (TCS) se orienta hacia la creación de soluciones; plantea que hay momentos en que el problema se presenta en menor intensidad y momentos en que la persona no lo considera como tal, dichos momentos se les denomina excepciones. Durante el proceso terapéutico se hace énfasis en las capacidades, recursos y habilidades de las personas, se busca lo que está bien en ellas y cómo usar tales recursos (Berg & Scott, 2002).

Para identificar las excepciones se emplean *preguntas* que identifican y ordenan los detalles de las soluciones que funcionan como ensayos cognitivos, mientras más se repitan más real se vuelve para el consultante; algunas preguntas (Berg & Scott, 2002; De Shazer, 1991; Durrant & White, 2002) son:

- 1) Sobre cambios previos a la sesión, se indaga sobre los cambios significativos en las pautas del problema antes de iniciar el tratamiento y se le alienta a mantener el rumbo iniciado antes de la primera sesión. Nuestra experiencia nos dice que muchas personas notan que algo ha cambiado entre el momento en que solicitan la terapia y la primera sesión, ¿ha notado algún cambio?
- 2) Para encontrar excepciones, remarcar avances del momento y del pasado. Se enfatiza la excepción al problema y se le da un nombre. Se les pide recordar y considerar las excepciones a los sentimientos sobre los efectos del abuso, cuando no permitieron que la ansiedad les



quitara lo mejor de ellos, cuando impidieron que la ansiedad los agobiara, etc. Es importante pedirles que sean precisos y hablen con detalle cuando se refieren a las excepciones.

Otras preguntas útiles son: ¿hubo una época donde la situación mejoró algo?, ¿qué era diferente?, ¿recuerda alguna ocasión en la que los efectos del abuso ejercieron su poder sobre usted y sin embargo usted fue capaz de evitar que la dominaran?, ¿cómo lo logró?, ¿recuerda algún momento particular en el que se sintió mejor?, hábleme sobre la ocasión más reciente; ¿cómo explica usted esta situación?, ¿en qué medida considera que usted contribuyó a que eso ocurriera?, ¿cómo explica que haya sido usted capaz de lograrlo?, ¿qué aspecto de su personalidad le ayudó a lograr...?, ¿qué diferencia nota entre esa situación y otras situaciones donde se sentía más dominada por el problema?, ¿qué diferencias nota en usted? (Durrant & White, 2002).

Durrant y White (2002) remarcan que no se trata de que la persona tenga una súbita comprensión de sus competencias ni de convencerla de que las excepciones son significativas ya que lo segundo puede hacerle sentirse manipulado nuevamente y llevarlo a defender con firmeza la versión dominante del abuso. Por ello es conveniente adoptar una posición de curiosidad y hacer preguntas que le inviten ideas de acción personal y de autopercepción de competencia. Por lo general este proceso suele ser de paciente constancia, de formulación de preguntas, de incitaciones a la especulación y de sembrar semillas.

3) Pregunta del milagro. Esta pregunta orienta a la persona un futuro donde el problema ya está resuelto, esto le permite a la persona vislumbrar una realidad alternativa esperanzadora: supongamos que después de la sesión de hoy, usted llega a casa, y a su tiempo se va a dormir, mientras duerme sucede un milagro y el problema que lo trajo aquí se resuelve así (se chasquean los dedos). Al día siguiente ¿Qué será lo primero te señale que el milagro te ha sucedido? Se invita al consultante a imaginar con detalle lo que será diferente en su vida cuando ocurra el milagro y tales descripciones alientan a la persona a dar pasos para la realización del milagro (Berg & Scott, 2002; De Shazer, 1991).

4) Pregunta de escala. Con esta pregunta se obtiene información de la situación del consultante, alienta, motiva y fomenta el proceso de cambio y evalúa el progreso. Digamos que 10 representa lo que usted espera que sea su vida cuando el problema este resuelto y 1 simboliza lo mal que andaban las cosas cuando solicito la terapia; según la escala ¿dónde diría usted que se localiza el problema ahora?, ¿qué ha hecho para avanzar de 1 a 3?, ¿qué más ha hecho para avanzar de

1 a 3?, ¿qué necesita para avanzar de 3 a 4?, ¿cuánto tiempo necesita permanecer en 4 antes de poder pasar a 5?, ¿qué cree que su familia notará de diferente en usted ahora que usted está en 5?, ¿qué será diferente en usted cuándo usted esté en 8? (Berg & Scott, 2002; De Shazer, 1991).

- 5) Sobre como enfrenta el problema. Se aplica en momentos en que la persona tiene una visión desesperanzadora de si y de su futuro. Se orienta a la sensación de haber logrado en cierta medida el éxito: ¿cómo le hace para seguir adelante cada día?, ¿cómo es que lo logra?, ¿qué ha hecho para impedir que la situación fuera peor?, ¿cómo se le ocurrió que hacer eso le ayudaría?, ¿qué necesita hacer para recordar hacer tal actividad? (Berg & Scott, 2002).

### **5.3.3 Rituales terapéuticos**

El ritual terapéutico es una acción o serie de acciones específicas que se prescriben al consultante, a la familia o a un grupo social para promover cambios, ayudar a resolver contradicciones o a descubrir modelos diferentes de interacción (Durrant & White, 2002; Imber-Black, Roberts & Whiting, 1997).

El ritual en terapia cumple diversas funciones: proporciona marcos de expectación donde puede producirse nuevas acciones, conductas y significados, permite incorporar ambos aspectos de las contradicciones (vida/muerte, conexión/distancia, etc.) de forma que sea posible manejarlos, da conexión entre estructura y significado, permite experimentar emociones fuertes en un marco de seguridad dando apoyo y contención al mismo tiempo que se producen conexiones interpersonales, su componente simbólico da capacidad de vincular los aspectos analógicos y digitales de la comunicación ofreciendo la posibilidad de expresar y experimentar lo que no se puede mediante palabras, facilita la coordinación del pasado, presente y futuro, respalda las transiciones etc. (Imber-black et al., 1997).

Imber-Black et al., (1997) indican que lo que caracteriza al ritual en el contexto terapéutico es que éste no solo incluye la ceremonia o representación real, además implica un proceso total de preparación, la experiencia misma y la reintegración posterior a la vida cotidiana. Además acentúa que la parte de la preparación del ritual como el de reintegración es tan importancia como la ejecución del ritual. Los rituales terapéuticos pueden aplicarse casi a todas las etapas del ciclo vital, a partir de los niños de 2 años (Imber-black et al., 1997).

Para la elaboración de rituales terapéuticos Whitting (citado en: Imber-black et al., 1997) indica tres categorías con los siguientes elementos: 1) *elementos de elaboración* que incluye símbolos, aspectos abiertos y cerrados, tiempo y espacio y alternancia entre rituales dentro y fuera de la sesión, 2) *técnicas rituales y acciones simbólicas* que involucra liberación, utilización de diferencias, dar y recibir, prescribir el síntoma y 3) *otras consideraciones para la elaboración* que comprende alternancia, repetición, combinación de motivos y acciones y usos de equipos.

Imber-black et al. (1997) mencionan que los rituales pueden o no incluir palabras ya que contienen partes abiertas y cerradas que son unidas mediante una metáfora orientadora; que la repetición puede estar presente en el nivel de la forma, del contenido o la ocasión, además puede haber espacio suficiente para que los miembros de la familia o los terapeutas incorporen múltiples significados o involucren diferentes niveles de participación.

El tono de los rituales prescritos proviene del terapeuta y de los modelos teóricos, en donde se utiliza lo lúdico, el humor y el absurdo. Al prescribir rituales es fundamental emplear secuencias de acciones y objetos (con referencia simbólicos) a elementos significativos para sus miembros, integrar la concepción del mundo del niño y de la familia y la forma de pensar característica de las etapas de desarrollo de la familia de tal forma que refuerce sus puntos fuerte (Durrant & White, 2002; Imber-black et al., 1997). Zeig y Gilligan (2004) sugieren que los pasos terapéuticos sean pequeños.

Los rituales terapéuticos tienen tres etapas: 1) de *separación*, 2) *liminal o transicional* y 3) de *reagrupación o reintegración* y en los cuales pueden darse diferentes tipos de ritos. En la *primera fase* se realizan preparativos especiales, se incorporan nuevos conocimientos para establecer un marco que caracterice un acontecimiento determinado y que implica la externalización y oponerse a las restricciones de las creencias e interacciones que generaron vulnerabilidad a la agresión; durante la *segunda fase* las personas participan al hacer nuevas experiencias, definen su identidad y asumen nuevas identidades y roles, y cómo se está en búsqueda de una nueva imagen se solicita reducir los contactos con los miembros de la familia, amigos o personas que no apoyen con la nueva imagen; y en la *tercera fase* la persona se conecta con su comunidad desde la nueva identidad que ha logrado, aquí se presentan los ritos de celebración (Durrant & White, 2002; Imber-Black et al., 1997).

Hay cinco *motivos rituales* que orientan la toma de decisiones del psicólogo cuando se planifican y se ponen en practican ritos terapéuticos con personas, parejas, familias y sistemas más amplios, además cualquier ritual puede incluir uno o más motivos (Durrant & White, 2002; Iber-Black et al., 1997):

a) *miembros*, establece límites, define la calidad de miembros de una familia, facilita las entradas y salidas a los sistemas familiares, b) *curación*, estimulan la curación personal y de los vínculos, -en tal caso- señalan las pérdidas, facilitan la expresión de dolor y señalan que la vida continúa. Aquí se debe de respetar la magnitud de la perdida y tener la sensibilidad para comprometer al consultante en la cocreación. c) *definición y redefinición de la identidad*, ayuda a la persona a escapar de los efectos de la autoimagen considerada problemática, a redefinir sus expectativas y a cambiar sus relaciones consigo mismo, d) *expresión y negociación de las creencias*, crea un contexto para evaluar las diferencias familiares y establecer una nueva forma de interacción y e) *celebración*, señala los cambios, marca los logros y facilita las transiciones del ciclo vital y por lo general es la culminación de un proceso prolongado.

La *fase liminal* es un periodo de transición donde la persona y la familia han dejado atrás la antigua versión, hubo cambios en su forma de pensar y actuar o en la situación pero aún no han elaborado la nueva imagen de sí y de sus relaciones. Por lo general en esta fase la gente se encuentra confusa o desorganizada porque su experiencia ya no es predecible como antes, también experimentan nuevas ideas y conductas que con una transición exitosa se incorporan a la nueva caracterización. En esta fase se usan los *ritos de paso*, su finalidad es ayudar a la gente a pasar de una condición a otra, esto comienza cuando las personas se alejan de un status antiguo que ya no se ajusta a ellas (Durrant & White, 2002).

Los *ritos de conservación* también se presentan en la *fase liminal*, estos ritos están destinados a que quienes atraviesan momentos de gran estrés o se encuentre vulnerable a la versión opresiva dominante eviten la recaída, minimicen los retrocesos y conserven la nueva imagen capacitante de sí y de sus relaciones, además de asesorar a quienes están separándose de interacciones y creencias de aislamiento, para esto se pueden emplear videograbaciones de sus cambios o de otras personas, grabadas anteriormente (Durrant & White, 2002).

En la *fase de reincorporación* se aplican los *ritos de celebración*. Este tipo de rito destaca la reincorporación al proporcionar el contexto para comunicar -de forma simbólica- las nuevas

versiones elaboradas por los niños y sus familias a las personas significativas para ellos. Con esto se consolidan los cambios logrados en terapia, colabora a que la comunidad reconozca la nueva condición que los niños y la familia han alcanzado ya que manifiestan la capacidad y el valor que tienen como personas y ayuda a que la comunidad empiece a interactuar de forma coherente con la nueva versión (Durrant & White, 2002).

Las celebraciones pueden realizarse mediante la entrega de trofeos, diplomas, realización de fiestas donde se emplean danzas, poesía, breves relatos y pinturas que simbolizan y reflejan la reivindicación de sus vidas. Dependiendo del tiempo disponible, la celebración puede durar el tiempo de la sesión o prolongarse todo el día (Durrant & White, 2002).

En seguida se describen ejemplos de ritos terapéuticos, la mayoría de ellos fueron desarrollados por los consultantes, en algunos ritos intervienen sólo el infante, en otros también la familia y en otros los integrantes del grupo terapéutico (Durrant & White, 2002):

- *Destruir los miedos y domar el mal genio*: se solicita al niño que personifique los síntomas al dibujarlos y darles un nombre; se realiza actividades de domesticación de los monstruos, se colocan los dibujos en una caja que funge como depósito colectivo para los monstruos y se cierra la caja con una cadena y un candado.

- *Liberarse de las creencias restrictivas*. El rito implica varias etapas: a) el equipo terapéutico alienta a la persona y a la familia a examinar las creencias que consideren incapacitantes y que propician el abuso (en cualquiera de sus versiones) o aquellas que no colaboran al “desarrollo” personal y familiar, b) la siguiente sesión traen consigo una lista de tales creencias, las analizan e identifican las ideas de las que están listos para deshacerse y uno a uno va quemando las hojas que las contiene, c) la semana siguiente se representa un velatorio por la pérdida de esas ideas y posteriormente se comunican los cambios advertidos, c) semanas después -la familia advierte el momento- se proclama la llegada de las nuevas creencias que se adaptan mucho mejor a ellos, se alienta a que escriban anuncios del nacimiento de las nuevas creencias, se comparten las nuevas experiencias y se queman otras ideas restrictivas.

- *Metáfora de los héroes*. Con la metáfora de los héroes, se invita a los niños a considerar las características de los héroes y se les pide que los imaginen oponiéndose al abuso: son lo suficientemente *valientes*, para confiar a alguien el abuso, lo suficientemente *animosos* para asistir a la terapia por primera vez y lo suficientemente *fuertes* para resistir los efectos del abuso.

- *Metáfora del árbol.* Para librarse de los efectos del abuso y del abandono, una niña usó la representación gráfica de un árbol que representaba los aspectos de sí misma que apreciaba, luego identificó a las personas que la habían nutrido y ayudado al árbol a crecer. Las hojas del árbol caídas significaban las creencias y las prácticas familiares que la niña no deseaba más.
- *Rito basado en la metáfora del sendero.* Se pide a la familia que dibujen un sendero que represente el paso de la familia del pasado al presente e identifiquen lo que han aprendido durante la terapia. En el dibujo del sendero pueden simbolizar los obstáculos que han enfrentado y superado, los obstáculos pueden incluir sendas circulares que en algún momento han tomado y que representan los círculos viciosos que crean las condiciones para que se dé el abuso, también se les solicita que dibujen los senderos posibles que pueden tomar. Se les solicita que especulen sobre los posibles obstáculos con los que se pueden topar, mencionen si se sienten preparados para afrontarlos e indiquen la forma en que pueden eludir los caminos circulares y tomar el camino del progreso.
- *Ponerse al día:* en sesiones grupales cuando hay nuevos integrantes, se comparten los cambios logrados más recientes que consideran satisfactorios, se comunican los comienzos de la nueva imagen e invitan a los nuevos miembros a participar del desarrollo.
- *Collage continuo:* los miembros de la familia forman un collage representando la imagen de la familia en el momento de la revelación y a medida que la terapia avanza se agrega al collage papelitos adicionales que representan los cambios efectuados por la familia, con este medio se representa la nueva caracterización. Este rito es una muestra de que el cambio es un proceso continuo. Al final de la terapia los terapeutas entregan el collage a la familia y les invitan a continuar registrando los nuevos cambios en la historia familiar.
- *Caminar sobre cascaras de huevo:* se aplica cuando la persona se niega o tiene miedo de abandonar las creencias e interacciones que contribuyen a estilos de vida de aislamiento o abusivos, se les solicita que consideren de qué modo esas creencias pueden obrar a su favor y cómo actúan en su contra. En caso de aislamiento se sugiere imaginar los beneficios de adoptar un “estilo de vida de capullo de seda” (Durrant & White, 2002, p. 84) ya que el capullo proporciona refugio seguro ante el mundo exterior y también implica una metamorfosis para posteriormente salir al mundo exterior. La metáfora evoluciona y se transforma en un rito destinado a que la familia conserve las nuevas versiones producidas por el cambio; en la última sesión cada miembro menciona los pasos que dio para desarrollar la nueva imagen y lo anota en una hoja de papel -sí

hay pasos adicionales se anotan y se colocan en la caja- estos papeles se colocan en una caja con forma de huevo, donde la familia podrá recurrir cada que se sientan vulnerables y a punto de regresar a las viejas versiones.

- *La fiesta de liberación del secreto* puede ser organizada de diferentes formas, por ejemplo, un grupo de adolescentes organizaron una serie de fiestas para celebrar el éxito que lograron contra la batalla de los efectos de la agresión sexual, dedicaron varias semanas a preparar las fiestas donde decidieron a quienes deseaban invitar (invitaron a familia, amigos, padres sustitutos y terapeutas), las adolescentes armaron un espectáculo con títeres y bromas para comunicarles las actitudes de protección y resolución de problemas que adquirieron en el grupo; dibujaron carteles y armaron una decoración que simbolizó la liberación del secreto y el abuso; niñas e invitados formaron dos grupos, cada grupo realizó una lista de aspectos de sus cambios desde que lograron liberarse del secreto, posteriormente se unieron los grupos y se leyeron las listas en voz alta; después las niñas y los invitados observaron videos que describieron lo que habían aprendido en el grupo y al final se les entregó un trofeo que indicó su logro de liberarse del secreto.

#### **5.4 Terapia para el trastorno por estrés postraumático**

Capafóns y Sosa (2005) señalan que en el tratamiento de niños y adolescentes con TEPT se pueden combinar diversos procedimientos provenientes de diferentes planteamientos teóricos, la mayoría provienen del modelo cognitivo conductual. Bobes, Bousoño y Calcedo (citados en: Capafóns & Sosa, 2005) apuntan que la intervención incluye terapia de emergencia, de grupo y de familia. Las técnicas se eligen en función de la edad, del nivel cognoscitivo y de los síntomas. Las técnicas que se han aplicado para el tratamiento del TEPT en niños y sus familias son: terapia de juego, técnicas cognitivas y conductuales, psicoeducación, desensibilización por movimientos oculares y reprocesamiento, hipnosis (Capafóns & Sosa, 2005) y terapia estratégica (Cagnoni & Milanese, 2010).

##### **5.4.1 Técnicas cognitivo-conductuales en casos de estrés postraumático**

###### **Entrenamiento en inoculación de estrés**

Capafóns y Sosa (2005) apuntan que el *Entrenamiento en Inoculación de Estrés* (EIE) ha sido el programa más empleado en personas con trastorno por estrés postraumático. Las estrategias y

procedimientos medulares son: entrenamiento en relajación y respiración, estrategias cognitivas basadas en la terapia cognitiva de Beck, terapia racional emotiva de Ellis y entrenamiento auto instruccional de Meichenbaum, entrenamiento en solución de problemas, en habilidades de afrontamiento, psicoeducación, ensayo imaginario y conductual, juego de roles, modelado y exposición graduada en vivo (Capafóns & Sosa, 2005). Algunas de ellas se mencionan a continuación.

- *Psicoeducación.* Se da información al niño y a su familia sobre las razones por las que se presenta la sintomatología y el porqué de los ejercicios en el tratamiento. Este componente educativo ayuda al niño y a su familia a comprender la lógica del tratamiento y que continúe con el mismo (Capafóns & Sosa, 2005).
- *Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.* Consiste en enseñar al niño a reconocer los estímulos que aumentan la ansiedad para después enseñarle estrategias de afrontamiento (Bellak, 1993).
- *Respiración diafragmática.* Se le pide a la persona que en un lugar sin ruidos ni interrupciones se coloque en una posición cómoda (sentado o acostado), relaje las cuatro extremidades, cierre los ojos, coloque las manos sobre su vientre, inhale por la nariz la mayor cantidad de aire que pueda, retenga el aire contando lento y mentalmente hasta dos para después sacar fuertemente y de una vez todo el aire por la boca. Se repite el proceso y a la par se le pide imagine cómo el aire que entra le trae sensaciones buenas, cómo al exhalar sale todo lo negativo y desagradable que siente dentro y que se percate cómo llega una sensación de bienestar y tranquilidad. El ejercicio puede durar de dos a tres minutos, dependiendo de la capacidad de la persona para relajarse (Shein, 2011).
- *Relajación muscular progresiva de Jacobson.* Este ejercicio ayuda a disminuir la tensión y ansiedad física y psicológica. Bellak (1993) señala la utilidad de los audios para la práctica en casa, antes es necesario realizar primero el ejercicio con el terapeuta.

Para esta técnica se solicita a la persona que sentado cierre los ojos, siga las instrucciones y la voz del terapeuta. Se invita a que piense en un lugar que le haga sentir muy cómodo, imagine estar allí mientras inhala y exhala profundamente y mantenga ese ritmo de respiración durante el ejercicio. Después se le pide tensar paulatinamente ciertas partes del cuerpo (puños, brazos, hombros, cara, espalda, abdomen, pecho, piernas, pies), se tensa cada parte del cuerpo conforme



se cuenta (1 fuerte, 2 un poco más fuerte, 3 más fuerte y 4 aún más fuerte), posteriormente soltar la tensión, relajar, respirar profundamente e identifique la diferencia (Shein, 2011).

Conforme se van tensando las partes del cuerpo se dice: tus manos, brazos y hombros están totalmente relajados, inhala y exhala profundo. Una vez que se han completado de tensar las partes del cuerpo se le pide que tense todo el cuerpo conforme se cuenta del 1 al 4, suelte, inhale y exhale. Se le pide piense en todas las parte de su cuerpo y relaje la parte que sienta tensa, dejando que toda la tensión abandone su cuerpo, inhale y exhale profundo, poco a poco abra los ojos, pueda sentarse derecho e identifique cómo se sentía antes y cómo se siente ahora (Shein, 2011).

- *Relajación breve.* Inspirar profundamente y mantener el aire, 2.- tensar manos, brazos, cara, estomago, piernas y pies, 3.- mantener la tensión 12 segundos aproximadamente y 4.- Soltar el aire poco a poco mientras se distienden todos los músculos (Capafóns & Sosa, 2005).

- *Entrenamiento en solución de problemas.* Para esta técnica se siguen las siguientes etapas: definición del problema, lluvia de ideas o lista de todas las estrategias o soluciones, análisis de las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas, elección de la mejor estrategia, puesta en práctica de tal estrategia, valoración de resultados y resolución del problema o elección de otra estrategia (Bellak, 1993 & Shein, 2011).

- *Técnica Racional emotiva Ellis.* Se trabaja con la hoja A-B-C, la columna A se reserva para el evento, la B para los pensamientos y la C para los sentimientos que se originaron en A y son filtrados en B. Desde las primeras sesiones el clínico plantea la conexión entre pensamientos y sentimientos.

- *Terapia de exposición.* Numerosos autores han señalado que las técnicas de exposición suelen causar exacerbación en los síntomas de las personas con TEPT y con agresiones sexuales, además de elevar notoriamente la resistencia al cambio. Los casos en la que se pueden aplicar son: el consultante no tiene diagnostico comórbido, puede tolerar altos niveles de activación, es reactivo a recuerdos traumáticos específicos, tiene capacidad para imaginar y es participativo con el tratamiento (Cagnoni & Milanese, 2010; Capafóns & Sosa, 2005).

La técnica busca que el paciente se enfrente a las imágenes o ideas temidas sin escaparse de ellas, esto debe ser de forma gradual y de menor a mayor grado de dificultad. Con la exposición sistemática se accede y se activa la estructura cognitiva del miedo presente en los recuerdos

traumáticos, el clínico debe acompañar y guiar al paciente en los ejercicios, el terapeuta debe enseñarle respuestas alternas, modelar y reforzar conductas adecuadas. La exposición puede ser imaginaria, en periodos de tiempo corto o largos y suele emplearse una hoja de registro (Bellak, 1993).

- *Entrenamiento en autoinstrucciones*: se le ayuda a la persona a detectar el tipo de pensamientos que le generan angustia y distrés y a elaborar pensamientos positivos reemplazando a los primeros (Johnson, 2009).

#### **5.4.2 Técnica de hipnosis aplicada en el tratamiento de estrés postraumático**

La hipnosis es una técnica psicoterapéutica y un estado especial de conciencia que puede ocurrir de forma espontánea o inducida (Téllez, 2007). Como estado facilita el aprendizaje y la comprensión (Rhue, Lynn & Kirsch, 1997) y como técnica a través de sugerencias que acepta la persona se pueden cambiar procesos mentales, sensaciones, percepciones, emociones, pensamientos y comportamientos (Foa, Keane, & Friedman, 2003).

La hipnosis es empleada en el tratamiento del TEPT, del abuso infantil y de sus efectos, algunos argumentos para su aplicación son: a) la mayoría de los consultantes con TEPT son muy sensibles a las sugerencias hipnóticas, b) la técnica es compatible con otros procedimientos terapéuticos e incrementa la eficacia y rapidez del tratamiento y c) es una forma para acceder a los recuerdos traumáticos de una forma segura, controlar el intenso afecto y respuestas fisiológicas que generan este tipo de evocaciones, d) las técnicas hipnóticas proporcionan estrategias para desplazar y enfocar deliberadamente la atención según las necesidades de la persona, etc. (Capafóns & Sosa, 2005; Foa et al., 2003; Lynn et al., 1997).

La sensibilidad hipnótica varía de persona a persona y a lo largo del ciclo vital, en cuanto a la edad, las personas más sensibles son las que se encuentran en los últimos años de la infancia. La hipnosis no está indicada en personas refractarias o con respuesta mínima a las sugerencias, personas que por creencias religiosas u otras razones se niegan aun después de haber aclarado ideas erróneas sobre el tema (Foa et al., 2003).

Tanto con la hipnosis y cualquier otra técnica, el trabajo con recuerdos traumáticos debe de ser cauteloso y considerar ciertos elementos, de lo contrario se corre el riesgo de causar

efectos iatrogénicos, sensibilizar de más al consultante y exacerbar los síntomas (Capafóns & Sosa, 2005). El uso de la hipnosis es seguro cuando el paciente tiene un ego fuerte para manejar tal estimulación y éste se sienta seguro, para esto se realiza un trabajo previo que fortalezca al consultante (Foa et al., 2003). Su aplicación debe de ser hecha por clínicos especialistas en esta área (Johnson, 2009).

Foa et al. (2003) apunta que el procesamiento de recuerdos traumáticos debe de seguir el ritmo que marque la tolerancia del consultante, las técnicas hipnóticas deben adaptarse a las necesidades concretas de la persona y es importante que la comunicación este cuidadosamente seleccionada y modulada para fomentar sentimientos y expectativas positivas (Rhue et al., 1997).

Para el trabajo terapéutico con memorias traumáticas Capafóns y Sosa (2005) indican los siguientes elementos: el terapeuta debe exponer el método y negociar con el consultante los límites de su aplicación, guiar y apoyar en el recuerdo y expresión de eventos dolorosos sin forzar el recuerdo, evitar dar sugerencias explícitas o implícitas para recuerdos no presentes, estimular la integración del evento traumático de forma adaptativa. La hipnosis puede emplearse en un modelo de tratamiento en tres etapas (Foa et al., 2003):

1.- *Estabilización y reducción de síntomas.* Se busca estabilizar y aliviar los síntomas, promoviendo el dominio de estos. En ocasiones es necesario regresar varias veces a esta fase. Se usan sugerencias para inducir la relajación, para que la persona experimente sensación de serenidad y mediante auto hipnosis mantenga éste estado fuera del contexto terapéutico. Otras sugerencias se enfocan a síntomas característicos del TEPT, al establecimiento de un lugar seguro en la imaginación, aumentar la fuerza del ego, la sensación de seguridad, poder y competencia personal, contener recuerdos traumáticos, reducir o controlar síntomas como ansiedad o pesadillas, etc.

2.- *Tratamiento de los recuerdos traumáticos.* Después de pactar una alianza terapéutica apropiada y el consultante haya acumulado suficientes recursos personales para confrontar situaciones menos fáciles, se reelaboran y resuelven recuerdos traumáticos. Para esto se utilizan diferentes técnicas hipnóticas para marcar el ritmo y controlar la investigación, integración y resolución de los recuerdos. En ésta etapa el consultante puede aprender a modular la distancia emocional y cognitiva del material traumático.

3.- *Ulterior reintegración y rehabilitación de la personalidad.* Los objetivos incluyen: mantener los beneficios logrados en las etapas anteriores, lograr una integración más adaptativa de

la experiencia en la vida de la persona, mantener respuestas adaptativas de afrontamiento y potenciar el desarrollo personal y relacional.

En la primera y segunda etapa Foa et al. (2003) sugieren las siguientes técnicas:

- *Relajación*. Se induce un estado de relajación sugiriendo imágenes de un lugar seguro, relajado y tranquilo, logrado un estado de relajación profunda se dan sugerencias para mantener ese estado al mismo tiempo que se les pide, a su tiempo, confronten recuerdos con carga emocional
- *Técnicas proyectivas*. La persona proyecta imágenes, sensaciones y pensamientos, alejándolos de ella y proyectándolos en una pantalla imaginaria. La pantalla permite la distancia y la manipulación del afecto que surja del recuerdo. Se les enseña a los consultantes a controlar la intensidad del contenido mediante el cambio de tamaño (hacer la imagen más grande o más pequeña), moviendo la pantalla para acercarla o alejarla de ellos, cambiarle el color (de color a negro y blanco), el volumen (bajarlo o eliminarlo), la velocidad (lentificando o acelerando imágenes) e incluso pueden apagar la pantalla si el recuerdo es intolerable. Se les menciona que no tiene que reexperimentar el dolor relacionado a los recuerdos traumáticos. El objetivo de esta técnica es aumentar la sensación de control y seguridad hasta que pueda integrar toda la información, sensaciones, pensamientos y emociones.
- *Reestructuración*. Es una variación de la técnica anterior, se pide al paciente divida la pantalla a la mitad, proyecte del lado izquierdo imágenes que necesite trabajar (recuerdos del trauma) y del lado derecho algo que hizo para protegerse (la indefensión se interpreta como estrategia de supervivencia). Se busca que la reestructuración los recuerdos sean más llevaderos ya que la nueva cognición reconoce la intensidad de la amenaza y la respuesta adaptativa en el momento crítico. La imagen de la izquierda simboliza el compendio del trauma en sí y la imagen de la derecha ayuda al consultante a comprender que actuó con valentía e intentó dominar la situación; con esto la persona puede identificar que las emociones desagradables son sólo un aspecto de la experiencia.
- *Puente afectivo*. Técnica especialmente útil en el tratamiento de síntomas fóbicos. Una vez inducido el estado de relajación se le pide al paciente que retroceda hasta la primera vez que sintió determinada emoción y se le ayuda al paciente a que identifique el aprendizaje de tal emoción y momento.

- *Contenedor imaginario de recuerdos*, se usa cuando la persona no se encuentra preparada para enfrentar recuerdos no resueltos; en trance la persona imagina una caja de seguridad en la que la persona coloca el recuerdo traumático, la caja se cierra, el terapeuta y el consultante usan llaves separadas para bloquearla. Se aconseja ofrecer sugerencias formuladas de modo permisivo: elije de esta experiencia hipnótica lo que sea bueno para ti en el momento actual, deja atrás lo que prefieras, que se quede ahí hasta que llegue el momento oportuno. Si el recuerdo es muy angustiante se sugieren posthipnóticamente la amnesia del recuerdo.

Phillips y Frederick (1995) y Rhue et al. (1997) proponen las siguientes estrategias para el tratamiento de personas con TEPT aplicando hipnosis:

La hipnosis emplea las *metáforas* y los *cuentos* en el tratamiento con niños. La metáfora es muy valiosa ya que trasmite mensajes y sugerencias de forma indirecta, evitando la confrontación directa de los temas sensibles y evita la crítica de la mente consciente (Phillips & Frederick, 1995). Para aliviar la ansiedad de los niños y activar procesos inconscientes de sanación o recuperación se emplean *imágenes simbólicas de protección, poder y control* entre los personajes y el medio ambiente hostil (Phillips & Frederick, 1995; Rhue et al., 1997). En el apéndice J se dan algunos ejemplos de cuentos para trabajar agresiones sexuales en niños.

El libro *Mi voz irá contigo: Los cuentos didácticos de Milton H. Erickson* de Rosen (2009), contiene diversas metáforas que podrían ser útiles en el tratamiento. El libro de *Therapeutic Metaphors* de David Gordon (citado en: Rosen, 2009) propone elementos para la creación de metáforas empleando el método general de Milton H. Erickson. En el tratamiento de estrés postraumático Phillips y Frederick (1995) señalan que la *auto hipnosis* es una herramienta muy valiosa para el autodescubrimiento y la activación de los procesos inconsciente de curación. Con esta herramienta las personas aprenden formas de identificar los pensamientos intrusivos, centrar y dirigir su diálogo interior. La persona puede usar los siguientes ejercicios cuando ella lo requiera en estado hipnótico autoinducido (Phillips & Frederick, 1995):

- Para los pensamientos intrusivos de auto-odio la persona puede imaginar que tales pensamientos son como las hojas que caen de un árbol, que caen en un río y flotan en su corriente; puede ver con claridad cómo flotan río abajo hasta que desaparecen de su vista.

- El consultante puede imaginar que se coloca bajo una cascada y conforme le cae agua la corriente se lleva los pensamientos y sentimientos desagradables.

- Usar anclas de la vida real tales como escuchar música o recordar experiencias que le recuerden un tiempo feliz y despreocupado en su vida, experiencias o símbolos de autonomía, libertad y seguridad.

- Se sugiere a la persona un viaje a un lugar fantástico, preferido o especial en donde se encuentra un asesor o guía que sabe todo sobre su pasado, presente y futuro y con quien realiza diálogos para recibir asistencia sobre cualquier problema de su interés y sobre temas que le ayuden a resolver las experiencias relacionadas con la agresión.

La *regresión naturalista de edad* se emplea para: a) que la persona contacte con recuerdos gratos del pasado que le proporcionan un alivio a las sensaciones desagradables, que se pueden utilizar como recursos positivos en el proceso y b) para explorar eventos traumáticos del pasado (Phillips & Frederick, 1995; Rhue et al., 1997).

Para esto último es indispensable primero haber contactado con recuerdos agradables y recursos de su pasado, haber pedido permiso al inconsciente de la persona para explorar, entender y resolver las memorias traumáticas, acceder sólo aquello que sea útil en la resolución de los síntomas y las dificultades actuales de la persona y trabajar la regresión con orientación al presente y futuro (Phillips & Frederick, 1995).

Algunos enfoques buscan la *abreacción* cuando realizan la exploración de los recuerdos traumáticos, por lo tanto proporcionan herramientas a la persona para que pueda controlarla; por ejemplo, sugieren un enfoque de distanciamiento al usar un control remoto imaginario con el que puedan manejar las imágenes, e incluso congelarlas si lo necesitan. La técnica de división de pantalla es otra de las variaciones más despersonalizadas de regresión de edad que proporciona separación y distancia del trauma y evita la aparición de síntomas somáticos (Phillips & Frederick, 1995).

La *progresión naturalista de edad* proporciona una orientación hacia el futuro en el tiempo y una mayor integración de material disociado del pasado (Phillips & Frederick, 1995).

### 5.4.3 Terapia estratégica empleada en casos de estrés postraumático

Cagnoni y Milanese (2010) apuntan que las intervenciones que sólo usan la conciencia y la racionalización son insuficientes, ya que la naturaleza de los eventos traumáticos dejan bloqueados a nivel emocional a los pacientes con TETP, por lo tanto la terapia estratégica usa estrategias sugestivas y específicas capaces de llevar al consultante a realizar experiencias concretas para superar el problema sin enfatizar en la conciencia.

Para producir experiencias concretas de cambio Nardone y Watzlawick (2001, p. 80) señalan que “El terapeuta debe estudiar atentamente la situación que presenta el paciente y hallar los puntos cardinales en que esta se apoya...” y analizar si el cambio será en el sistema perceptivo reactivo, en el sistema relacional interpersonal o en el sistema interpersonal familiar.

Las actividades empleadas en caso del TEPT buscan primero un cambio en el nivel emocional y perceptivo del consultante que desbloquee lo que impide la sana elaboración del trauma. La principal estrategia empleada es la *novela del trauma*, la cual es una exposición del trauma. Cagnoni y Milanese (2010) señalan que la actividad es fatigosa para los consultantes pero resulta más suave que las técnicas expositivas de tipo conductual. La consigna es la siguiente:

Si te doy una tarea que poco a poco te libere de esos recuerdos terribles, ¿la harás? Es un poco dolorosa y puede asustarte. Cómo has demostrado mucho valor en estos meses, estoy seguro de que no tendrás problema. Se trata de que me describas lo que pasó con detalle en cartas. Lo que escribas nadie más lo leerá, quedará entre tú y yo. Cuanto más cosas pongas en las cartas menos te quedará en la mente. Sé que habrá dolor y miedo, pero muestras ser valiente por todo lo que has afrontado últimamente. Solamente escribiéndolo puedes encerrarlo y librarte de él.

Por lo general, con la novela del trauma se observan mejorías, por lo que se les felicita y se les sugiere reinicien sus actividades al realizar cada día una de las actividades que hace tiempo no realizan como una forma de dejar la experiencia en el pasado y seguir avanzando. Para esto se usan estrategias que están enfocadas a producir cambios graduales (Cagnoni & Milanese, 2010). Otra herramienta de la terapia estratégica es prescribir el síntoma, se le dice al niño que es normal sienta vergüenza u otras emociones relacionadas, por lo que durante la semana seguirá sintiendo vergüenza.

## 5.5 Terapia multimodal

La terapia multimodal es aquella que emplea diferentes técnicas de terapia, por ejemplo técnicas de arte y de juego, esto da flexibilidad al niño de moverse con libertad entre los diferentes medios siguiendo sus necesidades e intereses. Por lo general a los infantes se les dan opciones para expresarse, las cuales más adelante pueden cambiar para continuar con su exteriorización: ¿te gustaría expresarlo con un dibujo en la arena, escribiendo un cuento o hablar de ello con las marionetas?, ¿te gustaría escribir un poema o un cuento corto sobre el contenido de tu arenero? [Freeman et al., 2001].

### Terapia narrativa usando terapia de juego y de arte

Freeman et al., (2001) mencionan que la terapia narrativa en combinación con la terapia de juego y de arte es más eficiente. Esta combinación tiene varios beneficios: a) el arteterapia incorpora la riqueza de los procesos simbólicos visuales, auditivos y cinestésico, las sensaciones y las emociones que involucran las experiencias, b) la expresión artística del problema es similar a la práctica de la exteriorización; el proceso de dibujar, esculpir, representar la relación con el problema provoca de forma natural un sentimiento visceral de que el problema queda situado fuera de uno y c) usar los sentidos genera satisfacción y profundidad en el tratamiento del problema.

La terapia de juego narrativa ayuda a los niños a crear finales alternativos para las historias y a generar una variedad de historias en su juego. Las formas de trabajar con los niños en la terapia narrativa son muy amplias y van desde lo concreto hasta lo abstracto, lo importante es hacer una conexión con la imaginación de los niños. Los niños pueden engrosar la contratrama o enriquecer las imágenes de las historias alternativas mediante otros medios que requieren de otros sentidos como la vista, el tacto (Freeman et. al., 2001).

A continuación se describe a grandes rasgos la aplicación de la terapia narrativa en algunas técnicas de terapia de juego y de arte (Freeman et. al., 2001):

*Dibujos.* Dibujar al problema, si el problema pudiera dibujarse, ¿Qué aspecto tendría?; realizar dos dibujos, en uno expresar cómo es cuando el problema domina o dominaba al niño y en otro cómo es cuando el niño vence al problema.



*Escritura.* Solicitar al niño que realice una historieta para darnos a conocer el problema.

*Máscara.* En el desarrollo de la historia alternativa sugerirle que cree una máscara del problema y una máscara de recursos propios. Se puede entablar una conversación con ambas mascararas (¿cómo te las arreglas para impedir que el niño disfrute de la vida?, ¿qué le dirías al miedo que aún no sepa de ti y que pueda asustarle tanto que tenga que irse?, ¿qué intenta que hagas el Gran Problema?, ¿qué hace para que le hagas caso?, ¿qué planes tiene para ti y tu futuro?, ¿te parece justo?

*Bandeja de arena.* Se invita al niño que haga un arenero saturado del problema (¿Cómo se ve el mundo del problema? ¿Hay alguna figura o miniatura que nos recuerde al problema? ¿Cómo vive? ¿Cómo son sus cómplices?). Posteriormente se les menciona la posibilidad de dejar el arenero como está o crear un arenero de transición introduciendo elementos de cambio (¿Quieres colocar otras figuras o cambiarlas de lugar? ¿Cómo puede mejorar la situación?) A medida que avanza la conversación se sugiere al niño crear una historia alternativa en el arenero o una serie de composiciones que represente simbólicamente la relación que el infante tiene con el problema. Se puede plantear algo semejante a la pregunta del milagro, ¿qué aspecto tendrían las cosas si ya fueran como tú deseas?

*Manuales.* Los manuales pueden ser privados o públicos, ellos reúnen las ideas, conocimientos, historias de éxitos y estrategias que los niños han utilizado para superar sus dificultades. El título de los manuales o de sus capítulos pueden ser tan variados como las historias que cuentan (Manual de domador del Mal Genio, Manual de [nombre del niño] sobre problema escolares, etc., Cuaderno de notas sobre buenas ideas para superar las preocupaciones).

## **5.6 Terapia familiar**

En casos de ESCI la terapia familiar se prescribe para:

- a) Proporcionarles oportunidades de expresión sobre cómo han reaccionado (Wolbert & Grant, 1988).
- b) Modifiquen las pautas disfuncionales, las interacciones y la estructura familiar ya que la mayoría de estos niños provienen de familias con maltrato, negligencia (Schaefer et al., 1988),

límites difusos, confusión de roles entre los miembros de la familia, y problemas en la comunicación (Barudy, 2005).

c) Identifiquen y desarrollen herramientas de afrontamiento. A los padres se les enseña técnicas para el manejo de las reacciones a la experiencia traumática en su hijo y en ellos, adquieran y desarrollen habilidades de comunicación con el niño, habilidades para manejar problemas conductuales, e identifiquen y empleen los recursos sociales de ayuda disponibles. (Wolbert & Grant, 1988; Save the Children, s.f.).

c) Ayudarles en la integración del trauma en el sistema familiar, ayudarles a colocar el evento en el pasado (Wolbert & Grant, 1988).

d) Cuento con estrategias para apoyar a los niños y adolescentes en la recuperación y reintegración (Griesbach & Sauri, 2005c).

e) Puedan evitar nuevos eventos de explotación (Griesbach & Sauri, 2005c).

Dentro de los elementos de apoyo a la familia Delaney y Cotterill (2005a) y Echeburrúa (2005) indican la necesidad de ampliar y consolidar redes de apoyo con grupos de autoayuda, escuela, comunidades religiosas, clubes deportivos, identificar oportunidades para el desarrollo e independencia de la familia y emplear los recursos comunitarios disponibles para la solución de problemas sociales (desempleo, problemas legales, etc.).

Los diferentes enfoques empleados en terapia familiar para agresiones sexuales en niños (psicoanálisis, cognitivo conductual, sistémico y gestalt) suelen emplear técnicas artísticas, de juego y narrativas descritas anteriormente.

### **Terapia familiar empleando terapia de juego**

En el tratamiento familiar para agresiones sexuales otros terapeutas sistémicos emplean técnicas de juego y de arte; por ejemplo, Freeman et al. (2001) apuntan la utilidad de crear juegos, usar el arenero, los bailes y las esculturas corporales para representar la relación de la familia y las dificultades que enfrentan. Por ejemplo para el uso del arenero se les invita a representar en la arena la versión saturada del problema y posteriormente a crear otra imagen del problema ya resuelto.

Dependiendo de la técnica elegida y conforme avanza la sesión el terapeuta invita a la familia a que con cambios en el movimiento, en el baile, en el arenero, con una escultura corporal, etc. busquen la forma de librarse de la influencia del problema y desarrollen de forma gradual expresiones o movimientos de libertad e independencia. En el caso de las *esculturas corporales* las siguientes preguntas son útiles: ¿dónde vive el problema en su cuerpo?, ¿qué postura les hace tomar en el mundo?, ¿cómo les empaña los sentidos?, ¿cómo se sienten y cómo andan cuando se sienten tranquilos y seguros?, ¿qué pasa cuando se rebelan contra el problema? (Freeman et. al., 2001)

## 5.7 Terapia de grupo

La terapia de grupo para niños suele emplear técnicas de juego para abordar los temas que implica el tratamiento. O'Connor et al. (1997) mencionan que la terapia de juego grupal estructurada es ideal para niños entre 8 y 11 años porque son muy receptivos. Ginott (citado en: Johnson, 2009), indicó que la terapia de grupo está contraindicada en los siguientes casos: niños muy agresivos, sexualmente impulsivos, psicóticos, con imagen en extremo pobre de sí, tendencias suicidas u homicidas; organicidad severa, capacidad cognitiva limitada, ansiedad arousal, en crisis, sin embargo, Schaefer (2012) señala que con las condiciones terapéuticas apropiadas estos niños pueden beneficiarse de la terapia grupal.

Para que un niño se integre a esta modalidad es necesario que el niño y el terapeuta definan si el infante está listo, de lo contrario sería contraproducente (O'Connor et al., 1997). Sin embargo, una vez listos, los niños y adolescentes pueden beneficiarse de la terapia de grupo por varios de los beneficios que ésta proporciona (Foa et al., 2003; O'Connor et al., 1997; Save the Children, s.f.; Schaefer, 2012; Universidad del desarrollo, 2010):

a) ofrece aliento, apoyo, b) clarifica y valida los sentimientos asociados a la experiencia de agresión sexual, c) universaliza la experiencia al ser compartida por el grupo, d) facilitar la expresión de pensamientos reprimidos, e) proporciona oportunidades de aprendizaje vicario mediante el modelamiento de las conductas adaptativas de los integrantes, f) se comparten estrategias de afrontamiento y resolución de conflictos, así como formas alternativas de expresión, g) permite el desarrollo de habilidades sociales entre sus pares y el conocimiento acerca de la sexualidad, h) pueden observar cómo son las diferentes etapas por las que pasa su proceso e i) pueden tener la satisfacción de ayudar a otros. Además los ejercicios en grupo les permiten comparar su experiencia, encontrar similitudes con sus compañeros, sentirse acompañados.

Varios autores señalan los siguientes elementos para la *estructura del grupo* en casos de agresiones sexuales: 1) diferenciados por edad y tipo de agresión sexual sufrida, 2) el número óptimo es entre cinco y ocho niños, 3) con sesiones semanales, 4) similar nivel cognitivo y emocional. La duración de la sesión está en función de la edad del grupo, mientras más pequeños menos dura la sesión (preescolares y escolares de 20 a 40 minutos y niveles intermedios de primaria y secundaria de una hora o más) (Convenio Secretarial Distrital de Salud y el Fondo de Población de Naciones Unidas, 2008; Save the Children s.f.). Schaefer (2012) apunta que la frecuencia dependerá del escenario clínico, la gravedad del problema y el propósito del grupo -los grupos intensivos se reúnen de dos a cinco veces por semana-, además apuntan la importancia de procurar la permanencia de un mismo profesional o grupo de profesionales como dirigentes del grupo terapéutico.

O'Connor et al. (1997) señalan que el modelo para la *estructura de la sesión* grupal consiste en: a) *estructuración*, promueve el respeto por las reglas y el orden y centra la atención del niño en sus capacidades físicas empleando actividades como trazar sobre papel las manos, pies o cuerpo, etc.; b) *desafío*, se les ayuda a verbalizar la ansiedad que expresan en su juego durante la sección de actividad; c) *intrusión*, (tomado las consideraciones para estos casos) encaran aquello que les genera ansiedad y mantienen un sentido de sí mismo y d) *nutrimiento*, enfocado a tranquilizar, aprobar y demostrar atención.

La sesión grupal propuesta por O'Connor et al. (1997) dura 90 minutos, los primeros 30 minutos se usa como tiempo de *admisión* donde cada miembro se presenta y habla sobre su experiencia de agresión sexual, los siguientes 30 minutos se realiza alguna actividad y en los 30 minutos restantes se realiza un refrigerio donde el terapeuta y los niños se retroalimentan unos a otros acerca de cómo la conducta de cada uno influyo a otros, en como ellos contribuyeron a esa sesión, se enfatiza en lo que es especial y único en cada pequeño y si se amerita se reformulan conductas problemáticas. Las sugerencias sobre las condiciones de la sala de juego y sobre los materiales se mencionan en el apéndice D y E. Foa et al. (2003) señalan que esta modalidad es la ideal para el aspecto psicoeducativo, tanto para los menores como para sus familias.

Por lo general, se solicita a los niños y a sus familias que han concluido el proceso terapéutico su colaboración para sesiones con otros sobrevivientes (Save the Children, s.f.; Freeman et al., 2001; Durrant & White, 2002). Algunas de las técnicas que se pueden emplear en la terapia de

grupo son: actividades del juego, role-playing, dibujo y relato de historias (Foa et al. 2003). Con los integrantes nuevos suele emplearse el juego libre, esto colabora a que descubran que son capaces de experimentar diversión a pesar de su dolor, expresen su ansiedad de forma más cómoda y a descubrir que el espacio no es exclusivamente para hablar de la agresión sexual (O'Connor et al., 1997). A continuación se describen algunos ejercicios para la terapia grupal con los niños, la mayoría de los *ejercicios* fueron desarrollados por los niños y adolescentes (O'Connor et al. 1997):

- *Parecido y diferente*: el promotor del juego expresa una preferencia personal, un rasgo de carácter y después se desplaza hacia incidentes o reacciones del abuso y solicita a los que presenten tal característica vayan a uno de los extremos de la habitación; por ejemplo, todos los niños que les gusta el helado de chocolate vayan al centro de la habitación, etc.
- *Juego de pantomima*: se exageran los movimientos de diferentes partes de su cuerpo con el fin de que se comprenda un mensaje. Este juego les ayuda a fortalecer el sentido de sí mismo.
- *Agresor, ¿me permite?*: este ejercicio facilita el manejo de la ira. Los miembros del grupo dibujan o construyen con arcilla la figura del agresor, se coloca al agresor al frente y cada uno de los niños le pregunta: “agresor, ¿me permite?” el grupo vota acerca de la respuesta del agresor y cada uno de los integrantes recibe el permiso para crear su respuesta hacia el agresor y efectuarla a la figura de arcilla.
- *Desempeño de roles y ensayos*: es una oportunidad para que los niños desempeñen roles y ensayen acontecimientos menos fáciles que necesitan enfrentar.
- *Ilumina tu abuso sexual*: las instrucciones son semejantes a las del ejercicio ilumina tu vida.
- *Estado salpicaduras y animales*: con este ejercicio los niños pueden poner en lenguaje corporal lo que están sintiendo. La consigna es, ¿si fueras un animal ahora? muéstrame cuál serías.
- *Mensaje o Cartas para...*: se les pide que realicen un mensaje en video o por escrito para el agresor sexual o para las personas que estuvieron relacionadas con la agresión, los pequeños deciden qué hacer con ellas: leer su mensaje en voz alta, seleccionar a alguien del grupo para leer su escrito, quemar las cartas, etc.

- *Película*: hacer un video sobre los efectos de la agresión sexual, la dirección de escenas y la improvisación tiene aspectos terapéuticos.
- *Club o equipo anti problema*. Se crear un club o equipo antiproblema, quien identifica y escribe los consejos que darían a niños que se enfrenta a situaciones similares (Freeman et al., 2001).
- *Elaboración de cartas y otros documentos*: se les invita a realizar cartas hacia sus progenitores, cartas testimoniales de sus avances en el proceso, diarios de vida, cuentos sobre su historia de vida, elaboración de dibujos o líneas de tiempo donde puedan expresar y visualizar gráficamente su historia de vida o de la psicoterapia. Se les solicita que identifiquen los cambios en la forma de auto-percibirse, las emociones predominantes en cada etapa, cómo se encuentra actualmente y como se visualiza en el futuro (Delaney & Cotterill, 2005c; Durrant & White, 2002).

## **5.8 Etapas en el tratamiento psicológico y fases de respuesta**

### **Modelo de procesamiento de información del trauma**

Desde el modelo de procesamiento de información del trauma Hartman y Burgess (citado en: Cantón & Cortés, 2002) proponen cuatro fases en el grado de adaptación que alcanza un niño ante la agresión sexual, en donde para que el trauma quede resuelto el infante necesita procesarlo con los principales parámetros implicados en las fases, de tal manera que se neutralicen los sentimientos que evocan sus recuerdos y la ansiedad que le genera. Así la información traumática pasará de la memoria activa a la memoria distante, de no ser así el trauma permanecerá en la memoria activa y el niño se defenderá empleando mecanismos de negación o disociativos. Las fases (Cantón & Cortés, 2002) son:

1. *Fase pretrauma*. Se relaciona con la fortaleza y vulnerabilidad del niño, la experiencia de socialización, las relaciones con padres y hermanos y sus recursos sociales, las creencias y valores sobre el abuso, el afrontamiento y las condiciones de estrés que pueden intensificar su reacción ante la agresión sexual.

2. *Fase de encapsulación*. Si el menor presenta los primeros síntomas agudos (trastornos del sueño, ansiedad, estados disociativos, etc.) y queda sin protección se produce un periodo de quietud donde suelen continuar los abusos y el niño se ve obligado a encapsular el evento traumático.

3. *Fase de revelación del abuso.* En esta fase tiene que ver si la revelación fue voluntaria o no, la forma en que la familia y las instituciones reaccionaron, la reacción del niño con el agresor y la existencia de amenazas.

4. *Fase de recuperación.* Se refiere al nivel de adaptación conseguido, el afrontamiento del menor y de su familia ante el evento traumático, el dialogo familiar sobre el tema y si el niño tiene un desarrollo normal durante los dos años que sigue a la investigación, el juicio y la terapia. En esta etapa el infante se habrá adaptado alguna de las siguientes formas (Azaola, 2009; Cantón & Cortés, 2000):

- *Integración.* Los niños superan la ansiedad generada por la agresión, hablan de sus experiencias sin mostrar demasiada ansiedad, culpan al agresor, se concentran en el futuro y mantienen relaciones más o menos normales en su familia, escuela y con sus amigos.
- *Evitación.* Niegan la experiencia o se rehúsan a hablar sobre ella, presentan ansiedad y disgusto, se muestran intimidados por el perpetrador, tienden a vivir en el presente sin planes a futuro y sienten vergüenza por el abuso.
- *Sintomática o repetición postraumática.* Se presentan muy sintomáticos, severamente perturbados, con fuertes sentimientos de culpa y vergüenza; se culpan, no pueden olvidar lo que les ocurrió, con frecuencia manifiestan comportamientos sobresexualizados, esto aumenta el riesgo de futuras agresiones.
- *Identificación con el explotador:* El menor defiende al agresor y repite su propio trauma mediante la aproximación sexual a otros niños. Back y Görjan (citado en: Azaola, 2009) apuntan que por lo general los niños y adolescentes que han sido explotados por más de un año tienden a identificarse con el agresor.

### **Etapas en el tratamiento individual**

Herman en 1992 apuntaba que el proceso de recuperación durante el tratamiento no es un proceso lineal, sino oscilante y dialéctico (OIM & Save the Children, 2007). La Universidad del Desarrollo (2010) sintetiza en tres etapas el proceso del tratamiento para estos casos:

Primera etapa. En esta fase se *restablece la seguridad del niño* (Delaney & Cotterill, 2005b) que implica proporcionar un entorno seguro físico y emocional donde sus necesidades básicas estén satisfechas, generalmente, por las condiciones de este tipo de agresión esta fase se lleva a cabo en albergues especializados. Aquí se realizan las siguientes actividades: a) se establece el vínculo psicoterapéutico, b) se profundiza el psicodiagnóstico y c) se plantean los objetivos terapéuticos (Universidad del Desarrollo, 2010).

Segunda etapa. Durante esta etapa se realiza la *resignificación del trauma* asociado a la agresión que incluye tres fases (Universidad del Desarrollo, 2010):

1) *Autoobservación* busca que el niño tenga contacto consigo mismo y con su contexto actual de vida mediante el *reconocimiento de sí mismo*, de sus características y habilidades más allá de una posición de víctima. El inicio de este proceso es más descriptivo, se les sitúa en el presente y busca que respondan preguntas como ¿Quién soy? ¿Cuáles son mis características? ¿Cuál es mi familia? ¿Cuál es mi relación con la escuela?, se emplea la técnica de la identificación con un animal y se utilizan dibujos o miniaturas de éste para que el niño pueda mostrar sus percepciones de sí y de su ambiente. Además se indaga sobre las interacciones en las diferentes áreas de su vida para identificar las áreas libres de daño, para posteriormente fortalecerlas y emplearlas en el proceso terapéutico.

2) *Elaboración*. Algunos autores sugieren hablar del trauma una vez que el niño o adolescente ha retomado el sentimiento de seguridad y cuenta con mecanismos de autoprotección que le ayuden a sobrellevar tales recuerdos (Griesbach, & Sauri, 2005c). En esta sección se *exploran, elaboran y se da contención* a los sentimientos relacionados a la agresión y de sentimientos asociados a la negligencia familiar y en determinados casos se elabora agresiones sexuales previas (Universidad del Desarrollo, 2010).

3) *Integración*. Esta etapa implica que la persona reconozca las consecuencias de la explotación y del abuso en su vida actual, identifique las estrategias de supervivencia que empleo ante la explotación considerando sus recursos y capacidades personales que le permitieron enfrentar y superar los problemas asociados, se refuerzan las áreas no afectadas y se potencializan los recursos personales de los niños y adolescentes para incrementar su autoestima y auto eficacia y desde el contexto anterior se integran los avances logrados en la etapa previa mediante ejercicios que le



permitan unificar su vida en un continuo que integre el pasado, el presente y el futuro incorporando los episodios dolorosos escindidos.

La experiencia clínica indica que la mayoría de los consultantes no llegan a esta etapa debido a la inestabilidad en la vida de ellos -cambio de domicilio, situación familiar, embarazos y abandono del tratamiento- (Universidad del Desarrollo, 2010).

Durante la segunda etapa, por lo general, se abordan los siguientes temas tanto a nivel individual como grupal (Delaney & Cotterill, 2005a, b y c; Instituto Estatal de la Mujer del Estado de Tlaxcala, 2010a; Save the Children, s.f.; Universidad del Desarrollo, 2010):

- ✓ Educación emocional (función, reconocimiento y canalización de las emociones).
- ✓ Autoestima (autoimagen, autoconcepto).
- ✓ Educación afectivo-sexual (modos alternativos para expresar y recibir afecto, cuidado del cuerpo, áreas privadas, resignificar la sexualidad, salud sexual, planificación de embarazo y cuidados de niños).

Los contenidos de la educación sexual infantil deben considerar la edad, el nivel de desarrollo y las necesidades del niño. Para que la educación sexual sea integral debe incluir el área emocional, corporal, competencias psicosociales y formación en valores (Lencinas, 2009) y no sólo el aspecto genital y la prevención de enfermedades y embarazos. Otros autores (OIT & PIETI, 2009) consideran necesario mencionar que el ejercicio de la sexualidad en pareja implica la responsabilidad mutua en el cuidado de la salud física y mental, la construcción de vínculos de amor y compromiso afectivo entre la pareja.

- ✓ Fortalecer los recursos internos y externos.
  - ✓ Habilidades sociales (comunicación, asertividad, resolución de problemas, control de impulsos, autonomía e independencia).
- ✓ Prevención de agresiones (plan de autocuidado y prevención, manejo de límites, identificar situaciones de riesgo, estrategias de reacción, listas de personas y lugares seguros, etc.).
- ✓ Resignificación de la experiencia traumática.
- ✓ Proyecto de vida (fijar metas a corto y mediano plazo con plan de acción para su logro).

Rachman (citado en O'Connor et al., 1997) sugiere realizar sondeos de prueba para evaluar si se completó el procesamiento emocional, para ello y dentro de los límites se presentan estímulos relacionados al trauma en el juego o en la conversación con la finalidad de evocar una reacción emocional, si se produce una fuerte reacción negativa es indicativo de que el proceso emocional no se completó exitosamente y señala la necesidad de nuevas sesiones antes de terminar el tratamiento.

Tercera etapa. Esta etapa implica *reconexión social, evaluación y cierre*. En cuanto a la *reconexión social* Delaney & Cotterill (2005b); Gutiérrez, Rodríguez y Vega (2000); OIM & Save the Children (2007) señalan que en la última etapa se trabaja sobre las oportunidades para su desarrollo e independencia, establecer relaciones no abusivas, establecer vínculos con estructuras sociales (escuela, clubes deportivos, trabajo, pareja, iglesia, etc.). Barudy (2005) apunta que el hecho de regresar a las actividades habituales es una forma de sacarse de encima los efectos de la agresión.

En relación a la *evaluación* y al *cierre*, se revisan los objetivos planteados al inicio con los niños y adolescentes y las metas alcanzadas, se identifica cuál es la percepción de su historia de vida y el grado de superación de los síntomas y secuelas (Universidad del Desarrollo, 2010), Wolbert y Grant (citado en: Griesbach & Sauri, 2005c) sugieren realizar junto con el pequeño un recuento del proceso, enfatizar técnicas de autoprotección y seguridad, abordar los deseos y planes del menor y las habilidades que tiene para lograrlos y se remarcan los mecanismos con los que cuenta para afrontar en el futuro lo relacionado al evento traumático (Capafóns & Sosa, 2005).

O'Connor et al. (1997) sugieren programar una sesión para la finalización de la terapia, tres o cuatro sesiones antes notificar a los niños la cercanía de la finalización, en la última sesión puede emplearse un ritual según la edad del niño. Algunas actividades sugeridas por O'Connor et al. (1997) son realizar cartas de despedida de uno para el otro, elegir un juego que sea su favorito, revisar escenas o fotografías del juego en arena e intercambiar regalos o fotografías. Ellos mencionan la necesidad de sesiones de refuerzo conforme los niños van avanzando en las etapas de desarrollo para trabajar la comprensión del trauma ajustándolo a su nivel de desarrollo.

## **Fases de respuesta al tratamiento y adaptación de los niños y adolescentes en un espacio institucional**

Durante la práctica terapéutica en casos de este tipo de agresión la Universidad del Desarrollo (2010) y Delaney y Cotterill (2005a) han identificado determinadas respuestas emocionales al tratamiento a nivel individual y en espacios institucionales, elementos que se describen a continuación:

a) *Fase inicial* denominada *luna de miel*. Dura entre 24 horas y dos o tres semanas, los niños y adolescentes tienden a comportarse de forma complaciente, aclimatarse y mostrarse agradecidos. En este tiempo presenten escasos problemas de comportamiento.

b) *Fase de adaptación*. Tarda entre tres y nueve semanas, los menores necesitan procesar la nueva circunstancia, es común que les genere recuerdos y emociones menos fáciles de lidiar, algunas de las reacciones son: poner a prueba los límites, rabia, frustración, rebeldía, evadir su realidad, actitudes extrañas (acumular comida, esconder sus posesiones, cerrar su puerta con llave, dormir con las luces prendidas, empacar y amenazar con fugarse). La actitud que asuma el equipo a cargo es crucial durante esta fase.

c) *Fase de estabilidad*. Los menores comienzan a sentirse más seguro y los problemas de conducta comienzan a disminuir paulatinamente. Esta fase puede llevarles meses o años.

d) *Fase de egreso*. Cuando el proceso de reparación se considera logrado o los niños y adolescentes necesitan ser trasladados a otro lugar, ellos necesitan procesar el duelo que implica el desprenderse de un espacio que habían incorporado a sus vidas. Frecuentemente esto les genera ansiedad y comportamientos que presentaron al inicio.

### **5.9 Consideraciones especiales en el tratamiento**

#### **Contexto terapéutico**

Dado que las teorías sobre los efectos de las agresiones sexuales señalan que este tipo de agresiones genera en los niños y adolescentes una ruptura de la confianza en las relaciones interpersonales, la presencia y el comportamiento del terapeuta durante la terapia funge un rol crucial, que de no cuidar puede evocar en el consultante recuerdos traumáticos, con síntomas

disociativos u otros síntomas que hagan menos fácil el curso de la terapia. Diferentes autores señalan los siguientes elementos que colaboran en la creación de una relación terapéutica y de un ambiente seguro y confiable donde el consultante pueda recuperar la confianza (Green & Flemons, 2009; Portillo, 2004; Stupiggia, 2010):

- Cagnoni y Milanese (2010) apuntan que, quienes han vivido experiencias traumáticas presentan una fuerte exigencia de aceptación y cercanía. Por lo tanto el terapeuta debe oscilar continuamente entre proximidad-distancia y tecnicidad-compresión, hacer sentir al consultante que el clínico comprende su dolor, miedo, ira o rabia, comunicar verbal y no verbalmente que él es una persona que conoce el funcionamiento de su problema y por lo tanto puede confiar en la intervención terapéutica.
- Aclarar el contrato y alianza terapéutica considerando elementos de seguridad relacional crea un anclaje útil en momentos menos fáciles (Stupiggia, 2010).
- Fomentar en el consultante la sensación de control sobre sus sentimientos y acciones, autoconfianza, competencia, capacidad de decisión, tomando en consideración su edad y nivel de desarrollo (OIM & Save the Children Suecia, 2007).
- Respetar la decisión de cuando hablar de la agresión ya que obligarlo implica generarle sentimientos de impotencia e incapacidad (Durrant & White, 2002). Everstine y Sullivan (2004) menciona que algunos niños necesitan hablarlo y repetirlo, mientras que otros no, estos autores suponen que la repetición es una forma simbólica de pedir a su familia protección y de asegurarse que son dignos de recibir amor.
- Cuidar el lenguaje corporal (mirada, tono de voz, postura, etc.) dado que los niños y adolescentes son en extremo sensibles a cualquier forma de intrusión, insensibilidad o coerción del terapeuta (Sullivan & Everstine, 2004; Stupiggia, 2010) respondiendo con estados disociativos o síntomas postraumáticos.
- El terapeuta no debe de dirigir demasiado el trabajo, estimular emociones demasiado fuertes, inducir excesiva relajación, interrumpir frecuentemente el discurso del consultante, imponer lejanía o cercanía corporal, ni utilizar métodos extremadamente confrontativos ya que puede hacer que el paciente abandone la relación terapéutica (Stupiggia, 2010; Sullivan & Everstine, 2004).

## **Características del terapeuta**

West (2000) y O'Connor et al. (1997) señalan que trabajar con niños agredidos sexualmente es demandante y desgastante, por lo tanto, para que el terapeuta brinde un buen servicio es necesario que tenga un funcionamiento íntegro, cuide de su cuerpo, mente, emociones y espíritu, tenga un adecuado conocimiento y aceptación de sí, la capacidad de tener gratificaciones adultas genuinas en su vida personal y trabaje con sus aspectos dolorosos en un ambiente de apoyo; además Schaefer et al. (1988) sugieren estar en contacto con las respuestas emocionales que puedan interferir con el tratamiento, por ejemplo el desprecio por los agresores pueden provocar lastima y fantasías que no correspondan con las necesidades reales de los niños y adolescentes.

Ampudia et al. (2009), Delaney y Cotterill (2005b) y Schaefer et al. (1988) mencionan que el terapeuta que trabaje con esta población debe contar con las siguientes características: amable, paciente, empático, asertivo, establece límites consistentes y firmes, sentido del humor, sentirse bien con su sexualidad, en caso de agresión sexual disposición para resolverlo, solicitar supervisión o canalizar el caso a otro terapeuta; capacidad para superar prejuicios, flexibilidad en la aplicación de las técnicas, capacidad para solicitar segunda opiniones, inspirar confianza, tolerancia a la ambigüedad y a la regresión y actitud de escucha, respeto, apoyo y validación.

## **Alternativas de respuesta ante algunas respuestas al tratamiento**

La estrategia de normalizar facilita el proceso de aceptación (Johnson, 2009), mencionarles que las respuestas que presentan son normales en el proceso de recuperación, sus interrogantes son válidas y racionales y aunque los efectos de la agresión son desagradables y menos fáciles de afrontar, los efectos pasarán conforme se avance en las etapas del tratamiento y cooperen en el proceso (Sullivan & Everstine, 2004).

Ramírez (2003) apunta que los consultantes pueden presentar diferentes periodos de crisis cuando comienzan a enfrentar sus recuerdos y sentimientos relacionados a la agresión y en otros momentos durante la terapia; por ejemplo, en la práctica terapéutica en casos de explotación sexual se han observado que algunos niños que han logrado avances importantes presentan violentos retrocesos como conductas boicoteadoras, autoagresiones, ideación suicida, o alejamiento de los lugares en los que sienten que empiezan a crear vínculos afectivos importantes. En estos periodos

es crucial el apoyo y contención de las figuras significativas para ellos (Delaney & Cotterill, 2005a; IINNA & OEA, 2011).

O'Connor et al. (1997) & West (2000, p. 149) mencionan que algunos niños cuando están estableciendo relaciones cercanas pueden estimularse o pedir estimulación sexual, quitarse la ropa, querer tocar los genitales del terapeuta, etc. y si son rechazados pueden sentir frustración, molestia y confusión. Ante tal situación, es necesario que el terapeuta ponga límites claros, firmes y consistentes de una forma amable, algunas ideas son: “Puedo ver qué quieres... pero no puedo permitirte... porque...”, “Necesitamos aprender a mantener a salvo nuestros cuerpos”, “en el cuarto de juego no nos tocamos nuestra partes privadas” (o cualquier término que utilice el niño) o, para comunicarte “Puedes decirme con las muñecas, o bien hacer un dibujo”.

Sullivan y Everstine (2004) indican que las personas agredidas sexualmente tienden a emplear el mecanismo de defensa llamada desplazamiento que consiste en desplazar la ira que sienten contra el agresor hacia un objeto o persona más seguro (amigo o un ser amado). Por lo tanto es necesario hacer saber esto a sus familiares para que en tal caso ellos comprendan la actitud hostil o agresiva de los niños y adolescentes como parte de la recuperación y proporcionar alternativas de respuesta. Al abordar este tema se recomienda que el consultante no se encuentre presente para que la familia tenga la posibilidad de expresar sus emociones.

La mayoría de las técnicas pueden emplearse en niños y en adolescentes, sin embargo mientras más pequeños son los niños se optan por técnicas simbólicas como el juego, el arte y la narrativa con rituales terapéuticos. La aplicación de cualquier técnica se desarrollará a la par de las etapas de tratamiento y de las fases de respuesta. Su aplicación estará en función de las necesidades psicoterapéuticas del niño, de un adecuado criterio clínico y de la formación del psicólogo. En la figura 5.1 se realiza un resumen de las técnicas descritas.

Figura 5.1 Resumen de técnicas para casos de agresión sexual

Técnicas	Esencia	Estrategias o etapas
Intervención en crisis.	<p>Se adquiere un nivel mejor de funcionamiento ante un periodo de desorganización marcada (Zeig &amp; Gilligan, 2004), reduce los efectos debilitantes, el daño físico y maximiza las posibilidades de crecimiento mediante la adquisición de nuevas habilidades, perspectivas y opciones en la vida (Slaikeu, 2011)</p>	<p>a) <i>Intervención inmediata.</i>                      b) <i>Estabilizar:</i>                      c) <i>Facilitar la comprensión sobre lo ocurrido.</i>                      d) <i>Centrarse en las soluciones de problemas específicos.</i>                      e) <i>Restaurar la sensación de autoeficacia.</i>                      f) <i>Remitir a servicios de salud mental de mayor complejidad.</i> (Convenio Secretaría Distrital de Salud y Fondo de Población de Naciones Unidas, 2008).</p>
Terapia de juego	<p>Su gran potencial simbólico ayuda a los niños (con poca actividad verbal) a expresar con facilidad emociones, experiencias y preocupaciones inconscientes (Schaefer, 2005).</p> <p>Les ayuda a los niños a encontrar mejores soluciones para los conflictos generados por la agresión sexual, a integrar y a sanar la experiencia de forma segura (O'Connor, Schaefer &amp; Chávez, 1997).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuentos.</li> <li>• Arenero.</li> <li>• Casa de muñecas.</li> <li>• Juguetes.</li> <li>• Títeres y máscaras.</li> </ul>

Figura 5.2 Resumen de técnicas para casos de agresión sexual

Técnicas	Esencia	Estrategias o etapas
<p>Terapia de arte</p>	<p>Se toman las propias vulnerabilidades como material para la creación de producciones artísticas que permiten a la persona re-crearse a sí mismo en un recorrido simbólico a través de dichas creaciones. (Klein, Bassols &amp; Bonet 2008).</p>	<p>a) Interioridad,</p> <p>b) proyección en el acto de crear,</p> <p>d) expresión verbal, visual, sonora, gestual, corporal, etc.</p> <p>e) transformación de la expresión del contenido y de la forma hasta una creación inédit,</p> <p>f) interiorización por impresión delante de esta creación inédita, nuevo ciclo, nueva expresión hasta una nueva creación que inspira el desarrollo interior.</p>
<p>Terapia narrativa (Modelo Durrant &amp; White)</p>	<p>Creación de narraciones alternas basada en las competencias de la persona. Se emplea el lenguaje para configurar la experiencia, la identidad y las relaciones (White &amp; Epston, 1993).</p>	<p>Exteriorización del problema, acontecimientos extraordinarios, preguntas para generar experiencia (preguntas reflexivas, de influencia relativa, etc.), documentos terapéuticos, circulación de noticias, etc. (Freeman et. al., 2001; García, 2012).</p>



Figura 5.2 Resumen de técnicas para casos de agresión sexual

Técnicas	Esencia	Estrategias o etapas
Rituales terapéuticos (Modelo Durrant & White)	Acción o serie de acciones específicas prescritas al consultante, a la familia o a un grupo social para promover cambios, ayudar a resolver contradicciones o para descubrir modelos diferentes de interacción (Imber-Black, Roberts & Whiting, 1997).	<p>1.- Fase de separación: externalización, oponerse a restricciones de creencias e interacciones que generan vulnerabilidad</p> <p>2.- Fase liminal: ritos de paso y ritos de conservación.</p> <p>3.- Fase de reincorporación: ritos de celebración.</p>
Terapia centrada en soluciones (Modelo Durrant & White)	Busca los momentos donde el problema no está presente o cuando su presencia no se considera un problema (Green & Flemons, 2009). Identifica hechos, experiencias y conductas que caracterizan la solución y se centra en los recursos existentes y potenciales de la persona (Durrant & White, 2002).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntas</li> <li>• Excepciones</li> <li>• Asignación de tareas</li> </ul>
Terapia multi-modal	Se emplea diferentes técnicas de terapia (arte, juego y narrativa), esto da flexibilidad al niño de moverse con libertad entre los diferentes medios conforme a sus necesidades e intereses.	

Figura 5.2 Resumen de técnicas para casos de agresión sexual

Técnicas	Esencia	Estrategias o etapas
<p>Terapia estratégica (Terapia para el TEPT)</p>	<p>Se emplean estrategias sugestivas y específicas capaces de llevar al consultante a realizar experiencias concretas para superar el problema sin enfatizar en la conciencia. (Cagnoni &amp; Milanese, 2010).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Novela del trauma</li> <li>• Prescribir el síntoma</li> <li>• Otras</li> </ul>
<p>Técnicas Cognitivas conductuales (Terapia para el TEPT)</p>	<p>Desde el enfoque cognitivo conductual el Entrenamiento en Inoculación de Estrés (EIE) ha sido el programa más empleado en personas con trastorno por estrés postraumático. (Capafóns &amp; Sosa, 2005)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación.</li> <li>• Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.</li> <li>• Entrenamiento en relajación y respiración.</li> <li>• Entrenamiento en solución de problemas.</li> <li>• Técnica Racional emotiva Ellis.</li> <li>• Ensayo imaginario y conductual.</li> <li>• Juego de roles.</li> <li>• Modelado.</li> <li>• Terapia de exposición.</li> <li>• Entrenamiento en autoinstrucciones.</li> </ul>

Figura 5.2 Resumen de técnicas para casos de agresión sexual

Técnicas	Esencia	Estrategias o etapas
<p>Técnica de Hipnosis (Terapia para el TEPT)</p>	<p>Se emplea estados profundos de consciencia que facilitan el aprendizaje y la comprensión (Rhue et al., 1997) y el cambio de procesos mentales, sensaciones, percepciones, emociones, pensamientos y comportamientos (Foa et al., 2003).</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Estabilización y reducción de síntomas.</li> <li>2.- Tratamiento de los recuerdos traumáticos.</li> <li>3.- Ulterior reintegración y rehabilitación de la personalidad.</li> </ol>

## Discusión

La explotación sexual comercial infantil es un tema menos fácil de abordar y de tratar por su naturaleza y causas multifactoriales. Los niños y adolescentes son expuestos a malos tratos que pueden llegar a ser en extremo violentos. Los efectos de este tipo de agresión tienden a ser graves y se manifiestan con síntomas psiquiátricos múltiples. Los síntomas que presentan están relacionados con el nivel de desarrollo y los factores a los que estuvieron sometidos y no necesariamente presentan todos los síntomas característicos de agresiones sexuales.

A pesar de que la explotación genera efectos de alto impacto en los niños y adolescentes su recuperación es posible. Diversos estudios señalan que la recepción de psicoterapia colabora en gran medida a su convalecencia. El seguimiento de las intervenciones multi e interdisciplinarias juegan un papel crucial en su recuperación y reinserción social. La referencia bibliográfica (Delaney & Cotterill, 2005b) y la entrevista a PROVICTIMA indican que las técnicas más aplicadas en estos casos son la terapia de juego, de arte y la narrativa. La terapia de juego y de arte se usan principalmente por su potencial simbólico, no requieren que la persona cuente con un lenguaje desarrollado para el proceso terapéutico.

La mayoría de las técnicas se pueden aplicar desde diferentes enfoques; sin embargo el modelo de Durrant & White (2002) desde la terapia narrativa y el enfoque sistémico plantea que los efectos de las agresiones sexuales no necesariamente son permanentes ni radican exclusivamente en el área intra psíquica de la persona, pondera el factor relacional y el discurso que genera el contexto de la agresión sexual, por lo que la intervención se enfoca en los efectos del factor relacional y en el uso de un lenguaje que sustenta y configura un discurso que favorece una visión de recursos y competencias de la persona e interacciones alternas. Se considera que dicha aproximación al objeto de estudio brinda mayores posibilidades de recuperación y por lo tanto se sugiere su aplicación.

En momentos de crisis se recomienda emplear técnicas de la terapia para estrés postraumático, de forma especial técnicas de hipnosis y de la terapia estratégica, dado que los niños y adolescentes en tiempo de crisis manifiesten bloqueos cognitivos y emociones, las *técnicas de hipnosis* son una forma segura de trabajar con los recuerdos traumáticos y la *terapia estratégica* favorece cambios

aplicando estrategias específicas sin enfatizan en la conciencia. Para la aplicación de las técnicas es fundamental la formación del terapeuta en dichas técnicas y un buen juicio clínico.

En cuanto a la forma de abordar el tratamiento, la literatura señala etapas de tratamiento, diferentes temas y modalidades. Durante la terapia es necesario conjugar la aplicación de las técnicas elegidas con las etapas, temas, modalidades y respuestas al tratamiento. En cuanto a las *etapas* del tratamiento La Universidad del Desarrollo (2010) señala: restablecer la seguridad física y emocional; resignificación del trauma; reconexión social y evaluación y cierre (Delaney & Cotterill, 2005b).

En relación a los *temas y objetivos* la literatura indica la conveniencia de: minimizar los efectos de la experiencia, construcción del autoconcepto y autoimagen positivos, potenciar sus capacidades y habilidades, fortalecer su capacidad para tomar decisiones, educación emocional, educación afectivo-sexual, habilidades sociales, resignificación e integración de la explotación, el desarrollo de un nuevo proyecto de vida y proporcionarles pautas para interacciones sanas y elementos de seguridad (Delaney & Cotterill, 2005a; Instituto Estatal de la Mujer del Estado de Tlaxcala, 2010a; OIM & Save the Children Suecia, 2007; Griesbach & Sauri, 2005c; Portillo, 2004; Save the Children, s.f.; Universidad del Desarrollo, 2010).

Aunque lo ideal es que se aborden todos los temas y se logren todos los objetivos, es vital considerar las necesidades específicas de los niños, respetar y acompañar su proceso terapéutico, por lo tanto los temas y el orden en que se trabajen lo marcarán las necesidades específicas de los pequeños y el ritmo de su proceso. Lo conveniente es que la intervención incluya la *modalidad* individual, familiar y grupal. Para la terapia grupal es indispensable que los infantes estén preparados para iniciar con dicha modalidad.

Green y Flemons (2009) y Stupiggia (2010) identifican que el tratamiento psicológico para estos casos requiere de *consideraciones especiales* en la relación terapéutica y en el proceso, ya que la agresión sexual genera una grave afectación en las relaciones inter e intrapersonales. En cuanto a la *relación terapéutica*, la presencia y el comportamiento del terapeuta durante la terapia funge un rol crucial que de no cuidar puede generar una transferencia negativa en el consultante.

Green y Flemons, (2009), Portillo (2004), OIM & Save the Children Suecia (2007), Stupiggia (2010) y Sullivan y Everstine (2004) proponen los siguientes elementos de seguridad relacional que facilitan la creación de una relación terapéutica y de un ambiente seguro y confiable donde el

consultante pueda recuperar la confianza: a) aclarar el contrato y alianza terapéutica, b) cuidar el lenguaje corporal (mirada, tono de voz, postura, etc. evitando mostrarse intrusivos, insensibles o coercitivos), c) fomentar en la persona la sensación de control sobre sus sentimientos y acciones, autoconfianza, competencia y capacidad de decisión, d) no emplear métodos confrontativos ya que esto puede causar que la persona abandone la relación terapéutica.

Trabajar con niños agredidos sexualmente es demandante y desgastante, O'Connor et al., (1997), Schaefer et al., (1988) y West (2000) señalan los siguientes elementos para que el terapeuta brinde un buen servicio: procurarse un funcionamiento integro, cuide de su cuerpo, emociones, mente y espíritu, tenga gratificaciones adultas genuinas en su vida personal, trabaje con sus propios aspectos dolorosos y esté en contacto con las respuestas emocionales que puedan interferir con el tratamiento. Además es conveniente tener presente otros elementos que los psicólogos y el personal que atienden a esta población necesitan practicar para evitar el síndrome de burnout.

Ante situaciones menos fáciles de manejar diferentes autores realizan las siguientes sugerencias y comentarios: 1) validar y normalizar sus respuestas e inquietudes facilita el proceso terapéutico (Johnson, 2009), 2) acentuar que los efectos de la agresión pasarán conforme se avance en las etapas del tratamiento y cooperen en el proceso a pesar de que los efectos de la agresión son desagradables y menos fáciles de afrontar (Sullivan y Everstine, 2004); ante los diferentes periodos de crisis (Ramírez, 2003) los niños y adolescentes que habían logrado avances significativos pueden presentar violentos retrocesos como conductas boicoteadoras, en dichos periodos es fundamental el apoyo y contención de las figuras significativas para ellos (Delaney & Cotterill, 2005a; IINNA & OEA, 2011), 4) poner límites claros, firmes y consistentes en los momentos que los niños y adolescente se estimule o pidiera estimulación sexual (O'Connor et al., 1997; West, 2000).

## Conclusiones

La *contribución* del trabajo monográfico es proporcionar un panorama sobre las alternativas psicoterapéuticas para estos casos que al aplicarlas -con un buen juicio clínico y con la formación requerida- se contribuya a la salud mental de estos niños y adolescentes.

Las *limitaciones* de la investigación fueron las siguientes: a) sólo se mencionaron las técnicas para agresiones sexuales sin enfatizar en algún modelo teórico, b) sólo se describió de forma general las técnicas psicoterapéuticas en niños y adolescentes por lo que no se realizaron especificaciones para dichas etapas de desarrollo, c) por ser un trabajo monográfico no se realizó algún tipo de correlación, d) no se aborda el tratamiento para adicciones por requerir una atención especializada.

La terapia que se ha aplicado de forma especial en estos casos son técnicas de arteterapia, de juego y narrativa. Aunque la mayoría de las técnicas descritas pueden emplearse en niños y en adolescentes; el grado de desarrollo cognitivo, de lenguaje, de afectación y la formación del psicólogo guiará la elección de las técnicas.

A pesar de que las técnicas descritas pueden aplicarse desde diferentes perspectivas teóricas, se considera que la aproximación e intervención que hace el modelo de Durrant y White (2002) - desde la terapia narrativa y el enfoque sistémico- brinda mayores posibilidades de recuperación para los niños y adolescentes; al proponer que los efectos de la agresión sexual no necesariamente provocan daños psíquicos permanentes, sino más bien presentan dificultades en su vida como respuesta a los modelos de interacción opresivos y a los discursos dominantes a los que fueron expuestos y propone en la intervención el uso de un lenguaje que sustenta y configura un discurso que favorece una visión de recursos y competencias de la persona y con ello crear interacciones alternas con ellos mismos y con las demás personas. Por lo tanto se recomienda su aplicación.

En momentos de crisis se recomienda la terapia para estrés postraumático, de forma especial técnicas de hipnosis por ser una forma segura para trabajar con los recuerdos traumáticos y técnicas de terapia estratégica porque favorece cambios aplicando estrategias específicas sin enfatizan en la conciencia.

La aplicación de cualquier técnica ha de conjugarse con las etapas, temas, modalidades y respuestas al tratamiento. La formación teórica y práctica del profesional en las técnicas, la sensibilidad y flexibilidad para su aplicación y un buen juicio clínico es fundamental.

Diferentes autores e investigaciones señalan a la terapia cognitivo-conductual como la más eficiente (Bobes et al., 2003; Capafóns y Sosa, 2005; Echeburúa, Salaberría, Corral de Paz y Polo-Lopez, 2010), sin embargo la mayoría de las técnicas descritas no cuenta con la investigación suficiente para poder comparar su eficacia.

Comprender los efectos que generan en los niños y adolescentes los tipos y grado de violencia a la que son sometidos es fundamental para entender las respuestas que tienden a presentar durante el proceso terapéutico y para darle el tratamiento que requiere.

La literatura señala que el tratamiento requiere consideraciones especiales en la relación y en el proceso terapéutico. Por tratarse de una ruptura crucial en la confianza hacia los demás la relación terapéutica funge un rol fundamental, el terapeuta necesita tener muy presentes los elementos de seguridad relacional, percibir al consultante como una persona con recursos y manifestar dicha visión y respeto en todo momento; de forma especial en los momentos de crisis.

*Las recomendaciones para futuras investigaciones son:*

- ❖ medir la eficacia de las técnicas descritas aplicadas desde diferentes modelos teóricos en niños y en adolescentes,
- ❖ señalar las especificaciones del tratamiento para niños y adolescentes,
- ❖ describir elementos para el apoyo psicológico en el proceso legal y medir su efecto en los resultados del tratamiento,
- ❖ estudiar las características del tratamiento psicológico para los agredidos con discapacidad física y mental,
- ❖ identificar los elementos característicos de cada enfoque teórico que puedan potencializar los resultados del tratamiento,
- ❖ medir los beneficios del Método Silva como herramienta que los niños y adolescentes empleen en su recuperación. El método consiste básicamente en enseñar a la persona a emplear



estados profundos de relajación física y mental de forma consciente y desde ahí aplicar ciertas técnicas que se aplican según se necesite (control de hábitos, resolución de problemas, programación de objetivos, control del dormir, control del dolor, etc.).

El método se ha empleado en pacientes psiquiátricos severamente perturbados con resultados positivos. Investigaciones del doctor McKencie (1980, p. 111) señalan que “el curso le proporciona mayor capacidad para usar la mente y participar de manera activa en la terapia a la que esté sometido.” Las investigaciones del doctor McKencie (1980), revelaron que los pacientes psiquiátricos que tomaron el método reportaron disminución de la ansiedad y de la sintomatología, mejoras en creatividad, memoria, afectividad, seguridad, confianza en sus recursos internos, capacidad para resolver problemas y mayor optimismo en relación a su futuro, etc. Es necesario que durante el curso las personas estén recibiendo atención psiquiátrica y psicológica por especialistas familiarizados con el Método Silva.

El curso no tiene costo cuando se realiza investigación sobre su efecto con la correspondiente autorización para la publicación de los resultados.

- ❖ Medir el beneficio en el funcionamiento mental y emocional de la ingesta de suplementos alimenticios como el omega III y BelAge. Diversas investigaciones han señalado que la ingesta de Omega 3 colabora a la mejora del estado de ánimo en personas con depresión y ansiedad (Liu et al., 2013; Kang & Gleason, 2013) y a la disminución de problemas de aprendizaje, comportamiento y de salud en niños (Stevens, Zentall, Abate, Kuczek & Burgess, 1996). Hasta la fecha el Omega III Salmón Oil Plus de GNLD ha dado muestra de alta calidad (Consejo de Asesoría Científica de GNLD, 2013). El Vademecum IPE y PR (2010) señalan los beneficios de la ingesta de BelAge a nivel físico, cognitivo, neurológico y emocional.
- ❖ Para tratar a los hijos de las adolescentes sería útil revisar el efecto de la terapia de trauma de nacimiento. En México lo trabaja La Comunidad Especial de Desarrollo e Integración A.C. [CEDI].

Las adolescentes en explotación tienen alto riesgo de embarazo. En el Distrito Federal y otros estados por ley tienen derecho al aborto; sin embargo, diversos psiquiatras han observado una serie de síntomas (depresión, ansiedad, intentos suicidas, fobias, síntomas de TEPT, etc.) que presentan

la mayoría de las mujeres después de un aborto voluntario y al que se le ha denominado síndrome post aborto (Álvarez, 2007; Martín, 2005).

Dado lo anterior y para evitar agravar el cuadro sintomático de las adolescentes se considera oportuno informar a las adolescentes embarazadas sobre los efectos del aborto y sobre otras alternativas como la adopción, ya que los efectos de dar a luz y posteriormente dar a su hijo en adopción o decidir la maternidad en comparación con los efectos de un aborto son considerablemente menores. Se remarca que la decisión tomada por las adolescentes será considerando la información completa y en libertad.

En el Distrito Federal IRMA (Instituto para la Rehabilitación de la Mujer y la Familia, A.C.), El Centro de Ayuda para la Mujer y Vida y Familia Asociación Civil (VIFAC) proporcionan otras alternativas diferentes al aborto y en caso de haber abortado El Centro de Ayuda para la Mujer brinda terapia para el síndrome post aborto.

La atención gratuita que VIFAC brinda es alojamiento, alimentación, atención médica y psicológica, capacitación para el trabajo, formación humana, talleres y cursos para el cuidado y la educación de sus hijos y si la adolescente decide dar a su bebe en adopción se le da asesoría y ayuda en el proceso de adopción. VIFAC cuenta con 24 casas hogar en el país. Los datos de contacto son: <http://vifac.org/> Los números telefónicos en el Distrito Federal son 5663 1494 y 5663 1493.

Los datos del Centro de Ayuda para la Mujer son: Bahía Concepción No. 25 Col Verónica Anzúres, 5260 7271 y 5260 5724, <http://www.comiteprovida.org/programas-educativos/centrodeayudamujer.htm> y los servicios que brindan son orientación y asesoría, asistencia legal y psicológica, servicio médico especializado, alojamiento, despensas, ropa de maternidad, ropa y artículos para bebé, ayuda para partos y traslados y formación integral. La atención que brindan IRMA es psicológica, psiquiátrica, trabajo social, tanatología y retiros espirituales. Los datos de contacto son: <http://www.irma.org.mx/> Teléfono: 5260 3178, 5260 8859 y 01 800 911 47 62 con sede en Toluca, Querétaro y Distrito Federal.

## Referencias

- Alcayaga, C. (2007). *Ojos que si ven. La explotación infantil*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Álvarez, L. (2007). *Y después del aborto ¿qué? Ante una realidad irreconocible una ventana de esperanza*. México: Trillas.
- Ampudia, R. A., Santaella, H. G., & Eguía, M. S. (2009). *Guía clínica para la evaluación y diagnóstico del maltrato infantil*. México: Manual Moderno.
- Aranda, A. (2004). México ante la Explotación Sexual Comercial Infantil. *Memoria del 2do Congreso contra la Explotación Sexual Comercial Infantil. Centroamérica, Belice, México, Panamá y República Dominicana* (pp. 13-15). México: OIT, SNDIF, PIETI, PGR, STPS.
- Archundia, V. (2002). *Trastorno de estrés postraumático en jóvenes violadas por agresores conocidos o desconocidos*. (Tesis de licenciatura).
- Asociación Psicológica Americana. (2010). *Diccionario conciso de psicología*. México: Manual Moderno.
- Azaola, E. (2009). *Crimen, castigo y violencias en México. La explotación Sexual de niños y niñas en México*. México: CIESAS y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Azaola, E., & Estes, R. (2005). *La infancia como mercancía sexual. México, Canadá y Estados Unidos*. México: Siglo XXI.
- Batista, J. F. (2013). *Diagnóstico sobre la situación de la trata de personas en México*. México: CNDH.
- Bellak, M. L. (1993). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: Manual Moderno.
- Bellak, M. L., & Small, S. L. (2005). *Psicoterapia breve y de emergencia*. México: Pax México.
- Berg, I. K & Scott, D. M. (2002). *Trabajando con el problema del alcohol*. Barcelona: gedisa.

- Besten, B. (2001). *Abusos Sexuales en los niños*. Barcelona: Herder.
- Bobes, J., Bousoño, M., Calcedo, A., & González, M. (2003). *Trastorno de Estrés Postraumático*. Barcelona: Masson.
- Cacho, L. (2006). *Los demonios del Edén. El poder que protege a la pornografía infantil*. México: Grijalbo.
- Cagnoni, F., & Milanese, R. (2010). *Cambiar el pasado. Superar las experiencias traumáticas con la terapia estratégica*. Barcelona: Herder.
- Cantón, D. J., & Cortés, A. M. (2002). *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Campos, G. A., & Salas, C. J. (2004). *Explotación sexual comercial y masculinidad: un estudio regional cualitativo con hombres de la población general*. Costa Rica: OIT.
- Capafóns, J., & Sosa, C. (2005). *Estrés postraumático*. España: Síntesis.
- Cárdenas, S. (s.f.) *Aproximación a la explotación sexual comercial de niños y adolescentes de sexo masculino en Bogotá y Cartagena de Indias*. Bangkok: ECPAT.
- Casado, F. J., Díaz, A. J., & Martínez, G. C. (1997). *Niños Maltratados*. España: Díaz de Santos.
- Cattanach, A. (2010). *Introduction to Plan Therapy*. New York: Routledge Taylor & Francis group.
- CIE-10. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Cisneros, P. M. (2004). *Efectos emocionales a largo plazo en mujeres sobrevivientes de abuso sexual explorados a través del Rorschach*. (Tesis de licenciatura).
- CNDH & CEIDAS. (2009). *Diagnóstico de las Condiciones de la Vulnerabilidad que Propician la Trata de Personas en México*. México: Autor.

Código Penal para el Distrito Federal. (2002). *Gaceta Oficial del Distrito Federal*. Recuperado de <http://mucd.org.mx/assets/files/pdf/leyes-codigos/codigos/codigopenaldf.pdf>

Congreso gubernamental regional sobre explotación sexual infantil. (2001a). *Borrador de declaración y programa de acción*. Montevideo.

Congreso gubernamental regional sobre explotación sexual comercial. (2001b). *Press kit background paper 3. Pictures of abuse: child pornography*. Montevideo.

Consejo de Asesoría Científica de GNLD (2013). Recuperado de [http://www.excelenciapersonal.org.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1003:consejo-de-asesoria-cientifica-y-omega-iii&catid=37:gnld&Itemid=190](http://www.excelenciapersonal.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=1003:consejo-de-asesoria-cientifica-y-omega-iii&catid=37:gnld&Itemid=190)

Convenio Secretarial Distrital de Salud & Fondo de Población de Naciones Unidas. (2008). *Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud*. Bogotá: Autor.

Delaney, S. & Cotterill, C. (2005a). *Apoyando la reparación del daño en niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial. Guía formativa para personas con experiencia en el cuidado de niños y niñas vulnerados*. Chile: ECPAT.

Delaney, S. & Cotterill, C. (2005b). *The Psychosocial Rehabilitation of Children who have been Commercially Sexually Exploited. Self Study*. Bangkok: ECPAT.

Delaney, S. & Cotterill, C. (2005c). *The Psychosocial Rehabilitation of Children who have been Commercially Sexually Exploited. A training Guide*. Bangkok: ECPAT.

De Shazer, S. (1991). *Claves para la solución en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

*Diario Oficial* (mayo, 2000). Recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/185.pdf>

*Diccionario de la Lengua Española*. (1999). Madrid: Espasa.

- Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española.* (2001). (tomo 2).Madrid: Espasa.
- Durrant, C., & White, M. (2002). *Terapia del abuso sexual*. Barcelona: Gedisa.
- DSM-IV-TR. (2005). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Echeburúa, E. (2005). *Estudio sobre violencia: Abuso sexual en la infancia, víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral de Paz y Polo-Lopez, R. (2010). Terapias Psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos del futuro. *Revista argentina de clínica psicológica*, 19(33), 247-256. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921798006>
- ECPAT. (2005). *La violencia contra los niños en el ciberespacio*. Bangkok: autor.
- ECPAT. (2006). *Informe Global de Monitoreo de las Acciones en contra de la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescente*. Bangkok: autor.
- ECPAT. (2008). *En defensa del derecho de los niños, niñas y adolescentes de vivir libres de la explotación sexual comercial. Intervenciones y Recomendaciones*. Bangkok: autor.
- ECPAT. (2011). *Trata y Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes en la Frontera de con Belice México*. México: autor.
- Esquivel, A. F. (2010). *Psicoterapia infantil con juegos. Casos clínicos*. México: Manual Moderno.
- Ezeta, F. (2006). *La Trata de Personas. Aspectos Básicos*. México: Organización Internacional de Migración México, Comisión Interamericana de Mujeres, Instituto Nacional de las Mujeres, Instituto Nacional de Migración y OEA.

- Fernández, R. (2009). La trata de niños y niñas en México. *Niñez migrante. Trata y explotación infantil en México. Temas emergentes en la agenda nacional* Foro sobre niñez migrante y explotación infantil (pp. 81-86). México: CNDH, UNICEF.
- FEVIMTRA & PGR (2011). *Protocolo para la atención integral a víctimas de trata de personas*. México: autor.
- Freeman, J., Epston, D., & Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños. Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona: Paidós.
- Fuente de la, F. C. (2010). *Lineamiento técnico para el programa especializado de atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual. Con sus derechos amenazados, inobservados o vulnerados*. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Ministerios de la protección social.
- Fundación Renacer, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Organización Internacional para el Trabajo; Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil; UNICEF. (2006). *Plan de acción nacional para la prevención y erradicación de la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, 2006-2011*. Bogotá: autor.
- Foa, B. E., Keane, M. T. & Friedman, J. M. (2003). *Tratamiento del estrés postraumático*. España: Ariel.
- Fontana, B. (2004). *De vergüenzas y secretos. Consideraciones sobre la violencia sexual en la pareja*. Buenos Aires: Espacio editorial.
- García, G. I. (2010). *Principales alternativas Psicológicas para el tratamiento del incesto*. (Tesis de Licenciatura).
- García, L. L. (2009). La prostitución infantil en México. *Gaceta 6 de Diciembre*, 56, 52-56.
- García, M. J. (2012). *Técnicas Narrativas en Psicoterapia*. España: Síntesis.

- Giberti, E. (2005). *Abuso sexual y malos tratos contra niños, niñas y adolescentes. Perspectiva psicológica y social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Gómez, T. E. (2005). *La explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes. Una aproximación sociológica*. México: Instituto Nacional de Ciencias Penales.
- González, I. M. (2005). *La explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes en Guatemala: ¿Un problema nuestro?* Guatemala: UNICEF.
- Green, K. S. & Flemons, G. D. (2009). *Manual de Terapia Sexual*. Barcelona, Buenos Aires: paidós.
- Griesbach, M., & Sauri, G. (2005a). *Protocolo operativo para la detección, protección y atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial*. (Libro 3. Aprendiendo a sospechar. La detección y canalización de posibles víctimas de explotación sexual comercial). México: autor.
- Griesbach, M. & Sauri, G. (2005b). *Protocolo operativo para la detección, protección y atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial*. (Libro 5. Mirando hacia adelante. La restitución de derechos y capacidades de víctimas de explotación sexual comercial). México.
- Griesbach, M. & Sauri, G. (2005c). *Protocolo operativo para la detección, protección y atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial*. (Libro 6. Marco conceptual). México: autor.
- Gutiérrez, R., Rodríguez, E., & Vega, L. (2000). *La explotación sexual comercial infantil. Propuesta de intervención comunitaria a favor de la niñez vulnerable*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, SNDIF y UNICEF.
- Imber-Black, E., Roberts, J., & Whiting, R. (comps.) (1997). *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*. España: Gedisa.



- Instituto Estatal de la Mujer del Estado de Tlaxcala. (2009). *Protocolo de investigación y atención a víctimas del delito de trata de personas*. México: autor.
- Instituto Estatal de la Mujer del Estado de Tlaxcala. (2010a). *Modelo de abordaje psicoterapéutico para mujeres víctimas de violencia sexual*. México: autor, Gobierno Federal y Gobierno del Estado de Tlaxcala.
- Instituto Estatal de la Mujer del Estado de Tlaxcala. (2010b). *Modelos de atención a las víctimas de trata de personas, especialmente mujeres y niñas*. México: autor.
- Instituto Interamericano del Niño, la Niña y el Adolescente & Organización de los Estados Americanos. (2009). *IX Informe al Secretario General de la Organización de los Estados Americanos sobre las acciones emprendidas por los Estados Miembros para combatir la explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes en las Américas*. Uruguay: autor.
- Instituto Interamericano del Niño, la Niña y el Adolescente & Organización de los Estados Americanos. (2011). *Estrategias y modelos para la restitución de derechos a niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual en las Américas. Síntesis del XI Informe al Secretario General de la Organización de los Estados Americanos sobre las medidas emprendidas por los Estados Miembros para prevenir y erradicar la explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes en las Américas*. Uruguay: autor.
- Johnson, L. S. (2009). *Therapist's Guide to Posttraumatic Stress Disorder Intervention*. E.E.U.U: Academic Press & Elsevier.
- Kang, J. & Gleason, E. (2013) Omega-3 Fatty acids and hippocampal neurogenesis in depression. *Pubmed*. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23574158>
- Klein, J., Bassols, M. & Bonet, E. (2008). *Arteterapia. La creación como proceso de transformación*. España: Octaedro.
- Klein, J. P. (2006). *Arteterapia, una introducción*. Barcelona: Octaedro.

- Lamberti, Sánchez, & Viar. (2003). *Maltrato infantil. Riesgos del compromiso profesional*. Buenos Aires: Editorial Universidad.
- Lameiras, F. (2002). *Abuso sexual en la infancia. Abordaje psicológico y jurídico*. España: Biblioteca Nueva.
- Le Goff, H. & Lothar, W. T. (2011). *La trata de personas en México. Diagnóstico sobre la asistencia a víctimas*. México: Organización Internacional para las Migraciones.
- Lencinas, C. (2009). Educación de la sexualidad infantil. En *Rayuela. Revista Iberoamericana sobre Niñez y Juventud en Lucha por sus Derechos*. 41-47.
- Ley general para prevenir, sancionar y erradicar los delitos en materia de trata de personas y para la protección y asistencia a las víctimas de estos delitos (LGPETP). (2012). *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPSEDMTP.pdf>
- Linares, J. (2002). *Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar; entre la terapia y el control*. Madrid: Paidós.
- Liu, JJ., Galfalvy, HC., Cooper, TB., Oquendo MA., Grunebaum, MF, Mann, JJ., & Sublette, ME. (2013). Omega-3 polyunsaturated fatty acid (PUFA) status in major depressive disorder with comorbid anxiety disorders. *Physiology & behavior*, 74 (7):732-738.
- Martín, G., S. (2005). *Yo aborté. Testimonios reales de mujeres que han sufrido un aborto provocado en España*. España: Voz de papel.
- Martínez, R. L., (s.f.). *Primeros auxilios para ayudar a niñas y niños que han vivido un ataque sexual* (folleto). México: ADIVAC.
- Martínez, R. L. (2008). *Modelo de capacitación para sentir, atender y prevenir la violencia familiar, sexual y de género para profesionales*. México: ADIVAC.

McKenzie (1980) El método Silva de control mental y el paciente psiquiátrico. *El método Silva de control mental. Manual de investigación* (pp. 101-119). Laredo: Silva Mind Control International, inc.

Muir, D. (2005). *La violencia contra los niños en el ciberespacio*. Bangko: ECPAT.

Nardone, G., & Watzlawick, P. (2001). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivo*. Barcelona: Herder.

Negrete, A. N. (2005). *Prostitución, no con nuestros niños. La acción comunitaria como estrategia de prevención infantil*. México: Espacios de Desarrollo Integral A.C., ECPAT México y Plaza y Valdés Editores.

Oaklander, V. (2009). *El tesoro escondido. La vida interior de niños y adolescentes. Terapia infanto-juvenil*. Santiago de Chile: Cuatro vientos.

Oaklander, V. (2010). *Ventana a nuestros niños. Terapia gestáltica para niños y adolescentes*. Santiago de Chile: Cuatro vientos.

O'Connor, K., Schaefer & Chavéz, M. (1997). *Manual de terapia de juego*. (Vol. 2) México: Manual Moderno.

O'Connor, M. & Healy, G. (2006). *The links between prostitution and sex trafficking: a briefing handbook*. E.E.U.U: Coalition Against Trafficking in Women & European Women's Lobby.

Organización Internacional para las Migraciones. (2006). *La Trata de Personas. Aspectos Básicos*. México: Autor, Comisión Interamericana de Mujeres, Instituto Nacional de las Mujeres y OEA.

OIM & Save the Children Suecia. (2007). *Guía de intervención psicosocial para la asistencia directa con personas víctimas de trata*. Costa Rica: autor.

OIT & PIETI (2009). *Guía didáctica para el personal de salud. Prevención, detección y atención de niñas, niños, y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial*. Ginebra: autor.

- Osornio, R. & Fouilloux, M., (2005). Trastornos psiquiátricos identificados en estudiantes universitarios víctimas de abuso y/o violencia sexual. *Psiquis*, 14 (5), 141-145.
- Pastor, E. R., Romero, R. A, Ortiz, R. A. & Ramos L. L., y. (2012). *Protocolo de atención a niñas, niños y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial. Dirigido a: Ministerios Públicos, Policías y Peritos*. México: SNDIF.
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa. Una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.
- Payne, M. (2006). *Narrative therapy. An introduction for counsellors*. London: SAGE Publications.
- Peñaloza, J. P. (2004). Lic. Pedro José Peñaloza. Director General de prevención del delito y servicios a la comunidad. Procuraduría General de la República. *Memoria del 2do Congreso contra la Explotación Sexual Comercial Infantil. Centroamérica, Belice, México, Panamá y República Dominicana* (p.33-35). México: OIT.
- Peters, R. (2009). *How adult pornography contributes to sexual exploitation of children*. Recuperado de <http://afa-ksmo.net/wp-content/uploads/2012/06/HowAdultPornographyHarmsChildren.pdf>
- Phillips, M. & Frederick, C. (1995). *Healing the Divided Self: Clinical and Ericksonian Hypnotherapy for Dissociative Conditions*. New York: Norton & Company.
- Poch, B. S. (1998). *Compendio de Musicoterapia*. España: Herder.
- Portillo, C. R. (2004). Tratamiento psicológico de niños víctimas de abuso sexual. *Bienestar y Protección Infantil*. 2 (3), 61-84.
- Procuraduría General de la República. (2010). *Cuarto Informe de Labores. Procuraduría General de la República*. México: autor.
- Ramírez, B. D. (2003). *Taller sobre abuso sexual*. (Tesis de licenciatura).

- Reyes, I. V. (2009). *Diferentes repercusiones en la sexualidad del adulto varón sobreviviente de abuso sexual* (Tesis de Licenciatura).
- Rhue, J., Lynn, J. & Kirsch, I., (1997). *Handbook of clinical hypnosis*. Washington DC, E.E.U.U: British Library Cataloguing in Publication Data.
- Rosen, S. (2009). *Mi voz irá contigo: los cuentos didácticos de Milton H. Erickson*. México: Paidós.
- Sanz, D. & Molina, A. (2004). *Violencia y abuso en la familia*. Argentina: Lumen Hvmanitas.
- Save the Children. (s.f.). *Abuso sexual infantil. Manual de formación para profesionales*.
- Schaefer, Ch. (2005). *Terapia de juego con adultos*. México: Manual Moderno.
- Schaefer, Ch. (2012). *Fundamentos de Terapia de Juego*. México: Manual Moderno.
- Schaefer, Ch., O'Connor, K. y Arizmendi, M. (1988). *Manual de terapia de juego*. (Vol. 1) México: Manual Moderno.
- Shein K. J. (2011). *Terapia para estrés postraumático: aplicada a jóvenes de 12 a 18 años*. México: Trillas.
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral para la Familia. (2006). *Cuadernillos Técnicos para abordar la problemática de la explotación sexual comercial infantil*. (Cuadernillo no. 4. Algunas acciones emprendidas por México ante la explotación sexual comercial infantil). México: Instituto Nacional de Migración, DIF, PGR, PFP, Consejo Nacional de Población, UNAM, OIT, Casa Alianza, Instituto Nacional de Ciencias Penales, e Instituto Nacional de Ciencias Penales.
- Slaikeu K. A. (2011). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. Decimoctava reimpresión de la segunda ed. México: Manual Moderno.

- Stevens, L. J., Zentall, S. S., Abate, M. L., Kuczek, T., & Burges, J. R. (1996). Omega-3 fatty acids in boys with behavior, learning, and health problems. *Physiology & behavior*, 59(4), 915-920.
- Stewart, A. & Elspeth, T. (2008). *Recuperación y reintegración de los niños que sufren los efectos de la explotación sexual y el tráfico infantil*. Ginebra: Oak Foundation.
- Stupiggia, M. (2010). *El cuerpo violado. Aproximación psicocorporal al trauma del abuso*. Santiago de Chile: Cuatro vientos.
- Sullivan, D. & Everstine, L. (2004). *Personas en crisis: intervenciones terapéuticas estratégicas*. México: Pax.
- Téllez, A. (2007). *Hipnosis clínica. Un enfoque ericksoniano*. México: Trillas.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2010). *The Globalization of Crime. A Transnational Organized Crime Threat Assessment*. Viena: autor.
- Universidad del Desarrollo, Facultad de Psicología. (2010). *Infancia y adolescencia en riesgo: desafíos y aportes de la psicología en Chile*. Chile: autor.
- Vademecum IPE. (2010).
- Vademecum PR. (2010).
- Vázquez, M. B. (1995). *Agresión sexual. Evaluación y tratamiento en menores*. México: Siglo XXI.
- Yaocíhuatl A.C. (1992) El árbol de chicoca. Folleto y video para la prevención del abuso sexual en niñas y niños. México.
- West, J. M. (2000). *Terapia Centrada en el Niño*. México y Bogotá: Manual Moderno.
- White, M. & Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

Wilson, K., Kendrick, P. & Ryan, V., (2002). *Play therapy: a non-directive approach for children and adolescents*. London: Baillière Tindall.

Willis, B. & Levy, B. (s.f.). *Prostitución Infantil: una carga mundial para la salud, necesidades de investigación e intervenciones*. Recuperado de <http://www.bago.com/bago/bagoarg/biblio/psiq142web.htm>

Wolbert, B. A. & Grant, A. Ch. (1988). *Children Traumatized in Sex Rings*. EE.UU: National Center for Missing & Exploited Children & Office Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

Zeig, J. & Gilligan. S. (2004). *Terapia breve. Mitos, métodos y metáforas*. Buenos Aires: Amorrortu.

## Apéndice A. Glosario de siglas

ADIVAC	Asociación para el desarrollo integral de personas violadas A.C.
CEIDAS	Centro de Estudios e Investigación en Desarrollo y Asistencia Social A.C.
CGRESCI	Congreso Gubernamental Regional sobre Explotación Sexual Comercial Infantil.
CIESA	Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
CPDF	Código Penal para el Distrito Federal.
ECPAT	Red de Organizaciones Trabajando para la Eliminación de la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes.
EDIAC	Espacio de Desarrollo Integral. A.C.
EIE	Entrenamiento en Inoculación de Estrés.
ESCI	Explotación Sexual Comercial Infantil.
ESC	Explotación Sexual Comercial.
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual.
FEVIMTRA	Fiscalía Especial para los Delitos de Violencia contra las Mujeres y Trata de Personas.
Inmujeres	Instituto Nacional de las Mujeres.



IPEC	Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil.
IINNA	Instituto Interamericano del niño, la niña y el adolescente.
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
LGPSETP	Ley general para prevenir, sancionar y erradicar los delitos en materia de trata de personas y para la protección y asistencia a las víctimas de estos delitos.
OEA	Organización de los Estados Americanos.
OIM	Organización Internacional para las Migraciones.
OIT	Organización Internacional del Trabajo.
PFP	Policía Federal Preventiva.
PIETI	Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil.
PROVICTIMA	Procuraduría Social de Atención a las Víctimas de Delitos.
TCS	Terapia Centrada en Soluciones.
TJLE	Terapia de Juego de Liberación Específica.
TJLG	Terapia de Juego de Liberación General.
SNDIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.
SSP	Secretaría de Salud Pública.
STPS	Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
UNODOC	Oficina de las Naciones Unidas para Prevenir el Control de las Drogas y Prevención del Delito.

## Apéndice B. Glosario de palabras

*Abreacción*: “proceso terapéutico de traer del inconsciente a la conciencia el material olvidado o inhibido (es decir experiencias o recuerdos), con la liberación emocional y descarga de tensión y ansiedad que lo acompañan” (Asociación Psicológica Americana, 2010, p.1).

*Abuso sexual*: en materia legal, el Código Penal del Distrito Federal (CPDF) señala que existe abuso sexual cuando una persona le realiza un acto sexual a otra persona y que sin tener el propósito de llegar a la cópula le obligue a observarlo o a ejecutarlo, no importando si el afectado cuenta con la capacidad para comprender tal acción o por cualquier motivo no pueda evitarlo (CPDF, 2002).

En el ámbito psicológico, López señala que son tres los criterios más empleados para su delimitación: 1) la edad del agredido y del agresor [10 años o más cuando el agredido es menor de doce años y cinco años cuando es mayor de doce], 2) las acciones empleadas por el agresor para someter al menor [intimidación o coerción a través de presión o engaño] y 3) el tipo de conductas entre ambos. Existe una relación de desigualdad en edad, madurez o poder entre el agresor y el agredido y la utilización del niño como objeto sexual (Lameiras 2002 y Echeburrúa, 2005).

El abuso sexual abarca diferentes actividades sexuales, estas pueden ser con o sin contacto que puede ir desde el acoso hasta la explotación sexual (Besten, 2001; Echeburrúa, 2005 y Giberti 2005):

Sin contacto: exhibicionismo, voyeurismo, mostrar pornografía a través de foto, film o internet, relato de historias sexuales presencial o vía telefónica, masturbación delante del niño u obligar al niño a masturbarse en presencia del adulto.

Con contacto: obligar al niño a tocar los genitales del adulto o manipularlos bajo la apariencia de juego, estimulación de genitales, frotamiento del pene contra el cuerpo del niño, masturbación del niño, penetración vaginal, anal u oral con el pene, dedo u otros objetos, hacer fotografías o películas pornográficas y prostitución por favores, por dinero o presión.

*Anhedonia*: “incapacidad para disfrutar las experiencias o actividades que en condiciones normales serían placenteras...” (Asociación Psicológica Americana, 2010, p.31).

*Estupro*: existe estuprocuando una persona tiene copula con una persona mayor de doce años y menor de dieciocho obteniendo su consentimiento mediante cualquier tipo de engaño (CPDF, 2002).

*Explotación Sexual Comercial Infantil*: en la ESCI se emplean a menores de edad en actividades con fines sexuales donde existe un pago o promesa de pago o de otra índole (casa, comida, protección, ropa, etc.) para el infante, adolescente o para quien comercie sexualmente con ellos. La explotación puede ser obligada o inducida, de forma indirecta (pornografía) o de forma directa (prostitución, espectáculos sexuales públicos o privados y turismo sexual) [Griesbach y Sauri, 2005c y Campos y Salas, 2004].

Se identifica cuatro elementos que le dan a este fenómeno el carácter de explotación sexual comercial infantil: a) un menor es transformado en mercancía, en objeto de uso, trato o venta, b) un cliente explotador o grupo que están dispuestos a pagar en dinero o en especie para utilizar sexualmente a un menor de edad en forma directa o indirecta, c) un intermediario explotador o grupo de explotadores que promueven la trata de niños para que los clientes los utilicen con fines sexuales directos o indirectos, d) el contexto sexual que supone una situación cultural y económica que favorece el uso y la explotación de menores como objetos sexuales (Griesbach y Sauri, 2005c).

*Flashbacks*: recuerdos fragmentados, memorias sensoriales muy intrusivas que pueden presentarse en formas de recuerdos visuales, olfativos, gustativos o táctiles, con frecuencia estos tipos de recuerdos son activados cuando la persona tiene contacto con estímulos relacionados a un evento traumático (Cisneros, 2004).

*Iatrogénico*: “denota o se relaciona con una enfermedad o condición patológica que es causada inadvertidamente por el tratamiento” (Asociación Psicológica Americana, 2010, p.255).

*Imágenes de abuso infantil (pornografía infantil)*: se refiere a cualquier material visual o audiovisual que muestre imágenes de menores envueltos en conductas sexuales explícitas, reales o simuladas y exhibición de genitales con fines sexuales. Las formas más comunes de divulgación son fotografías, videos, internet, textos, revistas o cuentos, hot line o chats (Griesbach, y Sauri, 2005c). Últimamente, a la pornografía infantil se le ha denominado representaciones o *imágenes de abuso sexual de menores* (ECPAT, 2005).

Gómez (2005) indica que las imágenes de abuso se divide en dos rubros según la de edad de los participantes, la actividad sexual que se realiza, el uso de violencia y el acercamiento de imágenes: softcore (erotismo suave) y hardcore (erotismo duro), la pornografía infantil está incluida en el segundo grupo dentro del cual hay sub-clasificaciones: amateurs, abbes, barely legal, doncellas, first time, freshteens, littlegirls, peties, lolitas, etc.

*Maltrato infantil*: el maltrato infantil es toda acción, omisión o trato negligente que prive al niño de sus derechos y bienestar, que interfieran o amenacen su ordenado desarrollo físico, psíquico y social, los autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad. El tipo de maltrato puede ser: prenatal, postnatal e institucional. Dentro del maltrato postnatal se encuentra el maltrato: *físico* (lesiones cutáneas, fracturas, golpes, intoxicaciones); las *omisiones* y *negligencias* (no escolarización, desatención y abandono); *emocional* que puede ser *pasivo* (negligencia en el cuidado psico-afectivo, ausencia parcial o incongruencia en las respuestas por parte de los adultos a las señales de interacción afectiva que provoca descuido de las necesidades de apoyo, protección y estimulación necesarias para su desarrollo), o *activo* (interacciones de violencia hacia el niño expresada en forma verbal, o actitudes de rechazar, ignorar, aterrorizar, amenazar, castigar, criticar, culpabilizar, aislar, privación afectiva o corromper); el *abuso sexual* (violación, incesto, pornografía, prostitución infantil, estimulación sexual) y la *explotación laboral* (Casado, Días y Martínez, 1997)

*Niño*: la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Niños en 1989 (citado en Gómez, Instituto Nacional de Ciencias Penales y Ontiveros, 2004, p. 18) señaló que “[...] se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad,...”. “En México, el artículo 2 de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, publicado en el Diario Oficial (2000), establece que son niñas y niños las personas de hasta 12 años incompletos, y adolescentes los que tienen entre 12 años cumplidos y 18 años incumplidos.”

*Pederasta*: el DSM-IV-TR apunta que un pederasta es una persona que tiene una psicopatología en el ámbito sexual, caracterizada por la atracción sexual hacia niños, presentan fantasías sexuales recurrentes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actividades sexuales con infantes generándoles gratificación sexual. Tal inclinación o actividad debe de estar presente al menos seis meses.

*Prostitución infantil*: Alcayaga (2007) señala que la prostitución infantiles la utilización de NNA para la gratificación sexual de un adulto mediante el pago de dinero por usar el cuerpo del menor.

*Proxeneta*: el término designa a toda persona que induce a otra a la prostitución y se beneficia de esto (Diccionario de la Lengua Española, 1999 y Diccionario de la Lengua Española. Academia Real Española, 2001)

*Sobreviviente*: la palabra sobreviviente denomina a una persona que vivió después de un determinado evento muy impactante que marcó un antes y un después en su historia. El término aplicado al tema hace referencia a la persona que vivió uno o varios episodios de agresión sexual. Varios autores señalan que este vocablo -a diferencia de víctima- enfatiza el potencial que la persona posee para elaborar estrategias que le permiten superar la adversidad y la definen como una persona con recursos y capacidades (Fontana, 2004 y Reyes, 2009).

*Terapia de juego de dominio*: en este tipo de terapia el niño juega situaciones que le provocan estrés de tal forma que al final le permiten quedarse con sensaciones de competencia y dominio (O'Connor, Schaefer y Chávez, 1997).

*Tratante*: se le llama tratante a toda persona que capte, enganche, transporte, transfiera, retenga, entregue, reciba, aloje o someta a realizar actividades o servicios sexuales remunerados (LGPSETP, 2012).

*Trata de personas con fines de explotación sexual*: según la LGPSETP (2012) una persona, un menor de edad y alguien que no tiene la capacidad de comprender el significado del hecho es objeto de trata de personas con fines sexuales cuando es captado, enganchado, transportado, transferido, retenido, entregado, recibido o alojado y sometido a realizar actividades o servicios sexuales remunerados como la prostitución, la pornografía, el turismo sexual y exhibiciones públicas o privadas de orden sexual.

*Trauma psíquico*: el término describe el efecto que causa en una persona un acontecimiento en extremo estresante y abrumador, que causa angustia a cualquier persona que tenga tal vivencia, la persona queda de momento incapaz de emplear el enfrentamiento ordinario (O'Connor, Schaefer y Chávez, 1997).

*Turismo sexual infantil*: el turismo sexual infantil es la explotación sexual de la persona menor de edad por una persona o personas que viajan fuera de su país o región de origen para tener actividades sexuales con ellos, generalmente conlleva alguna forma de paga en dinero o en especie (Griesbach, y Sauri, 2005c).

*Víctima*: el término hace referencia a aquella persona que ha sufrido pérdida, daño o lesión en su persona, en su propiedad o en sus derechos fundamentales. Legalmente este vocablo es empleado para las personas que son objeto de delito. Este vocablo implica desvalimiento e indefensión (Fontana, 2004). Al inicio se empleo con regularidad quizá por caracterizar el primer momento donde la persona experimenta una situación caótica y sobre la cual percibe no tener influencia.

*Violación*: el diccionario conciso de psicología (Asociación Psicológica Americana, 2010, p. 565) define a la violación como “penetración oral, anal o vaginal no consensual de una persona por parte de otro individuo con parte de su cuerpo o con un objeto recurriendo a la fuerza y amenaza de daño corporal o aprovechándose de alguien incapaz de dar su consentimiento.”

*Violencia Sexual*: la Norma Oficial Mexicana 190/SSA1 (citado en Inmujeres, 2010a, p.7), define la violencia sexual como “acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene incapacidad para consentir.”

## **Apéndice C. Directorio de instituciones para atención en casos de explotación sexual comercial infantil en el Distrito Federal**

### *Instituciones gubernamentales.*

Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CAT): Enrique Pestalozzi No. 1115. Col. Del Valle. Del. Benito Juárez C.P. 03100. Teléfonos: 5200 9632 y 5200 9633. Atención proporcionada: médica, lega, psicológica. Horario de servicio: lunes a viernes de 9 a 7.

Províctima: Ángel Urraza No. 1137, esq. Pestalozzi, Col. del Valle C. P. 03100, Del. Benito Juárez, Distrito Federal. Teléfonos: 01 800 84 2 84 62. Atención proporcionada: médica, jurídica, psicológica.

### *Instituciones de la Sociedad Civil.*

Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas, A.C. (ADIVAC): Salvador Díaz Mirón No. 140. Colonia Santa María la Ribera C.P. 06400. Teléfonos: 55478639 y 56827969. Atención proporcionada: médica, jurídica y psicológica. Horario de servicio: lunes a viernes de 9:00 a 20:00. Previa cita.

Casa Alianza: Cerro de Churintzio 118 Col Campestre Churubusco. Del. Coyoacan. C.P. 04200. Teléfonos: 4335 1111, 55109737 y las 24 horas del día en Acercatel: 01 800 110 10 10. Atención proporcionada: médica, psiquiátrica, jurídica, trabajo social, prevención de adicciones, espiritualidad, psicológica, etc. a niños y adolescentes en abandono social, víctimas de explotación sexual comercial o laboral, migración ilegal; violencia física, psicológica, emocional y/o sexual.

Fundación Camino a Casa: Página web <http://www.fundacioncaminoacasa.org/> correo electrónico: [info@fundacioncaminoacasa.org](mailto:info@fundacioncaminoacasa.org)

En caso de saber de algún menor de edad que está siendo explotado es necesario realizar una denuncia vía presencial o telefónica en la PGR 5346 3605, 5346- 3607, conmutador 5346 0000, o PGJDF 01800 00 745 33, o Centro de denuncia y atención ciudadana 01 800 00 85 400, este último canaliza a FEVIMTRA. La denuncia de sitios en internet de pornografía infantil se realiza en: [patrulla\\_infantil@ssp.gob.mx](mailto:patrulla_infantil@ssp.gob.mx)

## **Apéndice D. Sugerencias de las condiciones para la sala de juego**

Se propone que la sala sea simple, libre de distractores y de desorden. El salón debe ser lo suficientemente grande para permitir al niño se retire a una esquina en caso de no tolerar la cercanía física del clínico (aproximadamente de tres por tres metros), la mitad de la sala alfombrada y la otra cubierta con loseta de linóleo (Schaefer, O'Connor y Arizmendi, 1988).

Procurar un ambiente “a prueba de niños” y seguro, con muebles duraderos, tomacorrientes cubiertos, ventanas irrompibles o de seguridad, paredes lavables y materiales resistentes; los materiales y la decoración de preferencia no costosos, reemplazables, relativamente indestructibles y lo suficientemente seguros para usarse como *armas*, los materiales de plástico son los mejores, las sillas y mesas deben poder moverse con facilidad (Schaefer, O'Connor y Arizmendi, 1988).

Cattanach (2010) sugiere que la sala de juego tenga tres áreas: una reservada para actividades tranquilas y de discusión donde posteriormente se sirven los aperitivos, la segunda con una o varias mesas y suficientes sillas para el grupo donde se realizan juegos de mesa y proyectos de arte y la última área está destinada para actividades motoras gruesas y otros juegos.

Schaefer, O'Connor y Arizmendi, (1988) sugieren contar con un lavabo cercano, anaqueles para colocar los proyectos de los niños y colocar los materiales de juego.



### Apéndice E. Materiales para la técnica de terapia de juego

Casa de muñecas	Juego libre	Títeres	Arenero	Narración
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos casas de muñecas, solidas y amplias.</li> <li>• Muñecos y muebles de tamaño que quepan en las casas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familia de juguetes y muñecos.</li> <li>• Figuras en miniaturas.</li> <li>• Utensilios de cocina.</li> <li>• Armas (pistola y esposas de plástico.)</li> <li>• Un costal de boxeo que permanece parado.</li> <li>• Máscaras, sombreros y otros elementos para disfrazarse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colección de marionetas (animales domésticos y salvajes y marionetas de tipo simbólico como diablos, brujas, fantasmas, rey, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos areneros, uno seco y otro húmedo.</li> <li>• Colección de miniaturas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuentos</li> <li>• Títeres.</li> <li>• Juguetes</li> </ul>

La *selección* del número y del tipo *de materiales* depende de la edad del infante, de la etapa de la terapia y de los objetivos a tratar en sesión. La sala y los materiales deben de estar relativamente planeados y tener los juguetes seleccionados para la sesión. En el juego libre los juguetes y materiales se seleccionan de acuerdo al funcionamiento del desarrollo actual, más abajo o un poco más arriba de la etapa del infante y uno o dos juguetes por su capacidad para simbolizar los conflictos que experimentan o bien por su capacidad para obtener contenido relacionado con los objetivos del tratamiento (Cattanach, 2010 & Schaefer, O'Connor y Arizmendi, 1988).

## Apéndice F. Sugerencias de condiciones para la terapia de juego con arena

Schaefer (2005) proponen *dos areneros*, uno con arena seca y otro con húmeda (debe de poder moldearse al tocarla). Las dimensiones son claves para la experiencia de un espacio libre y protegido (49.5 x 72.5 cm., con profundidad de 7.5 cm.), se coloca a una altura aproximada de 75 cm. y se pinta de color azul por dentro. Algunos terapeutas señalan que colocarlo en el suelo puede promover una regresión forzada e influir en la dirección del proceso terapéutico.

La *arena* representa el instinto, la naturaleza, lo material y los poderes sanadores de la madre tierra. En general se emplea arena esterilizada, de grano fino. Generalmente el arenero se llena con arena a la mitad con 4.5 a 7 kg.

El *agua* simboliza el inconsciente y desempeña una función integral en el proceso de transformación (debe de contarse con agua extra en jarra y aspersor).

Las figuras en *miniaturas*: disponibles deben conformar una muestra representativa de objetos animados e inanimados factibles a encontrar en el mundo externo e imaginario (personas, figuras de fantasía, animales, vegetación, edificios y otras construcciones como casas, escuelas, hospitales, iglesias, castillos, puentes, bardas, rejas; transportes, símbolos universales como el sol, luna, estrellas, símbolos religiosos). El tamaño de las miniaturas debe ir de 2.5 a 15 cm. La cantidad y calidad de la colección está en función de generar un ambiente libre y protegido y de su significado simbólico. Oaklander (2010) sugiere y clasificar por categorías y guardar las miniaturas en canastos abiertos.

Schaefer (2005) sugiere la exhibición de las miniaturas sobre repisas por agrupamientos familiares y ubicadas de forma consistente. En caso de terapia de juego ambulatoria, se puede adaptar bandejas de plástico (con medidas aproximadas al tamaño sugerido), pintados en su interior de azul y con arena suficiente para cubrir el fondo del arenero y transportar una colección básica de miniaturas y objetos y exhibir en una superficie disponible.

## Apéndice G. Temas reflejadas en el juego con arena

Rie Rogers & Harriet S. Fredman (Schaefer, 2005) proponen dos grandes temas para la aclaración y comprensión del lenguaje del inconsciente de la persona en el juego con arena, se enlistan a continuación:

### Temas sugerentes de heridas.

*Caos*: disposición accidental, fragmentada o deforme (objetos arrojados en el arenero, falta de atención a los límites, objetos colocados cuidadosamente pero con apariencia general desordenada).

*Vacuidad*: reticencia a emplear figuras y sensación de falta de vida, con carencia de energía y curiosidad (arenero casi vacío, con un árbol muerto colocado en una esquina).

*Escisión*: barricadas que atrapan o encarcelan a figuras o grupos (elefantes en fila india desde la parte inferior hasta la superior del arenero que separa a una madre de su hijo, un hombre cargando a un bebe dentro de una jaula).

*Amenaza*: material atemorizante con poco desarrollo yoico para enfrentar la experiencia (animales agresivos que rodean a un niño indefenso).

*Estado herido*: figuras heridas o en proceso de ser heridas (hombre vendado, acostado sobre una camilla, vaquero situado en la boca de un dinosaurio).

*Ocultamiento*: figuras ocultas o enterradas (pistola escondida atrás de una casa, bruja enterrada).

*Pronación*: figuras erguidas colocadas en posición de inclinación o caída de forma intencional (figura de mujer embarazada colocada boca abajo en la arena).

*Agobio*: problemas viejos que parecen imponentes e impiden posibilidades de crecimiento (barco que se acerca a nuevas aguas y bajo sitio de un gran ejército).

## Apéndice G. Temas reflejadas en el juego con arena

Temas sugerentes de acercamiento a la salud y de transformación.

*Travesía:* movimientos que siguen un camino (sujeto que sigue un sendero, persona que rema una canoa por un arroyo).

*Puenteo:* conexión entre elementos y unión entre opuestos (escalera que une a la tierra a árboles altos, puente que vincula a un ángel y a un demonio).

*Energético:* energía vital e intensa visible (presencia de crecimiento orgánico, maquinaria de construcción trabajando, avión despegando).

*Profundización:* descubrimiento de una dimensión profunda (desenterrar un tesoro, cavar un pozo, explorar un lago).

*Nacimiento:* surgimiento de desarrollo renovado (se abre una flor, nace un bebe, un pájaro incuba huevos).

*Calidad nutricia:* se proporciona nutrimento o ayuda que sustenta el desarrollo y crecimiento (madre alimentado a su bebe, enfermera que ayuda a un paciente, presencia de alimentos).

*Espiritualidad:* presencia de elementos sagrados (objetos sagrados o seres sobre naturales).

*Reconstrucción:* utilizar o cambiar objetos, la arena o ambos de forma creativa (moldear la arena para formar un puente de tierra, mover y acumular la arena como parte de un complejo lunar, construir una casa con baritas que el infante recogió anteriormente).

*Centralización:* al centro del arenero ocurre una unión de opuestos o se equilibran los elementos de forma estética (boda de un hombre y una mujer).

*Integración:* una idea congruente y organizada engloba el arenero completo, unidad de expresión (construcción abstracta que unifica la totalidad del arenero, un día en el zoológico).

## Apéndice H. Ejemplos del uso de documentos en la terapia narrativa

Payne (2002 y 2006) cita dos ejemplos del uso de documentos en la terapia narrativa:

### Ejemplo 1

La Sociedad (nacionalidad) de Cazadores de Traumas certifica que (Nombre del consultante) ha desarrollado exitosas estrategias para vencer a sus falsos amigos, los persistentes recuerdos invasores y ha aprendido a recibir la ayuda de sus verdadero amigos, de los recuerdos alegres, el optimismo y el ingenio y que por todo esto, ha conseguido librarse de la ansiedad y aprender a vivir feliz.

Fecha:

Firma:

(Nombre del terapeuta) Representante en (país) de la sociedad (nacionalidad) de cazadores de traumas.

### Ejemplo 2.

La Sociedad (nacionalidad) para la superación de la depresión Certifica que (nombre y apellido) *ha demostrado habilidades sobresalientes en las siguientes áreas:*

- ✓ Identificar la depresión y el pánico.
- ✓ Reconocer la pertinencia del autocuidado.
- ✓ Reconocer asus aliados y pedirles ayuda.
- ✓ Ordenar a la depresión que saliera de su vida.
- ✓ Ordenarle al pánico la deje vivir con paz.
- ✓ Determinar el ritmo adecuado para realizar la lucha contra la depresión y el pánico.
- ✓ Admitir la evidencia del logro de haber escapado del pánico y de la presión.
- ✓ Robustecer las victorias pequeñas hasta agigantarlas.
- ✓ Obtener de sus recursos capacidad, valor y alegría.

Fecha:

Firmado:

Delegado en (país) de la sociedad (nacionalidad) para la superación de la Depresión.

## Apéndice I. Sugerencias de materiales para arteterapia

Al igual que en la terapia de juego, en la terapia de arte Schaefer, O'Connor y Arizmendi (1988) indican la importancia de generar un clima seguro, para esto y en cuanto a lo físico ellos sugieren: contar con un espacio amplio, materiales de arte, mesas, sillas, caballetes móviles, pizarrones, anaqueles y estantes para colorar las obras terminadas e inconclusas, área de limpieza, un lavamanos. En relación al material es necesario cuidar la forma de presentarlo ya que una sobrecarga de materiales puede causar confusión a los niños. Se enlistan los materiales que se pueden emplear y que son seguros para los infantes (Klein, 2006; Oaklander, 2009; Schaefer, O'Connor y Arizmendi, 1988,):

- *Dibujo y pintura*: papel, crayones, colores, acuarelas, marcadores, gises, pinturas digitales, pintura de agua, acrílica, tinta china, lápices, pinceles, esponjas, etc.
- *Collages*: revistas, recortes, tijeras, pegamento, papel, dibujos, pinturas, plumas, algodón, tela de diferentes tipos, lija, esponja, conchas marinas, botones, semillas de todo tipo, macarrones, etc.
- *Escultura o modelado*: arcilla, yeso, jabón, plastilina, terracota, pasta, porcelana, masa etc. Oaklander (2010) propone una receta para preparar masa (4 tazas de harina, 2 de sal y 1 de agua; 2 cucharadas de aceite y una de colorante a elección. Mezclar sal y harina, aparte mezclar agua, aceite y colorante. Incorporar gradualmente ambas mezclas conforme se logre la consistencia deseada. Conservarla en bolsa de plástico).
- *Teatro o narraciones*: disfraces (manto de rey, capa de bruja,...), accesorios (joyas, pistolas, sombreros, equipo médico, dinero falso, etc.), máscaras, maquillaje que pueda lavarse fácilmente; marionetas, juguetes, títeres (hombre, mujer, niños, niñas, diablo, bruja, cocodrilo, tigre, bebe, rey, animalitos, médico, policía, lobo, serpiente, abuelos, hada madrina), etc. (Schaefer, O'Connor y Arizmendi, 1988).
- *Música*: tambores de varios tamaños, maracas, pandeteras, silbatos, bongos, castañuelas, xilófonos y cualquier aparatito que emita sonido.

## Apéndice J. Ejemplos de cuentos para agresiones sexuales

Para trabajar con niños agredidos sexualmente Lynn et al., (1997) sugieren este cuento.

Un día, Chucky y otra marmotita estaban jugando cerca de el lago donde su mamá le había dicho que no podían jugar. Chucky resbaló, cayó y se llenó de lodo. En ese momento pensó que estaba arruinado y que ninguna de las marmotitas jugarían más con él. El pequeño Chucky tenía miedo de decirle a su mamá y a las otras marmotitas, él se había hecho la promesa de no contarle.

Un día llovió en el bosque y cuando dejó de llover todo en el bosque lucia limpio y brillante. A Chucky le gusto la forma en que todo se vía y no podía evitar sentirse mejor a pesar de haberse sentido como un desastre. Luego se fue al lago para tomar agua, al reflejarse en el lago no podía creer lo que veía, ¡él estaba limpio y lucía realmente con una buena marmotita!, a pesar de haber pensado que estaba arruinado. Así que tuvo la confianza para contarle a su mamá lo que le ocurrió en el lago, ella no se enojó con él.

Su mamá cuando lo vio lleno de lodo entendió el error; sin embargo, él era la misma marmota que todos amaban. Aunque le tomó un poco de tiempo saber que está bien después de haber pasado por esa experiencia. Tarde o temprano la verdad sale, la lluvia limpia, se sienten mucho mejor y ahora sabe que es una buena marmotita.

Un cuento para adolescentes sobre mujeres maltratadas es *La Cenicienta que no quería comer perdices*, de Nanila López Salamenro, editorial Planeta, en formato PDF lo encuentran en <http://www.mujeresenred.net/IMG/pdf/lacenicientaquenoqueriacomerperdices.pdf> y en video lo encuentran en <http://www.youtube.com/watch?v=ZoIQZSKGVU0>.

## Apéndice K

### Entrevista realizada a la Procuraduría Social de Atención a las Víctimas de Delitos

Fecha: 25 de enero 2013

La entrevista se realizó en una oficina de las instalaciones de PROVICTIMA ubicada en Ángel Urraza No. 1137 con dos de las psicólogas que atienden estos casos cuyos nombres por anonimato se omiten. El propósito principal de la entrevista fue identificar técnicas, modalidades, enfoques empleados y la forma de abordar el tratamiento psicológico en casos de ESCI. Las preguntas realizadas fueron:

1.- ¿Cuáles son los enfoques centrales, las modalidades y las técnicas empleadas por la institución en la psicoterapia para casos de explotación sexual comercial infantil?

Los enfoques son psicoanálisis, sistémico, intervención en crisis y terapia breve las modalidades son individual y familiar, y las técnicas son de juego y narrativas aplicadas según lo requiera el paciente durante el tratamiento. Además se realiza una intervención psicosocial en colaboración con trabajo social para integrar la intervención en el ámbito escolar.

2.- ¿La estructura del tratamiento aborda la psicoterapia atendiendo síntomas, temas (autoestima, plan de vida, etc.) o ambos?

En general se hace conciencia de su situación, se busca empoderar a la persona, fortalecer el yo e identificar opciones de vida. La estructura empleada y los temas abordados dependen de las necesidades que el paciente vaya manifestando. Y en caso de que el paciente exprese otras necesidades que PROVICTIMA no pueda atender se canaliza a otra institución.

3.- ¿Cuál es la duración total del tratamiento psicológico en las modalidades empleadas por la institución?

La terapia breve tiene duración de 12 a 16 sesiones y el promedio del tratamiento es de un año. La duración está en relación con el impacto de la explotación, el cual depende de la estructura de personalidad del niño y del impacto de la agresión.

4.- ¿Alguna recomendación para los psicólogos que trabajan con esta población?

Que tengan tolerancia a la frustración y capacitación en violencia de género.



Dato de contacto

[guadaluperescamilla@gmail.com](mailto:guadaluperescamilla@gmail.com)