



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL

**MODELO INTEGRATIVO EN UN CASO DE ABUSO  
SEXUAL INFANTIL DESDE LA INSTITUCIONALIZACIÓN**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

**DANIELA CERVANTES MENESES**

**DIRECTORA DEL REPORTE  
DRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ**

**REVISORA:  
DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA**

**COMITÉ TUTORIAL:  
DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO  
DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ  
MTRA. VERÓNICA RUIZ GONZALEZ**

**MÉXICO, D.F. MAYO 2016**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## Dedicatorias y Agradecimientos

Este trabajo lo dedico a mi familia, a mis padres Martha y José quienes son mis pilares, gracias papás por enseñarme con tanto amor que no hay sueños que no se puedan realizar, por darme la infancia más feliz que un niño puede desear, por ser tan amada y enseñarme a amar. Gracias papás por siempre educar con el ejemplo, por creer en mis proyectos y mirar con paciencia y amor los diferentes caminos que elegí para convertirme en la mujer que ahora soy.

A mi hermana Jesy quien ha sido la mejor compañera y cómplice, con quien he compartido travesuras y alegrías que te llenan el alma y también momentos tristes que te hacen aprender y crecer. A mis abuelitos que con sus enseñanzas siempre están a nuestro lado, a los que queremos nunca los olvidamos. Ustedes son mi fuerza, son ese viento cálido que me abraza e impulsa a volar para perseguir los más grandes sueños.

A Juan Carlos, quien ha creído en cada proyecto que emprendo, motivándome a hacer las cosas tan maravillosas como las pueda imaginar, tu astucia e ingenio son fuente de inspiración para emprender los retos más osados, confiando en que estaremos uno al lado del otro, a veces para luchar hombro con hombro y otras para mirar juntos el horizonte.

Gracias a mis amigos que me brindaron palabras de aliento y han ayudado a que este camino sea tan gratificante, gracias por su cariño, por las risas y también por entender las urgencias y ocupaciones que se presentaron. Quiero dedicarte este trabajo Sam, por el cariño que siempre demostraste, por creer en mis sueños y ayudarme a materializarlos, gracias por tu confianza, ayudarme a ver y construir “nuevas alas”, aunque tomamos caminos diferentes, siempre tendremos una historia que nos una.

Agradezco a los niños y niñas con los que trabajé dentro del albergue, por permitirme escuchar sus historias y confiar a pesar de que el mundo hizo lo que pudo para que dudaran, temieran y odiaran, ellos eligieron algo distinto, eligieron un camino de autoconocimiento, de aprendizaje, de amor y esperanza.





A la Universidad Nacional Autónoma de México por la formación profesional y personal que he recibido, gracias por la oportunidad de formar parte de esta gran institución, fuente de conocimiento del más alto nivel. Agradezco el apoyo de CONACYT por el apoyo brindado durante la Residencia. Agradezco al Centro de Estancia Transitoria donde realicé mi residencia, por la oportunidad para desarrollar habilidades para conocer, aplicar, diseñar y evaluar diferentes técnicas de intervención terapéutica. Un espacio que alberga a niños con diversas necesidades y deseos, siempre será una demanda a la sociedad para mirar aquello que nos duele y que requerimos cuidar. Siempre recordaré con cariño al personal que ahí laboró y contribuye a formar un mejor mundo, gracias Jacky y Andy.

Agradezco a las profesoras de la Residencia en Psicoterapia Infantil, Dra. Emilia, Mtra. Cristina, Mtra. Verónica, Mtra. Asunción, Dra. Fayne, Dra. Patricia, Dra. Lucy, Mtra. Martina y Dra. Amada por el invaluable trabajo que realizan al formar profesionistas comprometidos con la salud de los niños y sus familias. Gracias por la oportunidad de construir un espacio respetuoso que dio respuesta a nuestras necesidades de estudiantes en cuanto a *saber, saber hacer y ser*.

Quiero agradecer especialmente a mi tutora la Dra. Blanca Elena por ser un ejemplo de compromiso, fortaleza y dedicación, gracias doctora por su orientación, ayuda y acompañamiento en mi formación, su gran experiencia y observaciones siempre puntuales alentaron mis intervenciones y enriquecieron el trabajo terapéutico y también mi crecimiento personal. Los nervios con que entraba para ser observada así como en las supervisiones se convirtieron en motivación y entusiasmo para escuchar atenta las críticas desde la creatividad y el sentido del humor, ahora estos aprendizajes los llevo conmigo "en la mente y en el corazón".

Gracias a mis compañeros de la Residencia: a Caty por la valiosa experiencia de compartir contigo una sede de tantos retos, juntas convertimos los obstáculos en oportunidades para sacar lo mejor de nosotras mismas; Ale, Blanquí, Ile, Mary, María, Toño, Marce, Liz y Erandi, gracias por la oportunidad de construir un espacio tan enriquecedor; gracias Bren por darme la oportunidad de conocerte y descubrir lo hermosa y talentosa que eres, gracias por confiar en mí para ser tu compañera, cómplice y amiga, cuidas de mí y yo de ti. Gracias por aliviar la vergüenza, por su apoyo al afrontar y experimentar desde los errores y aciertos propios y de los otros ampliando nuestro horizonte clínico. Esa experticia que logramos para conocer el mundo de los niños descansa en nuestras características personales y de nuestras historias de vida, son el fruto de un trabajoso proceso de formación y de una constante dedicación personal.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
---------------------	----------

## **CAPÍTULO 1. MALTRATO INFANTIL Y ABUSO SEXUAL**

1.1	Definición y tipos de maltrato infantil	2
1.2	Incidencia de casos	8
1.3	Definición de abuso sexual infantil	12
1.4	Indicadores del abuso sexual infantil	16
1.5	Factores de riesgo y protección asociados al abuso sexual	26
1.6	Sistema de protección	33
1.6.1	Denuncia y detección	35
1.6.2	Diagnóstico	37
1.6.3	Plan de intervención	39

## **CAPÍTULO 2. MODELOS DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA PARA EL ABUSO SEXUAL**

2.1	Puntos de acuerdo entre distintas aproximaciones	49
2.2	Enfoque cognitivo conductual	54
2.3	Terapia de reparación	56
2.4	Terapia narrativa	56
2.5	Terapia humanista, centrada en el niño y Gestalt	57
2.6	Modelo Integrativo Supraparadigmático	60
2.7	Aproximación holística	63

### **CAPÍTULO 3. PSICOTERAPIA INTEGRATIVA**

3.1	Tipos de integración	66
3.1.1	Eclecticismo técnico	68
3.1.2	Integración teórica	69
3.1.3	Factores comunes	69
3.2	Revisión histórica de los modelos integrativos en psicoterapia	71
3.2.1	Periodo Protohistórico	72
3.2.2	Periodo Preinstitucional	74
3.2.3	Periodo Institucional y momento actual	75
3.3	Factores que promueven la integración	76
3.4	Terapia de Juego Integrativa	79
3.5	Factores curativos	82
3.5.1	Factores emocionales	84
3.5.2	Factores cognitivos conductuales	85
3.5.3	Factores intrapsíquicos	86
3.5.4	Factores sociales	88

### **CAPÍTULO 4. MÉTODO**

4.1	Justificación y planteamiento del problema	91
4.2	Pregunta de investigación e hipótesis	93
4.3	Objetivos	93
4.3.1	Objetivo general	93
4.3.2	Objetivos específicos	93
4.4	Tipo de estudio	93
4.5	Escenario	94
4.6	Participante	95
4.7	Materiales	96
4.8	Instrumentos	96
4.9	Procedimiento	97

## **CAPÍTULO 5. RESULTADOS**

5.1	Presentación del caso	101
5.1.1	Ficha de datos	101
5.1.2	Motivo de ingreso a la institución	101
5.1.3	Genograma y antecedentes	103
5.1.4	Descripción clínica	105
5.1.5	Día típico dentro de la institución	106
5.2	Resultados e interpretación de la evaluación psicológica	107
5.3	Impresión diagnóstica	110
5.4	Focos de intervención	112
5.5	Proceso terapéutico	116
5.4.1	Fase inicial o de diagnóstico “La época monstruosa”	116
5.4.2	Fase de juego sensorial “Sensaciones, cuerpo y experiencia ”	121
5.4.3	Fase metafórico constructivo, historias alternativas “La domadora del miedo” y “Construyendo la casita bonita”	126
5.4.4	Fase de cierre “El camino en búsqueda de la felicidad continúa”	131

## **CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

6.1	Discusión y Conclusiones	137
6.2	Competencias profesionales	151

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## **ANEXOS**

## INTRODUCCIÓN

Existen factores de riesgo a los cuales el niño se enfrenta en su contexto familiar y sociocultural, estos pueden ser de varios tipos; factores individuales como las propias características del niño, temperamento, su vulnerabilidad biológica e incluso su salud física; factores socioculturales, sociodemográficos, ambientales y económicos; factores familiares, como es el estrés que se vive cotidianamente dentro de las familias, ya sea por falta de recursos económicos, conflictos entre la pareja, la historia personal de los adultos, así como de la familia y de su entorno. Todo ello puede influir emocionalmente de manera significativa en el desarrollo individual, escolar y social del menor, repercutiendo hasta la edad adulta. En México la demanda de atención psicoterapéutica infantil ha ido en aumento, ante esta situación se han propuesto alternativas de formación para psicoterapeutas infantiles especializados, surgiendo así la Residencia en Psicoterapia Infantil de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), que tiene como objetivo el entrenamiento de residentes, a través de la práctica clínica supervisada, para que adquieran conocimientos teóricos, desarrollen habilidades y competencias profesionales en relación al diagnóstico, tratamiento e investigación clínica de problemas emocionales en la infancia. Con este propósito, se ha realizado la inserción de residentes en instituciones que incluyen dentro de sus servicios la atención a niños entre 3-12 años.

El objetivo general del Programa de Residencia en Psicoterapia Infantil es formar profesionales competentes en los campos axiológico, metodológico y disciplinar dentro de la psicoterapia de juego infantil. La formación profesional del psicoterapeuta se logra mediante diferentes ejes de formación como la enseñanza teórica, proceso terapéutico personal y supervisión, que conlleva diversos retos y responsabilidades. La formación profesional del psicólogo clínico para la intervención psicoterapéutica, requiere integrar tres condiciones que se van entrelazando durante los dos años de formación que integra el programa: 1) conocimiento en la acción, para aprender en la práctica profesional, 2) integrando el saber con el saber hacer, donde se realiza una reflexión sobre el actuar, guiándonos por la supervisión y tutoría para examinar la competencia, 3) el manejo artístico, que habla de los aspectos inciertos y no previstos en la terapia, basadas en las diferencias individuales y las diferentes experiencias de vida.

Al ingresar a la Residencia en Psicoterapia Infantil, es indispensable que los alumnos hayan adquirido en su formación profesional conocimientos del desarrollo infantil desde diferentes perspectivas teóricas de la psicología, para profundizar en estas líneas teóricas, teniendo conocimientos en evaluación para conocer las disfunciones y desviaciones del desarrollo infantil. La función como psicóloga clínica y de la salud comprende aplicar el conocimiento, habilidades, técnicas e instrumentos proporcionados por la psicología y ciencias afines con el objetivo de comprender, explicar, evaluar, diagnosticar, tratar, prevenir e investigar distintos contextos en que puedan manifestarse tales trastornos.



En la formación como psicoterapeuta infantil se consideran componentes esenciales: los conocimientos vinculados directamente a los procesos de enseñanza–aprendizaje, las habilidades profesionales relacionadas con la instrumentación y entrenamiento y finalmente un componente ético que integran la formación. La supervisión psicoterapéutica es fundamental en la formación del psicólogo clínico. La formación, incluye diferentes modalidades de aprendizaje académico, actividades de desarrollo personal y supervisión de la práctica profesional. Es por ello que el proceso de formación, tiene que ser amplio y como estudiante se requiere contar con características personales que permitan la introspección, autocrítica, flexibilidad y la adquisición de habilidades indispensables para lograr el apropiado trabajo con pacientes.

Este trabajo clínico se llevó a cabo en las instalaciones del Centro de Estancia Transitoria de la Procuraduría General de Justicia. En esta sede llevé a cabo mi Residencia en Psicoterapia Infantil, durante el proceso de formación de la maestría. Esta institución brinda asistencia y protección social, atendiendo de manera integral a los menores en diferentes áreas, tales como Trabajo Social, Psicología, Servicios Médicos, Nutrición y Pedagogía. Respecto a la Subdirección de Psicología, tiene el objetivo de ofrecer apoyo a los niños que presentan problemas emocionales y conductuales derivados de su ingreso, además de cuidar y estimular su adecuado desarrollo psicoemocional.

En el presente reporte se busca describir y analizar teórica y clínicamente los factores curativos presentes en el proceso de intervención psicológica desde un enfoque integrativo para el abordaje del abuso sexual en una niña en condición de institucionalización. Este reporte se basa en la experiencia profesional que consolida el aprendizaje obtenido en el curso de la maestría con residencia en psicoterapia infantil. El reporte está integrado por una revisión del caso clínico de una niña de cuatro años, ingresó al Centro de Estancia Transitoria – PGJ tras la denuncia de maltrato y averiguación de abuso sexual por un familiar que estaba a cargo de la menor.

Este trabajo está conformado por seis capítulos. Los primeros tres capítulos abordan los aspectos teóricos que permiten el entendimiento del caso, en el primer capítulo se aborda el tópico del maltrato infantil y abuso sexual, desde la difícil tarea de la definición e incidencia de casos, hasta las medidas de protección para garantizar la seguridad de los niños.

El segundo capítulo se enfoca en los distintos modelos de intervención psicoterapéutica para el abuso sexual, dando cuenta de las variables que influyen en la efectividad y los puntos de acuerdo entre las distintas aproximaciones.

El tercer capítulo aborda la necesidad de un enfoque integrativo que permita diseñar una intervención única y hecha acorde a las necesidades del paciente, valiéndose del proceso dinámico entre el niño y el terapeuta de juego, quien favorece experiencias respetando el ritmo del niño y habilita los recursos internos del niño para lograr el crecimiento y el cambio.

En el cuarto capítulo se presenta la metodología usada, partiendo de la justificación y planteamiento del problema, pregunta de investigación, hipótesis y objetivos que guiaron el trabajo, tipo de estudio, escenario, datos de la participante, materiales, instrumentos y procedimiento realizado a lo largo del trabajo con Rosita.

En el quinto capítulo se presenta el caso clínico, estableciendo algunos antecedentes y datos de Rosita, se presentan los resultados e interpretación de la evaluación psicológica, impresión diagnóstica, conceptualización del caso en focos de intervención y el proceso terapéutico. El proceso se dividió de manera esquemática en cuatro fases, se presenta una selección del material que a juicio personal y de la directora del reporte resulta más clarificante sobre los puntos abordados en la intervención, así como fragmentos de las sesiones significativas.

Las sesiones de intervención se realizaron con propuestas de actividades y juego libre. En la primera fase del proceso se identifican características de juego traumático, con la repetición compulsiva del mismo contenido, refiriendo insatisfacción de cuidados físicos y emocionales, la transición de los estados afectivos era fluctuante predominando el miedo, esta fase se denomina “La época monstruosa”. Posteriormente se propone a la menor realizar una actividad con el objetivo de ayudar a recuperar pleno uso y gozo de los sentidos, cuerpo, expresión emocional e intelecto haciendo uso de técnicas expresivas y creativas, esta fase se identifica como “Sensaciones, cuerpo y experiencia”.

En una tercera fase metafórico-constructivo, se usaron técnicas de juego simbólico y narrativo, denominando esta fase como “La domadora del miedo” y “Construyendo la casita bonita”, el juego permitió experimentar otros modos de vida y pensamiento, cuando las personas van respondiendo preguntas de un panorama de acción y conciencia, se reviven las experiencias contadas a través de un nuevo significado sobre sí mismo y sobre las relaciones para incorporarlas como experiencias resignificadas que fortalecen al individuo (White y Epston, 1993).

En la última fase se realizó un cierre terapéutico, debido al egreso de la institución, esta fase se identifica como “El camino en búsqueda de la felicidad continúa”. Los logros alcanzados son: la desaparición de la dificultad para adaptarse a entornos novedosos y el miedo a bañarse; disminución de conductas de balanceo y aislamiento; fortalecimiento de conductas de autocuidado y relación con adultos

Finalmente en el capítulo sexto se presenta la discusión y conclusiones del caso, se hace un análisis del proceso de formación profesional y académica dentro de la Maestría en Psicología Clínica con Residencia en Psicoterapia Infantil.

# CAPÍTULO 1. MALTRATO INFANTIL

## 1.1 Definición y tipos de maltrato infantil

La salud del niño se ve influida durante los primeros años de vida por las condiciones de su entorno familiar, en el cual se inicia su socialización, sin embargo al ingresar a la escuela, se ponen en juego un conjunto de factores que modifican para bien o para mal este proceso, que estructurará la forma de desplegar sus capacidades y de aprender a vivir entre los demás. Es así que la incompetencia de algunos jóvenes para la vida social tiene antecedentes en problemas escolares y familiares tempranos que no fueron atendidos de manera oportuna (De la Fuente, Medina y Caraveo, 1997).

Algunos de los problemas con mayor incidencia que afectan la salud de los niños y que pueden ser abordados desde la psicología son los siguientes: ambientes domésticos y sociales propiciadores de accidentes, inadecuados patrones de crianza infantil, insatisfacción de las necesidades emocionales y de juego; ambientes familiares disfuncionales, maltrato sobre los niños, incluyendo abuso físico, inadecuados comportamientos preventivos para las enfermedades comunes de la infancia, uso inadecuado de los recursos disponibles para la atención de salud del niño, pobre preparación del niño para la entrada a la escuela y comportamientos paternos que propician hábitos nutricionales incorrectos. Es de señalar que los factores que influyen en la aparición de trastornos en los niños se han destacado la disfuncionalidad de la familia, el alcoholismo de los padres y los trastornos depresivos en familiares de primer grado (Morales, 1999).

El maltrato infantil no es un problema reciente, ha existido desde los principios de la historia y en todo el mundo. Los derechos de los niños han sido objeto de diversas consideraciones desde hace aproximadamente cien años. Gradualmente se reconoce el derecho a la vida, a un cuidado razonable y a una protección en contra de castigos crueles e infames así como del maltrato emocional. De ahí que el interés y atención hacia la infancia y su protección, se ha incrementado (Martín, 1994).

A pesar de que éste es un fenómeno que se ha presentado desde siempre y que parece tener una alta prevalencia a nivel mundial, existen aún dificultades en la toma de acuerdos para su definición.

El maltrato infantil se reconoce a partir de los años sesenta, sin embargo hubo una previa existencia y diversos planteamientos para considerarlo una realidad social. Esto dio lugar a la reflexión sobre los cuidados básicos que se le deben proporcionar al niño y la responsabilidad que debe tener la sociedad para el cuidado y protección de la infancia (Barudy, 1998).

Los esfuerzos concertados para entender las causas y consecuencias del maltrato infantil han permitido diversos avances en conocimientos y recursos, al

mismo tiempo que hacen notar la compleja naturaleza y los elementos desconocidos del problema.

De Paúl y Arruabarrena (1996) consideran dos problemas relevantes para la elaboración de una definición de las situaciones de desprotección y maltrato infantil. En primer lugar el establecimiento de los límites entre lo que es maltrato y lo que no lo es, incluyendo la posibilidad de tomar en cuenta las costumbres y aspectos culturales. En segundo lugar, se debe considerar la dificultad para superar la tendencia a la vaguedad y generalidad de las definiciones, para así tener un concepto que englobe, de manera precisa y concreta cada una de las formas de desprotección y maltrato infantil. Bajo esta misma línea de investigación, se propone que los criterios para definir una situación de maltrato ha de basarse en las consecuencias que en el niño se generen, en las necesidades no atendidas, y no tanto en la presencia o ausencia de determinadas conductas parentales.

En Estados Unidos, en el año de 1981 se realizó un estudio por el National Center on Child Abuse and Neglect, donde se recaban datos sobre la ocurrencia del maltrato infantil en 1979 y 1980; además formula elementos básicos y criterios que deben reunir las definiciones:

- a) Un *niño maltratado* (abuso o negligencia) es un niño cuyo bienestar físico o mental resulta dañado, o existe la amenaza de serlo, por actos u omisiones de sus padres u otra persona responsable de sus cuidados
- b) El *daño a la salud o bienestar del niño* puede ocurrir cuando un padre u otra persona responsable de su bienestar cause al niño o permita que sean causadas lesiones físicas o mentales, incluyendo lesiones continuadas como resultado del uso excesivo del castigo corporal; comete o permite que sean cometidas ofensas sexuales al niño; no proporciona al niño la alimentación, vestido, vivienda, educación y cuidado médico adecuado, disponiendo de medios para hacerlo; abandona al niño; comete actos de omisión o de naturaleza similar que suponen la desatención severa del niño y que requieren de la intervención de los servicios de protección del menor o de actuaciones judiciales
- c) La *amenaza de daños* significa serios riesgos de sufrir daños o lesiones
- d) Una *persona responsable del bienestar del niño* incluye a los padres del niño, un cuidador, un padre sustituto, un empleado de agencias institucionales o centros de cuidados públicos o privados u otra persona responsable del cuidado del niño
- e) Las *lesiones físicas* incluyen desde daños temporales, impedimentos físicos o desfiguramientos hasta la muerte

- f) *Lesión mental* significa daños que afecten la capacidad intelectual o psicológica de un niño, y que impidan el funcionamiento dentro del rango de actividades y conductas consideradas como “normales” en su contexto cultural.

Existen numerosas definiciones de lo que es el maltrato infantil, para la presente investigación se retoma la propuesta por la Organización Mundial de la Salud, la cual dicta: “El maltrato o la vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder” (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2003).

La mayor parte de los especialistas distinguen cuatro tipos de maltrato infantil: a) maltrato físico; b) maltrato psicológico o emocional; c) negligencia, y d) abuso sexual. Las definiciones de cada tipo varían dependiendo de si han sido elaboradas desde el campo jurídico, en el cual lo que intentan es identificar y castigar al agresor, o desde el campo de la salud, en cuyo caso se busca brindar atención a las víctimas. En este caso el maltrato infantil se presenta dentro de la familia (Sanmartín, 2005).

- a) *Maltrato físico*: cualquier acción de un padre o cuidador que tienda a causar lesiones físicas a un niño (las cause o no). El maltrato físico produce tanto daños físicos como emocionales y sociales. En el primer caso, los daños que se pueden ocasionar van desde los rasguños, heridas, cortadas, quemaduras, fracturas y heridas internas, hasta la muerte. La consecuencia inmediata es el dolor, pero los daños pueden permanecer mucho más allá de las cicatrices. Los niños pequeños están más expuestos a sufrir daños neurológicos de largo plazo incluyendo: irritabilidad, letargia, temblores y vómitos. En el síndrome de sacudimiento los niños pequeños pueden sufrir desde sordera o ceguera permanentes, parálisis y coma, hasta la muerte (Perry, Mann, Palker y Ludy-Dobson, 2002).
- b) *Maltrato psicológico o emocional*: cualquier acción (rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar, presenciar violencia en la pareja, etc.) u omisión (privación de sentimientos de amor, afecto, seguridad, etc.) de un padre o cuidador que tienda a agredir psicológicamente a un niño. Este tipo de abuso puede resultar muy difícil de reconocer y a menudo puede confundirse con perturbaciones emocionales o psicológicas del menor de edad. Sin embargo, existen algunos elementos que ayudan a distinguir entre las perturbaciones que éste puede padecer por otros motivos y las ocasionadas por el maltrato psicológico. Los padres de menores perturbados típicamente reconocen el problema y buscan ayuda para resolverlo; en cambio, los padres que abusan psicológicamente de los niños a menudo se presentan despreocupados y culpan a éstos del problema. Con el objetivo de definir de forma más específica este tipo de maltrato se

han distinguido 5 tipos diferentes: rechazo o degradación, aterrorizar, aislamiento (privar al niño de oportunidades para establecer relaciones sociales), corrupción (exponer o enseñar al niño conductas delictivas) y explotación (Cantón y Cortés, 2002).

- c) *Abandono o negligencia*: cualquier inacción por la que un padre o cuidador prive al niño de la supervisión o atención esencial para su desarrollo. Pueden constituir negligencia física el abandono o expulsión del niño de la casa; la ausencia de supervisión; el fracaso en proporcionar cuidados necesarios a la salud; las condiciones de insalubridad severas en el hogar o de higiene personal en el niño y la nutrición o vestimenta inadecuadas. La negligencia educativa incluye ausencias crónicas e inexplicables de la escuela; el fracaso en inscribir al niño o ignorar sus necesidades educativas, lo que le puede ocasionar que nunca adquiera habilidades básicas, abandone la escuela o presente comportamientos disruptivos continuamente. Cabe agregar que, mientras los abusos físicos pueden canalizarse hacia un niño de la familia, la negligencia, en cambio, suele afectar a todos (Ireland 2002).
  
- d) *Abuso sexual*: cualquier acción de un padre o cuidador que involucre o permita involucrar a un menor en actividades de tipo sexual. Existe un número significativo de efectos que alteran el funcionamiento del menor a corto plazo. El efecto más comúnmente experimentado es el síndrome de estrés postraumático. Los síntomas de este síndrome caen en tres conjuntos: a) revivir el evento traumático; b) negación del mismo o de hechos asociados a él, y c) hiperactividad psicológica. Si el abuso no es efectivamente enfrentado, el desorden provocado por dicho síndrome puede devenir en un problema crónico, comprometiendo severamente el bienestar del niño (Domínguez, Nelke y Perry, 2002).

En México se han realizado crecientes esfuerzos desde la academia, la sociedad civil y más recientemente desde el quehacer público, para darle al problema de la violencia la relevancia que tiene y para buscar en conjunto soluciones que permitan en el corto y mediano plazos reducir su prevalencia y atender integralmente las consecuencias que produce en las distintas esferas de la vida de las personas afectadas y, en el largo plazo eliminarla como forma de relación social entre los integrantes de la comunidad nacional (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2006).

De acuerdo con el INEGI (2009), el maltrato infantil se refiere a aquellos menores de edad que enfrentan y sufren ocasional y habitualmente actos de violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por omisión o acción pero siempre en forma intencional o no accidental por padres, tutores o personas responsables de éstos.

Cabe señalar que en las definiciones consideradas en este estudio, señalan que los malos tratos requieren esta intención, donde la actitud mental del agresor

es la intencionalidad, ya sea el acto u omisión intencional, produce lesiones físicas o mentales, incluso la muerte a la persona. Los malos tratos no solo son producidos por los padres, padrastros o hermanos, sino de cualquier persona que sea cercana al niño.

## **1.2 Incidencia de casos**

Distintas fuentes de datos proporcionan diferentes puntos de vista respecto al problema del maltrato. Existen diferentes instituciones que se han dado a la tarea de recopilar estadísticas oficiales en las dependencias que atienden a los niños. Como señala Knutson (1995), los datos epidemiológicos sobre el maltrato infantil pueden variar en función de las definiciones adoptadas por los investigadores y de las fuentes que hayan utilizado.

Los casos de maltrato infantil y abuso sexual que interesa a este estudio, se presentan en el interior de la familia, como resultado de múltiples condiciones sociales que exceden este ámbito. Para modificar esta situación, debe intervenir la esfera pública, tanto para incidir sobre las circunstancias sociales que lo producen, como para producir cambios en la dinámica interna de la familia, allí donde el maltrato está instalado. El espacio público actúa permanentemente, desde las políticas de Estado y a través de múltiples instrumentos, conformando y determinando la estructura y dinámica internas de la familia.

Entre 1998 y 2004 la Organización Mundial de la Salud llevó a cabo el WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women en 10 países, utilizando un diseño e instrumentos comparables con el fin de minimizar las diferencias producto de la metodología (García et al., 2003). En cuanto a los reportes de abuso sexual en la infancia por parte de las mujeres de 15 a 49 años que participaron en el estudio, se reporta una prevalencia de entre 0.2% al 20% utilizando la siguiente definición "actividad sexual indeseada, con o sin contacto antes de los 15 años". El país en donde se reportó menor abuso sexual fue Etiopía, mientras que en Lima, Perú fue donde una de cada cinco mujeres reportaron abuso sexual infantil (Ellsberg y Heise, 2005).

A pesar de los estudios publicados, la incidencia real de los malos tratos es muy difícil de determinar debido a la falta de una definición del abuso infantil unánimemente aceptada por todos los investigadores, porque los malos tratos se dan en la intimidad, haciendo muy difícil su detección y finalmente, porque las personas en general, y los profesionales relacionados con el niño en particular, son renuentes ante una sospecha de malos tratos.

La Organización Mundial de la Salud en su Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, refiere que en el año 2000 hubo alrededor de 57,000 defunciones atribuidas a homicidios en menores de 15 años de edad. Las estimaciones de los homicidios de niños/as a nivel mundial indican que los lactantes y los/as niños/as muy pequeños/as corren un riesgo mayor, con tasas en

el grupo de 0 a 4 años de edad que equivalen a más del doble de las observadas en los/as niños/as de 5 a 14 años (Organización Panamericana de Salud, 2002).

La directora general del DIF Nacional, aseguró que la institución atendió 338 casos de maltrato infantil entre enero y octubre de este año, se realizaron 916 visitas por trabajadores sociales, 263 pruebas psicológicas, 880 estudios de trabajo social y 562 pláticas sobre violencia y maltrato; ello, como parte de las acciones para prevenir, atender y denunciar el abuso físico y emocional contra las niñas, niños y adolescentes (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 2013).

El Programa de Prevención al Maltrato Infantil del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, dispone de un registro de denuncias de menores maltratados, el cual cuenta con información de denuncias recibidas y de casos en los que se comprueba que hay maltrato (Institución Nacional de Estadística y Geografía, 2014).

Figura 1. Denuncia y casos comprobados de maltrato infantil atendidos por el DIF- PREMAN 1995 - 2007

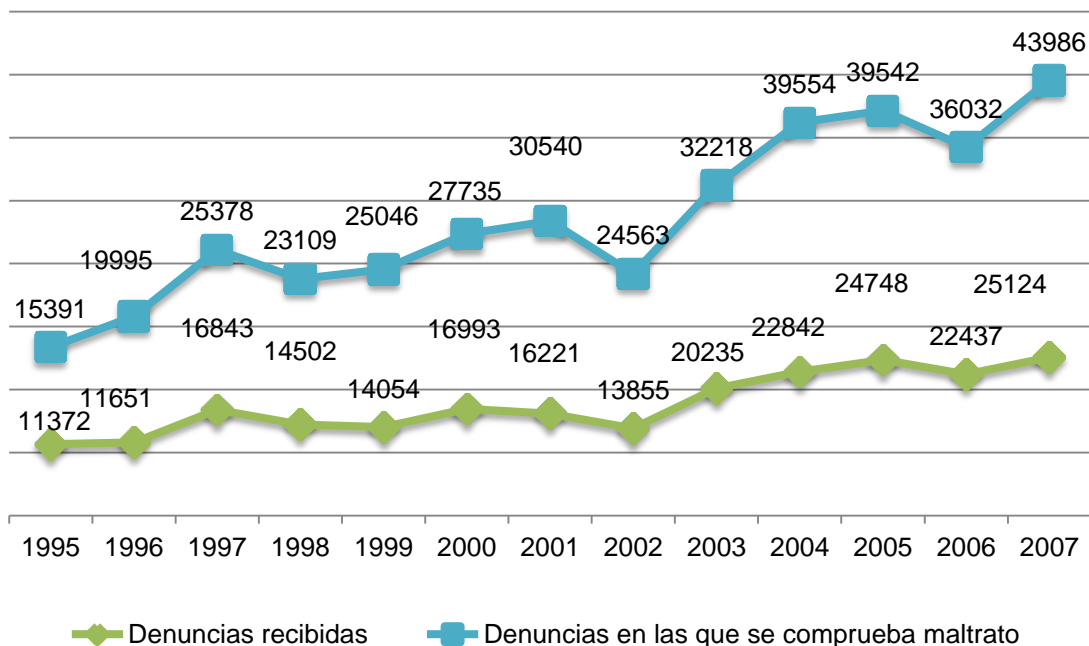


Figura 1. Adaptado de Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia – Dirección Jurídica y de Enlace Institucional (INEGI, 2014).

El número de denuncias recibidas por maltrato infantil y casos comprobados del mismo tuvieron una tendencia ascendente entre 1995 y 2007, con algunos altibajos; en este periodo el número de denuncias pasó de 15 mil 391 a 43 mil 986. Ahora bien, ante las denuncias que se realizan, en los casos en que se comprueba una situación de riesgo para los niños y son enviados al Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas, a continuación se reporta la incidencia.



Figura 2. Número de casos reportados por motivo de ingreso al Centro de Estancia Transitoria 2012 - 2014

MOTIVO DE INGRESO AL CET	NO. DE CASOS
<b>Abandono</b>	24
<b>Abuso sexual</b>	3
<b>Conflicto familiar</b>	9
<b>Conflicto institucional</b>	2
<b>Conflicto legal</b>	3
<b>Controversia familiar</b>	2
<b>Corrupción de menores</b>	3
<b>Descuido</b>	9
<b>Encargo a familiares</b>	1
<b>Encargo a terceros y descuido</b>	15
<b>Extravío</b>	16
<b>Fuga del hogar</b>	2
<b>Homicidio</b>	2
<b>Lesiones</b>	1
<b>Lesiones dolosas</b>	1
<b>Lo regala la mamá</b>	2
<b>Madre adicta</b>	2
<b>Madre en situación de calle</b>	1
<b>Madre incapaz (problemas psiquiátricos)</b>	3
<b>Maltrato</b>	25
<b>Maltrato y abuso sexual</b>	2
<b>Maltrato y descuido</b>	3
<b>Omisión de cuidados</b>	3
<b>Padres adictos e indigentes</b>	1
<b>Padres detenidos</b>	2
<b>Por reclusión de la madre</b>	1
<b>Privación de la libertad</b>	1
<b>Probable abuso sexual</b>	1
<b>Puesta a disposición</b>	1
<b>Robo de infante</b>	2
<b>Sustracción de menores</b>	1
<b>Violencia familiar</b>	12
<b>Violencia familiar y abuso sexual</b>	3
<b>Total</b>	<b>159</b>

Figura 2. Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la PGJ DF Reporte de actividades de Agosto de 2012 a Febrero de 2014 (CET, 2014).

En México no existen estadísticas precisas sobre victimización de menores víctimas de abuso sexual en sus diversas modalidades, sobre los agresores y sus características ni de cuántas averiguaciones previas se han iniciado por entidad federativa y a nivel nacional. de acuerdo con un artículo publicado en prensa:

*“Expertos en el tema consideran una grave omisión el hecho de que los casos de violación a niños y niñas en México no quedan concentrados en un reporte nacional, y que no exista un diagnóstico general (sobre delitos de abuso sexual en contra de los menores, entre ellos la violación)(...) no existe ni en la Procuraduría General de la República (PGR) ni en la Secretaría de Salud, tampoco en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) o en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) ”* (Hernández, 2014).

Wekerle, Miller, Wolfe y Spindel (2007) explican que según la naturaleza de la violencia, características del menor, respuesta familiar y contexto de la comunidad, todos los tipos de maltrato tienen múltiples consecuencias. Entre los efectos del maltrato se encuentran:

- a) Merma y distorsión de los sistemas corporales naturales de afrontamiento y protección
- b) Interrupción del funcionamiento físico normal
- c) Presión sobre la estabilidad anímica y la reactividad normal ante sucesos externos
- d) Desviación del procesamiento de información hacia el apoyo de supervivencia
- e) Mayor dificultad en la consecución y conservación de seguridad en los lazos afectivos
- f) Limitación de un sentido sano y positivo del yo futuro

Más que un asunto privado o familiar, el maltrato infantil también refleja el fracaso de la sociedad para velar adecuadamente por las personas vulnerables, así como proporcionar redes de apoyo y seguridad suficientes para la salud familiar. Las vulnerabilidades de los tutores pueden ser de diversas clases, como ansiedad, depresión, abuso de sustancias, carácter agresivo/antisocial, apoyo social inadecuado y salud física deficiente que se vinculan a la dificultad para la crianza adecuada.

Las estadísticas arrojan que entre los abusos cometidos a los niños o niñas, el abuso fue el último en estudiarse, por lo tanto las denuncias en el pasado de este tipo de actos eran mínimas, incluso por las características que presenta el abuso al no existir lesiones físicas, limitaba que progresara la denuncia, debido a que no se encontraban pruebas para comprobar si existía veracidad en lo dicho por el denunciante. Es mediante las investigaciones y de la construcción de la denuncia de abuso sexual, pero con un peso importante, el reconocimiento jurídico conceptualizando dicho acto como “abuso sexual agravado”, asegura a la víctima que será un delito que se persiga y asimismo se ejecute una sentencia en contra del victimario.

### **1.3 Definición de abuso sexual infantil**

A pesar de los intentos por concretar las definiciones y describir de cada una de las posibles situaciones de abuso sexual resulta difícil tener un consenso sobre la terminología, puede prestarse a confusión, ya que depende del contexto sociocultural, instancias gubernamentales, centros de atención a víctimas del delito, entre otras suelen usar palabras diferentes para referirse a la misma situación.

Al realizar una revisión evolutiva respecto a la producción teórica frente al fenómeno del abuso sexual es posible distinguir tres grandes dimensiones. En la primera dimensión se encuentran las primeras iniciativas teóricas o modelos de primera generación, las que adoptaron perspectivas teóricas ya existentes para explicar el fenómeno del abuso sexual infantil, siendo la más notable el modelo psiquiátrico psicopatológico. Posteriormente, surgen los modelos de segunda generación los cuales reflejan un momento histórico en la evolución de la investigación en torno al fenómeno, así como también un cambio epistemológico respecto de los de primera generación en tanto reconocen la naturaleza multicausal del fenómeno y la violencia intrafamiliar como una problemática dinámica, lo que se evidencia en el creciente interés por integrar los diversos factores considerados por los modelos anteriores y distinguir entre factores de riesgo y de protección frente a la posibilidad de abuso. De esta manera estas teorías implican un nivel de complejidad mayor, al considerar variables de los padres, del niño y situacionales en una interacción dinámica. Mientras que en la década del 80' surgen las teorías de tercera generación, las que pretenden dar un paso adelante respecto de la búsqueda de las causas que generan el abuso sexual infantil, ya que, si los modelos de segunda generación ponían fin a la simplicidad de los modelos tradicionales poniendo énfasis en la interacción de las variables, los modelos de tercera generación intentan establecer como foco la transición de la descripción a la explicación, así como también una mayor focalización en la naturaleza procesal del abuso sexual, y los procesos psicológicos subyacentes al fenómeno, con gran énfasis en la orientación cognitiva y en la cognición. Desde esta nueva concepción, se incorporan elementos de la teoría socioconstruccionista, que realzan la importancia que la sociedad y la cultura juegan como facilitadoras de la emergencia del abuso sexual, tanto a nivel social como familiar, cuanto se entienden como un contexto más amplio de aprendizaje que establece concepciones acerca de la realidad (Castella, 2013).

Niños y adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual han vivido experiencias que incluyen violación y explotación. Las experiencias de un delito sexual producen en el niño una profunda sensación de desamparo e impotencia que tiene diversas repercusiones. Para muchos niños el haber vivido una situación donde se sentían dominados y controlados por otros hace que se sientan sin control de sus sentimientos y conductas. Se pueden desarrollar problemas relacionados con la expresión de enojo y miedo, impulsos sexuales, desordenes alimenticios, abuso del alcohol y/o drogas, entre otros (Smith y Nylund, 1997).

Actualmente no existe un consenso en la definición de abuso sexual, sin embargo desde 1978 el National Center of Child Abuse and Neglect propone que se considere como abuso sexual a los “contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona”. Aunque los actos sexuales se consideran en la definición común del abuso sexual, es frecuente que la motivación de los abusadores sean “cuestiones relacionadas con el poder, el control, el placer sádico y la ira desplazada” (Garbarino y Eckenrode, 1999).

El abuso sexual abarca un amplio rango de comportamientos que pueden incluir o no los contactos de naturaleza sexual. Los actos que no involucran dicho contacto incluyen: los comentarios de índole sexual, el exhibicionismo y la masturbación, el voyeurismo y la exposición a material pornográfico. Los actos de contacto, en cambio, incluyen: el contacto sexual, la penetración digital o con objetos y el intercambio sexual (Ireland, 2002).

Whetsell (1995) utiliza el término de abuso sexual a un acto que describe el uso de un niño para obtener la gratificación sexual de un adulto, algunos términos relacionados al abuso sexual infantil son victimización sexual, explotación sexual, asalto sexual, maltrato sexual, violación, entre otros. Todos estos términos son usados para describir un abuso, del uso de la violencia, poder, control y dominio.

El abuso sexual se refiere a cualquier tipo de actividad sexual con un menor desde una posición de autoridad sobre él, donde el menor se ve involucrado en actos sexuales que por su etapa de desarrollo no es capaz de evaluar en sus contenidos y consecuencias. Muchos son los factores de impacto que determinarán el curso del proceso así como las consecuencias para las víctimas: duración, frecuencia, intensidad y tipo de abuso, el uso o no de la violencia física, la edad del agresor y de la víctima, la identidad del agresor y de la víctima, la influencia de su entorno y la implicación de la víctima en un proceso judicial (Sasso y Schmidt, 2009).

En Estados Unidos se creó una asociación para brindar servicios y atención a niños que han sufrido situaciones traumáticas, publica en el 2007 un artículo donde define el abuso sexual infantil como cualquier interacción entre un niño y un adulto (u otro niño) en el que el niño se utiliza para la estimulación sexual del perpetrador o de un observador. El abuso sexual puede incluir comportamientos que implican contacto o sin contacto. Conductas que involucran contacto pueden implicar caricias en genitales, los pechos o las nalgas, contacto oral-genital, o relaciones sexuales. Comportamientos que no involucran contacto pueden incluir voyeurismo (tratando de ver el cuerpo desnudo de un niño), el exhibicionismo, o la exposición de los niños a la pornografía.

Los abusadores a menudo no utilizan la fuerza física, pero pueden usar el juego, engaño, amenazas u otras formas de coacción para involucrar a los niños y mantener su silencio. Los abusadores a menudo emplean tácticas de persuasión y manipulación para mantener al niño enganchado. Estas tácticas -conocidas como

"preparación"- puede incluir la compra de regalos o la organización de actividades especiales, lo que puede confundir aún más a la víctima.

Boscatto, Ortalli y Sobrero (2014) proponen una clasificación de acuerdo al contexto en que se produce la situación abusiva:

*Extrafamiliar.* Cuando la agresión sexual es cometida por un sujeto al entorno, es decir un extraño. Generalmente corresponde a la ocurrencia de un episodio aislado, imprevisto, en el que están incluidas además del ataque sexual, la violencia física y emocional.

*Del entorno habitual.* Es cuando el abuso es cometido por personas adultas mayores que el niño, quienes gozan de la confianza de este grupo familiar por cumplir determinados roles en su vida (vecinos, docentes, referentes religiosos, encargados del transporte escolar o de lugares de recreación, entre otros), es decir cualquier adulto cuyo encuentro a solas con el niño está avalado por su familia y no despierta sospechas.

*Intrafamiliar.* Es el abuso que ocurre en el seno de la familia. La calificación de intrafamiliar no se limita al requisito de consanguinidad, sino que está referida a la dinámica de roles y funciones que rige el grupo en el que el niño está inserto. La persona que somete al niño es un adulto significativo y con ascendencia sobre él (padre, madre, padrastro, abuelo, hermano mayor, tío, entre otros) otro miembro de la familia extensa o ensamblada. El problema es más grande de lo que se cree, este se puede extender hasta la, depende de cuantas herramientas se le venda los menores para que más adelante se relacionan de manera sana con las demás personas y permitan que cometan abusos hacia su persona. Puede ser que alguno integrantes de la familia sepan acerca del abuso y encubran a quien lo hace, pudiera ser que niño o niña simplemente aprendido en casa a ser vulnerable (Serrano, 2006).

El abuso sexual en la familia se da en la en la intimidad de cada uno de los integrantes, por lo que puede ser el padre, pero, madre, madrastra, hermanos, tíos, de los amigos de la familia, etc. En mayor frecuencia las familias en donde ocurre el incesto, se caracterizan por un fuerte grado de aislamiento social, sobre todo porque vienen de lugares apartados en muchos de los casos son familias con escasos recursos por parte del proveedor (Serrano, 2006). El abuso sexual en la familia se da en un clima de secreto, Peroni (2000) sugiere que el secreto se mantiene por una serie de elementos de la dinámica familiar (poder del adulto, seducción, "hechizo") pero también sustentado en contextos sociales y culturales que lo mantienen y consolidan (redes de silencio, de invisibilización, de impunidad). Estos contextos generan discursos que justifican al abusador y culpabilizan a la víctima, e invisibilizan el problema. También existencia de canales adecuados para denunciar, pedir ayuda interrumpir el ciclo de violencia y el abuso intrafamiliar.

El abuso sexual infantil es un fenómeno complejo porque en él no sólo participan el agresor y la víctima, sino que ambos se hallan en un contexto social (familia, espacio físico, escuela, recursos y reglas de interacción institucional) que fijan las modalidades relacionales entre ambos; en dicho contexto intervienen elementos simbólicos y normativos que se concretan en el ejercicio de la autoridad y algunas veces, en el abuso de la autoridad. En el abuso confluyen diversas esferas de la vida social y psíquica, por ende, al intentar comprender el abuso es indispensable mantener una perspectiva amplia que contemple el contexto y los discursos en torno a este hecho (Huerta, 2015).

Peroni (2000) señala que en algunos casos los niños que vayan y participan en el abuso, pues no cuentan con herramientas sociales que les permitan rehusarse a lato, asimismo existe alguien a su alrededor que sea descendrá confianza, o simplemente en el medio en el que ha crecido ha recibido poca o nula información cuerpo, es decir de quién puede o no tocarlo, esto puede alargar el tiempo del abuso; y cuando los padres se enteran de lo sucedido y de lo duradero que ha sido tendrán muchas dudas porque el niño no lo habló.

El aislamiento y el secreto son dos ingredientes para que no sea castigado, se queda impune, y que nadie puede tomar cartas en el asunto; pero sobre todo para que el niño siga sufriendo en silencio, y para que más adelante comience a presentar consecuencias (Serrano, 2006).

Una relación de abuso se desarrolla en un clima de confusión, vergüenza, miedo ante la amenaza fundamentalmente en la dificultad del menor para negarse a esa actividad sexual. Respecto de la duración frecuencia, podemos hablar de:

- A) *Abuso ocasional*. Cuando se produce en una situación puntual.
- B) *Permanente*. Hablamos de un abuso crónico, lo cual vuelve sus efectos mucho más dañinos porque cuando el agresor forma parte de su entorno cotidiano el niño no puede alejarse de él por sí solo, entonces el estímulo traumático y amenazante actúa constantemente sobre su psiquismo (Boscatto, Ortalli y Sobrero, 2014).

De acuerdo con Horno y Santos (2001), la mayoría de las definiciones de abuso sexual infantil establecen dos criterios básicos para identificar el abuso:

- a) La coerción, dado que el agresor utiliza la situación de poder que tiene para interactuar sexualmente con el menor
- b) La asimetría de edad, ya que el agresor debe ser significativamente mayor que la víctima, aunque no necesariamente mayor de edad.
  - a. La asimetría de edad determina otras asimetrías también presentes: la anatómica; la relativa al desarrollo y especificación del deseo sexual (que no se especifica ni se consolida hasta la adolescencia); la de afectos sexuales (el fenómeno de la atracción en prepúberes tiene menos connotaciones sexuales); la de habilidades sociales, y en la experiencia sexual. Por todo ello, ante una diferencia significativa de edad, no se garantiza la verdadera libertad de

decisión, lo que configura el factor de coerción siempre presente en esta clase de abuso.

Continuando con esta línea de investigación, un factor que propone Paul y Arruabarrena (2001) para identificar los actos sexuales es la asimetría de conocimientos, esto suele suponer que el ofensor es mayor, más desarrollado evolutivamente o más inteligente, en Estados Unidos para que una relación se considere como abuso sexual se suele exigir una diferencia de edad de cinco años entre abusador y víctima.

Muchos niños hablan de la experiencia del abuso como un acto del que ellos se sienten responsables, los perpetradores usan tácticas de poder, tales como retirarles el cariño, sobrevigilancia, intimidación, engaños o tortura (Stewart, 1991).

Ante el abuso sexual infantil se desarrolla un proceso mediante el cual la sexualidad va siendo moldeada de una manera inapropiada para su edad. El abusador lo somete a una erotización precoz, transmitiéndole conceptos distorsionados acerca del amor y el sexo. La sensación de falta de poder se origina en la continua transgresión a la intimidad del niño, quien no puede oponer resistencia (Domínguez, Nelke, Perry 2002).

Los niños que han sufrido un delito sexual están en riesgo de desarrollar historias negativas acerca de sí mismos, que están dominados por la experiencia de abuso y sus efectos. Es común que debido a estas experiencias, los niños tengan dificultad para acercarse y confiar en otras personas (Smith y Nylund, 1997).

#### **1.4 Indicadores del abuso sexual infantil**

Existe un número significativo de efectos que alteran el funcionamiento del menor a corto plazo. El efecto más comúnmente experimentado es el síndrome de estrés postraumático. Los síntomas de este síndrome caen en tres conjuntos: a) revivir el evento traumático; b) negación del mismo o de hechos asociados a él, y c) hiperactividad psicológica. Si el abuso no es efectivamente enfrentado, el desorden provocado por dicho síndrome puede devenir en un problema crónico, comprometiendo severamente el bienestar del niño (Domínguez, Nelke, Perry 2002).

Varios factores pueden incidir en incrementar o disminuir la angustia provocada por el abuso, a saber: el tipo de abuso, las características del niño y las del ambiente donde se desarrolla. Los niños que se desenvuelven en un ambiente donde encuentran un mayor apoyo y comprensión por parte de otros familiares pueden enfrentar mejor las situaciones de abuso. La mayor angustia en los padres se asocia con una reacción similar por parte de los niños. Los estudios sugieren que las consecuencias psicológicas negativas del abuso persisten en el tiempo y permanecen en la edad adulta. Las mujeres que sufrieron abusos tempranos tienen dos veces más probabilidad de suicidio que las que no los sufrieron.

Asimismo, las personas que padecieron estos abusos tienen cuatro veces más probabilidad de sufrir desórdenes psiquiátricos y tres veces más de consumir sustancias, en comparación con quienes no los experimentaron (Domínguez, Nelke, Perry 2002).

El marco ecológico, propuesto por Bronfenbrenner, integra los contextos de desarrollo del niño, estructurando los factores que intervienen en la etiología del maltrato. Su principio básico plantea que ningún comportamiento humano puede ser comprendido o apreciado, aislado del contexto en el que ocurre (Save the children, 2001):

**Desarrollo del individuo.** El desarrollo de la persona es evolutivo, gradual y basado en la interacción con los demás. Desde ahí, la experiencia previa que los padres traen de su propia vida a la hora de abordar la paternidad va a condicionar el desarrollo del niño, al igual que cualquiera lesión o discapacidad que tenga.

**Microsistema.** Es el entorno más cercano al niño, en el que desenvuelve su vida diaria y con el que está en contacto permanente, además de quien depende. El núcleo socializador prioritario en este nivel es la familia e influyen factores como la composición de ésta, el ajuste marital o las características del niño.

**Exosistema.** Está compuesto por los sistemas sociales que rodean al sistema familiar (escuela, trabajo, vecindario, amistades, etc.) cuyos valores y creencias configuran los del niño, puesto que limitan o enriquecen sus propias vivencias y configuran un mundo relacional.

**Macrosistema.** Son los valores de la cultura en la que se desarrolla el individuo. En la crianza de los niños influyen los conceptos sobre la paternidad y los roles de género, la concepción de los derechos de la infancia, etc. Todos estos valores configuran a su vez el enfoque de la vida individual, por ejemplo, a través de los medios de comunicación.

En esta perspectiva ecológica, se menciona que la persona es una entidad activa que modifica el ambiente en el que vive. Esta modificación se efectúa desde los entornos inmediatos (micro y mesosistema) por medio de las actividades, que es el modo en que nos relacionamos con el ambiente que nos rodea. Relacionales interactúan constantemente, creando una serie de circunstancias o factores que producen un riesgo o una protección real frente al maltrato infantil, en cualquiera de sus formas.

Cuando un niño es abusado sexualmente ese impacto provoca un desvío que cambia la dirección de su desarrollo evolutivo, un evento traumático siempre habrá de producir manifestaciones, se han identificado indicadores observables, si bien algunos de los signos hallados se comparten con otros cuadros nosológicos, se hará la distinción con el fin de marcar diferencias entre ellos. Es de señalar que los signos hallados dentro de los indicadores no se presentan aisladamente, sino que aparecen en forma alternada en el momento de la perpetración del abuso, transcurrido el tiempo, la complejidad del cuadro se va agravando, es necesario



estar atentos a la sumatoria de los observables aquí mencionados y corroborarlos con el uso de distintas técnicas (Boscato, Ortalli y Sobrero, 2014):

- **Indicadores sexuales.** Este indicador es altamente significativo, inicialmente observamos conductas como **erotización prematura**, que se da en niños de corta edad, quienes manifiestan comportamientos que denotan cierto grado de excitación. Estas manifestaciones van acompañadas de una conducta en la relación con los adultos, el **acercamiento excesivo hacia el adulto**, rozamiento de zonas genitales, saludos con beso, abrazos efusivos en la zona de los pechos, nalgadas, etc. También se puede observar el uso de **comentarios sexuales**, conocimiento de temas sexuales no esperados para su edad, algunos niños actúan aquello que no comprenden, y por ejemplo recurren a la emisión de sonidos parecidos a los gemidos del acto sexual. Otro signo altamente significativo es la **masturbación excesiva**, roce de genitales con objetos como la mesa, silla, suelo, o tocamiento excesivo de sus zonas íntimas con la mano. Otro observable es el grado de **excitación corporal**, están permanentemente en movimiento, alterados, con ansiedad y necesidad de descarga constante.
- **Indicadores de desórdenes disfuncionales.** Los síntomas que aquí se despliegan están vinculados con la imposibilidad de poner palabras al dolor, es el cuerpo del niño el que expresa el sufrimiento. Es común encontrar **alteraciones en el sueño**, es habitual que relaten sus pesadillas y las razones que motivan sobresalto y el llanto posterior; otros niños, ante estos temores tienen dificultades para conciliar el sueño y prefieren estar despiertos hasta que el agotamiento los vence. **Desórdenes alimentarios**, es un problema que se puede manifestar, estos niños también presentan un aumento considerable de peso que responde a lo compulsivo de la ingesta o una disminución importante del apetito que bordea la anorexia. Otro signo que en la mayoría de los niños se observa es la **enuresis y/o encopresis**, ambos responden a lo dificultoso que les resulta controlar esfínteres a causa de la necesidad de descarga sexual.
- **Indicadores emocionales.** Son los signos que nos demuestran cuán afectados se hallan los niños, ya que están en relación directa con lo traumático. Por esta razón, es que encontramos en ellos baja autoestima y nivel enérgico, desánimo constante y una importante pérdida de interés en cuestiones que antes disfrutaban, pueden llegar incluso a un estado de **anestesia generalizada**. Otros niños, por miedo a ser tomados sorpresivamente, desarrollan un estado de **hipervigilancia** motivado por el temor persecutorio. Es común percibir la **falta de control emocional**, siendo típicos el llanto, estados de ira o sentimiento de culpa y tristeza en apariencia inmotivados. En algunos casos podemos hallar **conductas regresivas** que se hacen visibles en el modo de hablar y comportarse, esta manifestación remite a un estado evolutivo anterior, generalmente a etapas en las que se hallaba protegido. Otro signo a tener en cuenta lo constituyen la **fantasías terroríficas**, que podemos observar en sus juegos,

relatos y gráficos, donde aparecen figuras aterradoras que lo atacan, invaden o destruyen. La persistencia de estos signos puede llegar a configurar estados depresivos y trastorno por estrés postraumático.

- **Indicadores en la conducta.** Estos indicadores reflejan el comportamiento que tiene el niño frente a las diferentes situaciones de su vida cotidiana y permiten inferir su angustia a causa de a situación traumática vivida y la falla de sus mecanismos defensivos. Así es como vemos a un niño con un **miedo** aparentemente injustificado frente a personas adultas, otros con un **apego excesivo**, imposibilitados de separarse de su referente adulto. También podemos observar **ensimismamiento**, que es una retracción sobre sí mismo, que junto con el **aislamiento social**, expresan una gran molestia a estar frente a otros. En otros niños podemos encontrar un **comportamiento agresivo** hacia su entorno, en el que expresa su ira o necesidad de rebelarse ante la agresión sufrida, muchas veces haciendo activo lo sufrido pasivamente, es decir incurriendo en actos abusivos contra sus propios pares.
- **Indicadores de desarrollo cognitivo.** Los niños que atravesaron una situación de abuso pueden presentar distorsiones cognitivas que se reflejan en **problemas de rendimiento académico**. Muestran dispersión, problemas de atención e incapacidad para incorporar nuevos conocimientos. Se encuentran también algunos casos donde el lenguaje está comprometido, se observan **problemas de lenguaje**, la pauta de que no logre comprender, procesar, ni transferir esos momentos, nos exhibe la magnitud de deterioro. Otros signos observables característicos del desarrollo cognitivo son los que se ven reflejados a través de la **inhibición en el juego y alteraciones en el gráfico – dibujo**.
- **Indicadores físicos.** Algunos de estos signos denotan lesiones que pueden ser detectadas por los adultos del entorno o por los médicos. Es frecuente encontrar **lesiones anales, vaginales, hematomas, etc.** Hay niños que manifiestan con frecuencia **dolor de cabeza, dolor de estómago, infecciones urinarias, dificultades respiratorias**, estas manifestaciones que no hallan su causa en un correlato orgánico sino en la condensación de la angustia y temor por lo padecido.

Los efectos del abuso sexual se han intentado explicar desde el modelo de estrés postraumático (Wolfe, Sas y Werkerle, 1994), la característica esencial es la aparición de síntomas específicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física. Los criterios para el diagnóstico, de acuerdo con el DSM-IV son los siguientes:

- A1) La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos (o en los niños, un comportamiento desestructurado o agitado)

- A2) El cuadro sintomático característico secundario a la exposición al intenso trauma debe incluir la presencia de reexperimentación persistente del acontecimiento traumático
- B) Evitación persistente de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo
- C) Síntomas persistentes de activación (arousal)
- D) El cuadro sintomático completo debe estar presente más de un mes
- E) Provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo
- F) Entre los acontecimientos traumáticos que pueden originar un trastorno por estrés postraumático se incluyen (aunque no de forma exclusiva) los combates en el frente de guerra, ataques personales violentos (agresión sexual y física, atracos, robo de propiedades) ser secuestrado, ser tomado como rehén, torturas, encarcelamientos como prisionero de guerra o internamientos en campos de concentración, desastres naturales o provocados por el hombre, accidentes automovilísticos graves, o diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales.

Revivir el trauma significa que el niño puede seguir teniendo imágenes mentales relacionadas al abuso, o puede revivir algunos aspectos de la experiencia, ya sea mientras esté despierto o durante el sueño en la forma de pesadillas. Un niño puede tener otros problemas del sueño, tales como insomnio o despertarse frecuentemente. Los niños más pequeños son susceptibles a tener temores generalizados o pesadillas relacionadas a otros miedos, como por ejemplo monstruos que los persiguen. Con niños mayores, las pesadillas pueden estar directamente relacionadas con el trauma. Revivir el trauma también incluye las reacciones a recordatorios traumáticos, esto es cualquier cosa, persona, evento, imagen, olor, etc., relacionado con el abuso. Un recordatorio traumático puede ser hasta ser tocado por otra persona (NCTSN, 2014).

Por la naturaleza concreta del maltrato a que han sido sometidos y por la gravedad de los problemas de sus familias es necesario que los niños maltratados reciban tratamientos específicos (Glaser y Frosh, 1998). Entre los problemas a tratar se identifican:

- Deficiencias en la sensibilidad social y en el establecimiento de relaciones. Entre estas deficiencias se encuentran las que afectan a la empatía, la confianza en otras personas y las expresiones de afecto
- Problemas en el desarrollo cognitivo, del lenguaje y de la moral, que se reflejan, sobre todo, en una pobre valoración social, deficiente capacidad comunicativa y un bajo rendimiento escolar
- Problemas de autocontrol y de agresión
- Cuestiones relativas a la salud, seguridad y la protección

Una línea de investigación que se ha llevado en Buenos Aires Argentina, por la doctora Silvia Bleichmar es la idea de un suceso traumático que genera el

abuso sexual, donde un efecto es la imposibilidad de simbolizar, sumado a fuertes sensaciones de inermidad, de un terror sin nombre, la percepción de que los recursos disponibles no alcanzarán para proteger al psiquismo del derrumbe y la imposibilidad de imaginar un futuro construido sobre los inútiles pilares de un presente desorganizante. En relación al terror, Bleichmar propone que el terror se produce cuando el sujeto sabe a qué le teme, pero no tiene posibilidad de instrumentar defensas ante lo temido, desarrollándose un estado de hipervigilancia que los consume pero no los protege de aquello que lo puede atacar; lo traumático tiene un carácter cuasi alucinatorio porque hay poca elaboración sobre el recuerdo, mismo que se presenta en su forma más primitiva (citado en Calvi, 2006).

Al realizar un análisis de todas las consecuencias en el abuso sexual infantil, buscando una mirada integral de la problemática, se ha propuesto el abordaje del abuso desde el modelo integrativo supraparadigmático, el cuál tiene un panorama multifactorial que será preponderante para desarrollar programas de prevención, así como programas psicoterapéuticos de intervención. Este modelo integra los paradigmas biológico, ambiental, conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico, los mismos que son integrados en la función del sistema SELF de la persona (Serrano, 2010):

- 1. Paradigma Biológico.** Explica cómo ciertas características específicas genéticas, endocrinas, neuroanatómicas o bien neurofisiológicas, pueden llegar a influir en la aparición de estructuras pensamientos, emociones y conductas manifiestas, consideradas en desequilibrio. En este paradigma se presentan síntomas psicósomáticos de diversa índole, producto de todas aquellas emociones vivenciales mutiladas y que nunca llegaron a ser exteriorizadas, en el caso de los niños maltratados por ejemplo, no es raro observar historiales de enuresis y encopresis. También se presentan síntomas de ansiedad y estrés, que podrían desembocar en psicopatologías totalmente estructuradas, como pueden ser: ansiedad generalizada, fobias, crisis de pánico, crisis de angustia, estrés post – traumático y otros no menos importantes. Son comunes las alteraciones del sueño en todas sus formas de presentación, los niños padecen insomnio así como terrores nocturnos más aún durante el abuso sexual, lo cual provocará la falta de control de esfínteres. Por último se ha encontrado evidencia de conductas hipererotizantes, los niños abusados llegan a tener una mayor activación hormonal sin causa aparente que la motive.
- 2. Paradigma Ambiental / Conductual.** Indica que ciertas características ambientales específicas, pueden llegar a influir en la aparición específica de cogniciones, sentimientos de conductas manifiestas que pueden estar en desajuste. En el paradigma Ambiental se han observado dos vertientes, por una parte las consecuencias en la forma de pensar, sentir y actuar en los niños sometidos al abuso sexual y por otra en la comunidad en su conjunto. Se observa que la comunidad crea una red donde crean mecanismos de control y vigilancia, pues se sienten comprometidos con la problemática,

pero también lo hacen porque han dejado de confiar en las instituciones que brindan seguridad.

3. **Paradigma Conductual.** Se tiene mucha evidencia para afirmar que los niños y niñas abusadas tienen como producto del abuso una baja o ninguna tolerancia al control de impulsos que se va manifestando sistemáticamente en conductas agresivas cada vez más frecuentes e incrementadas en su forma de presentación y que tienen como foco de desencadenamiento a entes sociales más vulnerables que ellos. Así también los menores sometidos a abuso sexual presentan aislamiento y retraimiento que los conducen a un mundo que paulatinamente va mutilando su capacidad de expresión especialmente emocional, es decir que se van introduciendo poco a poco en un ensimismamiento peligroso y que podrá generar otro tipo de conflictos mucho más estructurados clínicamente como la depresión, entre las más conocidas. Se incrementa la desconfianza con personas de su entorno, no es raro observar y conocer como en los escuelas, dentro del aula, estos niños al no encontrar apoyo en sus profesores, llegan a vulnerar la paciencia de estos que no ven otra salida que recriminarlos de manera expuesta en frente a compañeros, lo cual conlleva a otro conflicto no menos caótico; se tiene que entender por tanto que al no poder confiar en nadie más, el entorno en el que vive va a ser siempre atentatorio a su dignidad y altamente violento para su integridad psíquica; todo ello lo transformará en una persona totalmente incompetente en habilidades sociales.
4. **Paradigma Cognitivo.** Asigna un rol preponderante a la información y el procesamiento de la misma. Los sesgos, distorsiones o defectos en la percepción e interpretación de las experiencias, pueden resultar en respuestas desadaptativas y ese error sistemático y persistente en el procesamiento de la información, tiene un rol fundamental en muchas formas de psicopatología. La presencia de un mismo estímulo puede hacer pensar de manera diferente, generando consecuencias emocionales y conductuales distintas y desestructurantes. Las evidencias reales producto de la investigación muestran que los niños y niñas abusadas sexualmente presentan severos conflictos a nivel de la concentración y la memoria, la concentración es más automática, es decir que en un determinado contexto, por ejemplo estando en el aula, casi sin desearlo ni pensarlo, los niños se concentran más en eventos ajenos a la atención de lo que dice el profesor y oyen más sonidos externos al aula (niños jugando en una cancha de básquet); respecto a la memoria, la capacidad de adquisición y almacenamiento de nueva información es muy débil por lo que la capacidad de búsqueda posterior de la misma será totalmente deficiente. Se presentan también distorsiones a nivel perceptivo, es decir que la presencia de cualquier estímulo, especialmente los aversivos, hacen que estos niños perciban y comprendan de manera inadecuada los mismos. Los niños que han sido abusados sexualmente tienen sesgos cognitivos que los hacen sentir indeseables, sucios, culpables y vergonzosos y que en muchos de los casos cuentan con la complicidad de algún miembro de la familia, que al

limite de sus posibilidades de tolerancia llegan a etiquetar al niño o niña con adjetivos calificativos denigrantes. En estos niños se configuran auto esquemas negativos que hacen que se consideren como malas personas, marcadas por la sociedad. Puede ser que alguna vez se concentren en una búsqueda infructuosa de explicaciones de un posible castigo que estuvieran cumpliendo. Así también se da un conflicto de atribución ya que consideran que todo aquello considerado malo que pueda ocurrir a cualquier miembro de la familia es su responsabilidad, por lo que no es raro observar como niños abusados sexualmente se echan la culpa del alcoholismo o drogadicción de otro miembro de la familia.

5. **Paradigma Afectivo.** Indica que los eventos y estructuras afectivos, siendo la energía el factor predominante, pueden ejercer una influencia causal generando cogniciones, conductas e incluso cambios anatomo-fisiológicos en el organismo. Los niños sometidos a abuso sexual presenten mucha inseguridad y desprotección, son totalmente incapaces de protegerse a sí mismos incluso en situaciones donde no existe violencia pero sí competitividad o relaciones personales que impliquen por ejemplo, mantener y/o sostener una conversación; suelen culpabilizarse por no haber sido capaces de defenderse en el momento del ejercicio de la violencia hacia ellos o posterior a este momento. También se observa mucha culpa, vergüenza y estigmatización, situaciones desadaptativas que lamentablemente en nuestro medio son mantenidas y fomentadas por el propio entorno social y/o familiar del menor; se tiene referencia que en algunas ocasiones son los mismos padres de familia o uno de ellos que en situaciones de alto contenido caótico desembocan emociones conflictivas como la ira y la frustración teniendo como intermediario al menor, estigmatizando de esa manera aún más el conflicto; en muchos otros casos incluso se llega a etiquetar con palabras altamente culpabilizantes; aspectos que hundan más a la víctima en un mundo de soledad y desesperación, que por supuesto, tendrá mucha repercusión en la formación de su personalidad a nivel de su carácter y su capacidad de respuesta al medio en el que vive. De la misma forma se sienten muy ansiosos y estresados en relaciones con otras personas, tanto en el ámbito familiar como el social, especialmente en contextos en los que van a permanecer la mayor parte de su tiempo como lo es la escuela, donde los agentes sociales con los cuales interactuarán, como lo son los profesores, no producirá la tolerancia necesaria en estos como para ser comprendidos y mucho menos ayudados y en algunos casos más bien generarán crítica negativa disfrazada de reflexión colectiva.
6. **Paradigma Inconsciente.** Involucra influencia sobre cogniciones, afectos y conductas, desde todas aquellas actividades mentales de las cuales el individuo no está consciente. En el paradigma Inconsciente se ha observado que niños que han sido sometidos a abuso sexual pueden llegar a sentirse como fuera de la realidad, aunque esta condición no necesariamente está estructurada como un conflicto de disociación

patológica. Estos mecanismos de defensa disociativos hacen que rechacen, aunque no de manera intencional la información emocional conflictiva producto de la experiencia traumática del abuso. Esta respuesta al entorno no precisamente debe ser entendida bajo el concepto psicoanalítico, ya que esa actitud inconsciente puede ser para minimizar el sufrimiento y producir una especie de congelamiento emocional. Por lo que la posibilidad de que a futuro se estructure un trastorno de identidad disociativo es mínima o nula en función al apoyo y comprensión que reciba el niño o niña. Finalmente se puede presentar situaciones de acting out, una conducta totalmente impulsiva y contraria a los sistemas de motivación habituales de la persona y que muchas veces adopta una forma de auto – agresión, que señala una especie de retorno a lo reprimido.

**7. Paradigma Sistémico.** Propone que un sistema implica un todo, un número de elementos que mantiene interacción, en el cual el todo es más que la simple suma de las partes; un sistema se comporta de acuerdo a patrones de causalidad circular en un proceso que no tiene principio ni final. La búsqueda de conservar su punto de equilibrio homeostático y de conservar su coherencia sistémica, lleva a los sistemas a la resistencia al cambio. Y cuando el cambio de la totalidad se produce, las partes pasan a ser afectadas o viceversa, sean estas cogniciones, afectivas o conductuales. En el paradigma Sistémico básicamente se presentan elevados niveles de disfunción familiar, donde evidentemente no existen claramente diferenciados los roles de los padres, que se caracterizan ya sea por ser padres autoritarios, sobreprotectores, permisibles o indiferentes, las relaciones son caóticas y rígidas, existiendo una clara dificultad para mantener de manera sostenible los límites, que en otras familias son claramente identificables, no existen canales por donde fluya de manera natural la expresión de emociones a nivel colectivo (cumpleaños, aniversarios y todo acontecimiento cultural típico de nuestra sociedad), y a nivel de diadas (pareja, padres a hijos, entre hermanos); son familias con un historial de alcoholismo o drogadicción de por lo menos un miembro de la familia, sino es que se presenta también alguna alteración psíquica en alguno de los padres; los vínculos afectivos existen pero son de características patológicas o enfermizas. Es de entender que esto no precisamente se presenta en estratos sociales bajos, la presencia de este tipo de familias disfuncionales es también muy notorio en familias de estratos sociales altos, donde a diferencia de las primeras, el sentimiento de angustia y soledad es la característica principal; por último la disfuncionalidad puede presentarse a partir de la ausencia de uno de los padres en la vida cotidiana y en la educación directa de los hijos, producto de conflictos relacionales que fracturaron la relación en un divorcio u otra figura común en el contexto en el que vivimos (viudez, abandono de hogar, madres solteras, etc.).

**8. Sistema SELF.** El sistema SELF es el punto central de la experiencia y constituye el eje de integración de los sub-sistemas biológico,

ambiental/conductual, cognitivo, afectivo e inconsciente, los mismos que operan en un sistema total; el sistema SELF viene a ser la esencia de nuestra personalidad y expresa el balance homeostático y la coherencia sistémica de la dinámica psicológica total. Como eje integrador, realiza funciones de identidad que involucra la autoimagen y la autoestima (“¿Quién soy?”), de auto-organización que involucra la capacidad de reconstruirse después de cada experiencia, de significación de la experiencia, que involucra precisamente la traducción de esa experiencia que puede ser interferida por expectativas irrealistas, esquemas rígidos, etc. (Opazo, 2001), de búsqueda de sentido que se refiere a lo que cada persona valora como fin último de su existencia, por lo que es un tema estrictamente individual y de conducción de vida que se refiere a un desarrollo conductual asertivo que le permita a las personas lograr satisfacer sus necesidades, respetando ante todo el derecho de los demás (Ramírez, 2009). Respecto al SELF, los niños sometidos a abuso sexual se caracterizan por tener niveles muy bajos a nivel del autoconcepto que los hacen incapaces de diferenciar y separar los hechos y las consecuencias, incapacidad de reintegración por el nivel de culpabilidad que asumen, por la polarización con la que observan los hechos que vivieron y no admiten la posibilidad de empezar por situaciones intermedias, lo cual no significa vivir en una tibieza emocional o de manera poco intensa; no se aceptan a sí mismos por lo que la realidad del pasado siempre va a determinar la realidad del presente, de ahí que no es raro observar cómo siempre hacen referencia al pasado como si fuera el presente, no logran convencerse de que un hecho por muy traumatizante que sea no tendría porque seguir la lógica de determinación de la vida presente e incluso futura, por lo que se vive bajo un esquema cognitivo catastrófico permanentemente. En el caso de la función de identidad, las preguntas típicas son: “¿Quién soy?”, “¿Cómo soy?”, “¿Creo en mí?”, “¿Cómo me ven los demás?”, “¿Cómo quiero llegar a ser?”, tendrán como respuesta situaciones no acordes a la realidad de los menores que no son maltratados sexualmente, precisamente por estar la sexualidad, tan directamente relacionada con la identidad determinando claramente las estructuras y conceptos de masculinidad y feminidad; por ejemplo en el caso de la violación de un niño el desarrollo de la identidad desde el punto de vista de la formación de su masculinidad, será totalmente difuso. En el caso de la función de búsqueda de sentido, las preguntas típicas son: “¿Cuáles son mis valores?”, “¿Qué guía mis decisiones?”, “¿Le doy sentido a mi vida?”; de manera general cuando la violencia pasa a ser parte de la dinámica cotidiana de una familia, se convierte también en una forma de lenguaje, es decir que para que un miembro pueda comunicar algo a los demás no encuentra otra manera que no sea de manera violenta y por tanto el sistema de valores por ese hecho queda totalmente distorsionado; de la misma forma niño o niña que sufre abuso sexual y más aún si el mismo se “incuba” a partir del silencio de la víctima, es decir que no lo comunica o denuncia, fácilmente podrá crecer pensando y sintiendo que “esa” es una forma de comunicación de sentimientos. Lo que para otras familias donde no se presenta la violencia



como parte de la comunicación entre sus miembros, los valores fundamentales serán el respeto por los demás, la libertad de expresión, la solidaridad, el brindar seguridad a los hijos, entre otros no menos importantes, en el caso de los menores abusados sexualmente, estos valores no tendrán ninguna significancia, por tanto la construcción de una escala de valores irá por un lado totalmente diferente; la violencia y el abuso pasan a configurarse como un “valor”.

La habilidad de los niños de confiar y depender de un adulto puede quebrantarse cuando el niño es abusado por un adulto que supuestamente debería protegerlo de cualquier daño. Saber que el abusador es apreciado o querido por otros familiares hace aún más difícil para el niño contar a otros acerca del abuso. Niños que han sido abusados por un familiar tienden a culparse a ellos mismos por el abuso, aún más que aquellos niños que son abusados por alguien fuera de la unidad familiar. Esto ocurre particularmente en niños más grandes, quienes posiblemente están más conscientes del impacto que el contar el abuso traerá en otros miembros de la familia (NCTSN, 2012).

### **1.5 Factores de riesgo y protección asociados al abuso sexual**

La incidencia del delito de abuso sexual infantil varía en función de los países y del momento histórico. Autores como López, Hernández y Carpintero (1995) señalan que estos datos constituyen más un índice del nivel de funcionamiento de los profesionales y de los Servicios Sociales de un país que del número real de abusos sexuales cometidos, ya que gran parte de los casos no se enuncia ni recibe ningún tipo de asistencia pública.

De acuerdo con Faller (1990, 1993) los factores específicos irrelevantes para evaluar situaciones de riesgo en casos de abuso sexual infantil son los siguientes. *Edad de la víctima*, los niños de edades inferiores son más vulnerables a ser revictimizados y a los efectos negativos del abuso. *Relación entre víctima y el abusador*, en general, a medida en que la relación entre la víctima y el abusador es más cercana, el riesgo de recidiva, especialmente el maltrato emocional, es mayor; si además el niño vive con el abusador, la posibilidad de que abusen nuevamente de él son mucho mayores que cuando el niño vive en otro domicilio. *Existencia de otros problemas en el funcionamiento de la familia*, abuso sexual puede exacerbar el riesgo de recurrencia del abuso y de que el niño sufra daño grave. Estos problemas incluyen el abuso de drogas/alcohol, violencia familiar (conyugal y hacia los niños), enfermedades mentales y retraso mental.

Respecto a las características del propio menor, los niños que corren riesgo de victimización son aquellos con una capacidad reducida para resistirse o revelarlo, como son lo que todavía no hablan y los que muestran retrasos del desarrollo y discapacidades físicas y psíquicas. Asimismo, son también sujetos de alto riesgo los niños que se encuentran carentes de afecto en la familia, que pueden inicialmente sentirse halagados por atención de la que son objeto, al

margen de que ese placer con el tiempo acabe produciendo en ellos un profundo sentimiento de culpa (Echeburúa y Redondo, 2010).

La mayoría de los niños que han sido objeto de abusos sexuales parecen provenir de familias formadas por un sólo padre o por padrastros, otra característica relacionada con la estructura familiar es mantener relaciones inadecuadas con la madre (Cantón y Cortés, 2002).

Desde la perspectiva focalizada en la familia, se ha centrado la atención en los casos de incesto y se supone que la raíz del abuso sexual se encuentra en una dinámica distorsionada de funcionamiento familiar. Se suele describir una familia con una madre que se encuentra separada o alejada del padre y que constituye el tercer ángulo de la triada incestuosa. En esta familia, el niño o la niña tiene que reemplazar a la madre como una compañera sexual del padre (Paul y Arruabarrena, 2001).

Finkelhor (1993) señala que son dos los procesos que intervienen en el incremento del riesgo de abuso sexual infantil, respecto a las prácticas de crianza: 1) cuando las actividades del niño y sus relaciones no se supervisan de forma adecuada y 2) si un niño es sujeto a malos tratos físicos o de abandono físico o emocional resultará más vulnerable a los perpetradores que le ofrecen atención, afecto o a sus estrategias de intimidación.

Horno y Santos enlistan algunos factores de riesgo asociados con el abuso sexual que han sido identificados y que pueden presentarse en los padres o cuidadores (2001):

- Discapacidad psíquica grave
- Consumo de alcohol o drogas
- Historia previa de abusos
- Falta de establecimiento de vínculo o deficiencias relacionales afectivas entre los padres y el niño o la niña
- Falta de redes de apoyo psicosocial
- Aislamiento de la familia
- Problemas de desencuentro o ruptura familiar
- Desempleo o pobreza
- Falta de reconocimiento de los derechos del niño como persona

Otro factor de riesgo es el concerniente a la psicopatología familiar, los síntomas más frecuentes que presentan los padres de los niños objeto de abusos sexuales son la depresión y el alcoholismo/drogodependencia. También es frecuente que las madres de los niños víctimas de abuso tengan un historial de abusos sexuales en la infancia (Cantón y Cortés, 2002).

Respecto a la relación del agresor con la víctima, la mayoría de las investigaciones coinciden en que el agresor, sea o no de la familia, suele ser un conocido del niño. Diversos estudios epidemiológicos señalan a los tíos como

responsables de una buena parte de abusos sexuales intrafamiliar es que sufren las niñas, sin embargo se tiene poca información al respecto. En un estudio que reporta Margolin (1994) investiga la forma en que se suelen relacionar los tíos y sobrinos, las condiciones en las que se producen los abusos sexuales en esta relación y el papel desempeñado por el sexo del agresor y de la víctima. Participaron en este estudio 171 niños que fueron objeto de abuso sexual por sus tíos o tías, de los datos obtenidos se reporta que la mitad de los perpetradores tenía 20 años o menos y en 144 casos se trataba de hermanos de la madre de los niños. El 19% vivía con las víctimas, tratándose de individuos solteros o divorciados, desempleados, con problemas de bebida y con historial psiquiátrico. Un 21% no vivía con los niños pero los cuidaba cuando los padres trabajaban; otro 24% de los abusos sexuales se cometió aprovechando la visita que ellos hacían; finalmente, el 14% de los abusos sexuales se cometió mientras que los niños visitaban a sus abuelos.

Respecto a las madres de los niños, López (2010) establece que algunas características de personalidad son las siguientes:

- *Madres ausentes:* quienes no cumplen adecuadamente sus roles, no pueden no saben cómo comunicarse o contener a sus hijos, se trata de madres que por algún motivo, no son lo suficientemente capaces de supervisar y prever los potenciales peligrosos a los cuales sus hijos están expuestos
- *Han sido abusadas en su niñez:* una gran mayoría de madres que tienen hijos que han sido abusados por algún familiar (marido o parejas) han sido abusadas en su infancia o han vivido en familias incestuosas en las cuales es visto como normal el abuso por parte del progenitor o sus hermanos mayores, tíos, etc. El hecho de vivir en su infancia dentro de una familia incestuosa, las hace sentir confusas respecto de lo que está bien o mal a la hora de defender a sus hijos de sus agresores
- *Madres que cambian de roles con sus hijos:* no necesariamente las madres con hijos abusados han sido abusadas en su infancia o tuvieron una familia incestuosa. Muchas de ellas provienen de familias con numerosos integrantes, en las cuales no tuvieron una supervisión adecuada por parte de sus propios padres y en donde los roles de cada quien quedaron confundidos en el caos familiar.

Diferentes estudios sobre el abuso sexual, reflejan que existen factores mediadores del impacto de algún tipo de abuso en la infancia. Estos factores incluyen la edad del niño al momento del abuso, la cronicidad, la severidad, el tipo de relación con el ofensor, amenazas para el niño, el clima emocional de la familia del niño antes del abuso, la salud mental y emocional del niño previo al abuso, los sentimientos de culpa del niño y respuesta parental ante la situación de abuso, estos factores se detallan a continuación (Gil, 1991):

- **Edad del niño al momento del abuso.** Existen algunas discrepancias en las investigaciones sobre el efecto de la edad del niño, existe la tendencia a reportar que a menor edad el niño es más vulnerable al daño, “el trauma infantil es más perjudicial a menor edad debido a que pueden vivenciar experiencias con un terror incontrolable que genera un efecto profundo en el sistema nervioso central y en las funciones cognitivas que no han alcanzado su madurez ocasionando un deterioro global” (pág. 4)
- **Cronicidad.** En este punto existe consenso en las investigaciones, considerando que a mayor cronicidad del abuso, hay un mayor impacto. Si el abuso continua por un largo periodo de tiempo, los niños desarrollan la creencia de ser vulnerables y no poder pedir ayuda. Esto afecta su posibilidad de utilizar y mejorar mecanismos de defensa apropiados, lo cual puede generar repercusiones en su vida adulta
- **Severidad del daño.** En los casos en que se detecta un abuso físico severo, se observan repercusiones en su desarrollo físico, daño cerebral, un atraso en el desarrollo general. En el caso de abuso sexual donde existe contacto genital como penetración el impacto en el desarrollo es mayor
- **Relación con el ofensor.** Existe la creencia general de que entre más cercana sea la relación entre el ofensor y el niño mayores serán las afecciones. Esto quiere decir que si el niño fue abusado por una persona fuera del hogar, mayor probabilidad habrá de pensar que los peligros y daños están fuera del hogar y acudirá a la familia para buscar protección y apoyo
- **Nivel de amenaza.** El nivel de amenaza, fuerza, sometimiento y violencia potencializa la severidad del daño. El recibir amenazas provoca un nivel de ansiedad generalizada y miedo en el niño.
- **Clima emocional de la familia del niño.** Una familia disfuncional mantiene situaciones de abuso intergeneracionales, habilidades deficientes de los padres para brindar cuidados y demostrar afecto, incompetencia y aislamiento de sistemas de apoyo, estrés emocional, altas expectativas, alta reactividad emocional sobre la conducta de los niños. Otros factores familiares que se han asociado con familias incestuosas son problemas mentales, familias separadas, dependencia al alcohol, abuso en la pareja, aislamiento social, entre otros.
- **Salud mental y emocional del niño.** Si el niño goza de salud mental antes del abuso, él o ella se encuentra con mayores recursos para resistir los efectos del abuso.
- **Sentimiento de culpa.** En el caso de abuso sexual, la mayoría de los autores reportan que si el niño experimenta algún tipo de placer durante el

contacto sexual o se siente de alguna manera responsable de ocasionar el abuso, él o ella se sentirá culpable, lo cual genera que el impacto sea mayor

- **Respuesta de los padres ante la victimización.** Se ha comprobado que la recuperación del niño que ha vivido una situación traumática como lo es el abuso sexual, tiene un mejor pronóstico si los padres, en quien los niños confían, muestra una actitud no acusatoria y le brindan apoyo confiando en su testimonio. Los padres que no brindan apoyo o que catastrofizan la situación incrementan el riesgo de generar un trauma.

Un modelo propuesto por Save de Children (2001), presenta una evaluación que distinga no solo los factores protectores o compensadores y de riesgo o potenciadores, sino que dentro de cada categoría, se establece la diferencia entre los factores estables o factores situacionales. Dentro de los factores potenciadores que suponen un riesgo, que están presentes, que vienen dados antes del abuso (vulnerabilidad) Como una experiencia de abuso intrafamiliar previa, y otros que surgen los conflictos maritales (provocadores). En los factores compensadores sucede lo mismo existen factores relacionados con el ambiente familiar una protección constante (protectores) como la comunicación intrafamiliar determinadas pautas de cuidado, y otros que surgen (tampones), como las experiencias de satisfacción provenientes del cuidado del niño. La importancia de esta diferencia de las posibilidades de intervención en estos factores y sirve para entender que hay circunstancias que pueden precipitar el proceso, pero ser temporal:

Figura 3. Distinción de factores de riesgo y de protección en el abuso sexual infantil

Desarrollo del individuo	Factores de riesgo		Factores de protección	
	Predisponentes	Precipitantes	Predisponentes	Precipitantes
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introversión</li> <li>• Discapacidad física/ psíquica</li> <li>• Historia previa abuso</li> <li>• Baja autoestima</li> <li>• Falta de asertividad y sumisión</li> <li>• Desconocimiento sobre la sexualidad</li> <li>• Ser hijo no deseado</li> <li>• Trastornos congénitos</li> <li>• Nacimiento prematuro</li> <li>• Bajo peso al nacer</li> <li>• Falta de habilidades de autodefensa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno de la conducta</li> <li>• Enfermedades o lesiones del niño</li> <li>• Complicaciones en el periodo perinatal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades interpersonales de comunicación y resolución de problemas</li> <li>• Autoestima</li> <li>• Asertividad</li> <li>• Desarrollo normalizado</li> <li>• Educación afectiva y sexual adecuada</li> <li>• Apego materno/paterno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocimiento de la experiencia de maltrato en la infancia</li> <li>• Adquisición de autodefensa</li> </ul>

<b>Microsistema</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos físicos y/o psíquicos (ansiedad y depresión incluidas) de algún miembro de la familia</li> <li>• Drogodependencia de algún miembro de la familia</li> <li>• Familia monoparental</li> <li>• Madre joven</li> <li>• Historia familiar de abuso</li> <li>• Falta de afectividad en la infancia de los padres</li> <li>• Disarmonía familiar</li> <li>• Ausencia de vínculos afectivos</li> <li>• Elevado tamaño familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades o lesiones de algún miembro de la familia</li> <li>• Conflictos conyugales</li> <li>• Violencia familiar</li> <li>• Falta de control de impulsos</li> <li>• Excesiva proximidad en el nacimiento de los hijos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambiente familiar exposición la violencia</li> <li>• Experiencia en los cuidados del niño</li> <li>• Planificación familiar</li> <li>• Satisfacción personal de los miembros de la familia</li> <li>• Educación sexual adecuada en la familia</li> <li>• Apego materno / paterno al hijo</li> <li>• Armonía marital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción en el desarrollo del niño</li> <li>• Resolución de conflictos familiares</li> <li>• Constitución o fortalecimiento de vínculos afectivos</li> <li>• Salida del lugar del agresor intrafamiliar</li> <li>• Escasos sucesos vitales estresantes</li> <li>• Intervenciones terapéuticas familiares</li> </ul>
<b>Exosistema</b> A) sociolaboral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultades en el acceso a recursos sociales y económicos</li> <li>• Insatisfacción laboral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desempleo</li> <li>• Conflicto laboral</li> <li>• Acceso a recursos sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción laboral</li> <li>• Acceso recursos sociales y económicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salir del paro laboral o desempleo</li> <li>• Resolución del conflicto laboral</li> <li>• Éxito en el acceso a recursos sociales</li> </ul>
<b>B)</b> Vecindario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aislamiento social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuente cambio de domicilio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Red de apoyo psicosocial amplia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integración en grupos de iguales</li> <li>• Participación en asociaciones y actividades vecinales</li> <li>• Apoyo social ante una problemática</li> </ul>
<b>Macrosistema</b> A) Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta criminalidad</li> <li>• Baja cobertura de servicios sociales</li> <li>• Alta frecuencia desempleo</li> <li>• Marginalidad</li> <li>• Inhibición social a la hora de la denuncia</li> <li>• Fácil acceso a la pornografía infantil</li> <li>• Políticas discriminatorias</li> <li>• Falta de relación afectiva entre los hombres y los niños durante la crianza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta movilidad geográfica</li> <li>• Fácil acceso a víctimas</li> <li>• Aplicación de las penas a los agresores</li> <li>• Ausencia de control prenatal y perinatal</li> <li>• Conflictos bélicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Políticas igualitarias</li> <li>• Aplicación adecuada de las penas a los agresores</li> <li>• Procedimiento penal protector de la víctima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puesta en marcha de: Programas de prevención, programas de tratamiento y agresores</li> <li>• Programas de mejora, de redes de apoyo e integración social de familias con mayor riesgo</li> <li>• Programas sanitarios</li> <li>• Constitución de redes de trabajo interdisciplinario</li> </ul>

<b>B) Culturales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceptación de castigo corporal</li> <li>• Valoración del niño como propiedad de los padres</li> <li>• Concepción del niño como proyecto de persona, no como persona</li> <li>• Tolerancia con todas las formas de maltrato infantil</li> <li>• Negación de la sexualidad infantil</li> <li>• Mito de la familia feliz</li> <li>• Sexismo: fomento de la idea de poder y discriminación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fracaso de los programas de sensibilización social</li> <li>• Sensacionalism o en los medios de comunicación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitud positiva hacia la infancia, la mujer y la paternidad</li> <li>• Concepción del niño como persona independiente y con derechos</li> <li>• La familia como un ámbito social integrado</li> <li>• Consideración del niño como miembro de la familia, no como propiedad de los padres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Éxito de los programas de sensibilización social</li> <li>• Asunción de la protección eficaz de la infancia por parte de la sociedad</li> <li>• Implementación de la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas</li> <li>• Cambio de modelos de crianza y familiares</li> </ul>
----------------------	--	--	---	---

Fig. 3 Adaptado de Save the Children, Abuso Sexual Infantil: Manual de formación para profesionales

Valladares (1993) señala que existen cinco fases del abuso sexual a menores, las cuales se exponen a continuación:

- **Fase de inducción.** El agresor identifica a la víctima, por lo general es un menor sumiso y obediente a los adultos, frecuentemente el agresor es conocido o mantiene algún tipo de parentesco con el pequeño, quien por la falta de información sobre su sexualidad, carece de herramientas para defenderse
- **Fase de interacción sexual.** Puede variar “desde el manoseo” hasta la penetración oral, anal o vaginal. De igual modo puede tratarse de un hecho asilado, durar meses, años o mantenerse hasta la pre-adolescencia
- **Fase del secreto.** El ofensor puede obligar a la víctima a mantener continuamente el secreto en virtud de su posición de padre y/o adulto. Cuando se trata de una niña pequeña, el agresor puede presentarle el contacto sexual como un “juego secreto” y especial. Si se trata de un/una adolescente, es posible que el perpetrador lo/la amenace con la pérdida de las libertades sociales, en caso de que la víctima cuente lo que ocurre. Para asegurarse la complicidad de la víctima en la regla del secreto, el agresor recurre generalmente a amenazas tales como la violencia hacia la propia víctima u otros miembros de la familia, la destrucción de la familia o el derrumbe emocional de la madre
- **Fase del descubrimiento.** Por lo general ocurre cuando el menor comenta la situación por la que está pasando o da muestras de ello mediante comportamientos agresivos, cuando es descubierto en el acto mismo,

cuando la víctima llega a la preadolescencia o cuando la víctima resulta embarazada (en el caso de las mujeres), con alguna infección de transmisión sexual o lesiones en el área pélvico/anal

- **Fase de negación.** Se observan vertientes generales:
  - Negación del hecho por parte de la familia, con lo que provoca un mayor conflicto en el menor
  - La obtención de apoyo emocional, legal y/o psicológico al menor por parte de organismos especializados

El hecho de que la sexualidad sea asociada al secreto, a la intimidad y a la privacidad, le facilita al ofensor el uso de estrategias para mantener el secreto y evitar ser descubierto y continuar con el abuso. El adulto, sea quien sea, ante la revelación del abuso por parte del niño o niña ha de proporcionar acompañamiento, apoyo afectivo, ha de desculpabilizar al menor y comunicar el hecho a las instancias pertinentes para garantizar su protección.

El tipo de atención que se le brinde a los niños resulta un punto crucial, ya que permite emprender medidas de acción para garantizar la atención inmediata de los niños y la búsqueda de su seguridad integral. Un punto importante es resguardar el bienestar de los niños y responsabilizar del abuso al agresor, independientemente de la forma en que se lleve a cabo el abuso.

Es así que el abuso sexual infantil es el resultado de la conjunción de una serie de factores, no hay un único factor causal. Por ello, es importante trabajar y promover los factores de protección y evaluar los riesgos añadidos procedente de las llamadas “poblaciones de riesgo”.

### **1.6 Sistemas de protección**

En el sector salud y gubernamental se maximiza la prevención y promoción adecuada de estilos de vida saludables. La OMS ha definido metas de la salud mental: 1) prevenir las enfermedades y los desórdenes mentales; 2) fomentar la salud mental por medio de la educación 3) el saneamiento del medio psicosocial y organizar los servicios u programas para la prevención, el diagnóstico oportuno, el tratamiento y rehabilitación, acciones en las que ha de buscarse la anticipación activa de la colectividad (De la Fuente, Medina y Caraveo, 1997).

Gordon propuso tres categorías de intervención: a) universales, de bajo costo, deseables para toda la población y por lo general de gran aceptación y con pocos riesgos secundarios; b) selectivas, aplicables sólo a aquellas personas cuyo riesgo de desarrollar la enfermedad está por encima del promedio, se recomienda cuando el costo no excede un nivel moderado y los efectos negativos de las medidas no existen o son mínimos, y c) indicadas, dirigidas a personas que presentan una condición clínicamente anormal (De la Fuente, Medina y Caraveo, 1997).



Figura 4. La prevención en un continuo de servicios que abordan las necesidades de la salud mental

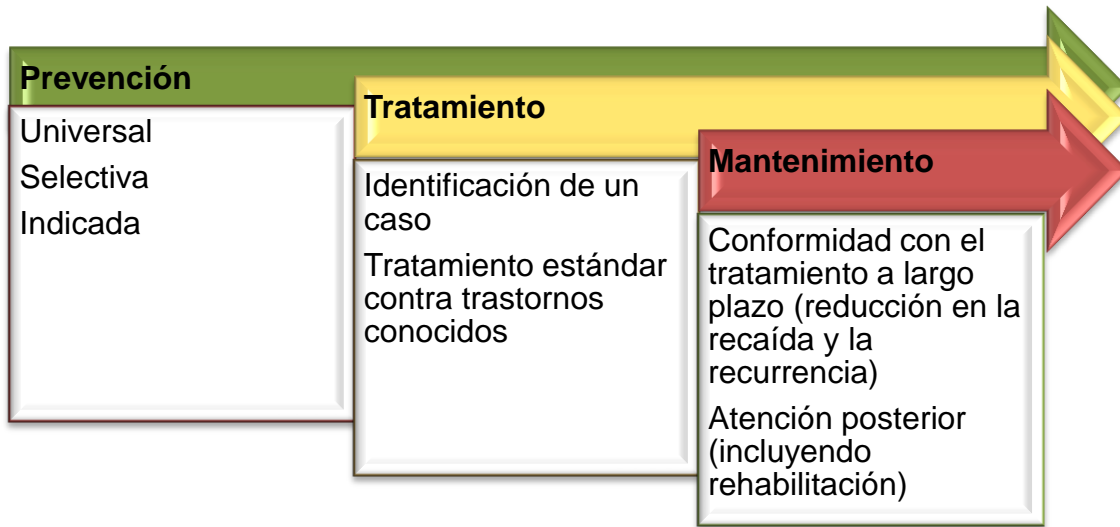


Figura 4. Reducción del riesgo de desórdenes mentales (adaptado de Institute Of Medicine, 1994).

Existen distintos niveles de acción, que dependen de las políticas públicas de cada país e incluso de cada estado. Es un acuerdo que se deben generar espacios de consenso en lo referente a la toma de decisiones y que necesariamente tendrían que considerar dos instancias de acción: por un lado poner en práctica y a la brevedad posible programas psicosociales que brinden protección y seguridad a las víctimas, brindándoles apoyo psicoterapéutico individual y complementando con la creación de comunidades terapéuticas, y por otro lado desarrollando programas de intervención y prevención respecto a la otra “cara de la moneda” que contempla a los victimarios.

Se considera necesario promover actividades de desarrollo y protección al niño, coordinando actividades, incrementando los recursos destinadas a las mismas e intensificando las tareas preventivas mediante la ampliación de recursos (Osorio, 2005). Unicef México ha centrado en los últimos años múltiples esfuerzos en el trabajo contra la violencia hacia la niñez, específicamente respecto a la falta de mecanismos efectivos para brindar protección a los niños como hecho que sostiene y agrava la problemática (Oficina de Defensoría de los Derechos de la Infancia A. C., 2005).

El Sistema de Protección a la Infancia del Estado de Chiapas describe los diferentes pasos para la aplicación del protocolo para las acciones de protección a la infancia, un aspecto fundamental del sistema es la distribución clara de responsabilidades y tareas para lograr una articulación interinstitucional ordenada en beneficio de la infancia, cada actor debe responsabilizarse y enfocarse a sus responsabilidades particulares, estas mismas cobrarán sentido en razón de las acciones complementarias de los demás (Oficina de Defensoría de los Derechos de la Infancia, 2005):

- **Detección y activación del Sistema.** El equipo de promotores para la protección de infancia detecta, a través del contacto cotidiano que sostiene con diversas instancias públicas o privadas de atención a la población posibles casos de violencia infantil.
- **Diagnóstico del caso.** Diagnóstico inicial con la familia y con el niño o niña, la intervención se realiza por separado con el niño y con la familia, este diagnóstico inicial se utiliza para determinar el grado de coerción necesaria en la intervención, así como las necesidades y posibilidades para el trabajo restitutivo con el niño y su entorno. El equipo delibera conjuntamente la estrategia a seguir y determina si es necesaria o no la intervención del Ministerio Público o bien si requiere únicamente de una coerción restitutiva formalizada ante Juez de lo Familiar.
- **Presentación y aprobación del plan de intervención.** Una vez diseñado el plan de intervención, el equipo de promotores expone el caso y la propuesta de intervención a las autoridades municipales, durante esta reunión las autoridades municipales pueden aprobar el plan, requerir de mayor indagación o diagnóstico por parte de los promotores o bien hacer modificaciones al plan de intervención. Es a partir de esta determinación que el protocolo a seguir se estructura en dos vertientes: intervención penal – restitutiva y la intervención restitutiva.
- **Acuerdos con el niño y la familia sobre el plan de intervención.** Una vez que el plan ha sido aprobado por las autoridades municipales, el equipo promotor explica y acuerda los pasos con el niño y su familia.

### 1.6.1 Denuncia y detección

A pesar de la opinión cada vez más extendida de que la prevención debería proponerse la consecución de un desarrollo óptimo en vez de limitarse al bloqueo de algo inadecuado, la mayoría de los esfuerzos de intervención en el abuso y abandono infantil tienen lugar después de que han ocurrido.

Todo ciudadano y en particular todo servidor público están obligados por ley a intervenir para brindar protección a un niño que pudiera ser víctima de violencia. Quien tuviera conocimiento de un posible caso en el que un niño requiere protección, puede dar aviso al Ministerio Público directamente o al DIF municipal, o en el caso de este sistema propuesto, dar aviso al equipo promotor (Oficina de Defensoría de los Derechos de la Infancia, 2005).

Dada la complejidad de las acciones necesarias en las primeras horas tras la detección de un caso que amerita la protección del Estado, los protocolos de acción dentro del punto de contacto inicia son fundamentales, un sistema de protección a la infancia debe adherirse por lo menos a los siguientes principios:

- ☑ **Interés superior del niño.** Este principio implica que toda acción por parte del Estado – obligadamente – debe atender de manera prioritaria las necesidades y el bienestar del niño. En la práctica de un sistema de

protección implica la obligación de todo servidor público de actuar oficiosamente en beneficio del niño al percatarse de una situación que lo vulnera

- ✓ **No separación de la familia.** Este principio implica en la clara definición de la acción del estado como subsidiaria y no sustitutiva de la familia. La obligación del Estado de coadyuvar con la familia en la crianza de los hijos y únicamente sustituir estos cuidados como última alternativa y por el menor plazo posible
- ✓ **Integralidad de los derechos.** Implica la obligación del Estado de garantizar el bienestar del niño en el total de sus esferas de vida
- ✓ **El niño como sujeto de derechos.** Implica el claro reconocimiento de que la acción de protección por parte del Estado es un derecho del niño. Por tanto, toda acción de protección debe estar sujeta a ser tutelada por medios jurisdiccionales existentes
- ✓ **Individualización.** Parte del reconocimiento de que cada niño debe ser atendido en consideración de sus condiciones y características particulares. Si bien el sistema debe brindar orientación y obligación sobre acciones generales, estas deben contemplar procedimientos para garantizar la adecuación individual de cada caso
- ✓ **Igualdad entre desiguales.** Este principio parte del reconocimiento de que la infancia tiene características estructurales que la diferencian de los adultos y de que este digno implica un trato diferenciado para resguardar su igualdad en cuanto a acceso a la justicia

Como en cualquier delito, existe la posibilidad de que la denuncia sea falsa, cuestión básica a dilucidar ya que de validarla o desestimarla depende tanto la seguridad del niño, como la futura libertad del adulto acusado (Boscaro, Ortalli y Sobrero, 2014). A continuación, se reseñan algunos criterios de veracidad respecto a la historia o situación (Save the Children, 2001):

- Da detalles concretos y precisos que se repiten en cada versión
- Narra una secuencia coherente
- Expresa sentimientos coherentes con los hechos que narra
- Pregunta qué debe de ser si vuelve a darse el abuso
- Explica cómo se llama la progresión de conductas

Sólo cuando comprendamos que niñas y niños son vulnerables por los ejercicios del poder que surgen de jerarquías construidas arbitrariamente como las diferencias sexuales, los roles de género, edad, posición económica, grupo étnico, ideología, etc. y que estas jerarquías o construcciones fomentan repetir esquemas de dominio, poder y sumisión, entonces comprenderemos cómo poder construir relaciones más equitativas y respetuosas de las diferencias.

### 1.6.2 Diagnóstico

Es evidente que las condiciones en las que participa un niño en un proceso no son las mismas en que lo hace un adulto, es indispensable reconocer y respetar las diferencias de trato, reconocer la atención especial que requiere la infancia para hacer efectiva su garantía de acceso a la justicia implica en primer lugar la adecuación procesal necesaria para que el niño pueda interactuar con el sistema de justicia, dichas adecuaciones deberán considerar fundamentalmente tres condiciones: 1) las características cognitivas (cómo piensa un niño), 2) las características emocionales (qué emociones dominan en la infancia y cómo las controlan) y 3) de desarrollo moral de la infancia, qué entienden por bien o por mal (Oficina de Defensoría de los Derechos de la Infancia, 2005).

La detección de un caso de abuso sexual se puede hacer a través de tres fuentes (Save the Children, 2001):

- Indicadores históricos. Se extraen de lo que cuentan sobre lo ocurrido. En este punto se abordan temas como el modo en el que ha de realizar una entrevista con un niño víctima de abuso sexual o cuestiones referentes a la fiabilidad del testimonio
- Indicadores físicos
- Indicadores comportamentales. De entre ellos, cabe destacar la sexualización traumática, la transmisión intergeneracional, los menores agresores sexuales, la impotencia y sentimientos de abandono. Se debe recordar igualmente que hay niños que pueden permanecer asintomáticos aunque estén viviendo un abuso sexual

Diferentes personas o profesionales pueden recibir la primera comunicación de la existencia de un abuso sexual. En la intervención inicial con la víctima lo fundamental es creer el testimonio de la víctima que comunica o reconoce un abuso. Los profesionales que requieren intervenir para resguardar la seguridad del niño/a deben actuar de manera empática, utilizando "congruencia emocional", que es la capacidad de colocarse mentalmente en el lugar del otro, comprenderle y tener disposición emocional que sea congruente, conseguir en posturas, gestos, palabras y conductas, tomarse totalmente en serio a la víctima de forma que se sienta comprendida, aceptada, valorada y consolada (López, 2014). La meta fundamental de una toma de declaración a un niño víctima es obtener un testimonio preciso y creíble, que se ajuste a la verdad, que resguarde el interés del niño y que además sea aceptable para el proceso. Contar con elementos prácticos a la hora de tomar declaración a un niño víctima es fundamental, considerando que es responsabilidad de quien toma la declaración crear las condiciones para que el niño declare. Se requiere una postura activa por parte de quien tome la declaración, en el sentido de "ir construyendo" junto con el niño, lo que sucedió (Oficina de Defensoría de los Derechos de la Infancia, 2009).

En la fase de diagnóstico tiene por objetivo esclarecer el grado de coerción necesaria en la intervención para garantizar la protección del niño. En esta etapa hay dos acciones separadas: 1) intervención inicial con la familia y 2) intervención

inicial con el niño, ambas se desarrollan de manera independiente y diferente. Se requiere buscar la manera idónea de conversar con el niño y con la familia de manera separada. De ser un caso en el que se sospecha que el niño puede ser víctima de violencia familiar, será necesario tomar precauciones para evitar que el niño pueda sufrir amedrentamiento o intimidación para hablar con libertad. El objetivo de la entrevista inicial es diagnosticar los recursos y capacidades de la familia para atender la situación que atraviesa el niño, esta intervención será importante para determinar si es necesaria una intervención penal – restitutiva o bien si la situación requiere de una intervención únicamente restitutiva para garantizar el bienestar del niño y en su caso definir la naturaleza de las medidas a tomar. En términos generales se busca diagnosticar lo siguiente (Oficina de Defensoría de los Derechos de la Infancia, 2005):

- ☑ *Grado de afectación emocional o depresión del adulto responsable.* Estimar las condiciones emocionales del adulto responsable para emprender acciones de protección al niño, es importante conocer si el adulto responsable está en condiciones de poder asumir los compromisos y acciones necesarias
- ☑ *Grado de negación en la familia / adulto responsable.* Éste tendrá un impacto directo en la capacidad de la familia/adulto responsable de emprender acciones de protección, depende de que la familia asuma la existencia de violencia y asuma responsabilidad de proteger al niño, se evalúa entonces la capacidad para garantizar su bienestar
- ☑ *Existencia y alcance de redes comunitarias y familiares.* Éstas son las herramientas con las que cuenta una familia para garantizar la protección de sus hijo/as en una situación de violencia. Estas redes de apoyo abarcan desde el apoyo emocional o económico que pueden brindar a la familia, hasta la cooperación en la crianza y cuidado de los hijos
- ☑ *Riesgo o peligro para la integridad física y emocional del niño.* Éste es el factor más importante a considerar para el desarrollo de una estrategia de intervención, mientras más alto sea el grado de riesgo mayor probabilidad de la necesidad de una intervención institucional que obligue se tomen las medidas necesarias para resguardar al niño

Es posible que el adulto responsable del niño desee y agradezca el apoyo que se le puede brindar. Pero también es posible que quien acompaña al niño niegue la existencia de la violencia o incluso forme parte de quienes la ejercen. En todos los casos, es claro que la protección del niño no quedará sujeto a la voluntad de la familia y que será obligación de los involucrados en atender el caso garantizar la integridad del niño bajo los medios que resulten necesarios.

De acuerdo con el Sistema de Protección de la Infancia del Estado de Chiapas (Oficina de Defensoría de los Derechos de la Infancia, 2005), la intervención inicial con el niño tiene por objetivo diagnosticar la situación que atraviesa el niño y sus condiciones, personales y familiares, para enfrentarla. El método central de la intervención es el fortalecimiento de la sensación de protección y seguridad del niño, en este sentido se cumple un propósito doble: se obtiene mayor información sobre la situación de riesgo y se fortalece la seguridad

del niño. La tarea de investigación será del Ministerio Público/Juez (según sea el caso) o en caso de no estar frente a un caso que requiere intervención penal, los detalles de lo vivido serán materia de un proceso terapéutico especializado.

En este momento es necesario tan solo tener una idea general de lo que está viviendo el niño que nos permita determinar con mayor seguridad las medidas de protección necesaria. En particular se desea diagnosticar:

- *Confirmación del tipo de violencia que viven el niño.* Obtener información sobre la gravedad de la situación y por tanto el grado de coerción necesaria para protegerle
- *Detección de amenazas o temores en el niño.* Detectar si el niño ha sido amenazado y por tanto guarda silencio. Es necesario detectar si el niño tiene algún temor específico, estos temores pueden haber sido transmitido por el agresor como estrategia para ocultar lo sucedido
- *Relaciones significativas para el niño.* Es necesario conocer los recursos más significativos para el niño, esta información será de gran utilidad al momento de diseñar una estrategia de intervención restitutiva. Será necesario cuidar que en toda intervención se resguarden y potencialicen las relaciones más significativas para el niño

### **1.6.3 Plan de intervención**

Una vez que el equipo promotor ha terminado el diagnóstico inicial tanto con la familia como con el niño, se reúne para determinar la estrategia de intervención a seguir. Es sumamente importante que en esta reunión se encuentre presente el equipo en su totalidad y que se anote con claridad la justificación y razonamiento que sustenta la propuesta. Así mismo, es necesario que la propuesta de plan de intervención sea detallada y completa exponiendo con precisión quién podrá brindar cada uno de los servicios u acciones propuestas (Oficina de Defensoría de los Derechos de la Infancia, 2005).

Se debe escuchar y registrar la opinión de la familia y del niño sobre el plan, muchos de los aspectos logísticos del mismo deberán estar de acuerdo con la realidad cotidiana de la familia. Que la familia y el niño estén de acuerdo y con disposición para ejecutar el plan de intervención, será el mejor escenario para el éxito del plan. Cuando la familia no esté de acuerdo con alguna medida necesaria para la protección del niño, es necesaria la intervención de la autoridad de manera coercitiva, el equipo promotor junto con el consejo de autoridades municipales deberán definir la mejor forma de exponer las acciones de protección a la familia. Entre otras estrategias, la presencia del síndico municipal o incluso de alguna autoridad moral para la familia puede ser útil al momento de exponer el plan de intervención (Oficina de Defensoría de los Derechos de la Infancia, 2005).



El grado de gravedad presenta una variable para la determinación de acciones a favor del niño, aún cuando la familia cuenta con altos grados de aceptación y disposición para atender un problema, no se puede omitir la notificación al ministerio público ante la comisión de delitos graves. Abuso sexual, violación y otras formas graves de violencia no pueden ser atendidas únicamente desde la intervención restitutiva (Oficina de Defensoría de los Derechos de la Infancia, 2005).

La coerción penal implica la notificación a las autoridades ministeriales para el investigación de un posible delito, además, se deberá desarrollar una estrategia de intervención en donde se formalizarán ante un juzgado familiar las medidas de custodia y cuidados necesarios para garantizar los derechos del niño. La coerción restitutiva implicara a la formalización de las medidas necesarias ante un juez de lo familiar, la consecuencia del incumplimiento de estas condiciones significa la pérdida de custodia o inclusive la iniciación de una denuncia penal. Toda intervención para la protección de un niño requiere de un plan recitativo, independientemente de que el caso implique acción penal o no, familia requerirán de una intervención restrictiva derechos (Oficina de Defensoría de los Derechos de la Infancia, 2005).

Figura 5. Acuerdos y pasos a seguir con el niño y su familia

Coerción Penal - Restitutiva	Coerción restitutiva
<p><b>1.</b> Ante la necesidad de intervención penal se da aviso al Ministerio Público participante en el programa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar al MP toda la información del caso y plan de intervención propuesto. Dar a conocer peligros en que se encuentre el niño que requiera acciones inmediatas y provisionales para su protección</li> </ul>	<p><b>1.</b> El equipo promotor gestionará los servicios y acciones necesarias y acordadas en el plan de intervención, posteriormente acompaña al niño y a la familia.</p>
<p><b>2.</b> MP determina la ruta a seguir, se acuerda el mejor momento para la toma de declaración del niño</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajar con la familia del niño o quien esté a cargo de su cuidado para que éstos puedan acompañar al niño en las mejores condiciones</li> <li>• En el tiempo y forma acordados, el grupo promotor acompañará al niño trasladándose a la agencia o tribunal correspondiente para la diligencia</li> <li>• Acordar con el MP cualquier otra diligencia en la que el niño deba participar</li> </ul>	<p><b>2.</b> El equipo promotor presenta el caso ante Juez de lo familiar exponiendo las propuestas de medidas restitutivas que deberán obrar como resolución judicial para la protección del niño. Una vez acordado con el Juez la forma idónea para la formalización de dichas medidas, el Juez expone al equipo promotor las diligencias necesarias a realizar con la familia. Se buscará que dichas diligencias puedan ser desahogadas en un solo acto o de la manera más expedita posible. El equipo promotor explicará estas medidas a la familia y al niño y acompañará a estos a realizar las diligencias necesarias</p>

<p><b>3.</b> Al momento en que se tomará la declaración del niño el equipo promotor brindará toda la información que tiene sobre el contexto del niño, estado emocional y otros elementos que le serán útiles durante la toma de declaración</p>	<p><b>3.</b> El equipo promotor brinda seguimiento jurídico y asistencial al niño y la familia conforme a los tiempos y mecanismos ratificados ante el Juez de lo familiar. Juzgado familiar recibe informes sobre el desarrollo de la intervención restitutiva considerada necesaria para el resguardo de los derechos del niño y vela por su estricto cumplimiento</p>
<p><b>4.</b> Con el contexto aportado al MP por el equipo que ha intervenido con la familia y el niño, se puede iniciar la toma de declaración infantil (el personal determinado para este efecto puede ser MP o psicólogo adscrito)</p>	<p><b>4.</b> En caso de incumplimiento de los compromisos ratificados ante Juez de lo familiar, el equipo promotor hará la gestión necesaria para que las autoridades municipales en representación del niño procedan a iniciar las acciones civiles o penales que correspondan para garantizar la integridad y derechos del niño</p>
<p><b>5.</b> Tras haber tomado la declaración del niño el MP procede a tomar la declaración de los adultos que lo acompañan</p>	
<p><b>6.</b> En el plazo acordado el equipo promotor iniciará, junto con el responsable legal del niño o de manera oficiosa en representación del niño, el procedimiento ante Juez de lo familiar que formalice la naturaleza obligatoria de las medidas restaurativas consideradas necesarias para garantizar los derechos de los niños</p>	
<p><b>7.</b> El equipo promotor brindará seguimiento jurídico y asistencial al niño y a la familia conforme a los tiempos y mecanismos ratificados ante el Juez de lo familiar El MP integra la averiguación y ejerce, en su caso, la acción penal velando por el interés superior del niño a través del proceso. Es informado inmediatamente de toda resolución judicial en materia familiar, particularmente aquella que pone fin a las medidas de coerción que hubiere dictado. El Juzgado familiar recibe informes sobre el desarrollo de la intervención restitutiva considerada necesaria para el resguardo de los derechos del niño y vela por su estricto cumplimiento</p>	

*Fig. 5.* Adaptado de Sistema de Protección a la Infancia del Estado de Chiapas (Oficina de Defensoría de los Derechos de la Infancia, 2005).



Durante el proceso legal se debe recordar al niño que se busca mantener su seguridad y bienestar; el impacto de revelar el abuso sexual se convierte en una realidad y el niño puede ser forzado a hablar del abuso con personas y profesionales a quienes no conoce, lo que genera diferentes reacciones: a) Sentimientos conflictivos hacia el abusador, especialmente si el abusador es alguien a quien el niño o adolescente quiere, admira o simpatiza; b) Culpabilidad por el efecto que la revelación del abuso pueda causar en la familia del abusador; c) Inseguridad o vergüenza si el niño tiene recuerdos confusos o no muy claros sobre los detalles del abuso o si él siente que pueda haber provocado el abuso.

Con frecuencia los niños y adolescentes que han sido abusados sexualmente requieren enfrentar un proceso legal, tomar acciones legales puede ser un paso muy importante para ayudar a los niños y sus familias a recuperarse después del trauma del abuso sexual infantil, sin embargo, la acción legal también puede aumentar el estrés de enfrentarse y manejar retos de la vida después del abuso. En casos de protección de menores, tomar acción legal les da a los niños o adolescentes la oportunidad de hacer valer sus derechos y denunciar a la persona que los abusó. Participar en un juicio o una demanda civil, le asegura al niño o adolescente que hay personas que le creen, le apoyan y están tratando de que al abusador se le haga responsable por lo que ha hecho. A continuación se presentan algunas de las preocupaciones más comunes que se pueden tener cuando se va a un juicio por abuso sexual, así como algunas sugerencias de cómo manejar o disminuir estas preocupaciones en los niños (NCTSN, 2014 y 2012).

Figura 6. Principales temores y realidades respecto a acudir a un proceso legal

<p><b>Pérdida de la privacidad</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es posible pedir que sólo las personas necesarias en el caso (abogados, testigos, oficiales de la ley) sean permitidas en el proceso legal</li> <li>• Se debe hacer todo lo posible para proteger su privacidad</li> <li>• Es importante reiterarle al niño que no es el responsable de lo que sucedió, sino que lo es el abusador</li> </ul>
<p><b>Miedo a represalia</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usualmente en casos criminales el acusado tiene orden de la corte de no tener contacto con la víctima o con su familia, esto también ocurre en casos de custodia o en casos de protección de menores</li> <li>• Ayude al niño o adolescente a hablar de sus miedos. Es importante ser honesto acerca de la posibilidad de que ciertos temores se hagan realidad y hacer lo posible para mantener bajo control los temores que no son reales</li> </ul>
<p><b>Preocupación es financieras</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los niños generalmente son sensibles a las preocupaciones financieras de sus padres y pueden culparse por haber causado problemas económicos</li> <li>• Es importante recordarle al niño que no tiene la culpa por esa situación y que hay recursos disponibles para ayudarles</li> </ul>

**Ausentarse a la escuela por ir a la corte y a otras citas importantes**

- Es posible comunicarse con la escuela para que tomando en cuenta las necesidades relacionadas con la situación de abuso, el niño tenga la oportunidad de terminar su trabajo escolar

Fig. 6. Adaptado de Abuso sexual infantil: manejar el estrés emocional que puede producir la interacción con el sistema legal (NCTSN, 2009).

En todos los casos será necesario garantizar un espacio para el saneamiento psicológico del niño. De acuerdo con la norma internacional de protección de los derechos de la infancia, en México, para promover una defensa y protección de sus derechos, las instituciones del D. F., contarán con el personal capacitado y serán instancias especializadas con funciones de autoridad para la efectiva procuración del respeto de éstos derechos. Los servicios de urgencia han de proporcionarse cuando existe un serio e inminente peligro para la salud y la seguridad básica del niño, este tipo de servicios pueden suponer la salida del hogar.

Las vivencias que dieron origen a la intervención para proteger al niño deberán ser comprendidas y resueltas por él a nivel emocional, así también puede haber necesidades médicas que requieran de intervenciones futuras o seguimiento puntual. En este sentido el plan de intervención debe prever los servicios necesarios para garantizar la salud física y mental del niño. Deberá especificarse la institución responsable de impartir los servicios psicológicos, psiquiátricos o médicos necesarios, así como las obligaciones que implica su cumplimiento para la familia o el adulto responsable del cuidado del niño. El plan también debe contemplar la restitución del niño con relación a la educación, es necesario prever acciones para integrar, reintegrar o regularizar el niño en su desarrollo educativo. Independientemente de lo que se determine mejor para el niño con respecto a la relación con sus padres, la relación entre hermanos deberá resguardarse al máximo posible (Oficina de Defensoría de los Derechos de la Infancia, 2005).

La intervención terapéutica individualizada no debe ser la única estrategia a seguir cuando se han detectado situaciones de abuso. Uno de los objetivos de la intervención terciaria es evitar la revictimización de los niños y niñas, se requiere una intervención psicoeducativa en ámbitos educativo, servicio social, entre otros. Para evitar la revictimización del niño, lo primero que se ha de adoptar son las medidas necesarias de protección tanto administrativas como judiciales (Save the Children, 2001). Toda vez que el niño logre hablar de los efectos del trauma, en un contexto de escucha, soporte y comprensión, tendrá un efecto benéfico. Con la ayuda del terapeuta se promueve un proceso para sanar y desarrollar fortaleza y coraje para confrontar el dolor (Easton y West, 2002).

Es una realidad la terrible situación en la que se encuentran los menores que han sido y son víctimas de delitos sexuales. Y ello porque, en los casos de abusos sexuales, los niños, además de sufrir el mal infinito de la agresión, sufren -

posteriormente- el calvario del proceso penal. Según recientes investigaciones, esta victimización secundaria genera en los menores un fuerte estrés y ansiedad al tener que actuar como testigos. Los expertos entienden que estos factores se producen porque el niño-víctima del delito suele ser sometido a interrogatorios múltiples no continuados. Primero en la comisaría, luego en el juzgado de instrucción y finalmente en el juicio oral. Entre la comisión del delito y la denuncia y, entre ésta y el testimonio del menor ante el Juez de Instrucción, normalmente transcurre un mes. Sin embargo, entre la denuncia y la celebración del juicio oral pueden llegar a transcurrir aproximadamente dos años. Las demoras, además, dan la oportunidad de que surjan en el niño sentimientos de culpa y, por supuesto, producen efectos negativos sobre la memoria (Save the Children, 2001).

Hay casos en los que es necesario tomar medidas inmediatas y restrictivas para garantizar la protección del niño, esto puede implicar el traslado temporal del niño a un lugar seguro (redes familiares o comunitarias) o bien en espacios a cargo del Estado. En los casos de abuso sexual, dejar al niño en el domicilio puede suponer dos tipos de riesgo: a) la ocurrencia del abuso y b) la aparición de maltrato emocional. Hay dos razones por las que se ha defendido la idoneidad de los sistemas de acogida para tratar el abuso infantil, primero porque conllevan a alejar al niño de sufrir daños, proporcionándole un entorno estable y positivo desde el punto de vista terapéutico, y, segundo, porque así la familia que lo maltrata dispone de un tiempo para someterse a tratamiento psicológico. La separación del medio familiar o de peligro es una medida de rehabilitación siempre que se haga dirigiendo al niño a un medio adecuado (Faller, 1990; Sanmartín, 2005).

La separación del niño de su familia deberá darse únicamente cuando ésta sea indispensable para la protección del niño. La institucionalización del niño debe ser una alternativa únicamente cuando se han agotado todas las opciones familiares y comunitarias o bien cuando por la naturaleza del caso sea necesaria la institucionalización especializada para el desarrollo del niño. Todo caso de institucionalización del niño, deberá velar por mantener en el mayor grado posible el contacto y la convivencia del niño con sus padres, hermanos y otras personas significativas para él. Toda institución que asume la custodia de un niño deberá cumplir con los requisitos de ley relativos a la asistencia social para niños y quedar bajo estricto seguimiento y supervisión del desarrollo del niño dentro de sus instalaciones (Oficina de Defensoría de los Derechos de la Infancia, 2005).

El Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas es una institución, dentro de la Procuraduría General de Justicia capitalina, encargada de brindar asistencia y protección a los menores de edad que se encuentran en situación de abandono, conflicto, daño o peligro, ya sea porque sufren algún tipo de agresión sexual, de maltrato físico y/o psicológico; porque sus padres se encuentran inmersos en una separación o divorcio complicado o están siendo investigados o juzgados por su presunta responsabilidad en algún delito y no existe familiar alguno que se pueda hacer cargo de estos infantes (PGJ DF, 2014).

Cuando la mejor alternativa para los niños es vivir en residencias es necesario que se establecen objetivos básicos, que se consideran fundamentales para el trabajo con niños en entornos residenciales. En él se distinguen: objetivos de desarrollo personal y objetivos de adaptación a determinados contextos. La hipótesis que subyace a este planteamiento es que una adecuada socialización del niño requiere una serie de aprendizajes continuados que se consolidan en repertorios básicos (colectivo-intelectuales, respuestas emocionales y afectivas, habilidades autonomía personal y habilidades sociales, etcétera). Éstos aprendizajes, mismos que determinan el nivel de desarrollo del niño, son los que se requieren para lograr un comportamiento adecuado y adaptativo en cada uno de los contextos sociales esenciales del ser humano, familia, escuela, centro de trabajo, relaciones sociales, vecinales, asociativas, etc.

Figura 7. Objetivos individuales y objetivos de adaptación en residencias

Objetivos de desarrollo individual	Objetivos de adaptación e integración a contextos sociales
<p><b>Desarrollo intelectual y cognitivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades intelectuales básicas</li> <li>• Atención</li> <li>• Concentración</li> <li>• Memoria</li> <li>• Razonamiento</li> </ul>	<p><b>Contexto familiar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimiento de relaciones familiares (visitas, salidas, etc.) con la frecuencia e intensidad que los propios intereses del menor aconsejen</li> <li>• Generalización de los aprendizajes realizados en la residencia del contexto familiar</li> <li>• Participación de la familia en el plan individual del menor. Coordinación de normas educativas y objetivos entre familia y residencia</li> </ul>
<p><b>Habilidades lingüísticas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento y expresión de vocabulario</li> <li>• Lectura</li> <li>• Escritura</li> </ul>	<p><b>Desarrollo de habilidades instrumentales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades autonomía personal (aseo, higiene, alimentación, etc.)</li> <li>• Habilidades sociales (empatía, establecimiento de relaciones, participación en grupo, manejo de situaciones sociales, utilización de recursos comunitarios, etc.)</li> <li>• Educación sexual y para la salud</li> </ul>
<p><b>Desarrollo afectivo, emocional y motivacional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoconfianza, autoestima</li> <li>• Autocontrol y expresión de sentimientos</li> <li>• Adquisición de valores e intereses</li> <li>• Vinculaciones afectivas</li> </ul>	<p><b>Contexto escolar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencia regular y puntual</li> <li>• Asimilación de normativas, obligaciones y derechos</li> <li>• Rendimiento escolar adecuado al desarrollo y potencial del menor</li> <li>• Integración social (relaciones adecuadas con compañeros, profesorado y personal de la escuela)</li> <li>• Coordinación e intercambio de información con profesores y tutores</li> </ul>

	<b>Contexto residencial</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asimilación de normativas, obligaciones y derechos</li> <li>• Integración en el grupo de compañeros y vinculación a educadores concretos</li> <li>• Adquisición de hábitos de trabajo escolar</li> </ul>
	<b>Contexto comunitario</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integración en el vecindario o núcleo inmediato de la residencia (fomento de amistades, visitas, etc.)</li> </ul> Utilización de los recursos de la comunidad

Figura 7. Adaptado de Paul, J. y Arruabarrena (2001).

Es así como el Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas, tiene como objetivo apuntalar el respeto y la protección de los derechos de las y los niños de cero a 12 años de edad víctimas de delitos como violencia familiar, abuso sexual, abandono de persona, entre otros, o que se encuentren en una situación que pueda privarlos de sus derechos fundamentales. Es a través de las Subdirecciones de Trabajo Social, Psicología, Servicios Médicos, Nutrición y Pedagogía, el Centro de Estancia Transitoria que proporciona a las niñas y niños atención integral especializada por medio de personal capacitado y sensibilizado, con el objetivo de darles las herramientas necesarias para su empoderamiento (Procuraduría General de Justicia, 2015).

La Subdirección de Psicología tiene la responsabilidad de evaluar y proporcionar a las y los niños que se encuentran en el Centro, terapia en la materia con el objetivo de que adquieran herramientas de autoconocimiento que mejoren la imagen de sí mismos, su relación con el entorno y promover su adecuado desarrollo psicoemocional, sus funciones son las siguientes (Procuraduría General de Justicia, 2015):

- Evaluación y tratamiento psicológico, intervención para el desarrollo psicomotriz, y evaluación de convivencias con familiares
- En colaboración con la Fiscalía para la Atención de Niños, Niñas y Adolescentes, se emiten valoraciones psicológicas, reportes de convivencia, notas informativas que coadyuven a resolver la situación jurídica de la niña o niño, tomando en consideración el motivo de ingreso al Centro de Estancia Transitoria
- En colaboración con instituciones especializadas como la Universidad Nacional Autónoma de México y la Universidad Autónoma Metropolitana, se ha implementado el Programa de Psicoterapia Infantil que tiene como finalidad promover la participación de estudiantes en materia de psicología en la evaluación y tratamiento de las y los niños que ingresan.

Un punto fundamental en el trabajo de psicoterapia infantil, cuando son referidos o en este caso atendidos dentro de una institución, es la comunicación entre el terapeuta y el los distintos profesionales que buscan salvaguardar la integridad del niño. Si aquellos que refieren al niño comprenden los principios de la

terapia de juego, normalmente cooperarán y podrá esperarse una relación laboral productiva. En general, es mejor si el terapeuta de juego mantiene la confidencialidad acerca de los detalles de las sesiones, a menos por supuesto que se revele un maltrato ulterior, actividad criminal o asunto de preocupación. Con el conocimiento del niño, es apropiado que el terapeuta se reúna en cierto momento con el trabajador social, custodio o quien refiera al niño y que atienda las revisiones del caso de modo que pueda producirse retroalimentación, se discuta el progreso y se compartan las preocupaciones (West, 2000).

En los casos en que los niños se encuentran bajo custodia institucional, la confidencialidad debe modificarse. El terapeuta puede compartir la esencia de las sesiones con el encargado principal del niño, con el interés de que éste apoye el trabajo y el bienestar del niño dentro del equipo del personal y en la institución en general. Resulta útil que el trabajador social, o quien conozca bien los antecedentes del niño vea las notas del caso y coloque el material en contexto. Los niños que han vivido situaciones de maltrato o que se encuentran sometidos a un proceso legal, con frecuencia requieren hacer consideraciones especiales respecto a la confidencialidad. La responsabilidad y confidencialidad deben quedar claros entre el terapeuta de juego, el niño, la familia, la persona que refiere, etc. (West, 2000).

Figura 8. Esquema de confidencialidad acerca del contenido de las sesiones de terapia de juego

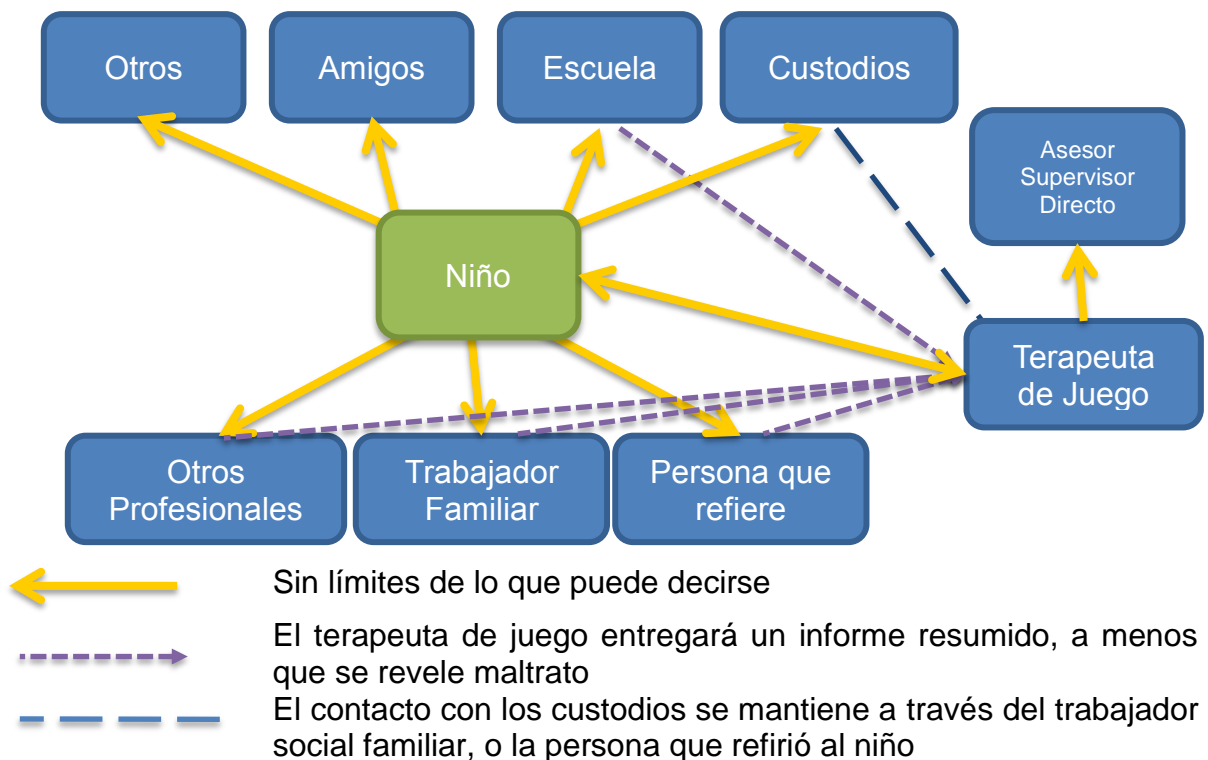


Figura 8. Adaptado de West, 2001

El terapeuta de juego se apoya en la retroalimentación, por lo común, de la persona que hace la referencia, de modo que el informe cotidiano de la conducta del niño pueda corresponder con lo que se experimenta en el cuarto de juego. Esta información no debe utilizarse jurídicamente contra el niño, pero ayuda a sopesar la efectividad de las sesiones de juego.

Se debe hacer conscientes a las personas que han hecho la referencia, de que en general los niños no brindan mucha información de manera voluntaria acerca de lo que sucede en el cuarto de juego y se les pide a los adultos que los respeten y no traten de forzarlos. Todas las partes necesitan confirmar los detalles prácticos acerca de cuándo y dónde tendrán lugar las sesiones, los arreglos de transporte y acompañantes, entre otras (West, 2000).

Finalmente, se ha reconocido el maltrato infantil como una problemática mundial, que impacta no sólo al individuo, sino a nivel social, este reconocimiento ha permitido que se explore más acerca de este fenómeno, dando lugar a diversas investigaciones, modelos de atención e incluso instancias que brinden atención a las víctimas del maltrato.

Mediante el conocimiento generado, se aportan datos valiosos que contribuyen de manera significativa en el entendimiento de las implicaciones que conlleva el maltrato, y particularmente en el caso de los menores.



## **CAPÍTULO 2. MODELOS DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA PARA EL ABUSO SEXUAL**

Muchos estudios e investigaciones han determinado el carácter de la violencia como un fenómeno psicosocial cuya etiología responde a una muy variada y heterogénea cantidad de factores de riesgo, pero que por esa condición, no pueden ser abordados de manera aislada, pero una vez que confluyen unifican su efecto y poder para hacer de la violencia una psicopatología social que aunque algunas instituciones digan lo contrario, su efecto devastador no ha sido controlado ni muchos menos erradicado.

El abuso sexual se refiere a cualquier tipo de actividad sexual con un menor desde una posición de autoridad sobre él, donde el menor se ve involucrado en actos sexuales que, por su etapa de desarrollo, no es capaz de evaluar en sus contenidos y consecuencias. Muchos son los factores de impacto que determinarán el curso del proceso así como las consecuencias para las víctimas: la duración, frecuencia, intensidad y tipo de abuso, el uso o no de la violencia física, la edad del agresor y de la víctima, la identidad del abusador, el número de abusadores, la personalidad de la víctima, la influencia de su entorno y la implicación de la víctima en un proceso judicial (Sasso y Schmidt, 2009).

Los resultados de los estudios con respecto de su frecuencia varían en gran medida. El número de casos que se reportan es también mucho menor que el de los que se supone que ocurren, en parte porque en la mayoría de los casos el abuso por parte de un familiar no se reporta en el momento (Sarason y Sarason, 1993).

El proceso de intervención para fomentar la salud integral del niño inicia desde el reconocimiento del niño de haber vivido abuso, el reconocimiento y aceptación de que ha ocurrido un evento traumático que ha sido doloroso. La exploración y procesamiento del trauma es necesaria por diferentes razones (Easton y West, 2002):

- Tomar conciencia y experimentar los aspectos cognitivos y afectivos del trauma ayudan a disminuir las tendencias disociativas
- Descubrir y explorar creencias falsas acerca de la experiencia de abuso, para prevenir una baja autoestima o sentimientos de culpa y responsabilidad por el abuso
- Elaborar el trauma y/o procesar los sentimientos, cogniciones y creencias relacionadas favorece que el impacto del trauma reduzca su intensidad y consecuencias. El terapeuta puede ayudar a contener y dar soporte al niño, así como promover la fortaleza y factores de protección
- La terapia ayuda a desarrollar y fortalecer al niño. Mediante la comprensión y conocimiento sobre el abuso, el niño puede sentirse menos abrumado e impotente, lo que proporciona un alivio y sensación de control al niño



- El niño es ayudado a expresar y manejar el dolor del maltrato y abuso. Los niños tienen miedo de vivir dolor emocional, y muchas dificultades y síntomas e desarrollan por los numerosos intentos de evitar el dolor natural o necesario. Con la ayuda del terapeuta, el niño aprende que sentirse mal es una respuesta natural después de haber vivido una experiencia traumática

La investigación en psicoterapia, ha dado cuenta de la existencia de variables específicas e inespecíficas, que influyen directamente en la efectividad de la terapia. Las variables específicas están asociadas a las técnicas e intervenciones específicas que caracterizan a cada modalidad psicoterapéutica, mientras que las variables inespecíficas se refieren a las condiciones generales de la terapia, tanto del consultante, del terapeuta y de la relación terapeuta – paciente (Santibañez, Román, Chevenard, Iribarra y Muller, 2008). De acuerdo con Lambert (1991 citado en Bagladi, 2003), el 85% de los logros se daría por las variables específicas, mientras que sólo el 15% correspondería a las variables inespecíficas de cada modelo de psicoterapia. Dentro de las variables inespecíficas, el 30% de logro en terapia corresponde los factores comunes de la relación terapéutica, el 40% al cambio extra terapéutico y el 15% a las expectativas del resultado del proceso terapéutico. Éstas últimas corresponden a lo que el paciente sale de la ayuda que se le va a proporcionar (Norcross, 2002; Lambert, 1991 citado en Bagladi, 2003).

Se requieren hacer algunas adecuaciones importantes al trabajar con niños que han vivido experiencias traumáticas, la primera de ellas es identificar en qué etapa del desarrollo se presentó la experiencia traumática, la segunda consideración es evaluar si durante su desarrollo ha experimentado alguna forma de reparación o vive en constante miedo. Se ha reportado que los niños que han tenido experiencias traumáticas presentan un hiper arousal, pasando de una conducta polarizada a otra, desarrollando un modo de protección que puede ser mediante el alejamiento de otros o bien con respuestas agresivas (Drewes, Bratton y Schaefer, 2005).

Debido a que los distintos enfoques de psicoterapia para el trabajo con niños utilizan el juego como un elemento crucial en la terapia, se reconoce a la terapia de juego como una relación dinámica interpersonal entre un niño y un terapeuta entrenado en los procedimientos de terapia de juego, quien proporciona materiales de juego selectos y facilita el desarrollo de una relación segura a través de la cual el niño expresa y explora sus sentimientos, pensamientos, experiencias y conductas, empleando su medio de comunicación que es el juego (Landreth, 1991).

La terapia de juego surge como una alternativa efectiva para los niños que han experimentado situaciones de estrés. El juego se utiliza ya que es el medio de comunicación natural, permite la autoexpresión y experimentación, es una alternativa que puede trabajar a nivel sensorial, es decir, sin lenguaje verbal. El juego es el medio natural de autoexpresión que utiliza el niño. Es una oportunidad

que se le da para que exprese sus sentimientos y problemas, de la misma manera que un individuo puede verbalizar sus dificultades en ciertos tipos de terapia con adultos (Axline, 1997).

## **2.1 Puntos de acuerdo entre distintas aproximaciones**

Se deben generar espacios de consenso en lo referente a la toma de decisiones y que necesariamente tendrían que considerar dos instancias de acción; por un lado poner en práctica y a la brevedad posible programas psicosociales que brinden protección y seguridad a las víctimas, brindándoles apoyo psicoterapéutico individual y complementando con la creación de comunidades terapéuticas, y por otro lado desarrollando programas de intervención y prevención respecto a la otra “cara de la moneda” que contempla a los victimarios. Para lo cual es preciso reconsiderar ciertas posturas en las actuales políticas en la perspectiva de género sin entrar a la satanización del conflicto, evitando de esa manera cualquier posición tangencial en estructuras de pensamientos que radicalizan la reivindicación de género como una lucha de poderes en muchos casos. Se deben poner en marcha programas de prevención e intervención basados en una diversidad paradigmática (Serrano, 2010).

Para minimizar las consecuencias del abuso sexual es necesario que las víctimas tengan un tratamiento adecuado dependiendo del tipo de abuso acontecido y sobre todo pertinente a las áreas que se han visto afectadas. A continuación se realiza una revisión de diversos tratamientos y estudios realizados en cuestión de abuso sexual infantil y violencia de género.

El abuso sexual presenta diferentes formas y por tanto también el tratamiento ha de ser diferente. Se distingue el tipo de intervención según su grado de urgencia, ya que no es igual una intervención en el momento de la crisis que una intervención a mediano o largo plazo. El tipo de intervención depende también de las necesidades específicas del menor y de la severidad de sus problemas. Deben tenerse en cuenta además, las características del niño: edad, capacidad verbal, madurez emocional, etc. (Arruabarrena y De Paúl, 1994; Peterson y Urquiza, 1993).

Portillo (2004) considera que los objetivos del tratamiento psicológico de niños víctimas de abuso sexual se centran en ayudar al menor a entender, integrar y resolver aquellas experiencias que afectan su desarrollo, a sus pautas de interacción con el entorno y a su seguridad.

Una línea de trabajo en atención terapéutica es la **atención en crisis**, el objetivo principal es ayudar a la persona a recuperar el nivel de funcionalidad que tenía antes del incidente que precipitó la crisis, con una duración aproximada de una a seis sesiones. Además, entre más cercana sea al momento de inicio de la crisis se elevan las oportunidades del usuario para crecer, al obtener el dominio de la situación y reorganizar su vida. En este tipo de terapia el tiempo para la intervención es corto, por lo que se requiere que los terapeutas sean directos,

orientados a la consecución del trabajo de la crisis, pues los pacientes deben fortalecerse para hacer todo lo que puedan por ayudarse a sí mismos (Valladares, 2011).

Slaikeu (1996) considera que una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas. Ante este tipo de situaciones define dos formas de intervención:

- **Intervención de primera instancia o primeros auxilios psicológicos.** Los cuales se dan dentro de los primeros minutos u horas; por personal de centros comunitarios con el fin de restablecer el enfrentamiento inmediato, reducir la mortalidad y enlazar con algún recurso de ayuda. De igual forma tiene cinco componentes:
  - Realizar el contacto psicológico
  - Examinar las dimensiones del problema
  - Analizar posibles soluciones
  - Asistir en la ejecución de la acción concreta
  - Seguimiento
  
- **Intervención de segunda instancia o terapia para crisis.** Esta se da dentro de las primeras semanas o meses, es impartida por psicoterapeutas u orientadores, se realiza en ambientes de terapia (clínicas, instituciones o consultorios privados). Sus metas son resolver la crisis, translaborar el incidente de la crisis e integrar el incidente a la vida. Se realiza una evaluación con la entrevista del usuario, en donde se identificarán las siguientes modalidades:
  - Conductual
  - Afectiva
  - Somática
  - Interpersonal
  - Cognoscitiva
  
- Una vez realizado el perfil multimodal, se realizará el tratamiento para la resolución de la crisis, el cuál consta de cuatro tareas:
  - Supervivencia física
  - Expresión de sentimientos
  - Dominio cognoscitivo
  - Adaptaciones conductuales/interpersonales

El proceso terapéutico deberá comenzar desde que la familia descubre el abuso es necesario habilitar confrontación y acompañar al menor en el proceso jurídico explicándoles paso a paso información adecuada de lo que ocurrirá jurídicamente (Fabela, 2015). Es necesario aclarar que uno de los objetivos de intervención tiene como meta la seguridad de los niños y evitar que ocurran nuevos sucesos traumáticos.

Silva (2014) describe y analiza las conceptualizaciones que los psicoterapeutas chilenos tienen del abuso sexual infantil, sus parámetros de logros terapéuticos y sus expectativas previas de la terapia. Los objetivos terapéuticos son diversos, destacando además la prioridad de establecer objetivos que involucren lo individual, familiar, contextual y a largo plazo. Los que destacan son:

- Detención y protección frente al abuso sexual infantil
- Resignificación de la experiencia abusiva
- Aclaración y comprensión del abuso sexual infantil
- Revinculación y fortalecimiento de las redes de apoyo
- Fortalecimiento de la autoestima

Los diferentes modelos de intervención en el tratamiento psicológico del abuso sexual pueden ser clasificadas como terapias individuales o grupales, siendo privilegiado el trabajo individual. Vallejo y Córdoba (2012), señalan que las más utilizadas son las que siguen un enfoque psicodinámico y psicoanalítico; otro modo de intervención es el enfoque cognitivo conductual, donde se utilizan técnicas como la desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva, entre otras; otro modo de intervención es la farmacoterapia con el uso predominante de los antidepresivos y ansiolíticos; las terapias alternativas con modalidades terapéuticas como la programación neurolingüística, los grupos focales, las terapias de escritura y las terapias con enfoques de género.

La propuesta de tratamiento para víctimas de abuso sexual, requiere que se consideren algunas características que propicien un ambiente de confianza en el espacio en donde comenzará su proceso de reintegración a los contextos, como primera instancia el psicólogo o terapeuta debe escuchar sin juicios de valor, pero sobre todo sin que evada ni ignore sus sentimientos. El profesional encargado de guiar el trabajo terapéutico debe de cuidar de hacer dentro de la terapia a víctimas de abuso sexual:

1. No se deben hacer reproches al niño o niña
2. Evitar transmitir actitudes de culpa
3. No utilizar actitudes sobreprotectoras
4. Evitar expresar vergüenza o descontrol

Martínez (2011) agrega algunas características que permiten se construya un ambiente de empatía:

- ☑ Escuchar con interés lo ocurrido, transmitiendo un clima de comprensión
- ☑ Facilitar la expresión de pensamientos, sentimientos y emociones
- ☑ Transmitir calma, confianza y protección
- ☑ Aconsejar la denuncia, esta puede contribuir al restablecimiento de la sensación de control
- ☑ Buscar solución a los problemas inmediatos, brindar protección
- ☑ Responsabilizar sólo al abusador de las consecuencias de su conducta (es muy importante quitar sentimientos de culpa en el Infante; sin embargo, es necesario que se trabaje con el niño(a) que existen medidas preventivas para no volver hacer abusado
- ☑ Acercarse a las redes de apoyo

El contexto terapéutico supone el establecimiento de una relación no abusiva, en donde se explicita el marco de la terapia, esto es lograr establecer una relación cooperativa en la que el terapeuta sea explícito en sus opiniones profesionales, sea claro al exponer información necesaria sobre él y el tratamiento de manera clara, debe favorecer un rol activo del consultante en la dirección que deba tomar la terapia (Huerta, 2015).

Uno de los objetivos iniciales en el abordaje del abuso sexual tiene que ver con el relato de la experiencia de abuso y los sentimientos causados por ésta. De esta manera el niño podrá asimilar el suceso al eliminar estrategias defensivas o mecanismos de defensa tales como la disociación y la negación de la experiencia, los cuales impiden la superación del trauma. La disociación se refiere a la división de la cognición y la emoción, es decir, podrá relatar el hecho traumático sin ligarlo a la emoción y sentimientos que en ese momento (el acto abusivo) ocurrió. De este modelo, el tratamiento pretende que el niño modifique las respuestas cognitivas, sexuales, afectivas y conductuales, para que pueda adaptarse a la sociedad que le rodea. El terapeuta debe tratar de crear en el niño un autoconcepto y una autoimagen positiva, lo que generará que su autoestima aumente, otro núcleo de la intervención será la confianza básica, demostrar que hay personas en las que se puede confiar y otras que quieren hacerle daño. Para el abordaje de respuestas afectivas como miedo y fobia, se utilizan especialmente técnicas conductuales y cognitivas, en donde se expone al niño ante el estímulo evocador de ansiedad, para ir poco a poco liberando la angustia y eliminar la fobia por medio de la aproximación. En relación a las respuestas sociales, se busca que el niño obtenga información sexual adecuada a su edad, donde se le resuelvan sus dudas de manera clara. Finalmente en cuanto a las respuestas conductuales, se habla preferentemente de la agresión, el comportamiento antisocial y el aislamiento, en donde el terapeuta también tendrá que entrenarlo en la asertividad y en las habilidades sociales para que logre la adaptación social (Lameiras, 2002).

Martínez (2011) propone que parte integral del programa psicológico de intervención sea trabajar en tres conceptos interrelacionados: autoconcepto autoestima y autovaloración; el terapeuta debe favorecer una imagen personal positiva y no estigmatizada. Las intervenciones son sencillas, enfocándose en el cuidado personal, la forma de vestir, la realización de ejercicio físico, la implicación en actividades recreativas, además de que éstas facilitan el sentido de responsabilidad y autocontrol.

## **2.2 Enfoque cognitivo conductual**

Una aproximación teórica es la modificación de conducta o terapia conductual, se define por la aplicación de principio de aprendizaje al tratamiento de la conducta inadaptada, el terapeuta se centra en detectar la queja expresada por el cliente y enseñarle nuevas habilidades para que controle su vida de manera más eficaz; se concibe al ser humano como un ente influenciado por diversos factores como la historia personal, familiar, social y cultural, los cuales tienen influencia en lo que el individuo piensa, actúa y siente (Contreras, 2001).

Bajo el modelo de **intervención cognitivo conductual**, se brinda especial atención a los procesos cognitivos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta, es decir que la forma de actuar de un individuo se verá afectada por factores ambientales externos que propiciarán ciertas conductas, sin embargo estas se verán reguladas por la cognición del individuo (Olivares y Méndez, 2010). La forma en que los niños interpretan sus experiencias determina profundamente su funcionamiento emocional. Elaboran activamente la información seleccionando, codificando y explicando las cosas que les sucede a sí mismos y a los demás. Existe una creencia central y una creencia intermedia (reglas o actitudes ante la vida), estas se van formulando en la infancia. La forma en que los niños interpretan sus experiencias determina profundamente su funcionamiento emocional. Elaboran activamente con base en la información que adquieren del entorno (Friedberg y McClure, 2005).

Autores como Echeburúa y sus colaboradores (Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta y Corral, 2013; Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000) se han centrado en modelos de intervención grupales e individuales para el abordaje del abuso sexual infantil en la etapa de la adultez, poniendo especial énfasis en la intervención para abordar el trastorno por estrés postraumático, pero también para abordar otro tipo de variables como son el malestar emocional y conductas de evitación sexual.

Guerricaecheverría (2000) sugiere que el primer paso en la atención psicológica es dotar al niño de habilidades de confrontamiento, siendo primordial la labor del profesional para explicar detalladamente y acompañar en el proceso de denuncia y toma de declaración motivando al niño a hablar de lo sucedido. Sin interferir con la declaración que debe realizar el menor. Posterior a ello el trabajo se encamina al sentimiento de culpa y las ideas distorsionadas, donde el terapeuta debe resaltar la escasa capacidad de poder del niño frente al adulto, insistiendo en que la culpa siempre es del abusador y no del niño. Otro aspecto manifiesto es el manejo de la ansiedad y miedo asociado a situaciones de abuso, identificando tres pasos para la regulación y disminución: 1) crear un ambiente seguro para el niño o la niña, retirar detalles que generan ansiedad y proporcionar objetos que lo ayuden a ejercer un cierto control sobre el ambiente (lámpara, un juguete favorito, etc.); 2) Proporcionar al menor una serie de conductas que disminuyan el miedo y ansiedad, ante una situación que lo esté generando (ejercicios de relajación, auto instrucciones, etc.); 3) Enseñar a los padres a detectar conductas de miedo inadecuadas y a reforzar pautas de actuación apropiadas en el niño para el control de la ansiedad.

En el enfoque cognitivo conductual el terapeuta identifica los factores que refuerzan y mantienen conductas problemáticas, con el objetivo de modificarlos. Se usan básicamente los juguetes como modelos de conductas que se desea alentar o evitar. También pueden usarse técnicas como el juego de roles, identificación de problemas y creencias en la resolución de problemas, entre otros.

### **2.3 Terapia de reparación**

Llanos y Sinclair (2001), abordan un tipo de intervención denominado **terapia de reparación**, la cual considera que la intervención terapéutica para el abuso sexual debe realizarse según un proceso de reparación donde el individuo debe reconocerse como víctima “en el allá y entonces” ya que para superar la culpa respecto del abuso es un paso fundamental; la persona necesita evaluar que en su infancia estuvo sometida a un contexto relacional violento y que no tenía la posibilidad de controlar o detener las acciones abusivas del adulto, dadas las características de dicha dinámica y la dependencia propia de su condición infantil; reconocerse como sobreviviente en el “aquí y ahora” supone considerar que haber sido víctima de abuso en el pasado no significa estar condenado a padecer sus efectos toda la vida. El hecho de “reconocerse como víctima en el pasado” y “reconocerse como sobreviviente en el presente”, son complementarias que se superponen dentro de un proceso terapéutico.

### **2.4 Terapia narrativa**

Un modelo terapéutico que se ha empleado en el tratamiento de víctimas de abuso sexual es la **terapia narrativa** cuyo alcance es amplio, puesto que considera elementos sistémicos sociales y familiares y la identidad del individuo, así como su historia de vida vista desde el presente. La terapia narrativa está orientada al empoderamiento de la persona como experta en su vida y como competente para resolver el problema que le lleva a terapia. La terapia narrativa busca una reconstrucción o reescritura de su narrativa incorporando los nuevos relatos que han aparecido a lo largo de la terapia y la transmisión de su nuevo relato a personas significativas de su red social, de forma tal que esa nueva narración incida en su construcción de identidad, relaciones interpersonales y desenvolvimiento cotidiano con base en una imagen integrada de la persona como una totalidad re-construida de manera positiva, enfocada en sus recursos y fortalezas. Es así como el usuario construye una realidad múltiple de experiencias sensoriales, emocionales, cognitivas y de significado (White, 2002).

El enfoque narrativo utilizando en a psicoterapia infantil tiene como principal pilar la imaginación y creatividad del niño. Por medio del uso de metáforas e historias el niño puede ir manifestando su realidad interna y cambiar el curso o la resolución de la historia, modificando de esta manera también su realidad interior. En la creación de historias puede usar algunos juguetes, por ejemplo, por medio del arenero se utilizan la metáfora y la creación de historias alternativas, la externalización y personificación del problema, busca excepciones de la situación problemática y poder descentrarlo (Esquivel, 2010).

White (2002) señala que la metáfora narrativa ofrece una visión particular acerca del fenómeno del abuso y la expresión de sus efectos en la vida de las personas, considera que una persona que ha sobrevivido al abuso en la infancia y la adolescencia, con frecuencia lo que la ha traído a la consulta son determinados comportamientos autodestructivos o autoabusivos, comportamientos que son vivenciados como acciones contra el yo, desfavorables para su vida. Estas

acciones pueden adquirir diversas formas, incluyendo la automutilación, adicciones y reiterados intentos de suicidio, estos comportamientos autodestructivos son la expresión del abuso al que la persona ha sido sometida.

La intervención en víctimas de abuso, se centra en el conocimiento y las habilidades de resistencia de las víctimas, así como en la reconstrucción de un relato alternativo que genere desde los valores y conocimientos de éstas, evitando una rotulación patologizante y retraumatizante (Bustamante, Jorquera y Smith, 2010). El modelo narrativo implica la construcción de relatos donde las víctimas no son responsables por los actos violentos, el contexto terapéutico debe favorecer la resignificación de la experiencia del abuso, promover la agencia personal y asimismo la distribución de la responsabilidad (Huerta, 2015).

White (2002) apunta que cuando las personas liberan sus vidas sobre su identidad y cuando tienen la oportunidad de colocarse en un territorio diferente de su vida, comienzan a interpretar sus experiencias de abuso como explotación, tiranía, tortura, es decir como imposiciones y abuso de poder, y no como algo intrínseco a ellos, no como algo atribuible a una deficiencia personal.

Goncalves (2002) menciona que el proceso narrativo puede estar dividido en cinco modos o actitudes narrativas esenciales:

- **Recuerdo.** Crear coherencia en episodios de la experiencia, también asegura la diferenciación entre experiencias y organiza una estructura con coherencia
- **Objetivización.** Hacer que se dé cuenta de la complejidad y la riqueza sensorial de la experiencia (olores, sabores y colores)
- **Subjetivización.** Construir un discurso narrativo que contenga gran variedad de emociones y pensamientos
- **Metaforización.** Por medio de la metáfora, hacer de cada experiencia una posibilidad de aprender significativamente y de crear diferentes aprendizajes
- **Proyección.** Ser capaz de crear memorias sobre el futuro, incluyendo nuevas metáforas, significados, emociones, cogniciones y sensaciones

## **2.5 Terapia Humanista Centrada en el niño y Gestalt**

En el enfoque de terapia de juego centrada en el niño, se da la oportunidad al niño de experimentar, se considera al juego como el medio natural de expresión por medio del cual puede manifestar su tensión, frustración, inseguridad, temor, etc. Desde esta aproximación se utiliza el juego libre, sin embargo, no se interpreta la conducta, se utilizan intervenciones en las que se va reflejando y acompañando, se mantiene la distancia con la finalidad de respetar las iniciativas del niño y se participa sólo si él lo pide (Esquivel, 2010).

Para Axline (1997) lo que pasó ayer ya no tiene el mismo significado para el individuo que tenía en el momento en que sucedió, debido al impacto de las



fuerzas vitales y la interacción con otros individuos; esta experiencia será integrada mañana de una manera completamente diferente, cuando el individuo cobra conciencia de la parte que él puede tomar, en poder dirigir su propia vida, y cuando acepta la responsabilidad que viene con la libertad de esta autoridad interna, entonces puede planear su curso de acción con mayor precisión.

Esta terapia de juego inicia con proporcionarle al niño un lugar seguro, el consultorio se convierte en el área de juego en donde el niño puede pensar o hacer lo que él quiera. Es el niño el que está a cargo de su propia terapia por la libertad que se le otorga en ese lugar seguro, por tanto trabajará de forma activa sobre las experiencias pasadas y podrá proyectarse a sí mismo en un ámbito simbólico, lo que disminuye los niveles de angustia frente al evento traumático y esto a su vez genera que pueda controlar y manejar mejor sus reacciones para superar evento y experiencias abrumadoras al proyectarse como héroes y salvadores. La psicoterapia, ya sea individual o grupal, es un proceso relacional, en este encuentro el terapeuta establece una relación basada en el reconocimiento de las necesidades infantiles, donde prima el respeto y la validación del niño como persona (Schaefer, 2005).

Los objetivos del enfoque Centrado en el Niño son: establecer una relación positiva con el niño, expresar sentimientos, explorar experiencias de la vida real, ensayar y probar límites, desarrollar una imagen positiva del self y comprensión de éste, así como desarrollar autocontrol (Esquivel, 2010).

El enfoque humanista apela a los aspectos más sanos de la personalidad y a los valores humanos comunes entre el terapeuta y el paciente. Intenta ver al paciente desde el punto de vista global, integrando cuerpo, mente y emociones en un mismo marco de acción, dentro de este enfoque se encuentra la terapia Gestalt. Cuando los niños en su búsqueda de supervivencia inhiben, obstruyen, reprimen y restringen distintos aspectos del organismo, tales restricciones se convierten en trastornos de la frontera-contacto y ocasionan interrupciones en el proceso natural de la autorregulación organísmica, lo que disminuye el sentido del sí mismo (Oaklander en: Schaefer, 2012).

El enfoque Gestalt se trata de hacer conciencia en el aquí y ahora, busca la expresión de sentimientos por medio de materiales poco estructurados, narrativa e imaginación. Utiliza técnicas sensoriales, fantasía, dibujo, entre otros (Esquivel, 2010).

La psicoterapia Gestalt acentúa el continuo de conciencia del Sí mismo y el mundo, el ciclo de la experiencia está diseñado como un círculo que representa didácticamente al organismo. El ciclo de la experiencia Gestalt es el camino que la energía recorre desde un punto de equilibrio dinámico, también llamado homeostasis o indiferenciación creativa hasta llegar al momento de equilibrio diferente del anterior, por el crecimiento que implica haber satisfecho la necesidad. En este modelo no se conceptualiza la psicopatología como tal, se denomina a través de términos como estancamiento, rigidez, resistencia y sobre control, por lo

que existen llamado bloqueos en la zona de experiencia, la experiencia o el contacto tiene tres zonas propuestas por Perls (citado en Salama, 2007):

El logro del funcionamiento integrado del yo consiste en aumentar el contacto con las circunstancias actuales, hacer frente a los temores y a la angustia, ocuparnos de ellos y tolerar la relación con los sentimientos desagradables. El ciclo de la experiencia que permite expresar de manera clara en “qué” y el “cómo” se representan los bloqueos o procesos de auto interrupción de la energía. Es posible que al principio del proceso terapéutico el terapeuta se vuelva un yo auxiliar para el paciente, permitiendo que logre su propio yo. Se puede entender como un camino que la energía recorre desde un punto de equilibrio dinámico, también llamado homeostasis o indiferenciación creativa hasta llegar a otro momento de equilibrio diferente al anterior, por el crecimiento que implica haber satisfecho la necesidad. Puede haber tantos ciclos de experiencia abiertos como experiencias hay, pero hay algunos que tienen bloqueos (Salama, 2007).

- *Reposo*: punto de inicio de una nueva gestalt
- *Sensación*: localiza la sensación en una zona interna, como en el hecho de tener hambre, sensación corporal
- *Formación de figura*: Establece la figura en zona intermedia; reconocer la sensación
- *Energetización*: Moviliza la energía en zona intermedia “voy a buscar algo que comer”
- *Acción*: Movilizarse para actuar, inicio de acción en zona externa
- *Precontacto*: Localiza el satisfactor en zona externa
- *Contacto*: Establece contacto en zona externa
- *Poscontacto*: Desenergetización en zona externa; quedas estancado en esa sensación, no existe saciedad
- *Reposo*: Termina la acción y se cierra la gestalt

El propósito del enfoque Gestalt como modelo de intervención para personas que han vivido abuso sexual, es favorecer un contacto entre el individuo y el entorno mediante la adecuada utilización de los sentidos, lograr la expresión saludable de sus emociones y poder compartir y expresar ideas, pensamientos y necesidades. Se ha observado que en los casos de abuso, los niños y adolescentes rompen contacto con el aquí y ahora.

Los adolescentes que han sido abusados sexualmente pueden inhibir y bloquear varios aspectos del yo (sentidos, cuerpo, emociones e intelecto) por mecanismos de defensa utilizados para escapar de las experiencias conscientes de culpa y vergüenza. Utilizan diferentes mecanismos de defensa para inhibir o bloquear experiencias de culpa y vergüenza (Denton, 2014):

- *Desensibilización*. Interrumpe la función de la sensibilidad y rompe el proceso de contacto en la consciencia sensorial y corporal. Pueden negar la sensación (a nivel sensorial y física) de dolor, suprimiendo emociones no deseadas

- *Introyección.* Implica la experiencia de culpa y vergüenza, resentimiento, desconfianza, ansiedad e ira. Con el fin de garantizar amor y aceptación, así como evitar el rechazo y la soledad, los niños y adolescentes pueden aceptar información, actitudes e ideas del entorno sin evaluar críticamente
- *Proyección.* Los adolescentes víctimas de abuso pueden proyectar su propia experiencia emocional de culpa y vergüenza por mantener el medio ambiente
- *Retroflexión.* Puede llevar al aislamiento y retraimiento emocional del ambiente, porque los adolescentes abusados no logran expresar sus sentimientos, castigándose por la vergüenza, culpa y autocrítica severa
- *Confluencia.* Se produce cuando los adolescentes actúan demasiado complacientes para satisfacer a todos y para cumplir con las expectativas de otros. La confluencia se ha encontrado asociada a la tristeza, miedo y un pobre autoconcepto

Cuando un niño se encuentra perturbado, hay resistencias o perturbaciones en los límites del contacto, ante su necesidad por sobrevivir han tenido que bloquear varios aspectos de su organismo, esto origina que no se permita una autorregulación orgánica, parece que una necesidad apremiante es cambiar el significado de los hechos, ayudar a quitar la culpa, permitirles de acuerdo a su desarrollo, tomar conciencia del qué hacen y cómo lo hacen, para permitir otras experiencias (Cornejo, 1996; O'Connor y Schaefer, 1997; Schaefer, 2012).

## **2.6 Modelo Integrativo Supraparadigmático**

Este enfoque de trabajo no integra enfoques, ni autores, integra paradigmas, el modelo se estructura sobre la base de para, desde allí, partir a la búsqueda del conocimiento generado por diferentes vías.

Este modelo integra un conjunto de creencias compartidas por una comunidad científica. Aporta planteamientos básicos comunes en ámbitos epistemológicos, metodológicos y causales. El ámbito metodológico enfatiza el rol del acceso a la predicción y al cambio. En el ámbito de la causalidad, la integración es una propuesta como una integración paradigmática en torno al sistema *self* de la persona. De este modo, el modelo integrativo, más que una integración de enfoques, autores o de técnicas, implica primordialmente una integración paradigmática (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004).

Sobre la base de su contribución a la predicción y al cambio, el modelo valida los paradigmas biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental / conductual y sistémico, que se integraron en función del sistema *self* de la persona. En el modelo integrativo, los grandes privilegiados son el conocimiento y los pacientes; se buscará el conocimiento sin sesgos y se recogerán las fuerzas de cambio movilizadoras (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004).

Bajo el enfoque ecológico propuesto por Heise, se comprenden diferentes niveles relacionadas con las conductas violentas, como es el marco socio cultural, marco comunitario, marco familiar e individual. Ahora bien, desde el Modelo

Integrativo Supraparadigmático, se puede visualizar un panorama multifactorial: paradigma biológico, paradigma ambiental, paradigma conductual, paradigma cognitivo, paradigma afectivo, paradigma inconsciente, paradigma sistémico y sistema SELF. En las estrategias de intervención se señalan las recomendaciones para cada una de estas áreas (Serrano, 2010):

### **Ambiental**

- Crear un espacio de consenso comunicacional que permita unificar criterios y normar los canales por los cuáles se aborde el problema en base a criterios éticos y de protección psicológica a la víctima
- Motivar a la creación de Programas de Protección a las Víctimas de Abuso Sexual Infantil dentro de las instituciones educativas, especialmente en escuelas y asesorar en el proceso de creación de los mismos
- Reorientar a las Juntas Vecinales respecto a acciones comunitarias de manifestación en apoyo a las víctimas, con el propósito de no satanizar el tema y proteger a la víctima
- Generar espacios de discusión pública (talleres de trabajo, plenarias, paneles) para abordar la problemática desde un enfoque multidisciplinario
- Brindar las condiciones para la creación de comunidades terapéuticas de víctimas por abuso sexual infantil

### **Conductual**

- Integrar a las víctimas en programas específicos en algún área deportiva que les permita canalizar energéticamente emociones como la ira, con el compromiso y asesoramiento de profesionales en el área
- Generar un espacio de ayuda permanente a través de una línea telefónica gratuita, entrenados previamente en brindar apoyo a víctimas de abuso sexual infantil y posibles casos con ideación suicida

### **Biología**

- Comprometer a profesionales médicos (pediatras, neurólogos, psiquiatras, etc.), a conformar equipos de trabajo multidisciplinarios para brindar apoyo permanente y sostenido a las víctimas en casos de conflictos asociados al trauma (psicosomatizaciones, insomnio, etc.)

### **Cognitivo**

- Identificar y modificar todas aquellas distorsiones cognitivas
- Desmitificar la culpa como una percepción de castigo y fomentar la toma de responsabilidades a partir de la identificación de una tarea o misión
- Enseñar paralelamente al proceso psicoterapéutico, estrategias que permitan mejorar la concentración

### **Afectivo**

- Contención y elaboración de las emociones asociadas a la experiencia traumática

- Generar espacios terapéuticos familiares para enseñar las maneras de brindar seguridad y protección emocional tanto a las víctimas como a la familia en sí
- Enseñar a las víctimas dentro del proceso terapéutico estrategias de inteligencia emocional que les permita canalizar adecuadamente emociones conflictivas
- Desarrollar un programa psicoterapéutico que garantice la consecución efectiva del duelo

### **Inconsciente**

- ✓ Trabajar a nivel terapéutico mecanismos de defensa especialmente represivos

### **Sistémico**

- ✓ Estandarizar modelos integrales de diagnóstico familiar en casos de violencia
- ✓ Generar espacios de apoyo a familias con casos de abuso sexual infantil mediante la creación de grupos comunitarios con reuniones semanales que desarrollen programas de ayuda respecto a la temática en cuestión
- ✓ Desarrollar programas de expansión cultural, deportivo y emocional periódicamente al interior de juntas vecinales y que fomenten la unión familiar y la promoción y difusión de valores

### **Sistema SELF**

- Coadyuvar a la reestructuración de la identidad “perdida”
- Reestructurar un sistema de valores en función a la experiencia traumática
- Brindar un sentido de vida a la experiencia vivida que vaya estructurando el compromiso social de la víctima a largo plazo con la lucha contra la violencia

La psicoterapia individual es el recurso de intervención más utilizado con los niños que han vivido situaciones de abuso, el tratamiento debe ser “diseñado a la medida” teniendo como referencia y punto de partida la evaluación inicial y los problemas que manifiesta la persona en concreto. En cualquier tipo de tratamiento infantil, el terapeuta debe mostrar empatía, hacer saber al niño que conocemos sus sentimientos y ayudarlo a reconocer sus sentimientos, es así que el terapeuta debe inspirar confianza, pues en ella se basa parte de su tarea. Cornejo indica que a veces el terapeuta pone todo su empeño en diseñar y planificar actividades para el tratamiento, y aunque esto es necesario, lo es más aún, que el niño sienta que estamos dispuestos a ayudarlo y que puede confiar (Cornejo, 1996 y Portillo, 2004).

## 2.7 Aproximación holística

Dhase (citada en Drewes, Bratton y Schaefer, 2011) propone un modelo donde se exponen diferentes aproximaciones para la intervención con niños que han sido expuestos a una situación de maltrato, en su propuesta considera el trabajo con arte, música, arenero, recortes, etc. desarrollando una amplia variedad de métodos expresivos centradas en el cuerpo. Cuando los niños son expuestos a situaciones de maltrato, su capacidad de jugar y disfrutar queda coartada por el miedo al castigo, queda entre los recuerdos de experiencias traumáticas y un entorno que no es seguro para experimentar y desarrollarse. Pone de manifiesto que la mayoría del juego es compensatorio y repetitivo acerca de su experiencia, tales juegos a menudo buscan compensar su sensación de impotencia, pero no ofrecerá liberación, ni ofrecerá el verdadero sentido de poder o de aprendizaje que se encuentra en juego sano. Algunos de los elementos que se marcan en el texto, para una relación terapéutica, son los siguientes:

- Ofrecer un espacio seguro y de protección
- Aceptación genuina
- Relación reparadora que ofrece límites consistentes

Figura 9. Modelo de trabajo para niños que han vivido maltrato, propuesta holística



Figura 9. Adaptado de Dhase (citado en Drewes, Bratton y Schaefer, 2011).

Se establece que esta aplicación del modelo, no es lineal, es decir, no se puede llevar una serie de pasos que sean únicos y funcionen con todos los clientes, sino que se requiere hacer adaptaciones para cada uno, pues depende mucho de su momento y necesidades.

Cuando las situaciones traumáticas han controlado el pensamiento del niño, el sentimiento, los impulsos y comportamientos durante mucho tiempo, liberar o actuar mediante el juego no es suficiente. El terapeuta debe ser capaz de ayudar a externalizar el problema, y mediante el juego y la narración del relato ayudar darle un nuevo significado a esa situación, generando patrones constructivos. Algunas de las estrategias que se proponen es mediante el arte, música y areneros.

En México el panorama de investigación sobre los diversos enfoques y modelos de intervención terapéutica es limitado, esto puede deberse a la importancia que se le brinda a la denuncia y proceso legal que debe emprenderse para detener el abuso y procesar jurídicamente al agresor. Sin embargo cada vez se hace más evidente la importancia del acompañamiento terapéutico al niño frente a la denuncia y proceso legal, así como el trabajo terapéutico que se requiere para los niños que han sido vulnerados, esté encaminado a potencializar un desarrollo adecuado.

Fabela (2015) presenta un modelo de tratamiento para niños y niñas víctimas de abuso sexual y el trabajo con los padres, quienes fungen como la principal red de apoyo de los niños. El eje del trabajo es el brindar información y orientación sobre el delito, continuando con el acompañamiento en la denuncia (cuando los padres así lo deciden), su propuesta de trabajo involucra a la familia en sesiones familiares para promover en los padres habilidades para brindar apoyo al menor y enfrentar el estrés y ansiedad generados por el abuso así como para desarrollar recursos en los integrantes para apoyar al niño o niña víctima.

La propuesta que realiza Huerta (2015) para el abordaje del abuso sexual infantil en adultos bajo el modelo narrativo para grupo terapéutico, tuvo por objetivo favorecer un proceso psicoterapéutico que permitiera a los consultantes superar los conflictos que les han llevado a la terapia, y sobre todo, este modelo privilegian el espacio social como espacio de transición de una fase de conflicto a una fase de no conflicto. Los beneficios de la elaboración de narrativas grupales para el tratamiento del abuso sexual son el apoyo, la universalidad y la disminución del sentimiento de asilamiento que inciden a su vez en el desmantelamiento del estigma.

Un aspecto relevante en cuanto a la conceptualización de la persona que requiere y/o solicita apoyo psicoterapéutico es la conceptualización bajo el término de víctima, éste término tiene que ver con el ámbito jurídico de los derechos humanos, pero que en la relación con las personas afectadas hay que tener en cuenta que el concepto de "víctima" es estigmatizante, una cosa es reconocer esta dimensión de ruptura de los derechos y otra es considerar a la persona afectada sin recursos es experiencia, la definición como corre el riesgo de absorber la

identidad, limitando en los roles, aspiraciones o experiencias vitales de la persona afectada. Se necesita de un cuidadoso equilibrio entre el reconocimiento de la victimización de que fue objeto, tener conciencia de las consecuencias negativas, así como de las necesidades de la persona y defender sus derechos, pero a la vez mantener un trato que motive la persona y respete la integridad que se pretende apoyar de forma de esta situación, algunas personas prefieren considerarse como sobrevivientes (Beristain, 2011).

Se reconoce que el Estado, obviamente en diferentes gestiones, motivado, apoyado y presionado por diversas instituciones y organizaciones sociales, ha logrado un avance significativo en la elaboración, aprobación y ejecución de leyes destinadas a la lucha contra la familiar. Sin embargo a pesar de todos estos avances, aún siguen existiendo barreras más de orden social y político. El manejo técnico del problema de violencia y maltrato infantil constituye en una limitante fundamental, ya que no se cuentan con recursos humanos capacitados y especializados para tratar el conflicto; la cantidad de personas que trabajen en departamentos de desarrollo humano y psicología, especialmente en defensorías donde más que tratamiento del conflicto se hace tan sólo la recepción del mismo, brindando asesoría más legal que psicoterapéutica.



### **CAPÍTULO 3. PSICOTERAPIA INTEGRATIVA**

La psicoterapia ha sido una disciplina formal en las culturas occidentales desde hace más de cien años. Desde los primeros modelos de Freud, Adler y Jung se ha expandido hasta encontrarnos con más de 400 modelos distintos. Con el paso del tiempo, esta disciplina se ha ido consolidando, logrando derivar en diferentes teorías, modalidades, procedimientos y/o técnicas muy diferentes entre sí (Drewes, Bratton y Schaefer, 2011).

En la actualidad la psicoterapia ha generado diferentes propuestas terapéuticas, con el fin de enfrentar la enfermedad mental. Las circunstancias que han conducido a esta sorprendente proliferación de metas tiene como punto de inicio la aceptación social de esta herramienta como coadyuvante ante el sufrimiento humano. Es así que se han diversificado modelos teóricos y técnicas específicas de tratamiento para poder dar respuesta a los múltiples objetivos y aplicaciones de la psicoterapia (Flores, 2014 y Rosado, 2007).

Kuhn (1973) sugiere que las comunidades científicas profesionales se basan en hechos y supuestos acumulados sobre la investigación de campo, y es así que con el tiempo se crea un modelo explicativo o paradigma, basado en este conjunto de creencias recibidas. En el caso de la psicoterapia, este modelo incluye supuestos filosóficos sobre los métodos de conocimiento (epistemología), componentes psicológicos de la naturaleza humana (filosofía de la mente), identificación de procesos dinámicos que permiten que la humanidad se acerque o aleje de la salud mental (etiología de la salud y la enfermedad), e identificar y promover métodos y prácticas profesionales que favorezcan la salud mental. Es así como a través de la reflexión e investigación, la nueva información y la experiencia desafían a los modelos antiguos, creándose una especie de movimiento, con periodos caracterizados por descubrimientos creativos que generan avances para defender la nueva postura y también periodos de inactividad (Drewes, Bratton y Schaefer, 2011).

Pese a que se ha generado una gran cantidad de conocimiento dentro del área de la psicoterapia, que se logra apreciar en la diversidad de formas de tratamiento existentes, también se observa un clima de fragmentación que dificulta la posibilidad de integrar el conocimiento (Feixas y Botella, 2004). Es así como cada modelos de psicoterapia con sus fundamentos y explicaciones, se ha percibido a sí mismo como acertado, tomando una postura predominante y rivalizando con otros enfoques que distan de sus preceptos teóricos, metodológicos y/o técnicos, generando conocimientos y avances pero de forma independiente. La competencia que se da entre los distintos enfoques, crea una tendencia a la superioridad y competencia, alejándose de la preocupación real y genuina por una verdad científica que represente un beneficio para los pacientes (Feixas y Miró, 1993; Fernández-Álvarez, 1992). Tanto los psicoterapeutas como la investigación en psicoterapia han seguido distintas líneas de trabajo: algunos han optado por seguir un enfoque que permita cuestionar las diferencias entre

modelos y mantener el paradigma existente, mientras que otros han optado por construir una aproximación teórica que permita identificar los avances y similitudes, este último constituye el enfoque de la psicoterapia integrativa.

### 3.1 Tipos de integración

Prochaska y Norcross (2010) señalan que la integración en psicoterapia es probablemente tan antigua como los primeros diálogos que se realizaron entre dos ciencias como la filosofía y la psicología, motivados por el deseo de ver más allá de lo obvio y explorar lo inexplicable.

A lo largo de la historia en lo referente al quehacer de los psicoterapeutas en su práctica cotidiana se ha explorado en distintas direcciones con el afán de enfrentar con mayor éxito los problemas que aquejan a sus pacientes. Esta explotación inicial fue generando con el tiempo una especie de eclecticismo espontáneo en el que un número cada vez mayor de psicoterapeutas comenzaron a optar por utilizar las estrategias que les fueran útiles desde diversos enfoques. Esta situación fue planteando la necesidad de adoptar una postura que superara los reduccionismos y diera paso a la formalización de esta nueva forma de trabajo (Fernández-Álvarez, 1992).

En un contexto donde surgían diferentes teorías, estrategias y enfoques, el movimiento hacia la integración se dio como respuesta a dos premisas fundamentales, por una lado descubrir dentro de la diversidad, vínculos conceptuales que dieran lugar a una articulación teórica y por otro, identificar modos de intervención que representaran mayor efectividad en el tratamiento de una diversidad de padecimientos (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004).

Stricker y Gold (2008) refieren que la integración en psicoterapia está compuesta por varias partes, una de ellas es la evidencia clínica y el proceso de investigación, otra parte se debe al proceso de aprendizaje de los terapeutas quienes trabajan bajo un modelo particular y consideran nuevas ideas y técnicas para la posible incorporación en un modelo existente. Estos autores definen a la psicoterapia integrativa como una nueva y particular forma de psicoterapia con un conjunto de teorías y prácticas clínicas que sintetizan conceptos y métodos desde dos o más escuelas de psicoterapia.

Corsi (2005) utiliza una metáfora para explicar a qué se le denomina modelo integrativo, para las ciencias físico químicas hay una importante diferencia entre la noción de mezcla y combinación, en la mezcla los elementos originales no pierden sus propiedades, en cambio cuando se obtiene la combinación de dos partes de hidrógeno con una de oxígeno tiene un resultado distinto, es decir los elementos originales se funden para representar una nueva realidad.

Mientras los diversos modelos integrativos se difundían se identificaron ciertos patrones de integración como las aproximaciones más comunes a la psicoterapia: **la integración técnica** (eclecticismo técnico), **la integración teórica** (incluye al eclecticismo sintético) y el estudio de los **factores comunes** e

**integración asimilativa** (Arkowitz, 1991; Norcross, 2005). Estos distintos caminos hacia la integración tienen en común el deseo de incrementar la eficacia, eficiencia y aplicabilidad terapéutica, abriendo las posibilidades más allá de una única teoría y las técnicas tradicionalmente asociadas a ella. A continuación se desarrollan cada una de ellas.

### **3.1.1 Integración técnica o eclecticismo técnico**

Se centra la selección de técnicas y procedimientos terapéuticos con independencia de la teoría en la que se han originado, pone un énfasis fuerte en lo técnico por encima de lo teórico. Considera útil aprovechar técnicas validadas en distintos marcos de referencia (Norcross, 1986 citado en Feixas y Miró, 1993).

El término de eclecticismo se ha relacionado con confusión y desestructura, algunos autores consideran que al no existir una teoría en común que fundamente el trabajo desde el eclecticismo, se abre el camino a un sinnúmero de posibilidades dentro de la práctica clínica, en donde muchas veces se justifica más de lo que se debería (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004).

La estrategia de este tipo de integración consiste en seleccionar la técnica que se cree que funcionará mejor con un cliente o paciente concreto. La cuestión clave es saber cuáles son los criterios con los que decidir cuál es la técnica oportuna con un cliente determinado. Ésta área ha seguido tres líneas: pragmática, de orientación y sistemática (Feixas, 1992; Feixas y Miró, 1993; Feixas y Botella, 2004):

- **Eclecticismo técnico pragmático.** Elige las técnicas teniendo como criterio esencial y único el nivel de eficacia que han demostrado en su contraste empírico. El modelo que representa este tipo de eclecticismo es de la modificación o terapia de conducta, que en la actualidad admite diferentes técnicas que han demostrado ser eficaces.
- **Eclecticismo técnico de orientación.** Las técnicas son seleccionada de acuerdo con los criterios que se establecen desde una teoría concreta, se combinan técnicas de origen diverso en función del cliente, pero siempre según su conceptualización que se hace desde una orientación teórica particular.
- **Eclecticismo técnico o sistemático.** Selecciona las técnicas de acuerdo con una lógica sistemática o esquema básico que indica cuáles emplear en función del tipo de clientes. Se trata de una integración de técnicas, pero guiada por unos esquemas conceptuales de carácter general acerca de la naturaleza del cambio y de cómo producirlo terapéuticamente.

El problema del eclecticismo técnico es la posible falta de coherencia entre las técnicas empleadas y el sustento teórico que subyace a las mismas; de acuerdo con Feixas y Botella (2004) este tipo de eclecticismo no se considera

parte del movimiento integrador, pues no involucra ningún tipo de avance conceptual ni tiene una lógica que integre.

### **3.1.2 Integración teórica**

En este enfoque de la integración se integran dos o más psicoterapias con la esperanza de que el resultado de esta “fusión” resulte mejor que cada una de las terapias de las que se partió. El objetivo es crear un marco conceptual que sintetice los mejores elementos de dos o más aproximaciones psicoterapéuticas. El énfasis se sitúa en la integración de los conceptos teóricos de las psicoterapias, aunque también las técnicas quedan integradas en virtud de esta síntesis teórica. La integración teórica implica un compromiso con una creación conceptual o teórica más allá de la combinación de técnicas y busca crear una teoría procedente de ambas, pero que sea más que la suma de sus partes y conlleve a nuevas direcciones para la práctica y la investigación, (Feixas, 1992).

- a) **Integración teórica híbrida.** Se combinan las teorías y prácticas correspondientes a dos enfoques terapéuticos ya establecidos. Generalmente se parte de dos enfoques que se consideran complementarios y se intenta seleccionar los aspectos teóricos y las técnicas más útiles de cada uno en su marco teórico híbrido común
- b) **Integración teórica amplia.** Trata de la integración de más de dos teorías y además articula distintos aspectos del funcionamiento humano como los cognitivos, emocionales, conductuales e interpersonales. Se basan en los avances de la psicología cognitiva y/o social, lo que permite la elaboración de enfoques con mejor conexión entre psicología académica y psicoterapia
- c) **Integración metateórica.** Implica la posibilidad de articular diferentes teorías psicoterapéuticas bajo un marco común metateórico. Es una modalidad integradora reciente, la cual se encuentra poco documentada
- d) **Integración asimilativa.** Conlleva un conocimiento firme de un sistema de psicoterapia, con disposición a incorporar selectivamente técnicas, procedimientos y formas de trabajo desde otros enfoques. Es así que la integración asimilativa tiene como ventaja el poseer un sistema único y teórico coherente, con la posibilidad de utilizar de forma flexible y rango amplio de intervenciones desde distintos sistemas. Parte de la formación de los terapeutas es elegir una aproximación teórica y conceptual para gradualmente incorporar métodos de otras aproximaciones, una vez que se percatan de que su enfoque tiene ciertas limitaciones (Messer, 1992, citado en Norcross, 2005).

### **3.1.3 Factores comunes**

El tema de los factores comunes y de la integración de los distintos modelos de psicoterapias están estrechamente unidos; para que haya una integración entre diversas psicoterapias es necesario que existan algunos puntos en común entre ellas (Uribe, 2008).

El interés en los factores comunes supone la identificación de aquellos ingredientes que comparten la mayoría de las psicoterapias, es decir en las similitudes que aparecen entre distintos modelos, mismas que pueden ser tanto clínicas como teóricas. Este enfoque busca identificar los factores o combinación de ingredientes, que resulten mejores pronosticadores del cambio terapéutico. Una vez hallados estos componentes, podrían servir como punto de partida para la elaboración conceptual supra-ordenado que permitiese dar sentido a diferentes formas de práctica que aun así comparten procesos comunes adyacentes (Feixas y Miró, 1993).

Autores como Frank y Frank (1991) realizaron importantes aportaciones sobre los factores comunes entre psicoterapias, agrupados en a) factores del paciente: compromiso, motivación, esperanza, confianza e idealización; b) factores del terapeuta: poder de sugestión, persuasión, calidez, empatía, compromiso, directividad y experticia; c) factores del vínculo: contacto, apego, grado en que están de acuerdo, contrato y rapport. Una lista más reciente de factores comunes, elaborada por Greencavage y Norcross a partir de 50 publicaciones sobre el tema, muestra lo extenso de los elementos encontrados:

Figura 10. Factores comunes según Greencavage y Norcross

Características del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expectativas positivas, esperanza, fe</li> <li>• El paciente busca ayuda</li> </ul>
Procesos de cambio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Catarsis</li> <li>• Adquisición de conductas nuevas</li> <li>• Racionalidad</li> <li>• Insight, darse cuenta</li> <li>• Aprendizaje emocional, interpersonal</li> <li>• Retroalimentación, prueba de realidad</li> <li>• Sugestión</li> <li>• Logros, experiencias de dominio</li> <li>• Persuasión</li> <li>• Placebo</li> <li>• Identificación con el terapeuta</li> <li>• Manejo de contingencias</li> <li>• Disminución de la tensión</li> <li>• Modelamiento por parte del terapeuta</li> <li>• Desensibilización</li> <li>• Educar, informar</li> </ul>
Cualidades del terapeuta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proyecta positividad</li> <li>• Cultiva esperanzas, expectativas</li> <li>• Brinda calidez</li> <li>• Genera empatía</li> <li>• Es reconocido como terapeuta</li> <li>• Es aceptado por el paciente</li> </ul>

Estructura del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de técnicas o rituales</li> <li>• Foco en el mundo interno, exploración</li> <li>• Adherencia a una teoría</li> <li>• Setting terapéutico</li> <li>• Interacción</li> <li>• Comunicación verbal y no verbal</li> <li>• Explicación del rol terapeuta y paciente</li> <li>• Elementos de la relación</li> <li>• Alianza, relación</li> <li>• Compromiso</li> <li>• Transferencia</li> </ul>
----------------------------	---

Figura 10. Adaptado de Greencavage y Norcross (2001). Factores comunes según Greencavage y Norcross

### 3. 2 Revisión histórica de los modelos integrativos en psicoterapia

La psicoterapia ha sido una disciplina formal en las culturas occidentales desde hace más de 100 años, sus raíces se remontan al inicio de la civilización humana. La historia de la psicoterapia es la historia de campos y paradigmas que se desarrollan de manera desconectada sin tenerse en cuenta unos a otros, fragmentados además por escisiones, divergencias, enfrentamientos, rivalidades y descalificaciones (Mirapeix y Rivera, 2010).

Al revisar el panorama de la psicoterapia contemporánea Opazo (2001) destaca una serie de fortalezas: un alto nivel de creatividad, génesis de múltiples teorías y estrategias clínicas, desarrollo y confluencia en categorías diagnósticas como el CIE y DSM, acuerdo en la valoración de la relación paciente / terapeuta, progresos metodológicos, entre otros. Sin embargo Opazo advierte que la psicoterapia evidencia un significativo cúmulo de debilidades tales como: la existencia de múltiples discrepancias epistemológicas, metodológicas, teóricas, paradigmáticas y clínicas. Otra debilidad está dada por lo que Opazo refiere como dificultad para tolerar la incertidumbre; siendo los terapeutas muy propicios a darse explicaciones sobre los hechos y creer en ellas, aún cuando no existan conocimientos fundamentados para sostenerlas. Lo anterior se une a la tendencia al reduccionismo, que lleva a comprensiones restringidas del funcionamiento psicológico. Es entonces que se propone que los desafíos que surgen para la psicoterapia son: introducir un orden, seleccionar el conocimiento válido y acumulado organizadamente, fomentar la profundidad a la comprensión, especificidad a las fuerzas de cambio y poder a la intervención (Opazo y Bagladi, 2009 y Opazo, 2001).

Debido a que no existe un solo enfoque que pueda considerarse clínicamente adecuado para todos los problemas, pacientes y situaciones, se expone una alternativa que procure integrar distintos enfoques (Fernández-Álvarez, 1992).

Desde los primeros modelos de Freud, Adler y Jung, el campo se ha ido extendiendo a más de 400 modelos. Esta proliferación de modelos a menudo confunde a practicantes, investigadores y receptores de psicoterapia con la cantidad de conceptos, terminología y aplicaciones (Drewes, Bratton y Schaefer, 2011).

Mirapeix y Rivera (2010) proponen una división de la historia del movimiento de integración, marcando los hechos más significativos de cada uno de los periodos.

Figura 11. Historia de los modelos integradores en psicoterapia

Periodo	Fecha	Hecho significativo
<b>Protohistórico</b>	Hasta 1950	Trabajo de Dollard y Miller
<b>Preinstitucional</b>	Hasta 1983	Creación de SEPI
<b>Institucional</b>	Después de 1983	Profusión de trabajos

Figura 11. Adaptado de Mirapeix y Rivera (2010).

A continuación se abordaran los hitos más importantes de cada uno de los periodos de los modelos integradores, tanto a los principales autores como a las aportaciones fundamentales de cada uno de ellos. Es dentro de estos periodos que se ha desarrollado la historia de los intentos de integración, señalado como integracionismo teórico, factores comunes y eclecticismo técnico. Como parte de los momentos históricos de la psicoterapia integrativa surgen los movimientos integradores, estos tienen lugar cuando ha habido suficiente madurez en las escuelas para tolerar el reto de la integración.

### 3.2.1. Protohistoria

Este momento histórico tiene lugar con los desarrollos Freudianos, que buscaban una mayor efectividad en el movimiento de la neurología a la hipnosis, de ésta a la evocación de imágenes traumáticas y de aquí a la libre asociación. Es así que entre sus propios discípulos y amigos personales se fraguaron las primeras escisiones, si bien es cierto que había desacuerdos dentro de cada una de las escuelas, se intenta resaltar que había una actitud integradora de los primeros autores psicoanalíticos.

En este momento histórico de la psicoterapia se observa que hay intentos aún reservados para la integración, esto se debe a que los dos enfoques más importantes de la época (psicoanálisis y conductismo) estaban desarrollándose. Los terapeutas no mostraban ningún interés en la integración, por el contrario existía rechazo y crítica. Desde un punto de vista sociohistórico Europa pasó dos Guerras Mundiales y con ello el enfrentamiento ideológico entre bandos, posturas dicotómicas en mundo y dificultades para colaborar entre diferentes países e instituciones, esta comparación ideológica y social es un reflejo de las diferentes posturas ideológicas entre las distintas aproximaciones (Mirapeix y Rivera, 2010).

Un esfuerzo profesional por la documentación de la psicoterapia integrativa fue a los inicios de 1930 con la publicación de un artículo científico de Ischolsonsky de Alemania, que estableció un paralelismo entre el condicionamiento pavloviano y el psicoanálisis, este acontecimiento forma parte del movimiento de **integración teórica**. French estaba preocupado con la correspondencia entre los constructos Pavlovianos de inhibición, diferenciación y condicionamiento, y con los conceptos psicoanalíticos de represión, elección de objeto e insight (Arkowitz y Messer, 1984). French (1933) extendió este paralelismo con su propia comparación, misma que presentó en una reunión con la Asociación Americana de Psiquiatría y la publicación posterior de las críticas (Arkowitz y Messer, 1984).

Para Goldfried (2001) los primeros antecedentes en el ámbito de la integración tuvieron lugar en la década de los años treinta con los trabajos de French y Kubie, en donde cada uno de ellos argumentó su propia visión de las relaciones conceptuales entre el psicoanálisis y la perspectiva conductual.

Se podría decir que la historia de la **integración teórica** en psicoterapia, es el intento de combinar los enfoques psicoanalíticos y conductuales. El periodo llega hasta el año de 1950, momento en el que aparece un libro influyente denominado "Personalidad y Psicoterapia" de Dollard y Miller, esta obra busca combinar el psicoanálisis con el rigor del laboratorio científico (Mirapeix y Rivera, 2010).

Mientras que la **integración teórica** enfatiza en la integración de las diferencias, la orientación de los **factores comunes** busca la abstracción de semejanzas a través de las diferentes terapias.

Desde 1930, se realizaron esfuerzos para identificar similitudes entre los dos modelos de psicoterapia de la época, la teoría del conductismo / aprendizaje y el psicoanálisis, como Sears (1944) quien examinó la función de reforzamiento en la relación terapéutica, este hecho histórico forma parte del movimiento de factores comunes.

Uno de los primeros artículos que analizó los **factores comunes** es el de Rosenzweig (1936) quien se interesó en señalar que la mayor parte de los psicoterapeutas presentaban en sus escritos casos en los que sus terapias habían sido efectivas, a juicio de Rosenzweig detrás de los métodos utilizados y de la fundamentación teórica que conscientemente los sustenta, hay inevitablemente ciertos factores comunes que no se reconocen en las situaciones terapéuticas, plantea que la efectividad de los sistemas terapéuticos se debe más a los factores comunes que a la explicación teórica que cada uno de los sistemas da; es así que sugiere varios **factores comunes** que a continuación se enlistan:

1. La personalidad del terapeuta, factor crucial en el éxito de las terapias, al no haber un monopolio de buenos terapeutas éste sería un factor común potencial en muchas terapias



2. Cierta recondicionamiento social que se produce en cualquier tipo de psicoterapia independientemente de su fundamentación teórica. El rol social del terapeuta, actuando como elemento terapéutico a través de la fe, la esperanza y el deseo de curación que el paciente lleva a la consulta
3. Las interpretaciones son de ayuda en la medida que proveen alternativas y probablemente formas más plausibles de entender un problema particular
4. Cada orientación teórica se focaliza en diferentes aspectos del funcionamiento humano, cada una de ellas puede ser efectiva porque hay efectos sinérgicos de un área a otra, de tal forma que los sucesos psicológicos son tan complejos y multifacéticos que por su propia naturaleza resulta comprensible que haya formulaciones alternativas con considerable justificación para cada una de las teorizaciones psicoterapéuticas

Es de señalar que en este momento histórico no se hace alusión al eclecticismo técnico, pues éste movimiento surge hasta 1970.

### 3.2.2 Periodo preinstitucional

Para situar una reflexión contextual, la guerra fría de la época y el predominio de radicalismos de todo tipo no propiciaban un contexto favorecedor a la integración, este panorama inhibió a los terapeutas al momento de cuestionar los paradigmas sobre los que se sustentaban.

Dos puntos de referencia para enmarcar este periodo son el trabajo de Dollard y Miller (1959) y la creación de la Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (1983). Durante la década de los 50's el avance y publicaciones referentes a la psicoterapia en pro del movimiento de integración fue pobre, mientras que en la década de los 70's hubo una importante proliferación de artículos de investigación y casos documentados que favorecieron el desarrollo de la psicoterapia integrativa.

Carl Rogers (1957) contribuye de forma indirecta al concepto de **factores comunes**, al proponer que la psicoterapia efectiva se basaba en un tipo particular de relación humana, misma que era caracterizada por la empatía, calidez y consideración positiva incondicional (Mirapeix y Rivera, 2010).

Es en 1976 que Lazarus crea el concepto de **eclecticismo técnico**, el cual dice que los clínicos podrían usar técnicas de varios sistemas terapéuticos sin aceptar de forma necesaria el respaldo teórico asociado con tal método. El criterio fundamental mediante el que los terapeutas eclécticos seleccionan la intervención terapéutica, es el considerar qué tipo de técnica ha resultado más efectiva para pacientes similares en el pasado (Goldfried, Panchakis y Bell, 2005; Mirapeix y Rivera, 2010).

Kuhn (1973) sugiere que los profesionales de la comunidad científica se basan en supuestos acumulados del campo de interés, crean modelos explicativos o paradigmas, y en la psicoterapia, estos modelos incluyen supuestos filosóficos

acerca de métodos de conocimiento, componentes psicológicos, etiología de la salud-enfermedad y alientan métodos de práctica profesional. Es mediante la reflexión, investigaciones, datos y las experiencias nuevas que se desafía el modelo anterior. Posee periodos caracterizados por descubrimientos creativos y promoción de las afirmaciones, así como de conservación de las tradiciones existentes.

Uno de los factores que entorpecieron el movimiento integrador en psicoterapia fue el clima social y político que imperaba, la Guerra Fría y los radicalismos de todo tipo, generaban un entorno conservador desde el punto de vista social y político, lo anterior contribuyó en gran medida en inhibir a la sociedad para cuestionar los paradigmas sobre los que se sustentaban. A lo largo de la década de los 60's, se efectuaron cambios sociales, esto contribuyó a que la sociedad tuviera más libertad de expresar su opinión y cuestionar, se vio favorecida la publicación de distintos libros y artículos relacionados con la integración teórica. Aunado a lo anterior, hubo un crecimiento masivo en el ámbito económico y tecnológico, se desarrollaron fuertemente los medios masivos de comunicación y regímenes democráticos, lo que favoreció notablemente la comunicación e intercambio de ideas en la sociedad (Mirapeix y Rivera, 2010).

Es en las décadas de los 70 y 80 que se observa un marcado y sostenido impulso tanto por las estrategias eclécticas como integradoras, reflejadas en la creación de la Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI), la que se define como una organización interdisciplinaria, de carácter internacional cuyo objetivo principal es promover el desarrollo y evaluación de aproximaciones psicoterapéuticas no limitadas por una única orientación (Feixas y Miró, 1993).

A partir de la década de los ochentas ha existido un interés creciente por encontrar modos de unificar criterios, estrategias, técnicas y aspectos teóricos de distintos modelos para satisfacer de un modo más conveniente la creciente demanda en el campo de la salud mental (García y Fantin, 2012).

### **3.2.3 Periodo Institucional y momento actual**

Este es el periodo más fructífero, donde más trabajos se han publicado, algunos hechos que contribuyeron para que éste sea un momento histórico de especial relevancia para el desarrollo de las concepciones integradoras de la psicoterapia se describen a continuación.

En Chile en 1978 se crea el Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP) designando a Roberto Opazo como su director. Años más tarde, en 1981 los miembros de dicho centro presentan en el Primer Encuentro Nacional de Psicólogos Clínicos y hacen su primera publicación con una marcada temática integrativa. Un año después Opazo presentó por primera vez el Modelo Integrativo en una reunión del CECIDEP, que integraba los paradigmas biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental/conductual y sistémico (Opazo y Bagladi, 2009).

En la década de los 80's se forma en Estados Unidos la Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI), a partir de entonces SEPI ha considerado diversas opciones integrativas así como destacados psicoterapeutas. Es en 1985 que se celebra el primer congreso de la SEPI. Por otra parte, en España en ese mismo año se crea la Asociación de Psicoterapia Humanista Integrativa. Un importante órgano de expresión fue el Journal of Psychotherapy Integration o bien el American Journal of Psychiatry, donde aparecen artículos de relevancia en el campo de la psicoterapia integradora (Mirapeix y Rivera, 2010).

Una aportación del modelo de **factores comunes** es el de sintetizar las distintas fases a través de las cuales transita el proceso de la psicoterapia individual independientemente de la orientación que se tenga: compromiso, proceso, cambio y terminación. Lambert (1992) y basándose en el trabajo anterior **factores comunes** que actúan en las diferentes psicoterapias y que se asocian con una evolución positiva de las terapias en tres tipos de factores diferentes: 1) factores de apoyo: la catarsis, la identificación con el terapeuta, una relación terapéutica positiva, la estructura del tratamiento, empatía y alianza terapéutica; 2) factores de aprendizaje: experimentación afectiva, asimilación de experiencias problemáticas, cambio en las expectativas de la efectividad personal o autoeficacia, experiencia emocional correctora, feedback e insight; 3) factores relacionados con la acción: regulación conductual, habilidad cognitiva, modelado, práctica, juicio de realidad, experiencia exitosa de los resultados obtenidos en la terapia (Mirapeix y Rivera, 2010).

Es así que los movimientos socioculturales y económicos han afectado el movimiento hacia la integración en psicoterapia. Un enfoque para promover la psicoterapia integrativa sería trabajar hacia definiciones comunes entre las distintas aproximaciones terapéuticas (Norcross, 2005). Para continuar con los avances en el campo de la psicoterapia integrativa se necesita que más profesionales de la salud generen discusión y compartan los avances y resultados de su ejercicio profesional, basados en evidencia práctica (Norcross, Beutler y Levant, 2005).

Escritores actuales que son seguidores y ejercen la psicoterapia integrativa sugieren que la psicoterapia integrativa está siguiendo un nuevo curso de desarrollo, cada vez más enfocados en la unificación de las ciencias clínicas. Cualquiera que sea la siguiente conceptualización de integración, será inevitablemente una concepción que incluya la aplicación a una variedad de población especial, incluyendo la psicoterapia infantil (Drewes, Bratton y Schaefer, 2005).

### **3.3 Factores que promueven la integración**

Los psicólogos clínicos formados bajo un modelo teórico y de intervención están enfrentándose a la realidad de que no todas las dificultades y problemáticas actuales pueden ser abordadas bajo una misma aproximación. Además no hay evidencia clara y contundente que demuestre que un solo enfoque teórico sea

capaz de crear cambios terapéuticos a través de los diversos y multidimensionales trastornos psicológicos que existen (Schaefer, 2003).

Como se ha mencionado con anterioridad ninguna aproximación teórica resulta efectiva para todos los clientes ni para todas las problemáticas, es por eso que se ha despertado el deseo de los psicoterapeutas en conocer e informarse sobre otras teorías que enriquezcan su intervención. De acuerdo con Norcross (1997) existen factores que han propiciado el fenómeno de la integración, estos son:

- a) La proliferación de enfoques psicoterapéuticos
- b) Una forma de psicoterapia no puede ser adecuada para todos
- c) La ausencia de eficacia diferencial entre las psicoterapias
- d) El reconocimiento de la existencia de factores comunes a las distintas psicoterapias
- e) El énfasis en las características del paciente y de la relación terapéutica como principales agentes del cambio
- f) Los factores sociopolíticos y económicos

Fernández-Álvarez y Opazo (2004) agregan que el movimiento hacia la integración obedeció a dos premisas fundamentales: al descubrir, dentro de tal diversidad, nexos conceptuales que permitan la articulación de síntesis teóricas y además identificar modos de intervención que otorguen mayor efectividad a los tratamientos.

El enfoque integrativo se nutre de las partes válidas, es decir, explicativas y predictivas, de las teorías existentes, pero las “re-encuadra” en un marco teórico más amplio, formando un todo a partir de partes diferentes (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004).

Uno de los supuestos del enfoque integrativo es la disposición a incorporar los progresos metodológicos que otorguen un mayor rigor y confiabilidad a la investigación científica, a su vez permite al terapeuta disponer de mayor cantidad de recursos técnicos para aplicar en el curso de las sesiones (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004).

Los clínicos de distintas disciplinas han tomado conciencia de las limitaciones inherentes a cualquier abordaje único, la adhesión a un modelo se debería fundamentar a una elección personal y comprometida con su perfeccionamiento, en lugar de un dogmatismo. Así, el espíritu integrador pretende sustituir este clima por la cooperación entre escuelas y el esfuerzo común por hacer madurar nuestro campo no necesariamente hacia una psicoterapia unificada, pero sí hacia una experiencia acumulada durante décadas por los practicantes de las distintas orientaciones (Feixas y Miró, 1993 y Norcross, 1997).

Esquivel (2010) señala que en las diferentes aportaciones de los modelos de terapia, como los son el psicoanálisis, el conductismo, el cognitivo conductual, la Gestalt, la terapia narrativa, la terapia centrada en el cliente, la terapia filial y la

terapia integrativa, pese a tener enfoques distintos para abordar el tratamiento psicoterapéutico, todos comparten ciertas características: todos los enfoques toman en cuenta el desarrollo socio-emocional del niño y abordan la forma en que se presentan las dificultades afectivas que se manifiestan en problemas focalizados o síntomas; además, todos estos modelos utilizan el juego como técnica de intervención en la psicoterapia infantil.

Este modelo propone un análisis de los diferentes paradigmas que lo integran, en función de  *criterios de funcionalidad, de satisfacción personal, de adaptación social, de perspectiva histórica, de datos de investigación y de evaluación clínica*. A continuación se describen los distintos paradigmas que componen la Psicoterapia Integrativa (Fernández-Álvarez, Opazo, 2004)

### Biológico

- Los diversos estímulos adquieren significados diferentes a partir de la biología misma, una persona puede magnificar sistemáticamente ciertos estímulos y/o minimizar sistemáticamente otros
- Disposiciones genéticas, cambios endócrinos, ingestión de sustancias, cambios neuroanatómicos, ejercicio físico, etc.

### Cognitivo

- Sus ejes son la información y el procesamiento de la información. Otorgando un significado a los hechos, interpretando los acontecimientos, se procesa cognitivamente los hechos
- Coeficiente intelectual, nivel de información / cultura, pensamientos o imágenes transitorias, estructuras cognitivas (valores o pensamientos estables) que pueden incluir generando conductas, cogniciones y afectos

### Afectivo

- Las emociones y los sentimientos pueden influir en la génesis de pensamientos y conductas, e incluso generar cambios a nivel anatómico/fisiológico en el organismo
  - **Dimensión subjetiva.** La persona vivencia sus cambios fisiológicos (autonómicos y límbicos) los interpreta cognitivamente y los asume como un sentir que se puede presentar en distintos niveles de conciencia
  - **Dimensión objetiva.** Estímulos desencadenantes, respuestas del sistema nervioso autónomo, respuestas del sistema límbico, expresión no verbal y conductas motrices
  - **Dimensión temporal.** Se incorpora el tiempo de reacción (latencia) y duración de la respuesta emocional
- Desarrollo afectivo, repertorio variado y completo, capacidad para compromisos afectivos a largo plazo, estables y profundos, estado de ánimo, satisfacción de necesidades, tolerancia a la frustración, capacidad de empatía, calidez interpersonal, entre otras

## Inconsciente

- Aquellas actividades psicológicas de las que no nos damos cuenta. Una experiencia, pensamiento o sentimiento pueden quedar fuera de la conciencia porque carecen de fuerza, porque están fuera de nuestro interés en ese momento, o porque no somos capaces de tolerarlos en la conciencia
- Amplio campo de conciencia, libre acceso a la conciencia, conciencia amplia de las propias cualidades y defectos, conciencia del operar de esquemas cognitivos

## Ambiental

- La actualización de las potencialidades de la persona requiere también un cierto apoyo ambiental. Las personas recurren a su ambiente para la satisfacción de sus necesidades
- Contexto social, inteligencia, emociones, valores humanos, estimulación, contacto social, acceso al lenguaje, relaciones tempranas con figuras significativas, repertorio conductual variado y completo, capacidad para la conducta asertiva
- Interacción con sistemas psicosociales significativos como son los sistemas: familiar, laboral, grupo de amigos, etc., el modo en que operen con cierta funcionalidad: reglas claras y flexibles, procesos comunicacionales funcionales, incentivos de la expresión afectiva, delimitación funcional de roles, etc.

## Self

- Se sitúa en el epicentro del mundo psicológico y ejerce el rol de fran conductor de la dinámica psicológica. Cada función compromete a la persona como totalidad, como un todo. Delimita las siguientes funciones centrales:
  - **Función de identidad:** sentido de identidad personal claro, fundamentado, estable
  - **Función de auto organización:** desorganización proporcional, autoorganización funcional, apertura al cambio, coherencia interna
  - **Función de significación:** análisis de realidad
  - **Función de control conductual:** capacidad para satisfacer las propias necesidades, capacidad para movilizar conductas, capacidad para desplegar esfuerzos persistentes, creatividad, capacidad para postergar impulsos
  - **Función de búsqueda del sentido:** construcción de valores personales, toma de decisiones, libertad personal, creatividad artística, desarrollo espiritual

### 3.4 Terapia de Juego Integrativa

En el trabajo psicoterapéutico de juego con niños y adolescentes, es de especial importancia el hecho de que los trastornos psicológicos en esta etapa de desarrollo son diversos y de gran complejidad y en su mayoría están determinados por una multiplicidad de factores, lo cual implica que requieren de un método de tratamiento que sea multifacético (Schaefer, 2003, citado en Drewers, 2012).

La terapia de juego es un proceso dinámico entre el niño y el terapeuta de juego, en el cual el niño explora, a su propio ritmo y con un orden individual, aquellos elementos del pasado y del presente, tanto conscientes como inconscientes, que afectan la vida presente del niño. La alianza terapéutica habilita los recursos internos del niño para lograr el crecimiento y el cambio (Asociación de Terapeutas de Juego, Reunido Unido, citado en West, 2000).

Considerando la gran variedad de enfoques integrativos en la terapia de juego, se hace evidente que los poderes curativos del proceso de psicoterapia son los relativos al juego, el juego es el mecanismo de cambio que pueden ayudar a los niños y adolescentes a superar las dificultades psicosociales, conductuales y emocionales. En consecuencia, el enfoque integrador busca que el terapeuta de juego pueda formarse en distintas aproximaciones para adquirir y desarrollar numerosos poderes terapéuticos y diferencialmente aplicarlos para satisfacer las necesidades individuales del cliente (Drewes, 2005).

De acuerdo con Coonerty (citado en Drewes, 1012) en la terapia de juego infantil, los terapeutas necesitan utilizar diversas destrezas y ser capaces de cambiar entre diversos modelos terapéuticos con el fin de satisfacer tanto las necesidades del niño como la necesidad de orientación de las personas involucradas en el proceso (padres, maestros, tutores, familia, entre otros). Es así que el terapeuta infantil no va de un tratamiento a otro, sino que integra y amplía el concepto acerca de los que es apropiado desde distintos puntos de vista teóricos y que pueden ofrecer una mayor selección de herramientas con las cuales trabajar.

El objetivo de la Psicoterapia Integrativa es promover experiencias correctivas considerando el self y personalidad del consultante, en términos cognitivos, afectivos y nuevos comportamientos en lo vincular, social y en lo biológico, ya que los cambios en un sistema repercuten en el resto. Estas experiencias pueden ser tanto correctivas como enriquecedoras, modificando aspectos nocivos o de riesgo o potenciando los recursos saludables (p. electrónica <http://www.alapsiweb.org/quienes.php>).

Esquivel (2010) menciona que los postulados principales de la psicoterapia integrativa son:

1. Es consistente
2. Es un proceso interpersonal
3. El diagnóstico integral es considerado crucial en términos de predicción de evolución clínica y en términos de selección de estrategias clínicas
4. Los objetivos terapéuticos son esclarecidos y acordado con el paciente y sus padres
5. El cambio clínico será diferente en función de la parte específica del sistema que sea influenciada (padres o cuidadores principal)
6. Cualquier cambio específico de una parte del sistema tiende a irradiarse en el sistema total
7. Cualquier cambio en el sistema total tiende a afectar a cada parte del sistema psicológico del niño

8. Las variables específicas (en ocasiones para los papás) van adquiriendo especificidad en el marco de la psicoterapia integrativa
9. El eje de la psicoterapia infantil es la traducción del experiencia
10. El desarrollo de cada sistema tiene efectos preventivos
11. Es un proceso creativo sobre bases científicas

Una línea integrativa es la que propone Frank en 1963, el planteamiento fundamental hace referencia al hecho de que si las psicoterapias curan de manera bastante similar, siendo tan diferentes como lo son teórica y metodológicamente, debe ser que curan por aquello que tienen en común y no por sus diferencias, es así como propone seis factores comunes que de acuerdo con su investigación, forman parte de todas las psicoterapias (citado en Rosado, 2007):

- *Una relación de confianza.* El paciente expone en una relación con cierta carga emocional determinadas cuestiones cargadas de afecto en una atmósfera de aceptación, sin ser criticado ni rechazado. A esta condición han contribuido especialmente el psicoanálisis freudiano y la psicoterapia centrada en el cliente de Rogers
- *Una explicación racional.* El terapeuta reformula el malestar en términos comprensibles y manejables para el paciente, a fin de aumentar su sentido de eficacia y logro en la resolución de problemas
- *El proporcionar nueva información acerca de la causa y el tratamiento de los problemas del paciente:* ya sea mediante el auto descubrimiento por “insight”, autoexploración o la autoobservación el paciente aprende en vivo el cómo explicarse y manejarse sus dificultades
- *La esperanza del paciente de encontrar ayuda en el terapeuta.* El paciente acude a terapia con la convicción de que esto le será de ayuda, y el terapeuta al aceptar el caso, participa de esa idea, fomentando ambas las expectativas de solución
- *La oportunidad de tener experiencias de éxito y dominio de los problemas.* Ya sea mediante autodescubrimiento de exploraciones emocionales, insights emocionales o aprendizaje de nuevas habilidades, el paciente es llevado a aumentar sus expectativas de eficacia en el manejo de las dificultades
- *Facilitar la activación emocional.* Para que el cambio sea efectivo necesita activarse las emociones relacionadas con las dificultades, ya que a menudo estas se procesan a este nivel (inconsciente, experiencial, tácito, de lógica de segundo orden, condicionamiento, exposición emocional, etc.)

Munns (2011, citado en Drewes, 2011) menciona que hay diferentes cuestiones que se deben considerar al momento de integrar diversos enfoques trabajando con el mismo niño, por ejemplo, preguntarse qué es lo que el niño requiere en ese momento, además de cuál será la función de los padres (o principales cuidadores). Además de reflexionar si este tipo de intervención puede ser confusa, ya sea para el niño, para los padres y/p cuidadores o el mismo terapeuta. Una vez que se ha decidido usar un enfoque de psicoterapia integrativa, se debe resolver el modo en que se trabajará, se propone considerar:



- Un número de sesiones con un enfoque y otra fase de sesiones con el otro
- Media sesión con cada enfoque
- Sesión combinada con ambos enfoques

Futuras investigaciones deberán enfocarse en traer a la luz qué factores curativos del juego son más efectivos para trabajar con niños que presentan problemas específicos al combinar diferentes modelos y aproximaciones de tratamiento. La psicoterapia integrativa plantea un enfoque de uso flexible para integrar tanto la teoría como las técnicas, con el fin de ofrecer a los clientes el mejor tratamiento para los problemas que presenta. Se necesita mucho trabajo en la creación de la formación terapéutica dentro de entornos universitarios en este enfoque, así como en el campo de la terapia de juego a través de talleres, presentaciones de conferencias y publicaciones para ayudar a los terapeutas de juego se vuelven flexibles en su pensamiento y enfoque (Drewes, 2012).

### **3.5 Factores curativos**

De acuerdo con Schaefer (2012) desde hace varios años, terapeutas de distintas orientaciones teóricas han mostrado gran interés por los factores sanadores o factores curativos de la psicoterapia; en estos últimos 25 años, investigadores y clínicos infantiles buscaron de manera más rigurosa las cualidades específicas inherentes a la conducta de juego que la convierten en un agente de cambio (Russ y Schaefer, 2006). La meta es lograr entender qué fuerzas están implícitas en las interacciones de juego entre terapeuta y cliente y ayudan a éste último a superar y curar los problemas psicosociales.

Yalom (1986) investigó sobre los factores terapéuticos inmersos en la dinámica de grupos, tomando como fuentes de información cuatro elementos: su experiencia clínica, la experiencia de otros terapeutas, consideraciones de los pacientes e investigación sistemática. Expresa que en el proceso terapéutico, los factores relacionados con la efectividad, que promueven el cambio terapéutico, sucede a través de un intrincado intercambio de experiencias humanas, bajo su perspectiva estos factores se dividen por líneas naturales de fragmentación en 11 factores primarios, estos factores son interdependientes y operan en conjunto:

1. Infunde esperanza. Hay expectativas y necesidades, es importante contrastar las mejorías de otros, que el grupo crea en sí mismo y en los otros
2. Permite universalidad. Saber que los conflictos pueden ser compartidos
3. Ofrece información. Informar es importante porque el no saber genera ansiedad, se brinda información sobre salud y enfermedad mental
4. Genera altruismo. Coadyuvar al cambio
5. Recapitulación del grupo familiar primario. Los pacientes llegan con una historia familiar que en el grupo reproducen en su interacción, esta forma de vinculación podría vivenciarse de forma correctiva en el grupo
6. Socialización
7. Identificación - conducta imitativa. El paciente se beneficia al observar la conducta de otros, puede imitar conductas favorables en una situación similar
8. Aprendizaje interpersonal. Aprender a través de la experiencia de los otros.

9. Cohesión. Se desarrolla a partir de la atracción que el paciente siente por el grupo, se basa en apoyo, aceptación, formación de vínculos y autoestima.
10. Propicia la catarsis. La libre expresión de emociones favorece la cohesión
11. Nueva dimensión existencial. Conocimiento del ser y estar en el mundo, reconocimiento de que solo el individuo puede liberarse de su dolor, asumir responsabilidad del modo de vivir

Schaefer (1999) fue uno de los pioneros en describir los poderes terapéuticos del juego, realizó un estudio de meta-análisis identificando los factores terapéuticos que se examinan a continuación.

Figura 12. Factores curativos

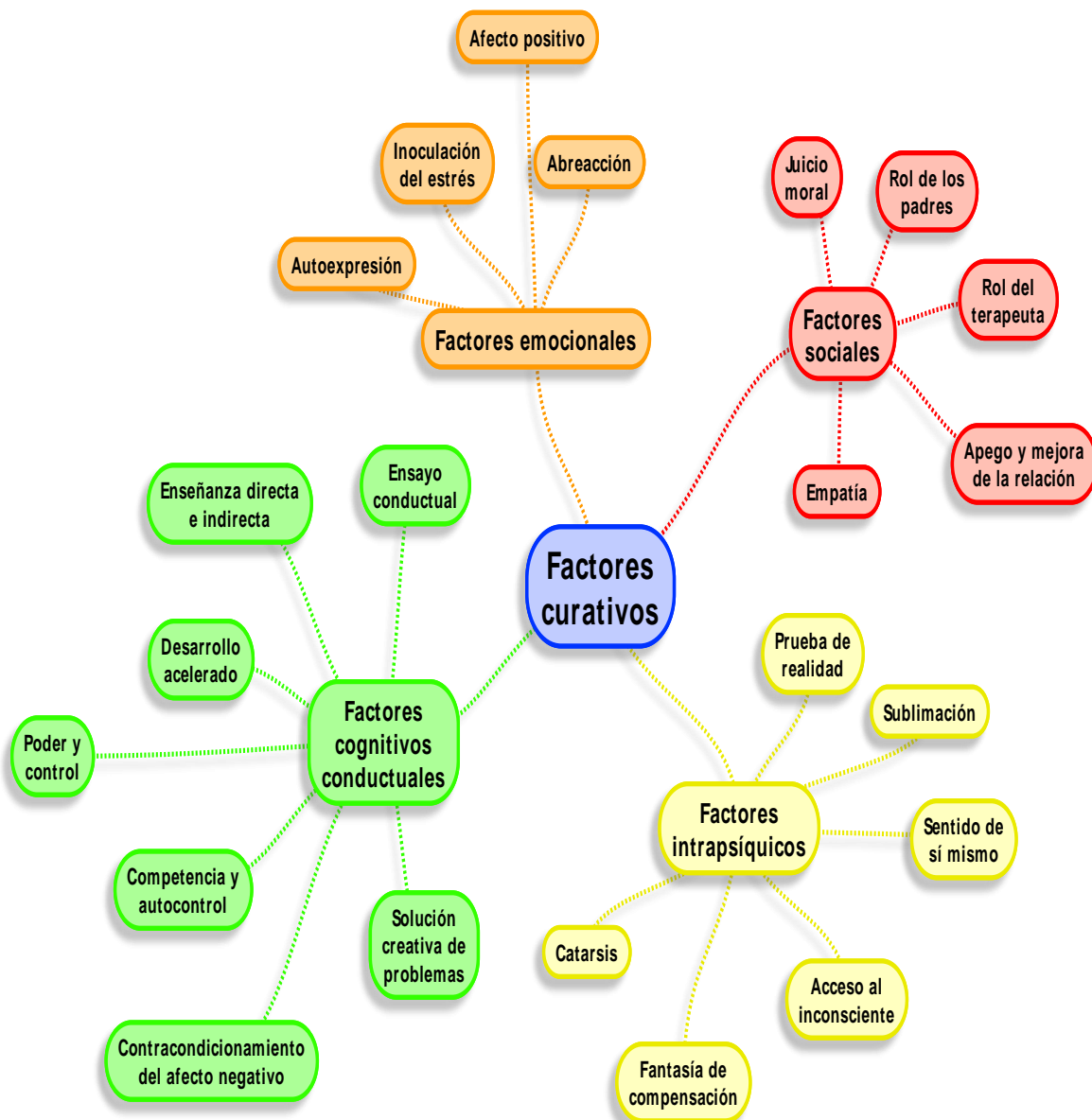


Fig. 12 Schaefer, C. (2012) Mapa realizado como producto del trabajo académico en la Residencia de Psicoterapia Infantil (2013).

### 3.5.1 Factores emocionales

**Autoexpresión.** Es mediante el juego que los niños expresan sus pensamientos y sentimientos. Es posible que el principal poder terapéutico del juego descrito en la literatura sea su poder de comunicación. El juego proporciona una forma saludable de expresar sentimientos dolorosos, tristes, estresantes, favoreciendo la autoexpresión, es mediante el juego que los niños aprenden a expresar de forma segura sus emociones. El juego no se usó directamente en la terapia infantil hasta 1919 por Hug-Hellmuth quien pensaba que era una parte esencial en el análisis infantil. Sin embargo, Anna Freud y Melanie Klein escribieron ampliamente sobre cómo adaptaron la técnica psicoanalítica tradicional para su uso con niños, incorporando el juego a sus sesiones. La meta principal de su enfoque era ayudar a los niños a trabajar con sus dificultades o traumas auxiliándolos a obtener "insight". Aunque ellas consideraban el juego como una parte del tratamiento, lo usaban en muchas otras formas (Landreth, 1993; Schaefer, 2012; Schaefer y Connor, 1994).

**Inoculación del estrés.** El organismo se regula a sí mismo en su intento de mantenerse sanos, tanto a nivel fisiológico, emocional, psicológico, cognitivo, espiritual, etc. existen diferentes eventos estresantes a los que está expuestos los niños, el nivel de estrés puede verse disminuido si se representan estos sucesos con antelación. De acuerdo con Oaklander las funciones que cumple el terapeuta dentro de la sesión de juego son: ayudar a recuperar pleno uso y gozo de los sentidos, cuerpo, expresión emocional e intelecto, esto mediante el uso de técnicas expresivas y creativas (Oaklander, 2008; Schaefer, 2012).

**Afecto positivo.** Mientras los niños juegan, los niños suelen sentirse menos ansiosos o deprimidos, las actividades disfrutables contribuyen a una mayor sensación de bienestar y de menor angustia. La risa y los afectos positivos ayudan a contrarrestar los afectos negativos (Schaefer, 2012). De acuerdo con West (2000) uno de los factores para que la terapia sea efectiva y produzca un cambio es que los niños logren sentirse seguros y valorados, dentro y fuera de las sesiones. Agrega que dentro del proceso terapéutico se pueden identificar diferentes momentos: 1) la conducta del niño es profusa, difusa, por arriba del límite o inhibida, el objetivo es formar la alianza terapéutica; 2) los sentimientos del niño llegan a enfocarse en determinadas personas y cosas fuera de él, puede parecer que el comportamiento del niño empeora; 3) comienza a mostrar sentimientos positivos, pero existe mucha ambivalencia, emergen sentimientos realistas con mayor firmeza, es más capaz de enfrentar las vicisitudes de la vida.

**Abreacción.** Mediante el juego los niños logran recrear y aliviar experiencias estresantes y traumáticas, adquieren de este modo, una sensación de poder y control sobre ellas, a través de las recreaciones repetitivas del juego, el niño puede lograr gradualmente la asimilación mental y el dominio de pensamientos y sentimientos desagradables. Los niños muestran una tendencia natural a afrontar los traumas y eventos externos por medio del juego (Landreth, 1993; Schaefer, 2003, 2012).

### 3.5.2 Factores cognitivos conductuales

**Ensayo conductual.** Conductas socialmente aceptables, como la asertividad en oposición a la agresividad, pueden ensayarse y practicarse en el ambiente seguro del juego. Es mediante los juguetes, marionetas, juego de roles, entre otras, que el terapeuta infantil puede modelar conductas nuevas que sean más adecuadas para el niño, para que él pueda practicar después para asegurar el desarrollo y dominio de la habilidad (Schaefer, 1999; Schaefer, 2012).

**Enseñanza directa e indirecta.** Desde la perspectiva de psicoterapia centrada en el niño se concibe al terapeuta como un facilitador y un explorador, con el objetivo de llegar al entendimiento de la persona, más allá de la corrección o la explicación, acompaña al niño para que logre su autodescubrimiento. Se pudiera enlistar una serie de objetivos de este enfoque, tales como: desarrollo de un autoconcepto más positivo, lograr la aceptación de sí mismo, que el niño entienda la importancia de su conducta y cómo puede modularla (West, 2000). En el caso de la psicoterapia cognitivo conductual, se basa en el supuesto de que los seres humanos tenemos creencias que se van formulando en la infancia, estas creencias las asumimos como reglas o actitudes ante la vida, la forma en que los niños interpretan sus experiencias determina profundamente su funcionamiento emocional; la terapia cognitiva con niños suele basarse en un enfoque experiencial, centrado en el aquí y el ahora, como los niños están orientados a la acción, están predispuestos por naturaleza a aprender haciendo (Friedberg y McClure, 2005).

**Desarrollo acelerado.** En el juego los niveles de desarrollo de los niños en edad preescolar pueden avanzar más allá de los logros comunes de su función y edad a un grado de pensamiento que sólo se volverá característico más adelante (Schaefer, 1999).

**Poder y control.** Existen diferentes experiencias en las cuales los niños se sienten pequeños y sin control, el juego es una forma de trabajar con los niños en los sentimientos como ansiedad o miedo y restablecer la sensación de balance y control en sus vidas; cuando los niños han vivido una experiencia traumática, el poder jugar y representar esa situación les ayuda en su entendimiento de ese suceso. Los niños vivencian en su entorno (como la casa o escuela) una serie de situaciones estructuradas y de control, este tipo de interacción esta basada en el control de los demás sobre el niño, pero en el juego desestructurado el niño es el que guía, es el maestro, el jefe, la persona a cargo que decide qué jugar, cómo jugar y cómo concluirlo, es el espacio de juego un espacio seguro donde pueden experimentar (Landreth, 1993). Oaklander (2005) establece que en la relación terapéutica y el proceso terapéutico con los niños uno de los puntos de análisis es el *dominio o maestría*, es importante permitir que el niño vivencie y cree oportunidades para que sienta el dominio en las actividades que realiza, el dominio implica: autorregulación física, autocontrol de respuestas que permitan llegar a la meta sin dañar a otros y asertividad, entendida como la capacidad de adaptación a las respuestas socialmente aceptables.

Dado que los niños de familias violentas suelen sentir poco poder y vulnerabilidad, la terapia también se dirige a darle acceso a un control personal y a internalizar nuevas habilidades de enfrentamiento. El permitir a los niños que sepan anticipadamente lo que se realizará en el cuarto de juegos, les ayuda a moverse del rol de víctimas al rol de control, y la maestría que desarrolla lo lleva a reincorporar el autoconcepto positivo más allá de lo que fue su relación con el cuidador primario (Gil, 1991).

**Competencia y autocontrol.** Para muchos niños, el haber vivido una situación donde fueron dominados y controlados por otros hace que se sientan sin control de sus sentimientos y conductas, estas historias saturadas del problema cuando no logran ser expresadas de una forma asertiva pueden traer graves consecuencias para los niños al gestar problemas relacionados con la expresión de enojo y miedo, impulsos sexuales, desordenes alimenticios, abuso del alcohol y/o drogas, entre otros. Desde la aproximación narrativa se busca que el niño pueda expresar (mediante el diálogo o acción: pintura, escultura, realización de máscaras y títeres, cuentos, música, danza, etc.) de otros modos una vivencia, generando así nuevos entendimientos y perspectivas (Smith y Nylund, 1997).

**Contracondicionamiento del afecto negativo.** De acuerdo con Schaefer (1999) dos estados internos mutuamente excluyentes, tales como la ansiedad y relajación, o depresión y ganas de jugar, no pueden coexistir al mismo tiempo; es por eso que permitir que un niño juegue a las escondidas en un cuarto oscuro, puede ayudarlo a vencer el miedo a la oscuridad. El juego ofrece la oportunidad de representar un evento traumático o que causa aflicción, por ejemplo el role playing dramático permite que se atribuyan roles a sí mismos pues al disfrazarse se proyectan a sí mismos en otro personaje y a través de la fantasía expresan necesidades e impulsos internos, en este tipo de juego los niños eligen eventos relacionados con sus experiencias internas y externas (Shaefer, 2012West, 2000).

**Solución creativa de problemas.** En un ambiente terapéutico aceptante puede efectuarse la redención y liberación de síntomas que se presentan y son el producto de los conflictos internos del niño, en general su conducta mejora (West, 2000). Dado que en el juego importa más el proceso que el resultado final, los niños tienen la libertad de proponer, sin temor a las consecuencias, combinaciones y descubrimientos novedosos que pueden ayudarlo a resolver problemas sociales y propios (Sawyers y Horn.Wingerd, 1993; Schaefer, 1999).

### **3.5.3 Factores intrapsíquicos**

**Catarsis.** Permite llevar a cabo y concluir una liberación afectiva previamente restringida o interrumpida por medio de la expresión emocional, como el llanto, o actividad, como reventar globos, aplastar plastilina o golpear un saco de arena. Ana Freud propone que dentro de la sesión de juego el niño representa mediante la expresión verbal y/o el juego aspectos conscientes e inconscientes, el objetivo del tratamiento es permitir que los impulsos inconscientes del paciente que se expresan directamente en acción, encuentren expresión en el pensamiento o en la

fantasía, de tal manera que el niño adquiriera insight y ejerza control (Sandler, Kennedy, Tyson, Freud, 1983; Schaefer, 2012).

**Fantasía de compensación.** Es en el juego que los niños pueden obtener la gratificación sustituta inmediata de sus deseos. Un niño miedoso puede actuar de forma valiente o uno débil puede ser fuerte (Schaefer, 1999).

**Acceso al inconsciente.** En el juego, el niño expresa plenamente sus pensamientos, fantasías y deseos el niño es quien decide hasta qué punto quiere valerse de los juguetes y hasta qué punto expresa verbalmente sus experiencias (Sandler, et al, 1983).

Para Melanie Klein, en el análisis del niños, el juego es el equivalente al lenguaje de los sueños, en el se pueden expresar fantasías, deseos, cómo vivió sus experiencias. Las herramientas son los juegos y juguetes, es por eso que el juego no es reglado, sino totalmente libre. Es mediante el juego que podemos identificar un problema y averiguar el significado de cada símbolo. Melanie Klein hace una comparación entre el trabajo de análisis que se realiza con niños y adultos, el niño tiene el inconsciente y consciente más cercanos, pues utiliza mecanismos más primitivos como la acción antes que la palabra, el niño expresa directamente sus experiencias. Es mediante los juguetes, juegos y materiales elegidos de manera especial por sus cualidades terapéuticas y como estímulos neutros, que se permite que el niño pueda revelar conflictos inconscientes mediante los mecanismos de defensa: de proyección, desplazamiento y simbolización (Klein, 1955).

**Sentido de sí mismo.** Carl Rogers desarrolló el enfoque centrado en el cliente a la terapia para adultos, mientras que Virginia Axline lo modificó en una técnica de terapia de juego, en este entorno el niño puede empezar a experimentar completa aceptación y permiso para ser él mismo sin el temor a juicio, evaluación o presión para cambiar. Axline describe el proceso como una oportunidad que se ofrece al niño para experimentar el crecimiento bajo condiciones más favorables, es así que el niño puede pensar por sí mismo, tomar sus propias decisiones, hacerse más maduro psicológicamente y con lo anterior, tomar conciencia de que la individualidad es la meta de la terapia de juego no directiva. Los objetivos de la terapia de juego centrada en el niño consisten en ayudarlo a: a) Desarrollar un autoconcpeto más positivo, b) Asumir mayor responsabilidad consigo mismo, c) Volverse más autodirigido, d) Llegar a aceptarse más, e) Lograr ser más independiente, e) Mostrar autodeterminación en la toma de decisiones, f) Experimentar un sentimiento de control, g) Volverse sensible al proceso de afrontamiento, h) Desarrollar una fuente interna de evaluación, i) Llegar a confiar en sí mismo (Axline, 1947; Landreth, 1993)

**Sublimación.** Este proceso fue postulado por Freud para explicar ciertas actividades humanas que aparentemente no guardan relación con la sexualidad, pero que hallarían su energía en la fuerza de la pulsión sexual. Se dice que la pulsión se sublima, en la medida en que es derivada hacia un nuevo fin, no sexual,

y apunta hacia objetos socialmente variados (Laplanche y Pontalis, 1996). La sublimación permite la canalización de impulsos inaceptables en actividades sustitutas que son socialmente aceptables (Schaefer, 2012).

**Prueba de realidad.** Bellack realiza una aportación importante para la descripción y evaluación de la conducta de los individuos, seleccionó 12 funciones del Yo, estas categorías están delineadas para ordenar fenómenos observables; una de las funciones del Yo es la prueba de realidad, esta comprender la distinción entre estímulos internos y externos, el grado de exactitud de percepción de los acontecimientos externos e internos (Bellack, 1994). Las experiencias de juego permiten a los niños interpretar las señales en las situaciones sociales y ayudarlos a distinguir la fantasía de las situaciones reales. En el juego de simulación, los niños alternan a menudo entre los roles que están representando y su yo real (Schaefer, 2012)

### 3.5.4 Factores sociales

**Juicio moral.** Uno de los enfoques teóricos más difundidos y aceptados en la psicología del desarrollo moral es el propuesto por Kohlberg, entiende el juicio moral como la capacidad cognitiva del individuo que le va a permitir distinguir lo que está bien de lo que está mal, esta capacidad cognitiva está estrechamente vinculada a la idea de justicia, en tanto de igualdad y equidad; la perspectiva social o la capacidad para asumir el rol del otro es una habilidad social que se desarrolla gradualmente y que representa un factor decisivo en el desarrollo del juicio moral (Kohlberg, 1981). Las experiencias de juego ayudan a los niños a dejar atrás la primera etapa del realismo moral, en que las reglas se ven como restricciones impuestas de manera arbitraria por adultos impuestas de manera arbitraria por adultos con autoridad, para avanzar al concepto de moralidad que se basa en los principios de cooperación y consentimiento entre iguales (Schaefer, 2012).

**Rol de los padres.** Los tutores legales y cuidadores primarios de la mayoría de los niños son los padres, muchos terapeutas de juego se concentran exclusivamente en los niños y excluyen en buena medida la participación de sus padres, esta participación es imperativa porque los esfuerzos del terapeuta para ayudar a los niños debe empezar por la consideración de los parámetros de la relación que debe establecerse con el padre (Landreth, 2002). Los terapeutas aprenden a observar familias en detalle minucioso, documentar factores tales como estructura jerárquica y organización, límites, estilos de comunicación, conexiones emocionales y muchas variables sutiles como cohesión familiar, rigidez y acceso a recursos internos o externos. El amplio contexto cultural de la familia se considera muy relevante para el funcionamiento familiar, y los clínicos están alentados a observar a la familia poniendo atención a las variables de clase y género. Trabajar con los problemas de la infancia requiere tratar las interacciones disfuncionales en el sistema familiar, una de las principales destrezas del terapeuta debe apuntalar hacia el poder implicar a los padres en las sesiones, se valora las interacciones familiares y su impacto en el desarrollo de

los niños para intervenir en las dinámicas familiares disfuncionales (Gil, 2000 en Bailey, 2005).

**Rol del terapeuta.** El terapeuta de juego requiere de enseñanza, formación teórica, práctica o procedimientos experimentales en la formación académica formal, pero también se requieren otras cualidades, que más que atributos “enseñables” parecen ser más bien una consecuencia de las experiencias vividas antes del ingreso a un programa de capacitación en psicoterapia: debe desarrollar una relación cálida y amistosa con el niño, aceptar al niño de forma genuina, establecer un sentimiento de permisividad que le permita al niño expresarse libremente, mostrarse atento para reconocer sentimientos y reflejárselos, reconocer que la terapia es un proceso gradual, establecer límites necesarios (Landreth, 2013; Schaefer, 2014). Axline (1969) establece principios básicos de la terapia de juego centrada en el niño, el rol del terapeuta y sus cualidades deben estar enfocadas en la aceptación genuina del niño, tanto en su juego como su conducta, el terapeuta refleja al niño lo que dice o hace en sesiones sin juzgarlo, el terapeuta mantiene la seguridad y límites terapéuticos, es el encargado de lograr un espacio seguro, privado y amigable.

El rol que juega el terapeuta dentro de la terapia integrativa es variables, el terapeuta tiende a ser versátil, cambiando en función de las necesidades de cada individuo. Habrá ocasiones en que tendrá que ser no directivo, permitiendo que el niño o adolescente guíe la sesión, otras veces deberá adoptar una postura más directiva y comprometida, ofreciendo a los padres orientación a los padres o introduciendo componentes de tratamiento o tareas a realizar. Tales cambios se pueden dar dentro de la misma sesión o pueden ocurrir de manera secuencial a lo largo del tratamiento. En consecuencia, el terapeuta de juego deberá ser flexible tanto en su pensamiento como en su método de tratamiento (Drewes, 2012).

**Apego y mejora de la relación.** Se ha encontrado que el juego facilita el vínculo emocional positivo entre padres e hijos, Bleichmar propone pues los padres están siempre presentes en la mente del niño (y del terapeuta), y colaboran o afectan el tratamiento; es desde esta perspectiva que los terapeutas deben enfocarse en potenciar la alianza y colaboración de los padres, hacerlos parte del proceso. Es el niño el que acude a terapia, sin embargo, por ser un menor, depende de la decisión y la “urgencia” de otros para ser atendido, él pone de manifiesto las fallas y dificultades de la familia, papás tienen motivaciones y sufrimientos. En la relación que se da con el terapeuta, el niño actúa las diferentes relaciones interpersonales que han sucedido, y que él les da un significado, es a través de los intercambios en la interacción y los emocionales que el juego adquiere valor terapéutico (Bleichmar, 2005).

**Empatía.** Que el niño sepa y este consciente de lo que piensa y hace le ayuda a sentirse y desempeñarse mejor, es decir a vivir en forma mas autentica, el papel del terapeuta es brindar contención escucha y responde con empatía al niño, de este modo el niño aumenta su responsabilidad sobre las experiencias en las que normalmente se sentía indefenso o impotente. Por medio del juego de roles los



niños pueden desarrollar su capacidad de empatía, que es la habilidad de ver las cosas desde la perspectiva del otro (Schaefer, 2012).

Las aplicaciones clínicas de la terapia de juego integrativa son múltiples, de hecho este modelo puede utilizarse con todos los trastornos y niveles de desarrollo. La aplicabilidad de este modelo es mayor que la de los enfoques teóricos y de tratamiento aislado. Por su naturaleza, la terapia de juego integrativa también representa una aproximación prescriptiva, en el sentido de que busca el mejor tratamiento para los problemas de un niño en particular, además de ser flexible y ajustarse a la vez a un plan de tratamiento.

Con respecto a los beneficios que aportan las distintas aproximaciones desde la terapia integrativa tanto para el consultante como para la sociedad y para el propio terapeuta, se puede hablar de diferentes niveles. A nivel sociedad, se promueve el desarrollo científico en psicoterapia con el fin de detectar qué es lo que funciona mejor en cada situación clínica. Asimismo, al abrirse a perspectivas distintas a dado como resultado un enfoque más amplio, que tiene mayor injerencia sobre diversas problemáticas de relevancia social. Tiende a favorecer una buena alianza con otras intervenciones, facilitando por ejemplo la combinación con la farmacoterapia, que ha demostrado resultados positivos en distintas problemáticas clínicas. También centra su trabajo en aspectos preventivos que son de gran relevancia a nivel de políticas generales en torno a la promoción de la salud mental. Otra ventaja es que al tomar de forma organizada agentes de cambio provenientes de diferentes aproximaciones, aumenta la posibilidad de un resultado eficiente en un menor tiempo. Asimismo, el terapeuta tiene acceso a una mayor cantidad de recursos para hacer frente a las distintas problemáticas que aquejan a la población (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004).

Desde la perspectiva del consultante, los beneficios no se ven limitados por el enfoque utilizado, pues el terapeuta tiende a operar desde esquemas abiertos y rechaza las posturas rígidas en el abordaje que utiliza. Por otro lado, puede, si así lo desea, participar junto con el terapeuta en la fijación de los objetivos del tratamiento y en el proceso de evaluación de la terapia. Desde esta perspectiva se evita que el consultante se acomode a las necesidades del modelo, siendo este el que debe adaptarse a las condiciones del consultante (Fernández - Álvarez y Opazo, 2004).

El interés en el movimiento de integración seguirá en aumento en tanto se lleve a cabo una comprensión más global de los procesos de cambio y se abran posibilidades de tratamientos más efectivos. El avance en estos ámbitos se logrará si los constructos que se estudien son cercanos al experiencia clínica y se formulen en un lenguaje que sea comprensible a todos los terapeutas, así como si pueden ser influidos por los hallazgos de la investigación (Goldfried, 2001).

## CAPÍTULO 4. MÉTODO

### 4.1 Justificación y planteamiento del problema

Existe diversa y amplia información sobre las consecuencias del maltrato infantil, tanto a corto como a largo plazo, ciertamente es cada vez mayor el protagonismo que tiene como motivo de consulta en el ámbito psicoterapéutico, ya sea en consulta privada o desde la institución. El maltrato infantil no es un problema reciente, al parecer tiene una alta prevalencia a nivel mundial, sin embargo existen aún dificultades para abordar esta problemática social de manera oportuna. Se observan los crecientes esfuerzos para darle al problema de la violencia la relevancia que tiene y buscar en conjunto soluciones que permitan reducir su prevalencia, uno de los principales ejes de trabajo es atender integralmente a las personas que han vivido situaciones que vulneran sus derechos, pues se observan consecuencias en distintas esferas de su vida a corto, mediano y largo plazo.

El abuso sexual infantil es un delito sumamente complejo y preocupante, tanto por el incremento de las denuncias radicadas en los últimos tiempos como porque confirma el niño como alguien muy vulnerable e indefenso, que por su lógica y madurez está supeditado a depender de los adultos. Existe abuso sexual cuando un adulto somete a un menor a un estímulo sexual inapropiado para la edad y nivel de desarrollo psicológico e intelectual, con el fin de lograr su propio placer sexual.

El abuso sexual infantil suele producirse en un clima de terror y violencia, pero también puede ocurrir en interacciones basadas en el engaño y seducción de los adultos. En la mayoría de los casos de abuso sexual infantil no hay acceso carnal o lesión física, ya que la conducta abusiva puede estar representada por tocamientos sexuales al niño, masturbación, exhibicionismo, toma de fotografías sexualmente sugerentes y diferentes modos de invasión a su seguridad e intimidad. En el caso de que el agresor sea afectivamente cercano al niño, este experimenta un conflicto de lealtades, ya que si bien ese adulto (progenitor/a, maestro/a, etc.) lo lastima y confunde con su acto, también le despierta afecto, porque los lazos afectivos (en especial del niño al adulto) se tornan ambivalentes.

Una experiencia de abuso sexual durante la infancia, sin duda deja una marca en el psiquismo, pero en cada caso estará supeditada a la combinación particular de tres factores: 1) la estructura psíquica del niño y los recursos defensivos con que cuenta; 2) la capacidad y disponibilidad de la familia o entorno cercano para brindarle contención y respetar sus tiempos de elaboración psíquica; 3) la respuesta brindada por la justicia en materia de asesoramiento, diligencias periciales, probanza del delito y cumplimiento efectivo de la sanción impuesta (Boscato, Ortalli y Sobrero, 2014).

Una vez que se ha realizado la denuncia y detección de casos donde se vulneran los derechos del niño, se requiere emprender una serie de acciones que

brinden protección y seguridad de las víctimas; en el marco legal, el Estado debe brindar protección a la infancia buscando el interés superior del niño. Particularmente en los casos de abuso sexual infantil, se requiere la intervención penal y enfrentar un proceso legal. Hay casos en los que para la garantizar la protección el niño se requiere el traslado a una institución, en el caso que aquí se presenta la institucionalización es necesaria para el desarrollo de los niños.

Este trabajo es la revisión del caso clínico de una niña de cuatro años de edad, quien fue atendida en el Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la Procuraduría General de Justicia del D. F., tras la denuncia de maltrato y averiguación de abuso sexual por un familiar que estaba a cargo de la menor. Debido a los diversos factores de riesgo observados en el contexto sociocultural como: condiciones insalubres, bajo nivel socioeconómico familiar, sin acceso a servicios de salud ni escolaridad previa, los niños que residen en el domicilio no tienen cubiertas sus necesidades básicas, con indicadores de desnutrición y maltrato físico, se identifica que la institucionalización es una medida necesaria para la protección de los niños al ser víctimas de delitos o inmersos en una situación que los prive de sus derechos fundamentales.

“Rosita” presenta dificultades de adaptación al albergue, las cuidadoras reportan que su comportamiento se ve empeorado al realizar las diferentes diligencias del proceso penal que se llevan a cabo por abuso sexual. El servicio de Psicología de la institución realiza la solicitud de servicio debido a las dificultades para trabajar con “Rosita” pues no sigue instrucciones y la interacción con adultos es limitada lo cual dificulta la intervención con actividades estructuradas.

La terapia de juego reconoce que éste constituye una parte esencial de la experiencia del ser humano y que gracias a él, el individuo integra su mundo afectivo, social y cognitivo, al tiempo que perfeccionan sus habilidades. Dada su importancia, el juego ha sido adoptado como técnica terapéutica, definida por la Asociación para la Psicoterapia de Juego (2001) como “el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en que terapeutas capacitados utilizan los poderes terapéuticos del juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y a alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos”.

La hora de juego tiene funciones de exploración psicológica como terapéutica, el presente trabajo busca ilustrar la utilidad del juego como técnica terapéutica dentro de la psicoterapia infantil. Es en la hora de juego terapéutica que el niño dedica mayor parte del tiempo a jugar y mediante el juego expresa y trata de resolver los conflictos que lo aquejan. El presente trabajo busca ilustrar la utilidad del juego como técnica terapéutica dentro de la psicoterapia infantil para el abordaje de una historia de abuso sexual infantil acogido en una institución pública para brindar asistencia y protección a los niños, así como abordar las cualidades específicas inherentes a la conducta de juego, fuerzas poderosas que resultan de las interacciones de juego entre terapeuta y cliente, y que la convierten en un agente terapéutico de cambio.

## **4.2 Pregunta de investigación e hipótesis**

¿Cuáles son los componentes de la intervención de psicoterapia integrativa, para el abordaje del abuso sexual en una niña en condición de institucionalización que favorecen el cambio terapéutico?

### **Hipótesis**

La psicoterapia integrativa tiene factores curativos que favorecen el cambio terapéutico de una niña de cuatro años en condiciones de institucionalización que vivió abuso sexual infantil

## **4.3 Objetivos**

### **4.3.1 Objetivo general**

Describir y analizar teórica y clínicamente los factores curativos presentes en el proceso de intervención psicológica desde un enfoque integrativo para el abordaje del abuso sexual en una niña en condición de institucionalización.

### **4.3.2 Objetivos específicos**

- Evaluación del nivel de desarrollo de la menor en las áreas de funcionamiento: intelectual, motora, motora fina, lenguaje, personal social y temperamento
- Propuesta de intervención a través de la psicoterapia integrativa
- Presentar un caso clínico trabajado desde un enfoque de psicoterapia integrativa
- Identificar los avances logrados durante la intervención terapéutica
- Identificar los beneficios y las limitaciones del proceso psicoterapéutico realizado

## **4.4 Tipo de estudio**

El presente trabajo se realizó bajo los criterios de la metodología cualitativa, la cual se caracteriza por entender y abordar de manera profunda en los fenómenos, estudiándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto. Este enfoque se utiliza cuando se busca comprender la perspectiva de los participantes, profundizando en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, esto es, en la forma en que percibe su realidad de manera subjetiva (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

El tipo de diseño del presente trabajo cumple con la metodología correspondiente al Estudio de Caso, que se define como la investigación a profundidad y en extensión de un solo caso. Es la aplicación del método científico al estudio de un caso a partir del planteamiento de un problema y de una pregunta de investigación (Heredia, Santaella y Somarriba, 2012). En el estudio de caso se lleva a cabo un proceso de investigación cualitativa o mixta, analizando a profundidad una unidad para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y/o desarrollar alguna teoría (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Los estudios de caso se refieren a observaciones no controladas de un solo sujeto, en el que se reportan datos que se basan en la información anecdótica. Asimismo son descriptivos y se llevan a cabo sin los procedimientos de control usuales para tratar las amenazas de la validez (Kazdin, 2001).

Se trata de un estudio de caso, que se refiere a *Rosita* una niña de 4 años de edad que residía en el Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas tras a la denuncia de maltrato y averiguación de abuso sexual por un familiar que estaba a cargo de ella. Respecto al contexto sociocultural existen diversos factores de riesgo: condiciones insalubres, bajo nivel socioeconómico familiar, sin acceso a servicios de salud ni escolaridad previa, los niños que residen en el domicilio no tienen cubiertas sus necesidades básicas, con indicadores de desnutrición y maltrato físico.

En el presente trabajo se emplearon herramientas de evaluación cuantitativa (pruebas psicométricas y protocolo de juego utilizadas durante la evaluación) y cualitativa (pruebas grafoproyectivas), mismas que se utilizaron tanto en el proceso de evaluación como en el de intervención, con el fin de analizar a profundidad el caso clínico que se presenta.

#### **4.5 Escenario**

Este trabajo clínico se llevó a cabo en las instalaciones del Centro de Estancia Transitoria de la Procuraduría General de Justicia. En esta sede llevé a cabo mi Residencia en Psicoterapia Infantil, durante el proceso de formación de la maestría. Esta institución brinda asistencia y protección social, atendiendo de manera integral a los menores en diferentes áreas, tales como Trabajo Social, Psicología, Servicios Médicos, Nutrición y Pedagogía. Respecto a la Subdirección de Psicología, tiene el objetivo de ofrecer apoyo a los niños que presentan problemas emocionales y conductuales derivados de su ingreso, además de cuidar y estimular su adecuado desarrollo psicoemocional.

La intervención terapéutica se realizó en las instalaciones del albergue, es de señalar que no hay consultorios fijos para el trabajo del área de psicología, teniendo que realizar adaptaciones a los espacios disponibles. Dentro de las consideraciones del espacio, se buscó que cumplieran los siguientes requisitos:

- Privacidad y aislamiento de ruido
- Con piso y paredes lavables
- Buena iluminación
- Lugar aseado
- Contar con muebles resistentes de tamaño infantil
- Evitando estímulos distractores (como material excesivo, interrupción de otras personas)

#### **4.6 Participante**

Cabe señalar que para resguardar la información confidencial del paciente, los nombres aquí establecidos son ficticios para proteger su identidad. En el trabajo psicoterapéutico realizado, se requirió la participación de “Rosita”, de 4 años de edad al inicio del proceso terapéutico (es de señalar que la edad es calculada conforme a las tablas de desarrollo, pues no contaba con acta de nacimiento o registro oficial que acreditara esta edad). “Rosita” permanecía en el Centro de Estancia Transitoria de la Procuraduría General de Justicia, por ser víctima de maltrato y estar inmersa en un proceso legal.

Tras la Denuncia de hechos realizada por un vecino de la familia de Rosita se realiza una investigación social, generando un reporte de descuido, negligencia, abandono parcial y desnutrición hacia los niños, posteriormente tanto Rosita como el cuidador principal develan abuso sexual infantil. El caso es asignado por el Área de Psicología, se realiza una revisión del expediente del caso obteniendo como datos generales los siguientes: oriunda de México, D. F., sin previa escolaridad, siendo integrada al área de preescolar.

El motivo de canalización y solicitud del servicio de Psicoterapia Infantil se realiza debido a que las psicólogas responsables del caso comentan dificultades para trabajar con Rosita, describiéndola como sumamente desconfiada, de limitada interacción con los adultos y no sigue instrucciones, lo cual dificulta el seguimiento del modelo de atención a víctimas de delitos sexuales, donde se realizan actividades estructuradas, agregan que es una niña tranquila, que muestra disposición por acudir a las sesiones en el área de psicología.

Debido a que el caso que se relata se trabajó en el albergue, se añaden los referentes considerados por otras áreas que integran el servicio de atención a niños, siendo las distintas cuidadoras del albergue (aproximadamente tres cuidadoras que rolan turnos para cubrir las 24 horas del día), una figura importante y fuente de información de la rutina de actividades de los niños. Describen a Rosita como una niña solitaria, con “difícil adaptación al albergue”, pues el tiempo que ellas consideran habitual para los niños de preescolar son quince días (sic. cuidadoras), constantemente llora sin lograr consolarla, observan que constantemente se estimula la zona genital balanceándose en la silla. Reportan que sigue indicaciones con facilidad, presenta buen apetito y su control de esfínteres es adecuado, sin embargo “se aguanta mucho para ir al baño” (sic. cuidadoras).

Durante el trabajo psicoterapéutico se requirió realizar distintas juntas de trabajo con el personal a cargo de la Subdirección de Psicología y Psicólogo responsable del caso para acordar estrategias de trabajo. Asimismo se requirió la participación de las cuidadoras principales para obtener información del desarrollo de la niña.

#### 4.7 Materiales

Los materiales utilizados comúnmente en la terapia de juego se acomodaron en los siguientes rincones, mismos que acompañaron todas las sesiones, aunque el espacio físico pudiera cambiar:

- **Rincón del hogar:** juguetes relacionados con el cuidado, familia y actividades cotidianas en el hogar (miniaturas de objetos de casa, familia de animales en miniatura, muñecas, cobijas, mamilas, juego de té, equipo de doctor), trapo sacudidor, escoba, recogedor y jerga para el suelo
- **Rincón de la agresión:** juguetes que permitan la descarga y el control de los impulsos agresivos (coches, animales salvajes, dinosaurios, animales domésticos, luchadores, dardos, boliche, canicas)
- **Rincón de la construcción:** juguetes que permitan la creación (piezas de madera, legos de piezas grandes y/o pequeñas)
- **Rincón para pensar:** cojín o sillas de esponja y materiales (libros, cuentos, sillones, que invitan a pensar y dialogar)
- **Rincón del autocuidado:** provisto de materiales como toallas húmedas, toalla para manos, bandeja con agua, jabón líquido, crema corporal, bata para cubrir su ropa, toallas de papel
- **Rincón de la creatividad:** hojas de diferentes colores y tamaños, cartulinas, papel craft, crayolas, acuarelas, colores de madera, pintura digital, pegamento, tijeras punta roma, títeres de animales(6) y personajes humanos (10)

#### 4.8 Instrumentos

Partiendo de la evaluación previa que se realiza al momento de ingreso para tomar los principales referentes de desarrollo físico, emocional, diagnóstico social (para conocimiento de los factores que motivaron el ingreso a la institución) y situación legal, la evaluación psicológica para este proceso terapéutico se realizó con los siguientes instrumentos:

- ✓ Revisión del expediente conformado por información dividida en distintas secciones:
  - Área jurídica
  - Área médica
    1. Nutrición
    2. Estado de ingreso
    3. Evaluación periódica
  - Área psicológica
  - Área pedagógica
  - Trabajo social

- ✓ Entrevista con el personal encargado del cuidado de los niños (área preescolar) y con el departamento de psicología del Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas
- ✓ Escala de temperamento (Schwab Foundation, 2005)
- ✓ Escala Wechsler de Inteligencia para los niveles Preescolar y Primario WPPSI – III (2011)
- ✓ Protocolo de Juego Diagnóstico (Chazan, 2000, adaptado para la clase de Teorías y Modelos de Intervención II por Cervantes, 2013).

Durante el proceso de intervención, se trabajó haciendo uso de dos modalidades para llevar la terapia de juego integrativa:

- Propuesta de actividades
- Sesiones de juego terapéutico

#### **4.9 Procedimiento**

A partir de la asignación del caso por la Subdirección de Psicología del Centro de Estancia Transitoria, se realiza la solicitud de la intervención terapéutica, en este momento se inicia el proceso terapéutico. Esta intervención se realiza dentro de las instalaciones del centro de institucionalización, pues Rosita residió durante este tiempo en dicha sede.

Una vez asignado el caso se establece comunicación con el responsable de dar seguimiento y atención al caso dentro de la institución, es de señalar que desde el momento de ingreso de los niños al Centro de Estancia Transitoria, se realiza un proceso de evaluación e intervención a los niños por el personal adscrito a esta dependencia.

El proceso tuvo una duración de 35 sesiones, las sesiones se realizaron de manera semanal, teniendo una duración de 50 a 60 minutos. Si bien se reconoce la importancia de fijar un día de la semana y una hora específica para realizar las sesiones terapéuticas, debido a las condiciones institucionales se requirió hacer adecuaciones en la programación para no interferir con el proceso.

Las sesiones se registraron por medio de transcripciones y relatorías, cuyo contenido fue supervisado por profesoras expertas en psicoterapia infantil. Mediante la supervisión se identifican puntos de análisis, sugerencias y revisión teórica. A continuación se realiza un resumen del proceso:



Figura 13. Resumen del proceso terapéutico

	No. de sesiones	Actividad realizada
<b>Psicodiagnóstico</b>	2	Revisión de expediente
	3	Aplicación de WPPSI – III
	3	Juego diagnóstico
	2	Entrevista con personal de la institución y evaluación
<b>Intervención</b>	19	Proceso terapéutico
	1	Sesión de cierre
<b>Seguimiento</b>	4	Entrevista con el personal de la institución

Figura 13. Resumen del proceso terapéutico, número de sesiones y actividades realizadas.

Las primeras sesiones tuvieron como objetivo realizar la revisión de antecedentes significativos, conocer el motivo de consulta o solicitud de atención derivada de la institución, realizar primer entrevista e iniciar a la brevedad la evaluación complementaria, con el fin de valorar el desarrollo psicológico de Rosita, haciendo uso de pruebas psicométricas y sesiones de juego diagnóstico, durante estas sesiones se estableció la alianza terapéutica con Rosita. A partir de los resultados obtenidos en la evaluación, se llevó a cabo la conceptualización del caso clínico y se diseñó y aplicó una intervención breve y focalizada a través de un modelo integrativo de psicoterapia.

Posterior a la asignación del caso, se hace una revisión del expediente correspondiente al paciente, donde se integra información de diferentes áreas (jurídica, trabajo social, pedagogía, médica y psicológica). Es mediante la revisión del expediente que se obtienen datos previos respecto a la información familiar, contexto sociocultural, información médica relevante, información jurídica, etc. Respecto al área de psicología se revisan los informes de las sesiones realizadas y el informe de las pruebas aplicadas.

Debido a que se requiere a nivel jurídico realizar una evaluación psicológica al momento de ingreso a la institución, la evaluación es realizada por el personal de la institución y queda resguardada para fines legales. Para complementar la información se realizó la aplicación de las pruebas descritas anteriormente para integrar el psicodiagnóstico de Rosita.

- ☑ Se solicitó la participación del personal de la institución encargada del cuidado de Rosita para realizar una entrevista inicial y evaluación mediante la Escala de temperamento
- ☑ Aplicación de Escala Wechsler de Inteligencia para los niveles Preescolar y Primario WPPSI – III (Anexo 1)
- ☑ Evaluación del juego mediante el protocolo de Juego Diagnóstico (Chazan, 2000, adaptado para la clase de Teorías y Modelos de Intervención II por Cervantes, 2013).

Se realizaron 19 sesiones de intervención bajo el modelo integrativo, el cual consiste en elaborar un plan de tratamiento individualizado, que corresponde a las necesidades y situación del paciente (Schaefer, 2005). Las sesiones de intervención se realizaron con propuestas de actividades y juego libre. Se propone la división del proceso terapéutico en distintas etapas, conforme se presentó el contenido del juego y el análisis del mismo.

La primera fase se denomina “La época monstruosa” debido a que en ésta etapa del proceso se identifican características de juego traumático, con la repetición compulsiva del mismo contenido, refiriendo insatisfacción de cuidados físicos y emocionales, la transición de los estados afectivos era fluctuante predominando el miedo.

En una segunda fase se le propone a Rosita realizar diversas actividades con el objetivo de ayudar a recuperar pleno uso y gozo de los sentidos, cuerpo, expresión emocional e intelecto haciendo uso de técnicas expresivas y creativas. Esta etapa de juego sensorial se denomina “Sensaciones, cuerpo y sentido”.

En una tercera fase, metafórico-constructivo, se usaron técnicas de juego simbólico y narrativo, el juego permitió experimentar otros modos de vida y pensamiento, de acuerdo con White y Epston (1993) con cuando las personas van respondiendo preguntas de un panorama de acción y conciencia, se reviven las experiencias contadas a través de un nuevo significado sobre sí mismo y sobre las relaciones para incorporarlas como experiencias resignificadas que fortalecen al individuo. Haciendo uso de diferentes técnicas de juego se trabajó en la construcción de una historia alternativa, denominando a esta fase del proceso “La domadora del miedo”. Bajo esta línea de trabajo, algunas de las principales inquietudes de Rosita fueron relacionadas con el reconocimiento e importancia de los buenos tratos hacia los niños, esta fase se denominó “Construyendo la casita bonita”.

En la fase final se realizó un cierre terapéutico, debido al egreso de la institución. Se analizan aquí los logros alcanzados durante el proceso terapéutico, se analizan los recursos que posee Rosita así como los factores de riesgo a los cuales se puede enfrentar respecto a su desarrollo, considerando el contexto de institucionalización como medida de protección de sus derechos.

Durante el proceso terapéutico se requirió hacer sesiones de entrevista y seguimiento con el personal adscrito a la institución, debido a las condiciones de institucionalización el terapeuta de juego debe mantener cercanía para compartir información con los profesionales encargados de la protección de los derechos de los niños (trabajadores sociales y psicólogos).

De acuerdo con West (2001), para que haya un flujo continuo del trabajo se llega a un acuerdo entre el terapeuta, la persona que refiere y otros profesionales, quienes cuidan al niño y el niño mismo en cuanto a la responsabilidad y confidencialidad, de modo que los límites sean claros y se evite la confusión y manipulación.

Se solicitó realizar sesiones de entrevista con las cuidadoras encargadas del cuidado de Rosita y dos sesiones de evaluación del temperamento de Rosita (antes de iniciar la intervención y al término del proceso terapéutico. Asimismo se requirió realizar sesiones de devolución de resultados con el psicólogo responsable del caso, sesiones mensuales para realizar sugerencias del trabajo terapéutico y principales temáticas desarrolladas durante las sesiones de juego del proceso terapéutico.

## CAPÍTULO 5. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

### 5.1 Presentación del caso

A continuación se presenta el caso de Rosita, algunos de los datos han sido modificados con la finalidad de respetar la confidencialidad de las personas implicadas y resguardar los datos obtenidos durante el trabajo terapéutico.

#### 5.1.1 Ficha de datos

<b>Nombre:</b>	“Rosita”
<b>Sexo:</b>	Femenino
<b>Edad:</b>	4 años, al inicio de la intervención
<b>Fecha de nacimiento:</b>	Mayo del 2009 *
<b>Lugar de nacimiento:</b>	México, D. F.
<b>Lugar de residencia:</b>	Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas PGJDF
<b>Área de colocación:</b>	Preescolar
<b>Escolaridad:</b>	Ninguna
<b>Fecha de ingreso al albergue:</b>	Junio 2013
<b>Motivo de ingreso:</b>	Denuncia de hechos, maltrato y abuso sexual infantil

\* Dato calculado conforme a la revisión médica y dental, pues no se cuenta con documento que certifique la fecha de nacimiento

#### 5.1.2 Motivo de ingreso a la institución

Se presenta ante el Ministerio Público un vecino de los niños quien realiza la denuncia, generando así la investigación social, de la cual se generan los siguientes datos: en la vivienda se encuentran tres menores de edad en condiciones insalubres, desnutridos y que viven maltrato físico por parte de los cuidadores.

Del contexto sociocultural, se puede decir que las condiciones socioeconómicas del vecindario son de un nivel medio a medio – bajo, sin embargo, en el caso particular de la familia de Rosita las condiciones de salubridad son un factor de riesgo, pues en la vivienda hay toda clase de plagas (ratas, cucarachas, piojos, chinches) debido a que en casa hay mucha basura, ropa sucia, envases de comida y desperdicios. Anteriormente se habían presentado quejas de los vecinos por el mal olor, ante el DIF.

En la vivienda se encuentran la abuela materna, quien al parecer padece de sus facultades mentales, también habita un tío de 28 años de edad, quien consume drogas, como antecedentes relevantes se tiene conocimiento de haber tenido dos ingresos al reclusorio por delitos no especificados, en la entrevista que se le realiza, comenta dedicarse al robo en vía pública. Tanto la abuela como el tío de los niños que residen en la vivienda comentan que la madre de los niños deja a los niños abandonados en casa.

Debido a las condiciones anteriormente descritas, se traslada a los niños a las oficinas del Ministerio Público para que puedan tomarles su declaración. Desde el primer momento en que se realizan las preguntas de la entrevista, Rosita declara “mi tío me toca la colita por la parte de atrás y huele muy feo”, acompaña su discurso de expresiones no verbales, llevándose la mano a la zona genital. En el dictamen que se realiza, Rosita expresa situaciones de abuso, identificando al tío materno como el agresor. Al tomar la declaración del tío materno, él declara de manera explícita y con detalles las situaciones de abuso, narrando tocamientos y frotamiento de genitales.

Ante estos sucesos se requirió tomar acción legal para garantizar la protección de los menores, tras la denuncia y averiguación los tres niños son trasladados al Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas, pues se comprobó un serio e inminente peligro para la salud y seguridad básicas de los niños. Derivado de la investigación social se concluye que no hay opciones familiares o comunitarias que puedan garantizar el cumplimiento de los derechos de los niños. Así mismo se solicita a la institución:

- Brindar cuidados y atenciones a la menor
- Búsqueda de familiares o en su caso gestiones para su canalización a una casa de asistencia social

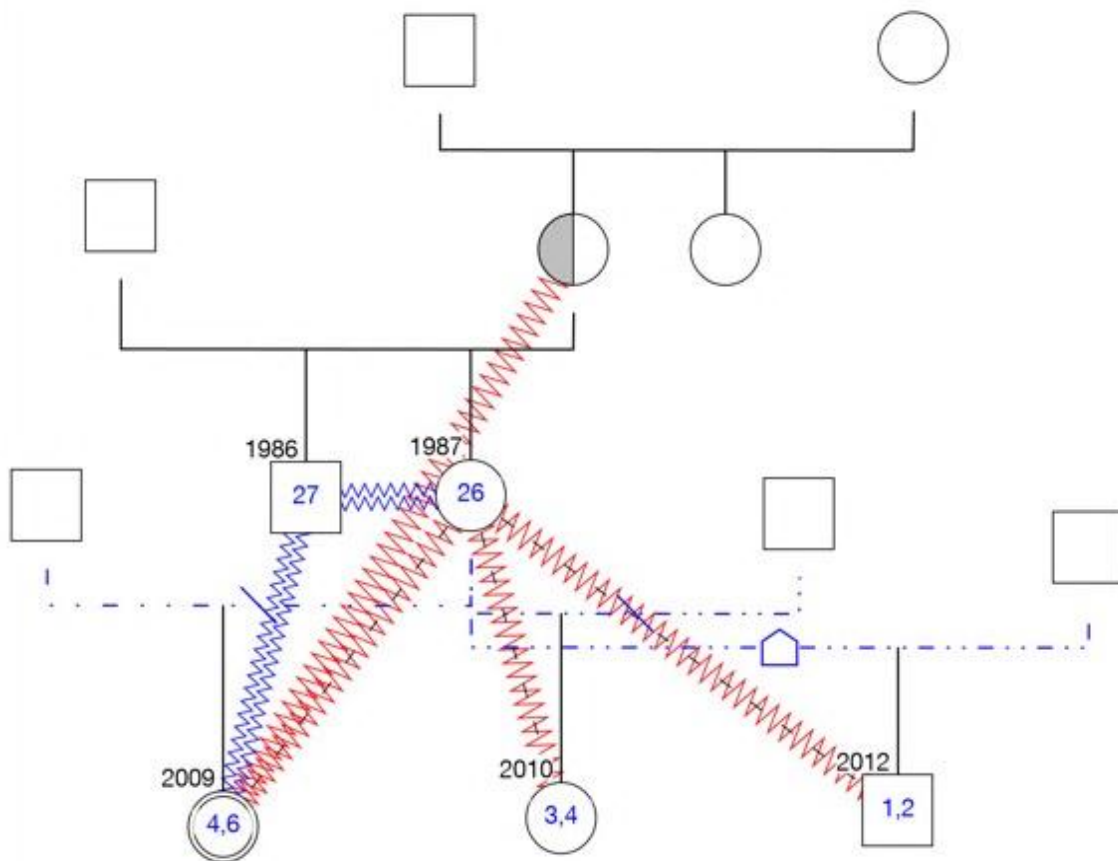
Conforme a la edad de los niños, dentro del albergue son ubicados en áreas específicas, el hermano menor es ubicado en cuneros, Rosita y su hermana son ubicadas en el área de preescolar. Dentro del albergue se encuentra asignado el caso al Psicólogo titular, quien lleva a cabo sesiones de evaluación y tratamiento. Es importante señalar que es referido el caso a la Residencia de Psicoterapia Infantil debido a diferentes complicaciones que se han tenido para realizar sesiones con ella:

- Dificultad para acercarse y trabajar con ella
- Desconfiada
- Limitada interacción con adultos
- No sigue instrucciones
- Dispersa, cuando se trata de platicar con ella, se distrae y quiere realizar otras actividades
- Dificultad para realizar algunas actividades estructuradas como juegos de mesa, pruebas psicológicas, juego dirigido

Los datos que se han presentado al momento, forman parte de los antecedentes que dieron lugar a la averiguación previa e intervención del estado para garantizar los derechos de los niños, ahora se presentarán los datos que integran la investigación y reporte emitido por la institución. Para lograr un mayor entendimiento del caso se presentarán a continuación los hallazgos básicos sobre la vida de la paciente, dinámica familiar, desarrollo, salud, eventos significativos y contexto.

### 5.1.3 Genograma y antecedentes

Debido a las condiciones de la institucionalización, la información respecto a los antecedentes familiares es limitada, parte de las indagatorias realizadas en el proceso de integración del caso para el manejo jurídico.



Líneas de relación:

Zig – Zag azul: Relación de abuso sexual

Zig – Zag rojo: Maltrato

Línea entrecortada azul: Relación casual

Rosita es la hija mayor, producto de una relación informal, no cuenta con acta de nacimiento ni registro civil; tiene una hermana de aproximadamente tres años, proveniente de una relación informal, el padre de su hermana es distinto al de ella; tiene un hermano varón de aproximadamente un año de edad, producto de

la relación de pareja actual de su madre. La madre de Rosita tiene a la fecha 26 años de edad, vive en un domicilio diferente al de los niños, es desempleada y no aporta al ingreso familiar. Se desconoce información de los padres de los niños, describen los familiares que no existen relaciones ni conocimiento acerca de los progenitores. La relación de la madre de Rosita hacia sus hijos es negligente, cuando acude al domicilio a visitarlos la relación es violenta, con agresión física, verbal y emocional. Actualmente reside con el padre de su último hijo, aunque lo dejan al cuidado de la abuela y tío materno.

En el domicilio vive el tío materno de Rosita, un varón de 27 años de edad, se confirma el uso de drogas inhalantes de manera recurrente desde la adolescencia, el consumo de estas sustancias lo realiza dentro y fuera de la vivienda; es desempleado y se ha visto involucrado en actividades de robo, razón por la cual ha sido procesado en dos ocasiones y recluso en centros penitenciarios del Distrito Federal. En la toma de declaración, se muestra ubicado en tiempo y persona, su discurso es coherente y se observa perseveración en contenidos, particularmente al hablar de la relación de abuso sexual que sostenía con su hermana desde la infancia hasta la adolescencia, y en la actualidad su sobrina, Rosita. El tono afectivo durante la entrevista es tranquilo, siendo incongruente su tono emocional con el contenido de la entrevista.

En el domicilio vive la abuela materna de Rosita, de aproximadamente 52 años de edad, se encuentra desempleada, se sospecha de un retraso intelectual significativo, no logra ubicarse en tiempo ni persona lo que limita obtener información durante la entrevista efectuada. Describe que la relación que tiene con Rosita es de maltrato físico y verbal, así como un trato negligente respecto a sus necesidades básicas y derechos (alimentación, vivienda, vestido, atención médica adecuada y educación). De manera ocasional visita la vivienda la tía abuela materna, quien trabaja como personal de intendencia y contribuye a los gastos familiares.

- **Historia de desarrollo pre, peri y posnatales.** No se cuenta con información
- **Desarrollo psicomotor.** Conforme a la evaluación realizada por parte de la institución, las habilidades motrices gruesas son acordes a la edad cronológica. Muestra conductas de autonomía, tales como el poder vestirse sin supervisión de un adulto, abotonarse una prenda. Tiene un nivel por debajo de lo esperado respecto a la integración visomotriz
- **Lenguaje.** Presenta limitaciones para expresar sus sensaciones, sentimientos y pensamientos. Su comunicación es limitada tanto con adultos como con sus pares utilizando monosílabos
- **Alimentación.** Dentro del albergue se lleva una dieta balanceada para la mayoría de los niños, salvo en el caso de que se encuentren enfermos o con un régimen restringido. En el caso de Rosita, se reportan dificultades en la

conducta de alimentación transcurrido un mes del ingreso a la institución, reportan en el informe médico una pérdida de peso de 700 gr. Reportan las cuidadoras que les cuesta trabajo que Rosita termine su comida, en diferentes ocasiones ha llorado cuando le obligan a terminar sus alimentos. Esta situación es recurrente, presentándose 2 o 3 veces por semana

- **Control de esfínteres.** Adecuado control de esfínteres, no se tiene conocimiento de cuando se adquirió, sin embargo no se reportan accidentes. Es capaz de avisar cuando tiene que ir al baño, aunque a decir de las cuidadoras se “aguanta mucho”, por lo que constantemente se toca el área genital
- **Sueño.** Durante el primer mes a partir de su ingreso reportan dificultades para conciliar el sueño y permanecer dormida, se despierta exaltada narrando pesadillas de un monstruo que la lastima. Esta situación se presenta con frecuencia, aproximadamente 3 o 4 veces por semana
- **Área médica.** Durante su estancia en el Centro se inició esquema de vacunación, aplicando sarampión, rubéola y parotiditis y TDPA celular, así como realización de estudios de Hepatitis, VIH, Grupo sanguíneo y RH, química sanguínea y examen general de orina. Al momento de ingreso se detecta pediculosis y amibiasis, mismas que son tratadas.
- **Escolarización.** No se reportan actividades escolares previos a la institucionalización. Actualmente se encuentra cursando el tercer año de preescolar. Reportan en la escuela que su nivel de atención es reducida
- **Socialización.** Respecto a su interacción con otros niños es limitada, gran parte el tiempo su juego es solitario, no muestra interés por los demás niños.
- **Antecedentes clínicos familiares y personales.** No se cuenta con información

Una vez presentados los antecedentes familiares y de desarrollo se incluye una descripción sobre las características físicas y psicológicas de Rosita, entre otras, apariencia, aliño, actitud ante la evaluación y formas particulares de interacción social, basadas en la observación sistemática de sus conductas durante todo el proceso psicodiagnóstico, para conocer los aspectos particulares y relevantes.

#### **5.1.4 Descripción clínica**

Al momento de comenzar el trabajo terapéutico con Rosita, ella tenía 4 años de edad (aproximadamente, pues no existía algún registro oficial que corroborara esta información). Su complexión es delgada, en el reporte médico establecen su peso en 15.400 kg, así como una talla de 99 cm. Su cara es ovalada, de tez morena clara, cabello lacio y ojos cafés oscuros. Acude en adecuadas condiciones



de higiene y aliño. Muestra un bajo tono muscular, con dificultad para ponerse de pie después de estar sentado, al tomarla de la mano suele colgarse de su brazo y dar un giro casi completo.

Durante las sesiones de evaluación y terapéuticas, la postura observada es de encorvamiento y resguardo, se mostró desconfiada y con limitada interacción. Su lenguaje presenta un retraso significativo, es difícil entender lo que dice, su tono es bajo y el ritmo es lento, su discurso es escueto, en muchas ocasiones se comunica a través de monosílabos. Tiene problemas para comenzar o mantener una conversación. Se encuentra correctamente ubicada en tiempo, espacio y persona.

Respecto a su nivel de pensamiento es preoperacional, que permite el aumento en la complejidad de los símbolos. Esta etapa de desarrollo se relaciona con (Craig, 2001; Santrock, 2004):

- *Animismo*, es decir que las cosas que se mueven tienen vida
- *Materialización*, cree que las personas y objetos que se presentan en sus sueños son reales
- *Egocentrismo*, referida a la capacidad de ver la realidad desde su punto de vista personal
- *Concreto*, incapacidad de entender y utilizar abstracciones
- *Centración*, no son capaces de ver varios aspectos de un suceso al mismo tiempo

En cuanto al área afectiva, se observa que su capacidad de adaptación a la institucionalización, es hipoadaptativa. Se presentan conductas, de disminución de energía, disminución en su interés o de la capacidad para realizar actividades placenteras como el juego y alimentación. Su tono afectivo bajo (disforia), se observa estado de ánimo irritable, como llanto durante el día, cada episodio puede durar más de 45 minutos. Su socialización es limitada, pese a estar compartiendo el espacio físico con su hermana menor, la interacción es limitada, describen las cuidadoras que ambas niñas no realizan actividades juntas.

Rosita se muestra interesada por acudir a las sesiones de juego, desde la primer sesión muestra entusiasmo y un alto nivel de energía, presenta dificultad para establecer contacto visual. Muestra dificultad para establecer un adecuado nivel de proxemia, intenta acercarse a menos de 20 cm. de la terapeuta y tocar su cuerpo.

#### **5.1.5 Día típico dentro de la institución**

Dentro de la rutina diaria existe un programa de actividades y horarios a cumplir como organización de la institución, existen algunas diferencias entre un día típico y cuando hay sesión terapéutica. Los niños se levantan a la misma hora que cuando van a la escuela, sin embargo el cambio de ropa de cama es a ropa de calle, las cuidadoras peinan a las menores y les auxilian para vestirse y calzarse.

Desayunan con sus compañeros del área de preescolar y posterior a ello permanecen con las cuidadoras para realizar actividades lúdicas y educativas, como actividades de coloreado, juego con plastilina, juegos de armar piezas o construir bloques, copiado de letras y/o números, etc.

Generalmente la cita de psicología es alrededor de medio día, dependiendo de las actividades del área. Alrededor de la 1pm salen al patio para jugar con bicicletas y triciclos, ula-ula, pelotas (promoviendo la coordinación gruesa). Sus alimentos se sirven a las 2 pm aprox. Al terminar sus alimentos se quedan en el área de preescolar para ver películas infantiles o bien realizar actividades dirigidas por el personal de pedagogía y puericultoras, durante 50 -75 minutos aprox. Por la tarde tienen tiempo de recreo durante 13:30 hrs., al terminar pasan al comedor para cenar. Posterior a ello se preparan para bañarse, las cuidadoras supervisan el baño y en ocasiones bañan a los menores.

A continuación se presenta la integración de la información obtenida, con el propósito de observar y valorar el funcionamiento global del individuo y sus formas características de respuesta a las diferentes situaciones que enfrenta. El objetivo central fue la comprensión y descripción de los procesos psicológicos de Rosita. Este proceso se inició con la canalización o demanda directa para evaluación y tratamiento terapéutico.

## **5.2 Resultados e interpretación de la evaluación psicológica**

En la fase de evaluación se emplearon diez sesiones para recabar la información sobre los antecedentes de desarrollo. Durante esta fase del trabajo realizado, fueron cuatro los componentes del proceso de evaluación: 1) planeación de los procedimientos para la recopilación de datos, 2) recopilación de los datos, 3) procesamiento de datos y elaboración del informe, 4) comunicación de los datos de evaluación a la institución, es decir al psicólogo responsable del caso (Heredia, Santaella y Somarriba, 2012). Para esta fase se aplicaron las siguientes pruebas y/o técnicas psicológicas:

- Revisión del expediente de ingreso a la institución
- Escala de temperamento (Schwab Foundation, 2005)
- Entrevista a las cuidadoras, trabajadoras sociales y al psicólogo responsable del caso
- Escala Wechsler de Inteligencia para los niveles Preescolar y Primario WPPSI – III (2011)
- Protocolo de Juego Diagnóstico (Chazan, 2000, adaptado para la clase de Teorías y Modelos de Intervención II por Cervantes, 2013)

El Área psicológica emite un informe, donde establecen los siguientes puntos respecto al estado en que ingresa Rosita a la institución:

“Se mostró ubicada parcialmente en persona, sin ubicación ni circunstancia, su discurso fue en tono bajo y ritmo lento, siendo escueto y en muchas ocasiones a través de monosílabos, se mostró desconfiada, y limitada interacción con las figuras adultas. El nivel de desarrollo respecto al área motriz gruesa, cuenta con las habilidades esperadas para su edad como patear y arrojar una pelota, logrando equilibrarse en un pie por 5 segundos, salto de amplitud, saltar sobre un pie, subir escaleras. En cuanto al área motriz fina presentó retraso, siendo necesario brindarle apoyo a través de un programa de estimulación. El lenguaje presenta un atraso significativo ya que no logró competencias esperadas a su edad cronológica. Denota sentimientos de timidez, inseguridad, desconfianza, irritabilidad emocional, dificultad para seguir límites, lo cual se relaciona con un ambiente familiar poco afectivo.”

Posterior a la revisión de los antecedentes expuestos en el expediente y las distintas entrevistas realizadas con el departamento de psicología de la institución en que reside Rosita se realiza una propuesta de evaluación complementaria con el fin de tener parámetros objetivos que permitan conocer y explicar la problemática presentada, así como identificar los focos de intervención clínica.

Figura 14. Resultados de la Escala Wechsler de Inteligencia para los Niveles Preescolar y Primario – III, puntuaciones escalares de la prueba

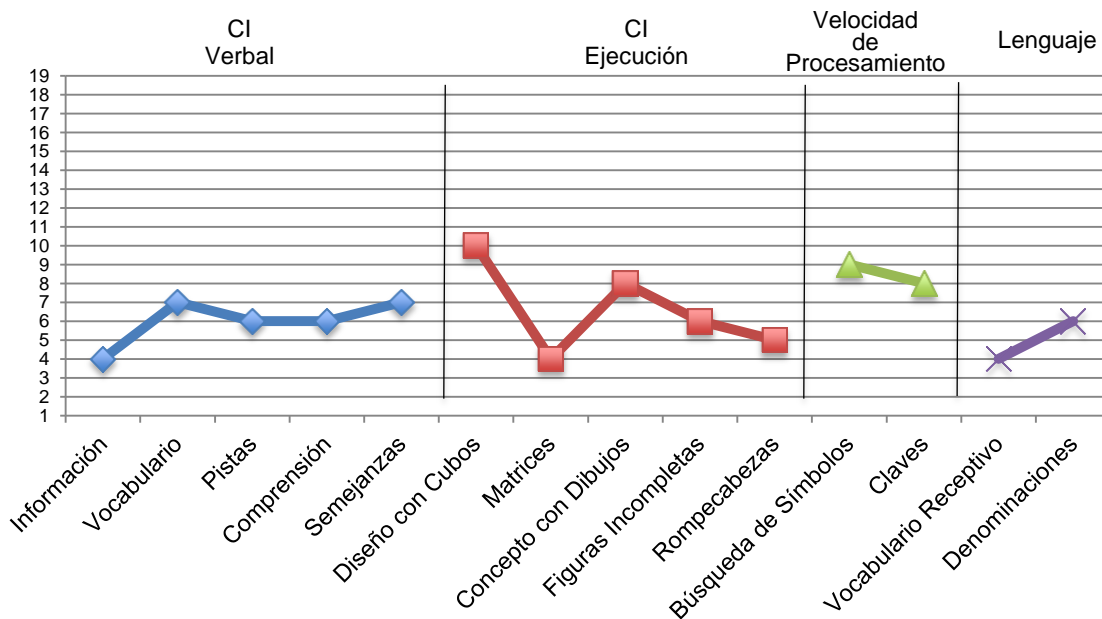


Figura 14. Puntuaciones escalares WPPSI-III

En relación con niños de una edad comparable, Rosita tiene un funcionamiento inferior en una media estandarizada de la capacidad intelectual,

ubicándose en un nivel limítrofe, a continuación se describirán cada uno de los índices compuestos que integran esta medida.

El Índice de Comprensión Verbal se encuentra relacionado con la formación de conceptos verbales, así como la información que ha adquirido del medio ambiente, la comprensión verbal y la atención a estímulos verbales. Este índice salió en el rango bajo del desempeño esperado para su edad, el rango percentil en el que se localiza es del 74. Respecto al desempeño de la prueba Rosita muestra dificultades para adquirir, conservar y recuperar información general. Muestra un nivel limitado para evaluar la información y abstraer conceptos, así como para integrar y sintetizar diferentes tipo de información. Su capacidad para evaluar y utilizar la experiencia pasada es limitada, esto puede deberse al entorno empobrecido (familiar, escolar, social).

Respecto al Índice de Ejecución, su nivel es por debajo del promedio, (rango percentil 76), comparada con niños de su edad, su percepción y organización visual, concentración y reconocimiento de los detalles esenciales de los objetos se ve afectada. Esta área implica información no verbal y habilidades espaciales.

El Índice de Velocidad de Procesamiento indica un nivel promedio bajo (rango percentil 91), las funciones cognitivas implicadas son la memoria a corto plazo, memoria visual, coordinación visomotora, atención, concentración y discriminación visual. Las habilidades que se encuentran comprometidas son la habilidad para explorar, secuenciar o discriminar rápida y correctamente información visual simple.

El Índice de Lenguaje es el que presenta más deficiencias (rango percentil 72), este es un indicador del desarrollo del lenguaje en dos modalidades: expresiva y receptiva. Rosita muestra dificultades para expresar sus pensamientos, emociones y necesidades, se ven comprometidas las habilidades para entender instrucciones verbales, procesamiento auditivo y memoria auditiva, muestra dificultades para recuperar palabras de la memoria a largo plazo y asociar estímulos visuales con el lenguaje.

El rendimiento intelectual de Rosita se encuentra mediado por la tendencia de la niña a brindar respuestas impulsivas y al azar, tiende a perder la atención y concentración al escuchar sonidos del entorno, lo cual afecta su rendimiento. En conjunto se muestra un déficit en niños que han vivido situaciones de maltrato, especialmente para poder expresar verbalmente sus ideas, sentimientos y emociones, así como lograr comprender y formar conceptos lingüísticos, esto se asocia a un ambiente marginado y pobre en estimulación.

Rosita muestra un elevado nivel de distractibilidad, no logra concluir actividades, con frecuencia pierde la atención ante un estímulo extraño, especialmente frente a las voces masculinas, pues interrumpe por completo su actividad reaccionando con temor. La regulación y control de instintos, afectos e

impulsos es inadecuada, presenta repentinos cambios en su estado de ánimo, muestra rasgos de ansiedad que le dificultan lidiar con las situaciones de su medio, teniendo que interrumpir sus actividades para buscar ponerse a salvo.

Respecto a la categoría del juego, se observa que es mayormente sensorial, explora el material a través de la textura, aroma y sonido que produce. La elección de sus juguetes es de manera caótica, se muestra dubitativa, cambia constantemente de materiales.

Su juego, en la fase de evaluación, se ve constantemente interrumpido, las conductas observadas reflejan tensión. Presenta características de juego traumático, donde el contenido del juego es recurrente, las emociones expresadas contienen componentes de temor, ansiedad y de enfrentarse a un objeto persecutorio. El juego no se dirige hacia la resolución de un conflicto, termina en un final malo, termina su juego de manera abrupta (Chazan, 2002).

Los componentes afectivos de la actividad de juego muestran una limitación en su expresión de afectos, exhibe interés natural y placentero, sin embargo al escuchar voces o ruidos ajenos al espacio de juego no logra modular su afecto, teniendo que interrumpir su actividad. El tono afectivo hacia la terapeuta es algo positivo, muestra interés en acercarse y accede con facilidad a ingresar a un espacio novedoso. Su conducta es caracterizada por la desconfianza, duda y con la sensación de estar en peligro, tiene una conducta hipervigilante, muestra gran temor por ser dañada, buscando esconderse debajo de los muebles. Sus relaciones interpersonales son con mínima vinculación, la describen como asilada e inaccesible. Su autopercepción es de desamparo, mantiene una postura de alerta, independientemente de que los peligros reales existan o no.

En la evaluación de las funciones yoicas, Rosita presenta dificultades respecto a la prueba de realidad, como lo es para distinguir entre estímulos internos y externos, confundiendo la fantasía con la realidad, muestra dificultad para distinguir los límites entre el sí mismo y el mundo. Respecto a la barrera a los estímulos, muestra un elevado umbral al dolor, lo que vulnera su seguridad e integridad física.

### **5.3 Impresión diagnóstica**

Rosita cumple con los criterios diagnósticos estipulados en el DSM – V como maltrato físico infantil, es una lesión no accidental infligida a un niño, que puede ir desde pequeños hematomas hasta fracturas graves o la muerte, resultante de darle un puñetazo, un golpe, una patada, un mordisco, zarandearlo, empujarlo, apuñalarlo, ahogarlo, pegarle (con la mano, con un palo, con una correa o con otro objeto), quemarlo o lesionarlo con cualquier otro método, por parte de un progenitor, un cuidador, o cualquier otro individuo que tenga responsabilidad sobre el niño. **Código: 995.54 (T74.12XA) Maltrato infantil, Hallazgo inicial** (DSM V, 2013).

De acuerdo con los indicadores encontrados Rosita ha vivido abuso sexual infantil, se incluyen cualquier tipo de actividad sexual con un niño que esté destinada a proporcionar satisfacción sexual a uno de los padres, cuidador o cualquier otro individuo que tenga alguna responsabilidad sobre el niño. Los abusos sexuales incluyen actividades como caricias en los genitales del niño, penetración, incesto, violación, sodomización y exhibicionismo indecente. También se considera abuso sexual cualquier explotación del niño, sin necesidad de contacto, por parte de un progenitor o cuidador; por ejemplo, obligando, engañando, atrayendo, amenazando o presionando al niño para que participe en actos de satisfacción sexual a terceros, sin contacto físico directo entre el niño y agresor. **Código: 995.53 (T74.22XD) Abuso sexual Hallazgo ulterior** (DSM V, 2013)

Relacionando los hallazgos encontrados en la evaluación realizada, se ubican rasgos en la clasificación nosológica del DSM-IV como **Trastorno de ansiedad generalizada**. La característica esencial es la ansiedad y la preocupación excesiva (expectación aprensiva) que se observan durante un periodo superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos otros tres síntomas de los siguientes: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (en los niños basta con la presencia de uno de estos síntomas adicionales). Aunque los individuos con trastorno de ansiedad generalizada no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad.

La intensidad, duración o frecuencia de aparición de la ansiedad y de las preocupaciones son claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que puedan derivarse de la situación o el acontecimiento temidos. A estos individuos les resulta difícil olvidar estas preocupaciones para poder dedicar la atención necesaria a las tareas que están realizando, y todavía les cuesta más eliminar aquellas completamente.

El pronóstico es reservado pues depende en gran medida de la atención que se le brinde dentro de una institución, donde pueda garantizarse la protección y seguridad de sus derechos. Se ha observado que las consecuencias del maltrato y abuso sexual pueden disminuir con la intervención terapéutica individual, por lo que se requiere una alianza terapéutica colaborativa y sesiones de orientación a cuidadores y profesionales de la salud con el fin de monitorear los avances y promover el fortalecimiento de sus habilidades.

En la evaluación realizada por la institución donde se encuentra Rosita, tras emitir el diagnóstico recomiendan que la niña reciba terapia de juego para bajar los niveles de ansiedad, ganar seguridad y confianza en la figura adulta; se sugiere sea integrada con un familiar que pueda brindarle cuidado, protección y

afecto necesario, o bien sea canalizada a una institución junto con sus hermanos para fomentar el vínculo entre ellos (sic). Por las razones anteriormente expuestas se realiza una propuesta de intervención considerando los resultados de la evaluación realizada y el diagnóstico obtenido, para diseñar un tratamiento terapéutico a la medida.

#### **5.4 Focos de intervención**

Para detectar los focos de intervención se realiza un planteamiento o formulación del caso, considerado como un conjunto de hipótesis, delineadas por una teoría de la personalidad y orientación de psicoterapia, respecto de las variables que operan como causas, detonadores o factores que mantienen los problemas emocionales, psicológicos, interpersonales y conductuales de un individuo.

Esta es una descripción de las quejas y síntomas de un paciente, así como un mecanismo organizativo para que el terapeuta comprenda cómo se manifiestan dichas quejas, el modo en que coexisten síntomas diversos, cuáles estímulos ambientales o intrapersonales desencadenan estos problemas y por qué persisten los síntomas. El terapeuta desarrolla una visión clínica del mundo del paciente, en este marco conceptual se busca la comprensión, entendimiento, explicación, predicción y cambio del comportamiento humano; según la orientación terapéutica propia, la visión general del mundo debe buscar atender las necesidades del paciente, donde se busca que el paciente pueda aportar información que coadyuve al logro de los objetivos terapéuticos (Nezu, Nezu y Lombardo, 2004).

Con el fin de obtener un amplio panorama de la actuación del terapeuta, es importante dar atención a las siguientes categorías y dimensiones:

- Variables relacionadas con el paciente
  - Antecedentes conductuales
  - Antecedentes afectivos
  - Antecedentes cognitivos
  - Antecedentes biológicos
  - Antecedentes sociales/étnicos/culturales
- Variables relacionadas con el ambiente
  - Factores del ambiente físico:
    - Vivienda
    - Con quiénes se comparte
  - Factores ambientales sociales:
    - Relaciones del paciente con amigos
    - Relaciones familiares
    - Relación con otros miembros de sus comunidades sociales (vecindario, escuela, empleo,
- Dimensión temporal
  - Información referente al funcionamiento en curso y anterior del paciente. Son aquellos que actúan como estresores potenciales que desencadenan diversos comportamientos, cogniciones y estados afectivos de desadaptación

Figura 14. Representación gráfica de los focos de intervención, mapa clínico de patogénesis

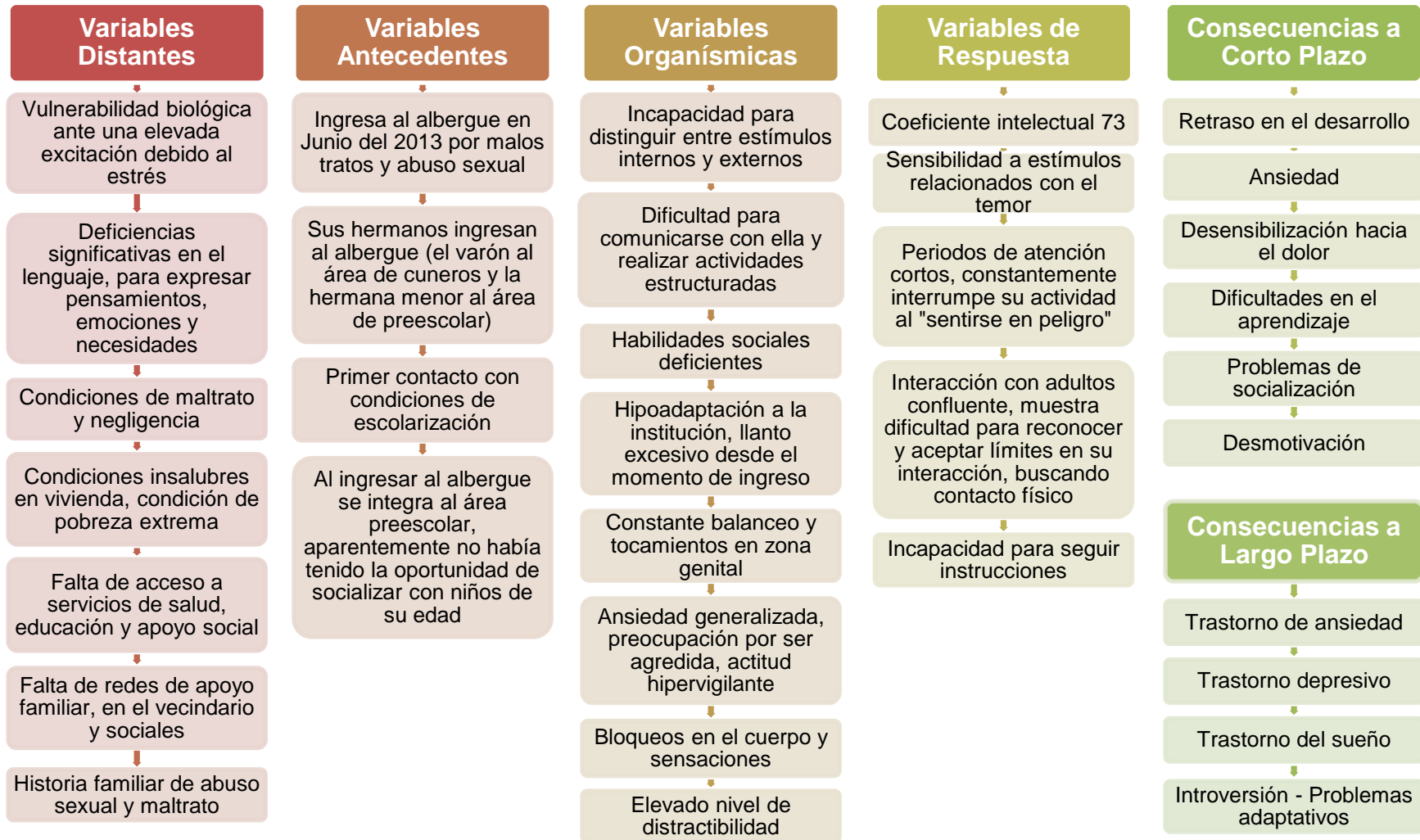


Fig. 14 Focos de intervención clínica basado en el modelo de Nezu, Nezu y Lombardo, 2004.



Una vez trazado el mapa clínico de patogénesis para un paciente, el terapeuta, busca determinar la eficacia del resultado del proceso de resolución de problemas. Esto se logra de dos maneras: a) *Validación social*, requiere que el tratante comparta el mapa clínico de patogénesis inicial con el paciente o en este caso con sus allegados o tutores. La retroalimentación del paciente es útil respecto a la pertinencia, importancia y necesidad de los problemas y objetivos seleccionados; b) la *Comprobación de la hipótesis*, el terapeuta evalúa el resultado al confirmar o descartar hipótesis basadas en el mapa clínico de patogénesis

Para la formulación de caso, una labor es la resolución de problemas, es decir generar opciones, al identificar un horizonte significativo de problemas objetivo potenciales y maximizar así la probabilidad de identificar al final los más eficaces, este objetivo se alcanza con un método de lluvia de ideas que recomienda tres principios generales:

- Principio de cantidad, mientras más ideas se produzcan, aumenta la probabilidad de que se generen las más eficaces
- Principio de aplazamiento de juicio, se generan más opciones de buena calidad si se difiere la valoración hasta reunir una lista extensa de posibles soluciones
- Principio de estrategias – tácticas, pensar en estrategias de solución o enfoques generales, además de tácticas específicas, aumenta la producción de ideas

Al evaluar el valor de los efectos del tratamiento, el terapeuta considera los siguientes cuatro grupos de criterios: personales, sociales, de corto plazo y de largo plazo:

- Consecuencias personales
- Tiempo y recursos necesarios por parte del terapeuta y paciente
- Esfuerzo tanto del terapeuta como del paciente
- Costos o ganancias emocionales del paciente
- Efectos secundarios del tratamiento
- Consecuencias sociales
  - A) El terapeuta debe considerar la variedad de formas en que una cierta estrategia afectaría a la familia, amigos y allegados del paciente
  - B) El grado en que el ambiente social del paciente facilite la aplicación del tratamiento pueden influenciar el grado de generalización y mantenimiento del tratamiento
- Consecuencias a corto y largo plazo
  - A) Además de las consecuencias personales y sociales que resultan de la aplicación de varias estrategias de tratamiento, también es recomendable considerar los efectos a corto y largo plazo de las intervenciones

Figura 15. Representación gráfica del Mapa Clínico de Fortalezas

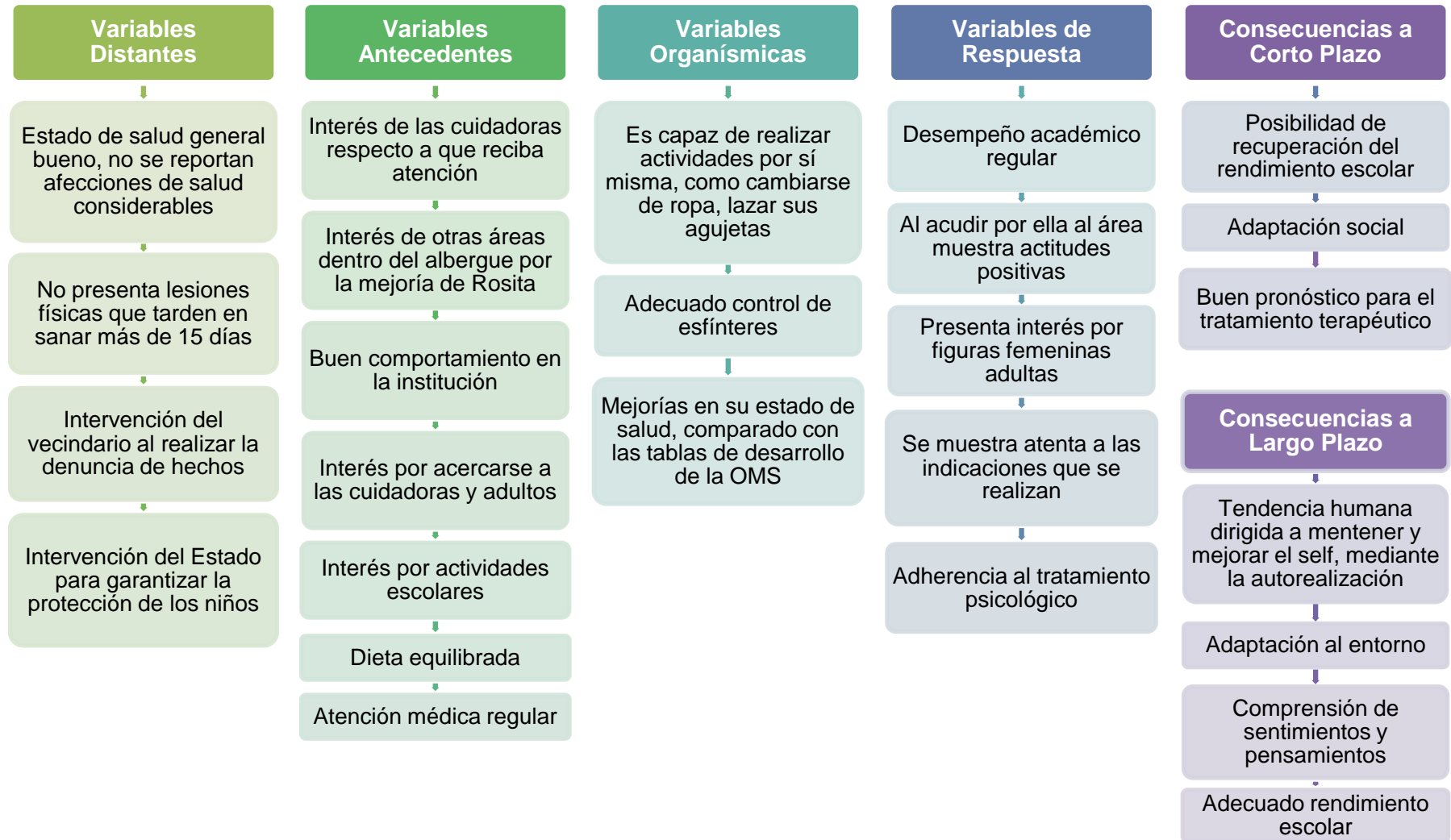


Fig. 15 Representación gráfica del Mapa Clínico de Fortalezas, basado en el modelo de Nezu, Nezu y Lombardo, 2004.

## 5.5 Proceso terapéutico

Para efectos del documento que aquí se presenta, se realizó una selección del material que a juicio personal y de la directora del reporte, resulta más clarificante sobre aquellos puntos abordados en la intervención, en un intento de sintetizar el proceso. A continuación se presenta de manera esquemática cada una de las fases que integraron el proceso de intervención, al inicio de cada fase se presenta una tabla que representa los diferentes paradigmas del enfoque integrativo, posterior a ello se realiza un análisis y reflexión de las sesiones. Cabe aclarar, que por motivos de confidencialidad y ética, algunas personas y situaciones son parcialmente modificados o bien omitidos por el carácter respetuoso a la vida del paciente y por su contenido referencial a la institución de donde proviene el caso.

### 5.5.1 Fase inicial o de diagnóstico “La época monstruosa”

Número de sesiones: 3	
Categorías de la actividad de juego	<b>Actividad sensorial:</b> basado en las cualidades físicas del objeto, textura, olor, color. Gran parte del juego realizado se basa en la exploración, sin lograr usar el objeto para proponer una actividad, cambia constantemente su foco de atención
	<b>Juego traumático:</b> persistencia en el contenido traumático, repetición de contenidos con componentes de ansiedad, desesperanza, miedo y tristeza; no existe solución para el conflicto que se presenta
Paradigma biológico	Se presentan síntomas de ansiedad y estrés significativas que pueden traer consecuencias para el desarrollo
Paradigma cognitivo	Coeficiente intelectual limitado
	Nivel de información / cultura limitado
Paradigma afectivo	<b>Tono hedónico:</b> interés placentero
	<b>Repertorio de afectos:</b> limitado, centrado en el temor
	<b>Tono afectivo del niño al terapeuta:</b> muy positivo
	<b>Tono afectivo del terapeuta al niño:</b> neutral
Paradigma ambiental	<b>Contexto social:</b> ambiente empobrecido, no hay satisfacción de necesidades básicas

	<b>Acceso al lenguaje:</b> limitaciones para expresar necesidades básicas
	<b>Relaciones tempranas con figuras significativas:</b> relación de negligencia y maltrato, relación de abuso
	<b>Funcionalidad en los modos que operan los sistemas:</b> no hay claridad en las reglas, procesos comunicacionales disfuncionales, no hay delimitación del espacio personal
	<b>Sentido de identidad:</b> se percibe a sí misma como pequeña, vulnerable, amenazada y poco capaz de tomar decisiones. Presencia de distorsiones cognitivas, pensamiento catastrofizante
<b>Paradigma del self</b>	<b>Significación – autorrealización:</b> Dificultades en la identificación, expresión y control de emociones
	<b>Función de control conductual:</b> Busca la gratificación sensorial y corporal inmediata, tocamientos en zona genital
	<b>Capacidad para desplegar esfuerzos persistentes y para postergar impulsos:</b> Su actividad se ve constantemente interrumpida al evocar situaciones amenazantes

El primer reto en esta primera fase fue favorecer la alianza terapéutica. Los métodos y técnicas sirven para promover la madurez en los niños sin dirigirlos, respetando las direcciones que ellos marcan. La mayor parte de las conductas como terapeuta de juego fue para facilitar la autodirección, autoexploración y autocrecimiento del niño. Las primeras sesiones son una forma en que los niños tratan de poner a prueba a los terapeutas, quienes deben mostrar una actitud empática, pues para que el niño pueda autodirigirse tiene que hacerlo con ciertos límites. Los recursos del terapeuta, el escenario de juego y el niño se utilizan para encontrar las necesidades emocionales de éste.

En el primer encuentro que se tiene, acudo por ella buscándola con su grupo y solicitando a las cuidadoras me permitan llevar a Rosita al espacio terapéutico, pese a no conocernos en cuanto le indican que me acompañe se abalanza sobre mí, sin establecer contacto visual, busca tener contacto corporal de una manera invasiva para su espacio personal y el mío, teniendo dificultad para establecer límites seguros. En diferentes ocasiones observo que se toca la zona genital, al señalar esta conducta sólo sonrío y continúa jugando. Como terapeuta uno de los primeros objetivos es favorecer la alianza terapéutica, es necesario ser

sensible y receptivo para entender al niño, debe prevalecer una actitud de receptividad y de atención visual, expresada en el rostro, a nivel muscular y de postura.

Su motricidad gruesa es torpe, tiene dificultad para caminar y brincar con los dos pies, en diferentes ocasiones se pega con la pared y tropieza; me llama la atención la elasticidad que tiene respecto a sus brazos pues se deja caer al suelo tras darse varias vueltas sostenida de la mano, esto pudiera referir un problema de maduración ósea o de articulaciones o bien indicar un sistema nervioso central desintegrado. Integrar es organizar o conjuntar varias partes de un todo, el Sistema Nervioso Central se encarga de integrar diferente información sensorial. Todas las personas nacen con esta capacidad, sin embargo se requiere interactuar con el ambiente y someternos a retos físicos (por ejemplo comenzar a gatear), esto implica aprendizaje. En el caso de Rosita la estimulación que ha recibido del entorno ha sido precaria, la atención que han brindado los cuidadores ha presentado limitaciones considerables que han repercutido en procesos motrices, visuales y espaciales.

Muestra sorpresa al ver los materiales, los cuales fueron acomodados por rincones de juego para facilitar el análisis del proceso de juego. Su juego es de exploración, pasa por los diferentes rincones del espacio conociendo el material sin lograr proponer una actividad que los empleara. Durante esta fase del juego se centra la mayor parte del tiempo en explorar el material, por momentos el pasar de una actividad a otra es precipitada e impulsiva, se muestra ansiosa.

*Debido a que acababa de realizar una actividad con las cuidadoras pide llevarlos al espacio. Cuando come los cacahuates los tira "sin querer", prefiriendo comerlos del suelo, al levantarlos los mete a su boca y me mira, como esperando que le diga algo. Tomo una pequeña olla de juguete y le pregunto si quiere ponerlos en ella para jugar, agrego que podemos usar trastes para poner nuestra comida, ella sólo sonrío. Al tirarlos al suelo me dice "son cucarachas", en forma de juego los levanta y mastica "las cucarachas son para comer". Esta situación permite visualizar el nivel de información y cultura de su entorno, como los usos y costumbres del hogar. Representa los malos tratos y negligencias sobre lo vivido en su hogar, donde no existían reglas o estructura sobre cómo y qué comer, pudiendo comer animales o insectos que estuvieran disponibles ante la carencia de alimentos propios para la ingesta. Al analizar la sesión surge la posible interpretación de que ésta es una forma de probar a la terapeuta respecto a los cuidados y atenciones que le puede brindar, interpretando la preocupación como una función materna.*

*En otro de los juegos que realiza, toma una plastilina de color rosa, pregunta si puede tocarla y me pide abrir el recipiente, al jugar con ella hace caras de sorpresa y disgustos, saca un poco de la plastilina y la hace en forma de gusano, nombrándolo como tal y me dice "tú*

*eras la niña a la que no le gustan" "tiene que darte miedo" "las niñas gritan cuando tienen miedo pero todo pasa" "niñas chiquitas no hacen nada, lloran". En diferentes ocasiones se muestra temerosa, me pide que personifique a la niña, mientras ella es el varón, comenta "un gusano como el de un niño, pero más grande". Éste representa un objeto fálico – pene, el cual lo acerca de forma intrusiva a la cara y a la boca, este juego es repetitivo, se observa un juego con componentes de ansiedad y miedo, para este juego no existe una solución para el conflicto que se presenta, el ambiente se percibe tenso, la contratransferencia me permite identificar el miedo y angustia que vive. Al analizar la sesión realizada se hace evidente que para favorecer el avance del proceso terapéutico se señalen las emociones que no logra nombrar. La postura que le da a la niña es de indefensión, identifica que es una conducta que no le gusta, sin embargo no encuentra posibilidades de librarse de esta situación.*

El juego fue interrumpido al tener que ir al sanitario, llama mi atención que al cruzar el pasillo encuentra al psicólogo titular, quien se acerca para saludarla y ella reacciona escondiéndose entre mis piernas y presionando mi mano. Se usa la contratransferencia entonces para ayudarla a identificar la emoción presente *"me diste la impresión que el psicólogo te produce un impacto desagradable"*.

Presta atención a los bebés del cuarto de juegos, intenta estar cercana a ellos, mostrándose confundida sobre qué hacer con ellos, esto permite ver que dentro de la dinámica familiar no había un rol de figuras paternas que pudieran cuidar y responder a las necesidades de los hijos, siendo ella responsable del cuidado de su hermano menor. Desde la perspectiva de la teoría de Winnicott, las funciones parentales son deficientes, percibe que sus necesidades no han sido suficientemente gratificadas (necesidades de nutrición, afecto, cuidado, protección, resguardo, reconocimiento y aceptación).

*Dentro de la sesión realizada elige trabajar con pinturas digitales, comienza a tocar la pintura de manera cuidadosa y pregunta dónde lo pondrá, le ofrezco diferentes alternativas y toma un papel azul, donde pone sus dedos llenos de color naranja, le observo que está concentrada en esta actividad y al cabo de unos minutos se escuchan afuera voces de hombres y mujeres hablando, enseguida cambia la expresión de Rosita y se asusta, comienza a dibujar a un personaje en color verde "niño grande" "niño malo", le observo que su cara cambió y ahora parece como asustada a lo que responde "el niño malo... cosas malas no..." dibuja el rostro de este personaje así como ojos y boca con colores diferentes, sin embargo los cubre con pintura "ya no están, ya no ve", hace el dibujo de otros dos personajes en color azul y naranja, dice que estos son niños pequeños "el grande hace cosas y les da miedo" "niños chiquitos juegan".*

En la categoría del juego se identifican componentes traumáticos, su narrativa permite identificar la dolorosa experiencia del abuso de poder sobre los niños, así como la vivencia de agresión. Ante la percepción auditiva de voces masculinas el juego se ve interrumpido, la emoción que predomina en la sesión es el miedo y desesperanza.

Su primer acercamiento a la pintura es de curiosidad, experimentando la sensación de la pintura sobre sus dedos, al principio se mostraba tranquila y curiosa, sin embargo ante la menor estimulación del entorno, su ambiente se torna persecutorio y amenazante, lo que permite que emerjan temas como el niño malo – grande que lastima a los pequeños, ante esto busca quitar los ojos y la boca para que no la pueda ver.

*Al indicarle el tiempo restante de la sesión, me mira y se acerca a ver una medalla que traigo en el cuello, intenta levantar mi blusa para ver mi pecho y al cubrirme le digo que tiene curiosidad de ver mi cuerpo, pero esta es una parte privada que sólo yo puedo tocar y ver, ella me responde “tu pechito” “pechito no se ve”.*

Respecto al sentido de identidad, Rosita se percibe a sí misma como una niña pequeña, vulnerable, se percibe en amenaza constante de figuras hostiles que buscan lastimarla, ante estas situaciones se percibe poco capaz de frenar la agresión. Cobra sentido el trabajo que realiza Winnicott al expresar el origen del falso self, el cual se rastrea en las primeras vivencias del infante, Rosita ha desarrollado un conjunto de defensas que protegen al verdadero self. Parte de las funciones maternas son las cuestiones biológicas como la alimentación y sustento físico, sino también a la posibilidad de anticipación de la madre para proteger al bebé de angustias.

Un elemento importante del proceso terapéutico y particularmente en esta fase de juego nombrada “La época monstruosa” fue la relación que se estableció entre niña y terapeuta, ésta relación requiere de cuidado y nutrición, siendo la base del proceso terapéutico es en sí misma poderosamente terapéutica (Oaklander, 2005). La terapeuta funge como un medio para facilitar el nacimiento psicológico del niño, proporcionando un espacio de presencia, seguridad, contención y un ambiente predecible. Es así como a través de esta relación se enviste a la figura de la terapeuta como una unidad que constituirá una base para la formación de relaciones humanas diferentes. Al existir fallas en la función de holding, provocan angustia y ansiedad, la función del terapeuta es de sostén, que pueden traducirse en comprensión, empatía, procurando brindar límites claros respecto al cuerpo y el tipo de contacto a establecer.

Debido a las condiciones de trabajo en una institución de carácter temporal, como lo es esta sede de la Residencia en Psicoterapia Infantil, se debe iniciar el proceso terapéutico desde el momento en que se tiene el primer contacto con los niños. Parte del proceso de evaluación con Rosita fue también el inicio de la intervención, esto ante el carácter transitorio que tiene la institución en que residió.

Cada una de las sesiones realizadas siguió un esquema de trabajo o guión, privilegiando el término de cada sesión con un “tiempo para pensar”, desde las primeras sesiones se le pidió a Rosita sentarnos en “el sillón de pensar” para platicar acerca del contenido de la sesión, en la primer fase la terapeuta hablaba mayormente de las actividades que Rosita realizó y conforme transcurrió la intervención la participación de Rosita fue más activa.

#### 5.4.2 Fase de juego sensorial “Sensaciones, cuerpo y experiencia”

<b>Número de sesiones: 6 sesiones</b>	
<b>Categorías de la actividad de juego:</b>	<b>Juego traumático:</b> prevalece en el proceso terapéutico el juego con componentes traumáticos, su actividad se ve interrumpida y relata detalles de abuso, revive la experiencia con componentes de miedo, ansiedad y tristeza, buscando su protección
	<b>Actividad sensorial:</b> basado en las cualidades físicas del objeto, textura, olor, color. Se proponen actividades para favorecer el contacto, se incluyen actividades donde el objetivo es mirar, hablar, tocar, oír, moverse, oler y gustar
	<b>Juego de arte:</b> se ofrecen diferentes materiales para elegir, principalmente dirige su atención a las pinturas dactilares
<b>Paradigma biológico:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continúan los síntomas de ansiedad y estrés</li> <li>• Se informa que presenta dificultades para mantenerse dormida, permanece en su cama hablando en voz muy baja</li> <li>• Las cuidadoras reportan observar que Rosita se balancea en la silla frotándose la zona genital</li> <li>• Reportan temor a ser bañada</li> </ul>
<b>Paradigma cognitivo:</b>	Coeficiente intelectual limitado
	Nivel de información / cultura limitado
<b>Paradigma afectivo:</b>	<b>Tono hedónico:</b> interés placentero
	<b>Repertorio de afectos:</b> medio, la transición de afectos fluctúa
	<b>Tono afectivo del niño al terapeuta:</b> Muy positivo
	<b>Tono afectivo del terapeuta al niño:</b> Positivo



<b>Paradigma ambiental:</b>	<b>Contexto social:</b> Se hace evidente la falta de límites para garantizar la seguridad física y emocional, Rosita muestra dificultad para distinguir conductas públicas y privadas
	<b>Acceso al lenguaje:</b> limitación en la expresión de emoción y necesidades
	<b>Relaciones tempranas con figuras significativas:</b> en el espacio terapéutico se observa la relación de maltrato, abuso y negligencia
	<b>Funcionalidad en los modos que operan los sistemas:</b> no hay claridad en conductas públicas y privadas, lo cual vulnera la seguridad de Rosita
<b>Paradigma del self</b>	<b>Sentido de identidad:</b> Se percibe a sí misma como una niña pequeña que necesita protección y refugio. No logra identificar ni nombrar necesidades y emociones. Se observa un Yo frágil. Conforme avanza el proceso puede integrar la experiencia sensorial
	<b>Función de control conductual.</b> La persona posee una historia de juicios inapropiados, con peligros moderados. La conciencia acerca de las consecuencias se encuentra un poco defectuosa y la persona toma riesgos innecesarios
	<b>Capacidad para desplegar esfuerzos persistentes y para postergar impulsos.</b> Los impulsos son controlados levemente. El afecto y el humor es voluble, tiene baja tolerancia a la frustración y abandona fácilmente las tareas

Esta fase de juego se conformó de seis sesiones realizadas con Rosita y una sesión realizada con el personal de la institución encargados de su cuidado, en la cual comentan las dificultades que enfrenta Rosita durante su estancia en la institución y para su desarrollo: dificultades para permanecer dormida, despertándose angustiada por pesadillas esto ocurre la mayoría de las noches, conductas de balanceo que realiza de manera involuntaria al llevar a cabo una actividad de juego, y describen que al momento del baño se rehúsa a entrar a la regadera, llorando mientras esto ocurre.

Respecto a las conductas observadas en el espacio terapéutico, la actividad de juego se describe en cuatro componentes formales: iniciación, facilitación, inhibición y finalización. Rosita inicia la actividad mostrando un interés natural y placentero, acude a las sesiones mostrando un tono afectivo muy positivo, atenta a los diferentes materiales que se ofrecen en el espacio. Pese a

esta curiosidad espera a que se le brinden indicaciones sobre la actividad a realizar, requiriendo la mirada e indicación de la terapeuta. Respecto a la facilitación, la actividad se mantiene por el interés tanto de la niña como de la terapeuta, Rosita muestra atención a las instrucciones, pregunta cómo debe continuar el juego y recibe sugerencias de temas u objetos. Como se describió en la etapa anterior “La época monstruosa”, el juego se inhibe al asociar estímulos ambientales con los componentes de agresión y abuso; en estos momentos la finalización del juego es abrupto, sin embargo se observa que a través del diálogo y juego que se establece con la terapeuta en lugar de interrumpir el juego este término va siendo más gradual, logrando nombrar situaciones dolorosas.

Durante esta fase se observa que los impulsos son controlados levemente, existen necesidades básicas como el querer ir al sanitario, reconoce la sensación pero no logra expresarla. A continuación se relata un fragmento de una sesión que describe parte de los temas abordados durante esta fase de intervención.

*Antes de entrar al espacio le pregunto si quiere pasar al baño antes de entrar al espacio (pues en sesiones anteriores su juego se interrumpía por querer salir al sanitario) Rosita acepta, al estar en el baño entra y baja su ropa sin cerrar la puerta, comienza a hablarme “pipi” “mami pipi”, por lo que le respondo que cuando salga podremos hablar, al salir me dice “mami pipi, tú no viste”, le respondo que el baño es un espacio donde va ella solita y debe cerrar la puerta mientras está adentro, asiente y me toma de la mano para subir a nuestro espacio.*

Este fragmento de la sesión permite analizar el desarrollo de la sexualidad, la cual está ligada a la relación que los padres y cuidadores tengan frente a la satisfacción de sus necesidades biológicas y de cuidado. El hecho de que pueda nombrar una necesidad como el tener que orinar, fomenta la seguridad, elemento básico para el desarrollo. Durante esta etapa de desarrollo el niño requiere de independencia para conocer su mundo y a la vez la protección y afecto de la familia. Al experimentar sensaciones placenteras al retener y evacuar la orina y los excrementos, así como observar y tocar sus genitales constituyen la forma en que los niños van aprendiendo a reconocer su cuerpo, sus necesidades y sensaciones de placer. El entorno de Rosita fue de poca estimulación, cuidado y protección, Rosita no lograba distinguir entre conductas públicas y privadas.

Para continuar el proceso terapéutico con Rosita se propone realizar algunos cambios en el espacio y respecto a los materiales, considerando aquellos que permitan la expresión artística. Los medios artísticos resultan menos amenazantes que otras técnicas, debido a que permiten representar de manera visual las áreas problemáticas, sentimientos y pensamientos, con lo cual se logra expandir la participación del niño en el proceso terapéutico, además de darle mayor oportunidad de expresión y manejo de sus propios conflictos.

Durante esta fase de intervención se realiza una propuesta de cambio en el modelo de trabajo, se propone continuar la intervención con el enfoque gestáltico,

ya que este enfoque favorece la expresión de emociones bloqueadas, esto en un espacio y una relación terapéutica nutricia. Los niños reaccionan ante la disfunción familiar, el trauma, la crisis y la pérdida de maneras que resultan bastante comunes de acuerdo con el desarrollo. El niño en su búsqueda de supervivencia inhibirá, obstruirá, reprimirá y restringirá distintos aspectos del organismo: sentidos, cuerpo, emociones e intelecto.

El enfoque Gestalt explica que dentro del ciclo de experiencia existen factores que generan un bloqueo, ocasionan interrupciones en el proceso natural y saludable de la autorregulación orgánica. Se observan bloqueos en el ciclo de experiencia: 1) fase de sensación en la zona interna, esta fase refiere al sentir físicamente algo que todavía no se conoce, el bloqueo que opera en Rosita es la desensibilización, es decir que Rosita bloquea su sensibilidad y las señales que su cuerpo capta a través de los sentidos; 2) fase de formación de figura, en esta etapa se establece la figura clara de la necesidad y se concientiza el objetivo de la sensación, el bloqueo en esta parte es proyección, lo que significa que Rosita no establece una figura clara respecto a su agresor, generaliza interpretando como amenaza cualquier estímulo de una figura masculina.

Estableciendo como meta ayudar a Rosita a descubrir y expresar emociones bloqueadas, ayudarla a definir su Sí mismo y sentir más autonomía, se proponen experiencias, las cuales deben cumplirse ciertas condiciones:

- La experiencia debe estar en contacto con el terapeuta
- El niño debe sentir que está en un espacio seguro. El terapeuta debe haber establecido límites claros y el niño sabe que aquel lo cuidará
- Se hace énfasis en la experiencia más que en el contenido
- Debe haber un espíritu de diversión y juego

*Se muestra sorprendida e interesada en el material presentado, pregunta si va a pintar con las manos o los dedos, por lo que le sugiero que ella lo puede decidir, inmediatamente se quita los zapatos para trabajar con los pies. Para iniciar este ejercicio comenzamos haciendo un calentamiento de pies, dando un masaje tanto a la planta, como al empeine y a los dedos de manera circular, mientras realiza los diferentes ejercicios se le va reflejando los diferentes gestos que realiza y las actividades que más disfruta. Mientras esto ocurre nombra sensaciones como frío y caliente, logrando diferenciar entre rápido y lento, fuerte o quedito. Transcurridos algunos minutos comienza a dibujar, marca sus manos y pies sobre el lienzo y va probando los diferentes colores que se encuentran disponibles (amarillo, azul, negro, rosa, rojo y verde, en ese orden). Le ayudo a limpiarse, mientras juega con el agua le señalo el disfrute que tiene en esta actividad y el cuidado que le pone a su cuerpo. Le ayudo y enseñé a limpiarse, mientras ella me mira y va siguiendo poco a poco las instrucciones. Después toma un bebé y lo carga y arrulla, me lo da a mi pidiendo que haga lo mismo “esto es lo que necesita un bebé... cariñitos” (Anexo 2).*

En las siguientes sesiones se trabajó con distintos materiales y actividades para favorecer la integración sensorial, para cada sentido, debido a que los objetivos principales de la intervención en esta fase eran poder contactar con las sensaciones físicas y vivir la experiencia sensorial con mayor conciencia, dando peso a la representación y expresión de qué y cómo en lugar del porqué. La intervención durante esta fase del juego se realizó principalmente con terapia Gestalt, esto debido a que con las técnicas expresivas, enfocadas en el contacto Rosita logró contactar con sus sensaciones y percepciones; otra de las aportaciones que ofreció el enfoque fue el contacto sano en la relación yo-tú y la búsqueda de integración de cuerpo, emociones, sentidos e intelecto.

#### **Estimulación auditiva**

Imitar sonidos de animales  
Acunar al niño mientras le canta canciones de cuna  
Utilizar instrumentos musicales (iniciar de los más suaves a los más intensos)  
Usar una pulsera de cascabeles en la muñeca y/o en los tobillos e incitarla moverse  
Aplaudir y coactivamente, pedir que Rosita imite la acción y el sonido  
Jugar con materiales que hagan ruido: doblar o estrujar papel de celofán, papel de envolver, periódicos, etc.

#### **Estimulación visual**

Utilizar pinturas de colores vivos  
Jugar con un espejo  
Jugar con luces brillantes  
Jugar a buscar objetos en un recipiente con arena, arroz, etc.  
Utilizar pintura digital para que se fije cómo se mueven sus manos

#### **Estimulación táctil**

Juegos con agua  
Juegos con plastilina, masa, arcilla y arena  
Envolver al niño con tejidos de distintas texturas  
Jugar con crema de afeitar  
Usar crema corporal en distintas partes del cuerpo  
Andar descalzas en superficies distintas

#### **Estimulación olfativa y gustativa**

Exponer al niño a múltiples experiencias distintas utilizando objetos cotidianos como la colonia, el desodorante, lociones, polvos de talco, pasta de dientes, laca, crema o loción para después del afeitado, etc.  
Proporcione experiencias al niño mediante la utilización de especias y hierbas como la canela, menta, chocolate, ajo orégano, tila, etc.  
Utilizar plumones olorosos

*Fig. 16* Elementos de estimulación de los sentidos (Esparza, 1987).

El realizar estas actividades favorece la construcción e integración del esquema corporal: sensaciones, zonas agradables y desagradables, reconocimiento de nuestra imagen, denominación de diferentes partes del cuerpo, etc. (Esparza, 1987). Al considerar el entorno en el que estuvo Rosita durante los primeros años de vida, se observa que hay diferentes hitos del desarrollo que se ven afectados, como el área sensoriomotora y cognitiva. Las variables individuales como talla, peso, salud general, integridad neurológica, niveles de atención y actividad, cobran importancia al momento de realizar un plan de intervención, características como la hipo o hiperreactividad sensorial, tono motor, procesamiento sensorial son variables que se trabajaron en la intervención terapéutica.

Uno de los elementos de análisis de esta etapa de juego fue la secuencia del juego, al momento del inicio de la hora de juego se observa interés, su juego es espontáneo. Si bien el juego es para realizar actividades mayormente estructuradas, Rosita muestra un juego espontáneo, muestra una actitud colaborativa que facilita mantener la atención en las actividades a realizar, sigue instrucciones, propone cómo va a continuar y acepta sugerencias. Este nivel de relación es una de las fortalezas observadas en esta fase de juego, misma que permitió el avance a temas conflictivos y de gran contenido emocional. Dentro de esta fase de juego de componentes sensoriales, Rosita se vivenciaba a sí misma y contactaba con el mundo. El sano e ininterrumpido desarrollo de los sentidos, cuerpo, sensaciones e intelecto de un niño, es la base subyacente de su sentido del yo (Oaklander, 1992).

El enfoque terapéutico Centrado en el Niño, ofrece un panorama fértil para mantener y mejorar el *self* (fortalecer el Yo, desde el enfoque Gestáltico), mediante el reconocimiento de sus sensaciones, percepciones, gustos y elementos desagradables, pues se permitió a Rosita realizar elecciones y fomentar el dominio o maestría, el papel del terapeuta es ofrecer un espacio seguro para hacer elecciones y motivar a realizar actividades. En cuanto a los niveles de intervención, mediante interacciones verbales simples, escucha y atención se realizaron reflejos de reiteración, de sentimientos y de experiencias, tratando de sacar a la luz la actitud o el sentimiento inherente a las palabras de Rosita, dando la sensación de ser comprendida y respetada, con esto se fortaleció la expresión emocional, volverse más autodirigida experimentando un sentimiento de control y construir un autoconcepto más positivo. Posteriormente se integraron otros elementos de trabajo para abordar temas relevantes que surgieron durante el trabajo terapéutico, a continuación se relatan algunos de los tópicos centrales de la intervención.

#### 5.4.3 Fase metafórico constructivo, historias alternativas “La domadora del miedo” y “Construyendo una casita bonita”

<b>Número de sesiones: 7 sesiones</b>	
<b>Categorías de la actividad de juego:</b>	<b>Juego de arte:</b> se ofrecen diferentes materiales entre los cuales puede elegir, principalmente dirige su atención a las pinturas dactilares
	<b>Juego traumático a resolución de problemas:</b> Rosita persiste en un tema de juego de manera repetitiva, observando componentes de ansiedad y desesperación. Se guía el juego para elaborar una historia alternativa donde pueda experimentar control y dominio
	<b>Juego de fantasía:</b> En este tipo de juego los objetos o personas sufren una transformación para realizar actividades como juego imaginario, mágico, animista o exagerados

<b>Paradigma biológico:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de malestares físicos y enfermedades</li> <li>• Ausencia de alteraciones del sueño</li> <li>• Disminución de conductas de balanceo</li> </ul>
<b>Paradigma cognitivo:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro del juego se observan mejorías en su riqueza expresiva</li> <li>• Componentes de creatividad</li> <li>• Capacidad simbólica</li> </ul>
<b>Paradigma afectivo:</b>	<p><b>Tono hedónico:</b> interés placentero</p> <p><b>Repertorio de afectos:</b> medio, la transición de afectos fluctúa</p>
<b>Paradigma ambiental:</b>	<p><b>Contexto social:</b> Se hace evidente la falta de límites para garantizar la seguridad física y emocional, Rosita muestra dificultad para distinguir conductas públicas y privadas</p> <p><b>Acceso al lenguaje:</b> limitación en la expresión de emoción y necesidades, se observan mejorías en su producción de lenguaje y riqueza de vocabulario</p> <p><b>Relaciones tempranas con figuras significativas:</b> en el espacio terapéutico se observa la relación de maltrato, abuso y negligencia</p>
<b>Paradigma del self</b>	<p><b>Sentido de identidad:</b> mediante el uso de técnicas expresivas y artísticas, así como componentes narrativos, se trabaja en la fortaleza yoica. Rosita logra representarse a sí misma como una niña fuerte, segura y valiente de enfrentar y domar sus miedos</p> <p><b>Capacidad para desplegar esfuerzos persistentes y para postergar impulsos.</b> Los impulsos son controlados levemente. El afecto y el humor es voluble</p>

Esta tercer fase se conformó de siete sesiones respecto al trabajo con Rosita, es de señalar que se realiza una cita con el departamento de psicología y las cuidadoras principales de Rosita, quienes informan importantes mejorías respecto a la adaptación al entorno y acercamiento a sus compañeros del área preescolar. Durante esta entrevista los temas más relevantes fueron: su desarrollo intelectual y cognitivo ha mostrado logros respecto a sus periodos de atención y concentración, logrando concluir actividades; su habilidad lingüística ha progresado en expresión y vocabulario. Consideran que algunas áreas de oportunidad son la adaptación al contexto escolar, pues entra en llanto al acudir al colegio, continúa mostrando dificultades para adaptarse al contexto social tanto en el albergue como en el colegio, particularmente en la relación con su hermana menor, pues ambas muestran poco interés por acercarse o realizar actividades estructuradas o juego. Como se citó con anterioridad, los niños que han vivido situaciones traumáticas muestran importantes deficiencias en el área social,

alejándose de otros o reaccionando con respuestas agresivas (Drewes, Bratton y Schaefer, 2005). Otra área que se reporta vulnerable fue la conducta de sueño, pues ha reducido la frecuencia con que se despierta por la noche debido a las pesadillas. De acuerdo a los criterios revisados en el manual diagnóstico una de las características de la ansiedad generalizada, es la dificultad para controlar un estado de constante preocupación, algunas de las manifestaciones son en las conductas de sueño, irritabilidad y dificultades para concentrarse (DSM-V, 2013).

*Toma un títere de guacamaya, pidiéndome tomar otro “es su amigo”. Rosita pide recostarse en el cojín para poder dormir, acuesta a la guacamaya pidiendo que haga lo mismo. Durante la noche los “niños” se despertaban constantemente, pues afuera había un monstruo que los molestaba y los hacía estar intranquilos. Al levantarse salen de paseo e identifica que es un lugar divertido y tranquilo, durante el día pueden hacer actividades gratificantes, mientras que en la noche permanece hipervigilante por temor a ser agredida.*

Este fragmento permite abordar el tema de los cuidados y necesidades básicas de los niños, como lo es el poder dormir, Rosita es capaz de establecer que aspectos le gustan y cuales le disgustan, así como las situaciones que le generan intranquilidad, miedo y angustia. Asocia que en las noches se enfrenta a amenazas teniendo que estar permanentemente alerta sin poder descansar.

Los materiales constantes y que cobraron relevancia en las siguientes sesiones fueron dos casitas de muñecas, la guacamaya (que generalmente manipulaba ella) un perico (para la terapeuta) y un par de bebés. Se utiliza la técnica de terapia de juego propuesta por Kuhli (citado en Schaefer, 1993) denominada “Las dos casitas”, la cual requiere se incluya en el consultorio un surtido rico de juguetes e incluir una casa de dos pisos habitada por algunos muñecos (casa de muñecas construida) además se proporcionan materiales para que los niños puedan construir otra casa utilizando diversos materiales como bloques de construcción, piezas de madera o similares. A continuación se relata el uso de esta técnica con Rosita:

*La primer casa, que representaba como su propia casa, donde no había qué comer o dónde dormir, además de estar constantemente preocupadas por ser agredidas por el monstruo, al grado de no poder dormir o descansar. En un segundo momento de la historia las niñas habitan una segunda casa, donde podían comer y dormir, pues el monstruo ya no estaba con ellas. Es en este punto, donde la historia se retoma, la sensación de tranquilidad se rompe cuando Rosita imagina que el monstruo la va a buscar a esa casa, ella se enfoca en los cuidados y atenciones al ave, al cuál han maltratado y requiere atención médica y cariño. En esta sesión observo que hay una percepción de daño, así como un intento de curar - reparar.*





*Fotografía de la primera casa, al frente se encuentra una figura amenazante que vigila la casa, lo identifica como su agresor (Izquierda).*

*Fotografía de la segunda casa, construcción realizada con sábanas y cojines para las camas de los niños (Derecha)*

Fig. 17 Técnica de juego simbólico “Las dos casitas”, fotografías del trabajo en la sesión

*Comienza a realizar una historia donde el monstruo se encuentra en una casa (como vigilando) lo que está alrededor, ahí vive una guacamaya y una niña, a través de la narración del cuento, establece que en este lugar no comen ni juegan los niños, son agredidos al ser llevados por el monstruo a un lugar que no quieren. Se establece una segunda casa, a donde los niños son llevados, en ésta la guacamaya es alimentada y atendida. Rosa le brinda cuidados y atenciones, siendo una doctora, le revisa el corazón*

*R: corazón suena*

*T: qué te dice*

*R: mal, mal*

*T: parece que lastimaron a este corazón*

*R: mami cuídalo*

*T: necesita que lo cuidemos para que se sienta mejor*

*R: ¿cómo mami?*

*T: qué podremos hacer*

*R: ¿lo reviso?*

*T: si, así sabremos cómo lo podemos ayudar*

*Al revisarlo, es cariñosa y delicada con la guacamaya, le brinda medicamentos vía oral y una inyección. De pronto su juego es interrumpido por el monstruo que se acerca a la casa, en este momento la terapeuta le dice a Rosa que debe ser valiente para poder salir de la casa y enfrentar a ese monstruo, convirtiéndose en una domadora del miedo.*

En la primer casa se observa un caos y ausencia de figuras protectoras, viviendo con el monstruo que la lastimaba constantemente; Rosita intentaba poner orden en el entorno, buscando un espacio para cada niño (y pericos), una cama donde poder dormir y un lugar para poder comer, viviendo con temor a ser lastimada. Este juego revela la preocupación por aspectos orales y de nutrición, permite observar la preocupación ante las amenazas del entorno. En esta casa



muestra una limitada sensación de control. La dirección en la terapia se enfocó en ayudar a Rosita a identificar las áreas de conflicto, representando miedos y fantasías. Se requirió trabajar durante varias sesiones este contenido, pues claramente el tema del maltrato y abuso que simbolizaba en el juego, representaba componentes traumáticos, severos y amenazantes.

Se realiza una técnica para afrontar el miedo, donde Rosa dibuja al monstruo en una cartulina, para guardarlo en una caja reforzada con cinta; se le amarra con un hilo dorado “un hilo mágico”, para convertirlo en una piñata para que Rosita le pueda pegar con un palo o la mano, guiada por la terapeuta Rosa le dice “Ya no vas a salir” “te vas a quedar encerrado” “monstruo ya no te tengo miedo, ahora tú me tienes miedo”, de manera espontánea Rosa le dice “tú no vas a salir” “te vas a quedar en la cárcel” “a los niños no lastimas”. Después la terapeuta le dice a Rosa “el monstruo ya no va a poder salir de ahí, lo voy a llevar a un lugar muy lejos de aquí para que no pueda lastimarte a ti ni a los demás”. Al terminar la sesión, después de reflexionar sobre el contenido de la sesión, es evidente el cansancio físico y la descarga emocional que esta actividad representó para Rosita, por lo que realizamos un ejercicio de respiración diafragmática donde “sus amigos” le acompañaron hasta lograr la relajación.



*Fig. 18 Fragmento de la sesión, técnica “La domadora del miedo”*

Uno de los retos de esta fase fue establecer una meta para Rosita, el vencer el temor para enfrentar a este monstruo, en el trabajo realizado a través de la alianza terapéutica nos unimos para acabar con este monstruo, logrando identificarlo, representarlo en un dibujo y logrando capturarlo. Esta historia, contuvo gran riqueza simbólica y narrativa, el juego permitió experimentar otros modos de vida y pensamiento, al plantearle a Rosita diferentes escenarios y respondiendo a preguntas de un panorama de acción y conciencia, se reviven las experiencias contadas a través de un nuevo significado sobre sí mismo y sobre las relaciones para incorporarlas como experiencias resignificadas que fortalecen al individuo (White y Epston, 1993).

A medida que las personas se separan de historias dominantes o totalizantes, es posible orientarse hacia aspectos de su experiencia que contradicen esos conocimientos, con la ayuda de la terapia Rosita se permitió

encontrar y reconocer ese logro aislado, en estas sesiones ella actuó con gran valentía y coraje para enfrentar a este monstruo. Mediante preguntas acerca del panorama de acción y al panorama de conciencia se hace un proceso de “recreación”, donde se revivieron situaciones en las que ella violentada, sin embargo, esta historia alternativa fue cargada de dominio y poder para lograr enfrentar y dominar el miedo, convirtiéndose en “la domadora”. Por medio de preguntas, juego y dramatizaciones se ubica a Rosita como una persona que ha sido capaz de alcanzar estos logros (como al momento de la denuncia, al momento de enfrentar a su agresor para los procesos legales, relatar el abuso a diferentes personas que forman parte del protocolo de acción).

Retomando el relato de la segunda casa, adquiere un componente especial el hecho de dar materiales para construir un espacio con una nueva estructura, hablando acerca de las necesidades afectivas, de cuidado y protección, un entorno donde los niños podían estar seguros sin temor a ser vulnerados nuevamente. El hecho de poder poner a los niños a salvo del “monstruo”, en una cama segura, y en una casa donde los cuidaran simbolizaba la institución en la que residía, donde ella identificaba elementos de cuidado y seguridad.

Integrando las técnicas narrativas y simbólicas de esta fase, el objetivo logrado fue el hablar de las situaciones de abuso mediante distintas técnicas artísticas, ya que facilitan la expresión de experiencias a través de la representación visual o actuar las historias usando diferentes recursos y no sólo los lingüísticos. Rosita logró hablar del abuso como una experiencia que ocurrió en el pasado, reconociendo que continuaba teniendo efectos en el presentes, pero que no necesariamente debían seguir afectando en el futuro.

#### 5.4.4 Fase de cierre “El camino en búsqueda de la felicidad continúa”

<b>Número de sesiones: 4 sesiones</b>	
<b>Categorías de la actividad de juego:</b>	<b>Juego de arte:</b> se ofrecen diferentes materiales entre los cuales puede elegir, principalmente dirige su atención a las pinturas dactilares
	<b>Juego de fantasía:</b> En este tipo de juego los objetos o personas sufren una transformación para realizar actividades como juego imaginario, mágico, animista o exagerados
	<b>Juego de imitación:</b> imita un rol, usando objetos de la vida cotidiana
<b>Paradigma biológico:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de malestares físicos y enfermedades</li> <li>• Ausencia de alteraciones del sueño</li> <li>• Disminución de conductas de balanceo</li> </ul>

<b>Paradigma cognitivo:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro del juego se observan mejorías en su riqueza expresiva</li> <li>• Componentes de creatividad</li> <li>• Capacidad simbólica</li> </ul>
<b>Paradigma afectivo:</b>	<p><b>Tono hedónico:</b> interés placentero e interés natural</p> <p><b>Repertorio de afectos:</b> medio, la modulación y regulación de afectos es algo flexible. La transición entre estados afectivos es usualmente tranquilo</p>
<b>Paradigma ambiental:</b>	<p><b>Contexto social:</b> Se observa mayor adaptación al entorno social, hábitos, rutinas, normas y costumbres; dentro de su juego incorpora elementos del entorno (institución)</p> <p><b>Acceso al lenguaje:</b> Mejorías en la expresión de emoción y necesidades, se observan mejorías en su producción de lenguaje y riqueza de vocabulario</p> <p><b>Relaciones tempranas con figuras significativas:</b> en el espacio terapéutico se observa la relación de maltrato, abuso y negligencia</p> <p><b>Socialización:</b> las cuidadoras reportan que su manera de interactuar con otros niños muestra mejorías, intentando acercarse a realizar actividades guiadas y situaciones de juego</p>
<b>Paradigma del self</b>	<p><b>Sentido de identidad:</b> Se percibe a sí misma como una niña que necesita cuidados, protección y cariño</p> <p><b>Capacidad para desplegar esfuerzos persistentes y para postergar impulsos.</b> Los impulsos son controlados. El afecto y el humor es estable, se muestra tolerante a la frustración, persistiendo en la actividad pese al fracaso</p>

Esta fase del juego se conformó por cuatro sesiones de juego con Rosita y una entrevista inicial con el terapeuta asignado al caso y las cuidadoras principales. En esta entrevista se comenta la posibilidad de egreso de la institución con carácter inminente, pues el juez ha determinado que la mejor alternativa para el buen desarrollo de Rosita es en una casa hogar. Considerando estos elementos se procedió a realizar un análisis de los avances obtenidos, áreas de oportunidad y sugerencias para el trabajo con Rosita, con el objetivo de emitir recomendaciones para el personal especializado con el que trabajaría Rosita posteriormente. Cabe mencionar que debido a las características del albergue y los procesos jurídicos implicados, establecer una fecha fija para el traslado o egreso de la institución resulta casi imposible. Por lo que como terapeuta se debe plantear a los niños una

fecha aproximada e ir abordando el tema de la despedida, teniendo preparados los materiales o actividades planeadas con anticipación.

Respecto al trabajo con Rosita es de suma importancia preparar a un niño para un término, para que dentro de las sesiones se pueda abordar este tema. La fase de término es una parte importante del tratamiento y necesita ser pensado y acordado con sensibilidad, llegar al término de la relación terapéutica es de gran significado para el niño, la pérdida del terapeuta es una pérdida real para el niño. El término de la terapia puede ser utilizada como una oportunidad para trabajar elementos significativos y puede ser altamente productiva. Algunas recomendaciones que establece West como líneas de trabajo para finalizar la terapia de juego, y que formaron parte de las sesiones con Rosita son las siguientes:

- Fijar una fecha
- Establecer comunicación con cuidadores y escuela para asegurarnos que todos están trabajando en el mismo objetivo
- Decidir junto con el niño sobre la forma de “cuenta regresiva” para que él o ella pueda prepararse para el término y la última sesión
- Recordar que cada niño presenta ideas diferentes de cómo es la mejor forma de terminar una relación

A continuación relato algunos fragmentos de las sesiones realizadas en esta fase con el objetivo de ilustrar los diferentes temas abordados en el trabajo terapéutico para esta fase de cierre.

*Cuando Rosita me encuentra en la institución, busca llamar mi atención para que me acerque a ver lo que está realizando con sus cuidadoras y compañeros, las cuidadoras aprovechan para comentar la buena conducta que observan en Rosita, por lo que les pido que también se lo hagan saber, pues ella se muestra muy entusiasmada y motivada de conocer los avances que ha tenido. Me permiten formar parte de este reconocimiento tanto a sus habilidades motrices como al hecho de poder jugar con sus compañeros, mientras esto ocurre Rosita se muestra contenta y orgullosa, demostrando el cariño a sus cuidadoras con un abrazo.*

En el trabajo que se realizó con el personal de la institución, una de las habilidades desarrolladas como terapeuta, en la orientación y entrevista con las cuidadoras fue el hecho de poder implicar al personal de distintas áreas como partícipes en los progresos de los niños, en este caso de Rosita, las estrategias de resolución de problemas y fomento de actividades para el desarrollo de los niños, se facilitan en la medida en que la institución trabaja como equipo interdisciplinario y logren identificar cambios en los niños. Me doy cuenta que tanto Rosita como su cuidadora estaban expectantes de la respuesta que iba a emitir, buscando mi aprobación, como terapeuta mi objetivo fue favorecer experiencias para que se desarrollara una mejor comunicación. También para las cuidadoras es gratificante

que sus habilidades sean reconocidas y reciban capacitación y supervisión de una forma cálida y empática.

En cuanto a la entrevista realizada con el psicólogo responsable del caso, me informa que en entorno escolar, los profesores del colegio reportaron importantes mejorías en la atención, concentración y seguimiento de instrucciones, esto permitía sustentar los cambios de Rosita. Reporta que en las sesiones observa que Rosita muestra mayor disposición para escuchar y seguir indicaciones, facilitando realizar actividades estructuradas. Los datos presentados favorecieron el proceso de término de la terapia, pues al tomar diferentes puntos de referencia sobre la conducta de Rosita en distintos entornos, las observaciones que se realizaron en las sesiones de juego mostraban congruencia, extendiendo sus habilidades en la sesión de juego a una variedad de situaciones que se dan día a día.

En la última etapa se realizó el cierre terapéutico, utilizando diferentes técnicas para dejar evidencia de los avances y logros que se lograron durante el proceso, el término de la terapia se anunció tres sesiones antes con Rosita, la dinámica de la sesión se modificó para hablar de este tema, se le invita a Rosita a sentarse en el “sillón de pensar”, al anunciarle la posibilidad de egreso de la institución, se muestra distraída y no desea hablar de lo que piensa o siente al respecto, pidiendo jugar como siempre y no hablar más, observo que Rosita se muestra preocupada y molesta. Durante esta sesión su juego mostró variaciones importantes, se acercaba a los materiales para explorarlos, comentaba que ya no le gustaban ni quería jugar con ellos, arrojándolos al suelo y pisándolos. Esta sesión fue particularmente tensa, como terapeuta iba reflejando las diferentes emociones que se presentaban en el juego, dándole oportunidad de expresar enojo y tristeza ante el término del proceso, fue al final de su tiempo de juego que juntas recogimos los materiales, mientras lo hacía me acercaba a ella para recordar algún momento de juego previo, cuando lo escuchaba Rosita recordaba con cariño algunos de sus juegos, pidió que el títere de la guacamaya la acompañara a guardar, llevándola abrazada y diciendo “a ti también te quiero, aprendí contigo... gracias”. Dándole una connotación positiva, se acordó realizar un festejo de los logros obtenidos, acordamos marcar visualmente las últimas sesiones en un calendario.

*Busca a la guacamaya y las casitas, construye una con una sábana, pidiendo colaboración para poder realizarla. Al estar dentro de la casita pide que metamos a la guacamaya y a un bebé para cuidarlos. Los cuidados que procura son de alimentación y protección, busca diferentes platos y con la masa hace verduras, fruta y guisados "comida rica"; le observo que está atenta a lo que le piden y es tierna y cariñosa con ellos. Pide que cargue al bebé y le dé de comer "teta - pechito", alimentándolo como si fuera un bebé, observo que Rosita contacta con elementos tiernos y se acerca a mi para recargarse en mi hombro, mientras me pide que le cante al bebé y a ella. Por momentos ella canta conmigo y acaricia la cabeza del bebé.*

*Transcurridos algunos minutos ella carga la guacamaya y abrazándola le da de comer galletas y jugo "como la mamita bonita que cuida al bebé y pajarito, mamita lo quiere" "en esta casita los quieren y los tratan bien", agrego que estos bebés están listos para seguir creciendo con cariño, han aprendido a quererse y cuidarse.*

Dentro del juego que realiza Rosita, retoma elementos de la historia de la casita bonita, integrando en ella elementos de cuidado y protección, en esta fase de intervención los elementos persecutorios como el monstruo y la falta de cuidados dejan de ser parte de la historia. Un elemento importante es la capacidad de muestra para expresar sus necesidades y afectos, identifica los buenos tratos como alimento, un lugar seguro, poder dormir, recibir cariño y poder expresar lo que necesitan.

Preparando la última sesión del proceso terapéutico, se acordó con Rosita un festejo con motivo de los logros y aprendizajes que había conseguido, así como su egreso de la institución para incorporarse en una residencia de carácter permanente (ya no un hogar temporal). Me solicitó que festejáramos con la guacamaya, algunos de los materiales que pidió se incluyeran fueron un disfraz de princesa, cuentos para niños, instrumentos musicales y un pastel para compartir, juntas escribimos la lista para el festejo en una hoja a la cual titula "no se te vaya a olvidar despedirte". A continuación narro algunos temas que se desprendieron en esta última sesión.

*Al encontrarnos en las instalaciones del albergue pregunta si sé a qué hora se irá, pues no quería irse del albergue sin tener su fiesta, le recuerdo que será una fiesta muy especial para despedirnos, dándole una connotación positiva. Al entrar al espacio se muestra muy contenta al darse cuenta que se encontraban todos los elementos que había pedido, pide que realicemos unos ejercicios de calistenia donde ella nos va guiando, y demuestra gran interés en ser quien lo haga. Después de unos minutos pide que nos sentemos a comer el pastel en la mesa "yo puedo comer solita... soy niña grande" "comidita para el corazón contento" son algunas de las frases que utiliza para describir este momento, pide que mientras ella come yo abrace al bebé – guacamaya y lo arrulle con un cuento "para dormir bonito", elige un cuento y se recuesta en el "sillón de pensar", cerca de nosotros, al terminar el cuento me pide que les cante una canción de cuna "musiquita para estar tranquila" mientras ella me acompaña con instrumentos musicales. Le entrego una carpeta que habíamos elaborado con los trabajos que realizó y algunas fotografías del proceso, se muestra muy emocionada de ir recordando algunas de las sesiones. Le entrego una diploma, haciendo alusión a un festejo de graduación, en reconocimiento a sus logros, esta diploma hablaba de los recursos observados en las sesiones y la avalaban como domadora del monstruo. Relato a continuación un breve fragmento final de la cita de despedida del albergue.*



*Rosita: ¿Vas a ir conmigo a la Casa Hogar?*  
*Terapeuta: no, las cosas que has aprendido en este espacio las vas a llevar siempre contigo, los llevarás siempre en la mente y en el corazón. Además puedes llevarte tu álbum con las fotos y trabajos para que recuerdes los logros que has tenido*

*Rosita: Yo me los llevo... y tú cómo te vas a acordar de mi*  
*Terapeuta: ¿Cómo te gustaría que te recordara?*  
*Rosita: también quiero que tú te quedes con un dibujo, como te quedaste con el miedo, gracias, me voy a una casita bonita*



*Fig.*  
19 Dibujo de despedida titulado "Así me voy", trabajo realizado con colores y plumones, a la derecha Rosita, del lado izquierdo su terapeuta

En esta fase de cierre, en la terminación del tratamiento, se brindó una oportunidad para establecer una despedida saludable, la manera en que un niño se despide del espacio terapéutico y enfrenta esta pérdida tiene influencia en cómo se separará de otros entornos y cómo afrontará otras pérdidas, puede enseñar a los niños que el enfrentarse a una pérdida puede tener connotaciones positivas. En el caso de Rosita para la última sesión se hizo una especie de ceremonia de graduación, con el fin de darle un lugar especial a éste momento histórico, permitiéndole saber cuán especial había sido el trabajo que realizó y sembrar la esperanza de que vendrán nuevos desafíos en su vida, los cuales enfrentará con las herramientas que ha desarrollado y fortalecido (Anexo 3).





## CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

### 6.1 Discusión y conclusiones

El objetivo del presente reporte de experiencia profesional fue describir y analizar teórica y clínicamente los factores curativos presentes en el proceso de intervención psicológica desde un enfoque integrativo para el abordaje del abuso sexual en una niña en condición de institucionalización. Este trabajo se realiza bajo un enfoque integrativo, ante el reconocimiento de la integración como una necesidad que subyace a la intervención, para el abordaje creativo y flexible que favorecieran el encuentro terapéutico.

Una vez presentados los antecedentes del caso, su conceptualización y el abordaje del proceso terapéutico dividido en cuatro fases para facilitar su análisis, considero necesario dirigir el análisis en los siguientes puntos:

- El abordaje del abuso sexual infantil en condición de institucionalización
- Los componentes de la intervención de la psicoterapia integrativa que favorecieron el cambio terapéutico
- Habilidades adquiridas en la Maestría en Psicología Clínica con Residencia en Psicoterapia Infantil

La primer variable que se revisó en el presente estudio fue el maltrato infantil y abuso sexual, así como las diferentes consecuencias que tiene para su desarrollo biopsicosocial. Como se refirió en el primer capítulo que del presente estudio, cuando los niños son expuestos a situaciones de maltrato, su capacidad de jugar y disfrutar queda coartada por el miedo al castigo, entre los recuerdos de experiencias traumáticas y un entorno que no es seguro para experimentar y desarrollarse (Drewes, Bratton y Schaefer, 2005). Diversos autores ponen de manifiesto que en el caso de los niños que han vivido situaciones de abuso y maltrato la mayoría de los juegos muestran componentes compensatorios y su patrón de juego es repetitivo acerca de su experiencia, tales juegos a menudo buscan compensar su sensación de impotencia, pero no ofrecerá liberación, ni ofrecerá el verdadero sentido de poder o de aprendizaje que se encuentra en juego sano.

El desarrollo personal puede verse perjudicado por la presencia de factores estresantes. Existen variables prenatales (patrones genéticos familiares, estado de la madre durante el embarazo, salud mental, grado de estrés, características de los sistemas de apoyo familiar y social, condiciones del parto, etc.) y perinatales (primeras interacciones con el bebé, respuesta a sus necesidades, observación del bebé y tipo de interacción madre-hijo, entre otras) que deben formar parte de los antecedentes de desarrollo y conceptualización del caso. Un niño, en sus primeras etapas es muy sensible a la experiencia, de ahí que las relaciones tempranas que establece el infante pueden dejar una “huella” perdurable en su futura personalidad. Cuando las relaciones tempranas con figuras significativas son frustrantes y/o inestables, lo esperable es un efecto dañino para el futuro

desarrollo personal. En el caso de los niños que residen en una institución encargada de brindar asistencia y protección, la separación del medio familiar o medio de peligro, representa una gran dificultad para conocer al entorno familiar y sus antecedentes del contexto, limitando así el obtener información y utilizar para conceptualizar el caso. Esto nos lleva a realizar una investigación usando otros medios, utilizando como referencia el momento actual, la evaluación de los niños al momento del ingreso a la institución e ir trazando hipótesis que permitan el buen entendimiento.

A continuación se presentan algunos datos acerca del papel que ejerce el entorno en los primeros años de desarrollo del niño, relacionando así la información sobre el entorno de Rosita y las consecuencias que éste tuvo en su desarrollo.

Los seres humanos habitan el mundo de manera personal, desde edades muy tempranas, las posibilidades del ser dependen de las condiciones del ambiente cuidador. El acento está puesto en la función de sostén y cuidado de la madre suficientemente buena que actúan como las condiciones que posibilitarán la experiencia de ilusión, la omnipotencia y la transicionalidad. Cuando una madre logra brindar la función de sostén y cuidado, el niño logra la experiencia de sí mismo en términos de continuidad, esta primera posibilidad se denomina *verdadero self*. En cambio, cuando el ambiente no se ocupa como debería, cuando omite o se entromete, expone al niño a situaciones de futilidad y de abandono, para sobrevivir por sí mismo en un mundo que le es hostil, debe esconderse tras una máscara del *falso self*. Es así como el desarrollo del sujeto comienza en relación y dependencia al ambiente, y sobre todo a la madre cuidadora, paulatinamente significa al mundo otorgándole sentido, y en este proceso se significa a sí mismo (Bareiro, 2011).

Los factores biogenéticos, ambientales y psicológicos, así como la experiencia, contribuyen al desarrollo y lo facilitan. Desde las primeras vivencias del infante, para Winnicott se pone como acento la función materna de cuidado, sin restringirla únicamente a las cuestiones biológicas de alimentación y sustento físico, sino también a la posibilidad de anticipación de la madre para proteger al bebé de angustias consideradas en esta etapa como inconcebibles, la necesidad es, fundamentalmente, la de evitar que se pierda a sí mismo como ser existente (esta noción de cuidado aparecerá más adelante como sinónimo de cura. La función del medio inmediato es la de brindar una membrana protectora, por así decirlo, entre el niño y el mundo como lo no conocido o extraño. Para que el bebé comience a aportar lo propio en el mundo que habita, es necesario que la madre – ambiente falle de manera pausada. Así se abre una modalidad que toma al “trauma” como necesario. En la versión patológica existen fallas ambientales excesivas y prolongadas, haciendo una distinción entre trauma esperable e inesperable o patológico. Es este el caso de los niños que han vivido situaciones de maltrato y abuso, algunas de las principales manifestaciones son: problemas de identidad personal, baja autoestima, pérdida de confianza en los adultos, comportamiento dependiente y un razonamiento moral inadecuado a su edad.

A medida que el niño crece y los vínculos con los distintos objetos también, el mundo en un sentido más amplio comienza a tener relación de mayor familiaridad con el infante; para que esto sea posible, la madre debe fallar de manera esperable y necesaria pero también de manera oportuna, para pasar así de la dependencia absoluta a la relativa. Las fallas permiten que el niño desarrolle progresivamente sus capacidades y comience de igual modo a crear el mundo desde una pauta personal. Ahora bien, cuando la madre – medio ambiente no logran cumplir su función suficientemente bien, el desarrollo puede ser negativo y patológico. Cuando la formación de relaciones objetales fracasa, el paciente se relaciona con un mundo subjetivo o es incapaz de relacionarse con objetos ajenos al Self, se muestra desconectado, irreal, invulnerable (Bareiro, 2011).

El desarrollo humano se inicia con el potencial genético, sin embargo tiene un gran peso la interacción que se establece entre el individuo y las personas que lo cuidan. El cuidado que una madre y un padre dedican a su bebé no es simplemente un placer para ellos y para el bebé, sino que es absolutamente necesario, sin lo cual el bebé no puede crecer y convertirse en un adulto sano o valioso. La madre es necesaria como persona viva, el bebé debe poder sentir el calor de su piel y su aliento, saborear y ver; es así como las atenciones a las necesidades físicas se traducen posteriormente en cuidados a necesidades psicológicas. En segundo lugar, la madre es necesaria para presentar el mundo al bebé, a través de las técnicas de la persona o de la gente que se ocupa de su cuidado, el bebé toma contacto con la realidad externa. Cuando el bebé tiene una demanda de atención, como cuando tiene hambre, y la madre coloca el pecho para alimentarlo, el bebé a través de sus sentidos percibe el pecho y “crea” o que se puede encontrar allí. Se va creando una asociación y creencia de que lo deseado fue creado, desarrolla así la creencia de que el mundo puede contener lo que necesita y desea, esto es la ilusión. En tercer lugar, la madre resulta necesaria para realizar la tarea de la desilusión, una vez creada la ilusión de que el mundo puede crearse a partir de la necesidad y la imaginación, es la madre quien capacita al niño para aceptar que si bien el mundo puede proporcionar algo parecido a lo que se necesita y se desea, y que por lo tanto podría crearse, no lo hace automáticamente, ni en el momento mismo en que se experimenta el deseo o surge la necesidad (Winnicott, 1980).

Cuando hay falta de cuidado ambiental y fallas en la función de sostén y amparo, un trauma representa la ruptura de la continuidad de la línea de la existencia del individuo, estas angustias denominadas como inconcebibles, se conforma el origen de los trastornos psicóticos. Las variantes de esta angustia se presentan en relación con el ambiente Winnicott las nombra como “deshacerse, caer para siempre, no tener relación alguna con el cuerpo, carecer de orientación”, no es que no habite un mundo, sino que éste cobra dimensiones caóticas.

En el caso de Rosita se observa que desde el entorno familiar y social en el que creció durante sus primeros años de vida, había condiciones de privación emocional, así como un entorno que no le proporcionó la estimulación que requería. La evaluación realizada, permitió ubicar características individuales

comparadas con el grueso de la población, donde se hizo evidente que una de las áreas más afectadas fue la de lenguaje, el cual se caracterizaba por la pobreza de contenido y la dificultad para expresar emociones, pensamientos y necesidades.

En el caso del abuso sexual infligido al niño en el contexto familiar, la mayoría de los casos el sexo se convierte en un mecanismo utilizado para manifestar poder o ejercer control, para satisfacer las necesidades de intimidad y esto debilita los límites y originan formas inadecuadas de conducta. El trabajar con niños que han vivido situaciones de maltrato y abuso sexual, es una tarea complicada, pues se debe evaluar la posibilidad de reintegrar a los niños al entorno familiar. La labor del psicólogo es evaluar qué medidas son las necesarias para su seguridad, como su integridad física como psicológica. Existe un gran desacuerdo entre los diferentes profesionales sobre la evaluación de la disposición de la familia para la reunificación, esto parece deberse a la falta de evidencia empírica, de criterios bien definidos o instrumentos estandarizados que midan con exactitud la disposición de los progenitores y/o familiares alternos a desempeñarse como figuras protectoras. Debido a que las condiciones familiares de Rosita eran sumamente vulnerables e implicaban un riesgo para los niños, se recomendó que los niños permanecieran en una institución y se les brindara ahí los cuidados y asistencia.

Los niños que han vivido situaciones de abuso sexual presentan en el entorno terapéutico una gran combinación de síntomas que pueden variar, presentan dificultades conductuales o emocionales. El nivel de afección y severidad puede variar de niño a niño, debido a las diferencias individuales, es por eso que se debe diseñar “un traje a la medida” que vaya acorde a las necesidades y situaciones de vida. La sintomatología característica de los niños que han vivido abuso sexual incluye dificultades de sueño, los niños pueden experimentar un miedo a dormir o una incapacidad para conciliar el sueño; pueden revivir pensamientos y emociones dolorosas relacionadas con el abuso, se pueden presentar pesadillas. Otra característica de sintomatología es la hipervigilancia, la cual se desarrolla ante la necesidad de supervivencia y autoprotección; los niños experimentan una sensación crónica de peligro, los niños pueden experimentar recuerdos dolorosos despertados por estímulos sensoriales como un olor, escuchar algunas palabras, señales visuales, lugares, etc. lo que hace que el niño se prepare para reaccionar y protegerse del peligro (Eapston y West, 2002).

Se plantea aquí al juego como recurso de la psicoterapia infantil, cuyo fundamento es el facilitar la comunicación, propiciar la expresión de sentimientos, pensamientos, frustraciones y ansiedades. El juego terapéutico puede resultar una experiencia renovadora, saludable y constructiva, es mediante el juego que se puede liberar el potencial creativo para el aprendizaje, el autoconocimiento y la solución de conflictos. Dentro de la terapia de juego se realiza un proceso dinámico entre el niño y el terapeuta, éste último busca promover experiencias correctivas considerando el Self y la personalidad del consultante en términos biológicos, cognitivos, afectivos y nuevos comportamientos en lo vincular, social, pues cada uno se entrelaza con otros.

Para realizar la intervención terapéutica, se empleó un enfoque integrativo, pues como se ha mencionado, éste permite abordar las problemáticas psicológicas considerando los múltiples factores que las originan y sus efectos en las distintas esferas en que se desarrollan los individuos. Cada paciente es un complejo sistema que integra los paradigmas biológico, afectivo, cognitivo, conductual, ambiental en el que se desarrolla interactuando en un entorno cultural y en un momento histórico (Bagladi, 2003). En el caso de Rosita, éste enfoque fue ideal que permitió integrar los diferentes elementos del maltrato, abuso sexual, limitaciones intelectuales y falta de estimulación del entorno, condiciones que se evaluaron al momento del ingreso a la institución.

El enfoque integrativo fue utilizado debido a las bondades que ofrece para abordar las metas terapéuticas establecidas en la evaluación. Como se expresó anteriormente, cada enfoque psicoterapéutico, realiza importantes propuestas de juego para el trabajo con los niños, es así como el enfoque integrativo plantea utilizar las diferentes herramientas técnicas de juego. Se trabaja desde un enfoque de Terapia de Juego Integrativa, ya que consiste en elaborar un plan de tratamiento individualizado, que corresponde a las necesidades y situación del paciente. En la cual se busca incorporar las teorías y técnicas de diversos enfoques teóricos que faciliten el desarrollo de estrategias de tratamiento específicas para el paciente (Schaefer, 2005).

En la terapia de juego cada niño es diferente, es por eso que el terapeuta debe considerar las necesidades específicas del niño, así como sus habilidades y formas de expresión; un factor del que he cobrado mayor consciencia es nuestra creatividad y astucia para entender desde los postulados teóricos lo que ocurre en el psiquismo del niño y relacionarlo con las diferentes técnicas. En la psicoterapia de juego, el niño tiene la oportunidad de adquirir control y aprender a ejercer poder, ya que la terapia de juego alienta la expresión de sentimientos y ofrece una oportunidad para el desarrollo de una relación consistente con el adulto. Confronta la despersonalización y el estereotipo de los adultos coludidos que el niño pudo haber experimentado, pues el terapeuta de juego lo escucha y apoya (West, 2000).

Respecto al primer encuentro con el psicoterapeuta, los niños acuden al consultorio con cierta creencia o la capacidad para creer, en una persona que lo ayude y comprenda, también acude con cierta desconfianza. Es labor del terapeuta aprovechar todo esto que trae el paciente y actuar hasta el límite de las posibilidades que ofrece. El paciente se va sin haber tenido una percepción objetiva del terapeuta. Es así que el principio fundamental es brindar un encuadre humano, y que el terapeuta no deforme el curso de los acontecimientos haciendo o no cosas llevados por la angustia o la culpa, o por su necesidad de tener éxito. Es decir, usar el conocimiento y experiencia para atender la necesidad de cada paciente particular (Winnicott, 1965).

Analizando el primer encuentro que se tiene con un niño se requiere sensibilidad para asegurar que el niño no considere que la terapia de juego es una

continuación de la investigación o una réplica de la circunstancia uno a uno del maltrato (West, 2000). Desde el momento de bienvenida de un niño al cuarto de juegos, el terapeuta debe brindar un clima emocional para que el paciente se sienta acogido, confiado, aceptado, querido y desde esto pueda abrirse y trabajar sus heridas, sus conflictos o sus problemas. Este clima emocional para la mayoría de los que van a terapia es justamente algo de lo que han carecido, sobre todo, pacientes muy dañados psíquicamente. Este clima emocional no tiene patrones preestablecidos, con directrices tipo consignas, tiene que ver con actitudes básicas de relaciones humanas, hasta con características propias de nuestra relación con cada paciente. Bajo este principio si brindamos una relación humana diferente muchos años, de ser hacia el otro diferente al vivido, será más fácil para ellos aceptarse y vivir en el mundo que los rodea (Cornejo, 2000).

Al ver en retrospectiva las diferentes sesiones que se realizaron en la primera etapa de juego, observo que estas sesiones tenían un fuerte contenido temático y gran carga emocional. Rosita intentaba expresar el tipo de maltrato al que fue sometida, el tipo de relaciones que estableció con sus cuidadores. Estas primeras sesiones, parecían un continuo de las declaraciones realizadas por las instancias legales, como una diligencia o investigación. Durante estas primeras sesiones Rosita conoció el espacio terapéutico, una nueva forma de relación donde mi papel como terapeuta fue de facilitadora, este factor curativo fue parte importante durante el proceso de intervención.

Respecto a la elección de juguetes para el cuarto de juegos, diversos autores se han interesado en la relación de los juguetes con la conducta de juego durante la sesión de terapia y afirman que a pesar de que los niños proyectan sus necesidades emocionales en los juguetes, no se puede ignorar el hecho de que los materiales del cuarto de juego tienen cualidades “provocadoras de conducta”. La elección de juguetes debe estar basada en el hecho de buscar aquellos que tiendan a producir conductas que permitan el conocimiento de las necesidades emocionales de los niños y no aquellos que provoquen una hiperactividad difusa. Se recomienda que los juguetes: 1) Permitan la prueba de realidad, 2) Que el niño exprese simbólicamente sus necesidades y 3) Promuevan la catarsis y el “insight”. Dentro de la práctica de Ginott (1961, pág. 240 a 245) al establecer los materiales del cuarto de juego toma en consideración los siguientes criterios:

1. Seleccionar juguetes que puedan usarse de diferentes maneras
2. Elegir juguetes que promuevan los sentimientos más difíciles de tratar en la vida real (como la agresión y dependencia, como el uso de la pistola, pues comunica el mensaje instantáneo de que “aquí se tolerará la agresión en fantasía”)
3. Seleccionar juguetes que puedan usarse por una o dos personas, este criterio proporciona al niño la oportunidad de incluir al terapeuta en el suceso de juego que él desee

En el caso de Rosita se hizo una propuesta específica de la elección de materiales del cuarto de juego. En un primer momento los materiales fueron

utilizados para realizar el proceso de juego diagnóstico, siendo acomodados de manera estructurada a fin de identificar con facilidad los elementos elegidos. Se identifica que para poder progresar en la intervención terapéutica se requiere hacer algunas adecuaciones a los materiales incluyendo para la etapa de juego gestáltico, donde se utilizaron de manera privilegiada las pinturas y en especial pintar con los dedos, ya que son un medio adecuado cuando la meta es proporcionar una experiencia catártica o creativa bajo supervisión. Otro de los elementos que cobró importancia dentro de esta primer fase fue el rincón de cuidados, integrando elementos de higiene personal como papel de baño, toallas húmedas, jabón para las manos, crema corporal y toallas para manos).

Uno de los elementos analizados en la fase de evaluación nombrada “La época monstruosa”, fue un trabajo realizado por Rosita con pintura dactilar, aquí retomo los elementos de análisis del Test de Colores de Lüscher, respecto al uso de colores el azul con el que dibuja a los niños pequeños representa la ternura y afecto, relacionando esta información con los antecedentes, Rosita expresa la relación de cariño y ternura que busca con su hermano menor, a quien busca cuidar y proteger. En un segundo momento realiza un dibujo del monstruo, eligiendo el color verde, el cual representa elementos de tensión constante, representa la voluntad continuar a pesar de la oposición y contrariedades; estos elementos representan a su agresor, mientras realiza este dibujo la actividad es desorganizada, impulsiva, denota gran temor y preocupación por los niños.

Uno de los objetivos dentro de la terapia fue el establecer un contacto saludable, el cual supone una sensación de seguridad con uno mismo, valentía por ser independiente. Cuando se restringen de algún modo los sentidos, el cuerpo, la expresión emocional o el intelecto, se debilita y pierde definición el Sí mismo. El buen contacto también supone la capacidad para retirarse de manera apropiada en lugar de volverse rígido en un espacio que se supone lo propicia.

Algunos aspectos que se observaron durante las primeras fases de intervención fue el poner a prueba los límites, la enseñanza directa e indirecta es un componente de los factores curativos manifiestos en la intervención realizada. Se ha observado que los niños que sufren abuso sexual pueden tener más dificultades para mantener los límites, después de todo se han invadido sus propios límites personales, y, una vez que se les ha dado permiso de ser y sentir, pueden surgir respuestas exageradas y desproporcionadas (West, 2000). Durante un tiempo, a medida que Rosita conoció una forma distinta de sentir, pensar y de relacionarse con adultos, pudo aprender a equilibrar estos afectos. El terapeuta infantil que trabaja con niños que han vivido situaciones de maltrato y abuso sexual debe tener presente que dentro de la terapia los niños pueden intentar tocar de manera directa al terapeuta o realizar conductas sexuales explícitas, teniendo que reaccionar de manera muy cuidadosos ante esta situación, permitiendo que el niño exprese lo que necesita pero con seguridad y propiedad. En estos momentos de las sesiones se marcó el límite y prohibición del involucramiento sexual con el terapeuta de juego, de un modo que no se sintiera avergonzada, juzgada o confundida.

Los terapeutas que trabajan con niños que han vivido situaciones traumáticas, pueden observar que los niños realizan acting out de conductas agresivas. Emociones como el enojo, agresión, miedos y otras conductas destructivas pueden ser difíciles de contener. Es así que el terapeuta necesita establecer límites que sean firmes y consistentes, para que así el niño logre expresar en un entorno seguro sus emociones. Se le debe permitir al niño expresar este enojo, pero sin dañarse a sí mismo o al terapeuta (Easton y West, 2002).

Los niños reaccionan ante la disfunción familiar, el trauma, la crisis y la pérdida de maneras que resultan bastante comunes de acuerdo con el desarrollo. El niño en su búsqueda de supervivencia inhibirá, obstruirá, reprimirá y restringirá distintos aspectos del organismo: sentidos, cuerpo, emociones e intelecto. El enfoque Gestalt explica que dentro del ciclo de experiencia existen factores que generan un bloqueo, ocasionan interrupciones en el proceso natural y saludable de la autorregulación orgánica (Kepner, 1987).

La mayoría de los niños que acuden a un espacio terapéutico enfrentan algún deterioro en sus funciones de contacto. Los instrumentos de contacto son mirar, hablar, tocar, oír, moverse, oler y gustar. Los niños con problemas son incapaces de hacer buen uso de una o más de sus funciones de contacto para relacionarse con otras personas, niños y adultos, o con su medio ambiente en general; los niños que han sido perturbados restringen su cuerpo y se desconecta de él (Oaklander, 1992 y 2009). El contacto saludable supone el uso de los sentidos, la conciencia y el empleo apropiado del cuerpo, la capacidad para expresar emociones y el uso del intelecto en diferentes formas: aprendizaje, expresión de ideas, pensamientos, deseos y necesidades, así como aversiones y resentimientos. En el caso de Rosita se observa que existen importantes deficiencias, o como lo establece el enfoque Gestalt, enfrenta bloqueos en el ciclo de experiencia, el trabajo que se logró en la etapa gestáltica de “sensaciones, cuerpo y experiencia”, estuvo enfocado a fortalecer el sí mismo, expresar sentimientos bloqueados y fomentar el autocuidado.

De acuerdo con Wiener y Dulcan (2006), al momento de realizar una evaluación clínica integral de la infancia y niñez, es importante considerar todos los datos del desarrollo y las características del entorno en el cuál están injertos los niños. Algunas diferencias individuales de base biológica son variaciones o déficits genéticos, prenatales, perinatales y maduracionales, mismas que pueden caracterizarse en al menos cuatro formas:

1. Modulación sensorial: hipo e hiperreactividad en cada modalidad sensorial, tacto, sonido, olor, visión y movimiento espacial
2. Procesamiento sensorial en cada modalidad, incluidos los procesamientos auditivo, lingüístico y audioespacial; incluye la capacidad para registrar, decodificar y comprender secuencias y patrones abstractos
3. Procesamiento afectivo – sensorial en cada modalidad, como la habilidad para procesar y reaccionar al afecto, incluyendo la capacidad de conectar



“intención” o afecto con planificación y secuenciación motora, lenguaje y símbolos

4. Planificación y secuenciación motoras, incluidas la capacidad de secuenciar acciones, conductas y símbolos (símbolos en forma de pensamientos, palabras, imágenes visuales y conceptos espaciales)

Es así como la integración sensorial es un procesamiento sensorial multimodal, en el que los datos sensoriales son organizados, procesados en el cerebro, transformados en información significativa y utilizados como plan de acción para una conducta. Es el juego el principal medio de experiencia de la integración sensorial, ya que proporciona el contexto apropiado para orientar de manera correcta la generación de procesos de información sensorial y de conductas adaptativas. De esta forma como terapeuta pude trabajar la integración sensorial a través de sensaciones táctiles, vestibulares y propioceptivas, que generan movimiento y actividad con propósito, ya que son el fundamento para las funciones superiores.

Ayudar a que Rosita pudiera desarrollar un fuerte sentido de sí mismo fue un requisito para que lograra expresar sus emociones ocultas. El sí mismo o “yo” para el enfoque Gestalt es tanto corporal como mental, existimos, amamos, trabajamos y satisfacemos nuestras necesidades siempre cambiantes, a través de nuestro ser físico y de nuestras interacciones con el mundo. En el desarrollo humano, el crecimiento y la formación del sí mismo se dan a través del contacto (interacción) con el entorno. La identificación entre el cuerpo y los aspectos negados del sí mismo se debe a que mucho de lo que necesitamos negar y separar de nuestro sentido del sí mismo, o tiene un fuerte componente físico o es en sí mismo predominantemente un proceso físico. Viendo a la persona desde un punto de vista holístico, debemos reconocer que mucha de nuestra vida afectiva implica experiencia somática.

Reforzar el yo implica experiencias sensoriales y corporales, algunas de las tareas para que esto se logre son las siguientes, (Oaklander, 2009):

- ◆ Definir el yo
- ◆ Elegir
- ◆ Experimentar el dominio
- ◆ Reconocer proyecciones
- ◆ Establecer fronteras y límites
- ◆ Tener habilidad para explorar y usar la imaginación
- ◆ Experimentar poder y control
- ◆ Contactar con la propia energía

Cabe señalar que estos pasos no son obligadamente consecutivos, en el trabajo con Rosita estos elementos se fueron trabajando de manera gradual en las diferentes sesiones que se realizaron. Algunas metas se lograron cubrir en menor tiempo que otras, pero todas se encontraban íntimamente relacionadas. Es así

como se observó que a partir del manejo de sensaciones se iba promoviendo que alcanzara a reconocer partes de sí misma, identificar qué era lo que le gusta y que no, reconocer sus estados emocionales y sus límites (tanto corporales como emocionales) a fin de definir el Yo.

Al trabajar con Rosita, en la relación terapéutica se brindó la posibilidad de recordar, recuperar, renovar y fortalecer aquellas concepciones que tenía de sí misma. Ofreciendo muchas experiencias para despertar sus sentidos, para que pudiera usar su cuerpo para conectarlo con sentimientos y reconociera su fortaleza. Es mediante el lenguaje que se utilizaba en las sesiones, en las intervenciones constituidas por descripciones o señalamientos, podía elaborar el contenido. El trabajo de fortalecimiento del Yo requiere práctica para que poco a poco se logre incorporar el concepto de autocuidado. Parte importante de este trabajo nutrió fue ayudarlo a expresar dentro del espacio de juego una forma de satisfacer sus propias necesidades, usando su voz para pedir ayuda.

Al evaluar los avances que se tienen con Rosita, se plantea la posibilidad de integrar otros elementos de juego dentro del proceso de intervención; algunos de los avances observados fueron el incremento en conductas de autocuidado, mejorías en su expresión verbal de emociones, gustos e intereses, conductas de autocuidado, reconociendo y respetando los límites acordados para su seguridad y estableciendo límites para el contacto con los demás.

Siguiendo el proceso de desarrollo que tuvo la intervención terapéutica, hago alusión ahora al enfoque que plantean Freeman, Epston y Lobovits (2001) para abordar los conflictos a través del juego, éste propone que cuando los niños y adultos se unen en el juego, se forja un lenguaje común para expresar pensamientos, emociones y la experiencia en toda su amplitud y profundidad. El hecho de permitir que los niños sean separados del problema, es una forma de motivar a los niños a enfrentar las dificultades y reducirlas, situándolos en una posición más efectiva y crítica, esto permite que los niños consideren que se enfrentan a un problema y no que ellos son el problema. Favoreciendo materiales, como disfraces, dibujos, juego de rol playing, entrevista al monstruo, permite que los niños muestren variaciones en la actitud, identidad y conducta. Las formas de juego que se presentaron durante este trabajo, pretende dar cuenta de que aunque en varias ocasiones el niño llega a sesión con una idea, o el terapeuta aporta una idea sugestiva, lo fundamental durante el trabajo con Rosita, fue establecer una conexión con su imaginación.

Es en el proceso de psicoterapia donde continuamente se negocian significados, lo importante no es descubrir lo real de lo que pasa, sino analizar cómo la historia personal capturada en un discurso crea una visión de la realidad saturada por el problema, que excluye o descarta otras experiencias, si éstas fueran tomadas en cuenta, aportarían elementos para una historia alternativa, no saturada del problema. La terapia narrativa tiene como tarea construir historia diferentes, en terapia, el proceso de seguir interviniendo en una conversación con

la intención de facilitar/co-crear/co-escribir una nueva narración, junto con los participantes sin imponerles una historia.

El enfoque narrativo no utiliza juguetes o juegos específicos, más bien trabaja con la imaginación y la creación de cuentos relacionados con los conflictos que presenta el niño. Para la elaboración de estas historias se utiliza un lenguaje metafórico con varios niveles de comunicación y abstracción, lo que lleva a imaginar formas alternativas para la búsqueda de posibles respuestas y la configuración de nuevas realidades. La terapia narrativa para niños constituye un acercamiento a los conflictos y problemas de los menores de una manera más beneficiosa para su propio desarrollo, ajustándose a las formas de expresión propias de la infancia (juego, uso de la fantasía e imaginación), con esto se logra que los niños se sientan más comprendidos, les agrade más la terapia y se encuentren más motivados para trabajar en sus dificultades, entrega el mérito a los niños para la resolución de sus problemas (Freeman, Epston y Lobovitz, 2001).

En el trabajo con Rosita, el papel del terapeuta fue guiar la experiencia haciendo uso de diferentes elementos, para poder plasmar una historia de miedo, preocupación, abuso y malos tratos. Al inicio del proceso terapéutico observo que el juego que realiza y las historias que describe son saturadas del problema, estas historias sobre su vida hasta el momento limitaban su perspectiva, eliminando hilos de esperanza y posibilidad de escribir historias diferentes. El problema era abrumador, Rosita se percibía incapaz de dominar sus emociones, impotente para incidir en la conducta y actitudes de los demás.

La terapia narrativa intenta llevar a cabo una conversación exteriorizadora que permita delimitar el problema y reconocer los intentos de solución de éste. Busca encontrar en el relato de las personas las cualidades y virtudes, se intenta encontrar historias alternativas que reflejen las virtudes, cualidades y habilidades. Dentro de las sesiones realizadas como terapeuta invitaba a Rosita a compartir explicaciones de hechos pasados en su familia, qué se imaginaba que había ocurrido antes de que el monstruo apareciera en escena, cómo eran los niños cuando eran pequeños, qué les gustaba hacer y cómo expresaban lo que necesitaban; también se invitaba a Rosita a especular sobre el futuro, en contexto del curso de una historia nueva, como con la casita bonita – nueva residencia, una historia donde el monstruo no apareciera más para lastimarla a ella o a otros. Así Rosita fue construyendo historias alternativas a las narraciones saturadas de problemas que incidían en forma adversa en su vida; pudo reconocer que las historias de abuso y malos tratos había formado parte de su historia, de su pasado, que todavía la hacían entristecerse y ocasionaban miedo, sin embargo estas historias no tendrían que estar en su vida futura, pues ahora ella estaba empoderada, había experimentado dominio y control y podía enfrentar sus miedos.

Dentro del proceso de psicoterapia, los relatos que se presentaban en las sesiones y que conformaron el proceso en su mismo fueron mostrando cambios importantes. Al inicio los relatos que se organizaban con percepciones negativas,

(como el maltrato, negligencia, entorno empobrecido, falta de límites y abuso) se convertían en relatos dominados o saturados del problema, en los que destacaban las experiencias negativas y atribuciones negativas (vulnerable, víctima, incapaz de defenderse o detener las agresiones). En el transcurso del proceso se hicieron presentes los relatos de esperanza y de posibilidades, basados en acontecimientos extraordinarios que estaban al margen del problema y se oponían a la historia. En las sesiones Rosita se mostraba empoderada y segura al enfrentar al “monstruo” que la lastimaba, el espacio de juego era un espacio seguro donde podía vivenciarse como una persona distinta, con fuerza y valentía para enfrentar sus temores, posteriormente estas conductas las ponía en práctica al acudir a las diligencias donde tenía que testificar ante su agresor.

Una de las técnicas utilizadas en la etapa metafórica constructiva del proceso de intervención fue “El uso de las dos casitas”, Erikson propone que al permitir que los niños construyan una casa, simbolizan su representación corporal y los sentimientos acerca de sí mismos, también pueden ser una representación de las relaciones objetales y autoestima (1937, citado en Schaefer y Cangelosi, 1993). En la sesión realizada con Rosita la narrativa de la primer casa consistía en una historia saturada del problema, representó aquí las amenazas del entorno, la falta de cuidado, el maltrato y negligencia en la que vivía; se hace la propuesta de construir una segunda casa, donde se identificaban elementos de cuidado, redes de apoyo y personas que pueden suplir el cariño que el niño recibió; también permitió identificar los límites necesarios para el desarrollo. Rosita proyectaba en la guacamaya, su necesidad de afecto, de recibir cuidados especiales y la necesidad de pedir ayuda a sus cuidadores para después hacerse responsable de su cuerpo, sus emociones y pensamientos.

Al recibir el anuncio del posible egreso de Rosita de la institución para residir en una casa hogar, se evaluaron las alternativas para celebrar el término de la terapia dentro de la institución temporal. White y Epston (1989) consideran que la mayoría de los documentos escritos sobre los clientes, por ejemplo expedientes y reportes psicológicos, que contienen descripciones negativas basadas en un lenguaje de déficit y patología, lo cual contribuye a fortalecer una historia saturada del problema. Ellos proponen escribir “contradocumentos” que ofrezcan descripciones distintas del cliente. Es así que el terapeuta puede escribir certificados, cartas, notas o diplomas que den constancia de los logros del cliente. Mientras que el expediente funge como un ritual de exclusión (donde sólo un grupo de profesionales puede tener acceso), los galardones se asocian más a “rituales de inclusión” (pueden ser leídos por muchas personas) y tienen la capacidad de reunir a un amplio público para la representación de nuevos relatos.

Considerando los recursos valiosos que ofrecen los medios literarios del enfoque narrativo, se trabajó con esta propuesta, elaborando un certificado o diploma que acreditaba el nuevo relato que se construyó durante el proceso de intervención, se solicitó que otros especialistas formaran parte del comité que entregaría el galardón. Además se recurrió a una propuesta narrativa para celebrar una graduación, la cual es una ceremonia o ritual que tiene lugar cuando

se producen transiciones importantes en la vida de los niños. Se realizó una fiesta para celebrar los cambios observados, en una emotiva celebración con entrega de los trabajos realizados, una diploma y comida.

Ya que la relación se basa en la transferencia, ésta debe terminar, pero también es una relación real, por lo que tiene que realizarse de forma gradual. Con los niños existe la pérdida de un objeto real como la pérdida del objeto transferencial. Siempre que la terminación de la terapia de juego se maneje con sensibilidad y un cuidadoso reconocimiento de los sentimientos y fantasías del niño, las cualidades del vínculo perdurarán.

Algunas de las condiciones para el cambio que se observaron dentro del proceso terapéutico se expresan a continuación. Rosita logró sentirse segura y valorada, tanto dentro como fuera de las sesiones de juego. En proporción con sus niveles de desarrollo, logró entender lo que le sucedió, pudo recapturar, expresar y explorar los incidentes perturbadores del pasado. La terapia de juego y el terapeuta necesitaron ser consistentes y confiables para favorecer el cambio terapéutico. Se requiere que dentro del proceso de psicoterapia puedan tener una oportunidad para la regresión, volver a crecer y reparar las deficiencias de su vida temprana. Finalmente Rosita necesitaba conocer acerca de su futuro, en especial si se enfrentarán a cambios o movimientos.

Las etapas terapéuticas, aunadas a la retroalimentación del niño y de personas como las cuidadoras del albergue y psicólogo asignado al caso, forman parte de las guías de valoración que ayudan en el proceso para tomar una decisión acerca de la finalización del trabajo terapéutico. Es importante recordar que al trabajar en una institución de asistencia como lo es el albergue en el que residía Rosita se debe contemplar que además de la agenda de la psicoterapia existen otras áreas encargadas del cuidado del niño. Parte de las negociaciones y acuerdos entre áreas debe incluir la manera más apropiada para que el terapeuta establezca contacto con los cuidadores, reconociendo su importancia dentro del proceso y como parte integral de los agentes promotores del desarrollo, para estar informado sobre los cambios en la vida y el comportamiento del niño, y los cuidadores a menudo desean recibir retroalimentación acerca de las principales áreas de terapia, sugerencias sobre cómo el niño mejor se puede ayudar en el hogar y la escuela (Easton y West, 2002).

Al realizar la evaluación de los avances que se obtuvieron, se observa que la psicoterapia de juego ofrece una posibilidad para resignificar los principales conflictos, permitió fortalecer el Yo y fomentar el autocuidado, esto permitió que Rosita pudiera desarrollar un sentido de responsabilidad personal, a tomar conciencia de que poseía la capacidad de intervenir en la conformación de su vida y sus relaciones. Rosita fortaleció y adquirió recursos que favorecieron el abordaje y elaboración de los malos tratos y abuso sexual, como la simbolización, creatividad y verbalización; es este caso, el hecho de permanecer en la institución en lugar de reintegrarla con su familia, es una importante medida de protección. Haciendo un análisis de las conductas que fortaleció dentro del proceso

terapéutico y fueron reportadas por las cuidadoras principales fueron las conductas de autocuidado, higiene, mayor control sobre su cuerpo, entre otras; respecto a su forma de interacción, se observaron mejorías en la relación con adultos e identificaba a las figuras a las que podía pedir ayuda.

Ahora bien, considerando las limitaciones que se tuvieron en el presente estudio, se relacionan con la dificultad para disponer de tiempo para ver a los niños dentro del albergue, pues nos enfrentamos a dificultades administrativas, coordinación de diferentes actividades (legales, pedagógicas, médicas, entre otras) que limitaron realizar las sesiones de manera constante. En el trabajo con niños en edad preescolar se recomienda realizar dos sesiones semanales, situación que no es posible en casos atendidos desde la institucionalización. Es importante considerar que el retraso en el desarrollo, reflejado en el nivel intelectual y de lenguaje son condiciones presentes en los casos de maltrato infantil, así como la falta de estimulación del entorno y el mismo hecho de residir en una institución, implica un desarrollo biopsicosocioemocional con limitaciones a considerar.

Cuando se trabaja con niños que viven en condición de institucionalización, que han vivido algún tipo de maltrato, los terapeutas infantiles tienen que hacer uso de sus herramientas psicoterapéuticas diversas que permitan trabajar con los niños a corto plazo. En los casos que se requiere referir al niño a otro lugar, es imperativo que se celebren los logros obtenidos en la terapia de juego

Las recomendaciones y sugerencias expuestas en el presente documento y referidas a la institución encargada de la asistencia y cuidado posterior de Rosita, fueron encaminadas a establecer el proceso de psicoterapia de juego como una condición necesaria para el bienestar de Rosita. Se emite una canalización y comentarios para los próximos profesionales de la salud encargados de realizar un seguimiento del proceso terapéutico aquí expuesto. Rosita a lo largo de su historia de vida enfrentará la posibilidad de reformular su concepción de sexualidad e ir integrando las diferentes concepciones y experiencia. La sexualidad infantil se desarrolla a partir de un núcleo, en el cual confluyen necesidades básicas como: curiosidad, descubrir, contactar, diversión, placer, investigación, atracción, búsqueda, juego, etc. Fuera de este núcleo, la sexualidad está rodeada de otros sentimientos que imponen los adultos, la culpa, el temor, la vergüenza provienen del modo en que los adultos "enseñan" a los niños. En las diferentes etapas de vida el ejercicio de la sexualidad plena conllevará a diferentes aspectos y expresan la sexualidad como una totalidad, estas dimensiones incluyen a la sexualidad como (Ortiz, 2008):

- Género. Lo que representa ser niña o ser niño y cómo se expresa. Caracteres sexuales primarios y secundarios, forma de vestir, rol de género, etc.
- Vínculos afectivos. Es la capacidad de relacionarse de manera íntima y con afecto, es decir, cubrirse con sentimientos de amor, cercanía y comprensión para establecer una relación sexual. Lo que sientes hacia las demás

personas, como la amistad y el amor, cuando aprendes a hacer amigos o cuando das y recibes cariño

- Erotismo. Otra función de la sexualidad es proporcionar placer y diversión a través de las excitaciones, puede o no tener que ver con la reproducción o con los sentimientos de amor e intimidad. En el caso de los niños se habla de erotismo al representar las sensaciones agradables o desagradables del cuerpo
- Reproductividad. La continuidad de la especie se considera la función básica de la sexualidad. Dentro del concepto general de la humanidad, procrear hijos es el símbolo de la sexualidad, se permite expresar la sexualidad porque asegura la generación y reconstrucción de la familia humana.

Se evidenció la importancia del juego en el trabajo con niños que han sido maltratados, al permitir la expresión, intentar hacer cosas nuevas, aprender más acerca del mundo y de las restricciones que en él se imponen, así como abordar temas emocionales. Durante las distintas etapas que constituyeron el proceso terapéutico se trabajó desde un enfoque integrativo, como se observó las diferentes corrientes, son distintas tanto teórica como metodológicamente, sin embargo para el trabajo con niños comparten el juego y factores curativos que son utilizados para trabajar con niños, este enfoque permite el uso flexible para integrar tanto teoría como técnicas.

En la etapa de evaluación se reflejaron las distintas categorías de juego, distinguiendo el juego traumático como una forma de expresar componentes de ansiedad, desesperanza, miedo y tristeza, este fue un medio para la expresión catártica. En la segunda etapa del proceso algunos de los poderes curativos del juego fueron el juicio moral, para distinguir y establecer límites con los demás; la manera de establecer contacto ofreció la oportunidad de fortalecer el Yo, experimentando situaciones a través de competencia y autocontrol. Para las últimas etapas del proceso, se incorporaron recursos narrativos, los cuales tuvieron gran utilidad en el proceso de intervención, permitió destacar aspectos vitales de la experiencia vivida recreándola y enfocándose en las historias de valentía, coraje y dominio, mismos que la acompañaran en su transición a nuevas historias alternativas que marcarán su futuro y su historia de vida.

## **6.2 Competencias profesionales**

La experiencia profesional obtenida en el Programa de Psicología Clínica con Residencia en Psicoterapia Infantil fue basta y enriquecedora, durante los dos años de formación me permitió adquirir competencias profesionales relacionadas con la evaluación, diagnóstico, formulación del caso, diseño e implementación de tratamientos psicológicos en los niños.

La formación profesional del psicoterapeuta se logra mediante diferentes ejes de formación como la enseñanza teórica, proceso terapéutico personal y supervisión. De acuerdo con la propuesta de Schön (1992), la formación

profesional del psicólogo clínico para la actividad psicoterapéutica, necesita integrar tres condiciones: conocimiento en la acción – para aprender haciendo, integrando el saber con el saber hacer, reflexión en la acción recíproca, a través de contar con acompañamiento para examinar la competencia y el manejo “artístico” de los aspectos muchas veces inciertos y no previstos en la teoría, pero muy comunes en la práctica con los pacientes.

Dentro del proceso de formación, adquirimos conocimientos y competencias profesionales para lograr identificar, solucionar, evaluar e investigar los problemas que aquejan a la población infantil. Parte del perfil de ingreso a la Residencia es que los alumnos hayan adquirido en su formación profesional conocimientos del desarrollo infantil desde diferentes perspectivas teóricas de la psicología, para profundizar en estas líneas teóricas, teniendo conocimientos en evaluación para conocer las disfunciones y desviaciones del desarrollo infantil. La función como psicóloga clínica y de la salud comprende aplicar el conocimiento, habilidades, técnicas e instrumentos proporcionados por la psicología y ciencias afines con el objetivo de comprender, explicar, evaluar, diagnosticar, trata, prevenir e investigar distintos contextos en que puedan manifestarse tales trastornos.

El ejercicio profesional como psicóloga clínica se fundamenta en la preparación formal académica pero también acentúa la importancia de contar con características de personalidad acordes a la responsabilidad y capacidad de servicio que implica la ayuda de otro ser humano en la solución y afrontamiento de situaciones adversas. Entre estas características está el interés por el conocimiento científico, respeto y ética profesional, capacidad de observación, sensibilidad, espontaneidad y autocrítica.

Un factor de gran peso dentro de la formación profesional es el espacio de supervisión y asesoría mediante un sistema tutorial, donde un profesional y experto en el ámbito terapéutico guía nuestra formación y nos acompaña en el enorme reto de convertirnos en terapeutas. El entrenamiento y supervisión deben ser rigurosos pero también deben apoyar para reforzar los esfuerzos de nuestra condición de novatos. Debe existir apego al método, es responsabilidad de maestro/supervisor ayudar al terapeuta en formación a ver el punto principal del dominio, y proporcionarle los medios para hacerlo. Entre los objetivos planteados en la supervisión, observo que este proceso me permitió aumentar el conocimiento profesional, crear seguridad y confianza en el uso de técnicas y procedimientos, integrando elementos teóricos y prácticos.

Las actividades que se realizaron en la tutoría, asesoría y supervisión, se llevaron desde el inicio de la formación profesional como terapeuta. En el proceso formativo, recibí un acompañamiento que me permitió profundizar en contenidos académicos y profesionales, desarrollar hábitos de trabajo y reflexión, trabajando con mi tutora de manera personalizada.

Otra de las habilidades que ofrece la formación de la Residencia ha sido el desarrollo de habilidades para transmitir los conocimientos adquiridos ante



diversos profesionales en el campo de la investigación. Esto como una forma de incidir en la solución de problemas conceptuales y metodológicos de la investigación sobre los trastornos y necesidades en la infancia. Este trabajo consolida una evidencia más de nuestra formación ardua como investigadores.

Reconozco que el hecho de trabajar en una institución que brinda residencia temporal a los niños fue un factor estresante para el trabajo que planeaba, partiendo de la evaluación al detectar los distintos focos de intervención. Por momentos resultaba frustrante como adulto y terapeuta enfocarme en el problema en cuestión, intentando apresurar la intervención, sin darme cuenta que una vez más estaba generando que Rosita dejara de ser tomada en cuenta, pues ella prefería jugar con figuras en miniatura, dar brincos por la habitación, intentar iniciar un juego, dibujar o mirar por la ventana. Al cobrar conciencia de las demandas del entorno y las mías (en proceso de formación profesional), me percaté que lo que ella necesitaba en ese momento era explorar su entorno y disfrutar las experiencias sensoriales.

Dentro de la formación como terapeuta infantil, tuve la oportunidad de trabajar en una sede que me representaba un enorme reto, trabajar con niños en condición de institucionalización por condiciones de maltrato y, como lo fue el reporte que presento, de abuso sexual. Trabajar con niños que vivieron situaciones tan dolorosas que como sociedad es difícil mirar fue un gran desafío. Fui desarrollando habilidades terapéuticas y porque no decirlo, cualidades humanas con un fuerte compromiso de servicio. Con frecuencia me preocupaba por los aspectos que contratransferencialmente sentía al analizar un caso, transitaba por un panorama oscuro, donde reinaba el problema grave, me preocupaba que actuara con gran seriedad y formalismo, como lo requiere el ámbito legal o bien que perdiera creatividad y recursos lúdicos ante los momentos delicados del proceso terapéutico. Descubro así que muchos problemas invitan a un ambiente de gran seriedad, sin embargo los niños, los pacientes, agradecen el espíritu lúdico en el que puedan expresarse e indagar en el cambio. En la medida en que como terapeuta pueda participar con entusiasmo en una relación lúdica y creativa, incluso ante el maltrato o abuso, se puede colaborar en la construcción de un relato curativo.

En el caso de los terapeutas que trabajan con niños que han vivido situaciones de maltrato y abuso es necesario e imperativo que desde la formación y ejercicio profesional sea supervisado y asesorado por profesionales expertos. Dentro de la supervisión que se llevó a cabo dentro y fuera del albergue, recibí el apoyo y también la contención de mis profesoras quienes me permitían aprender de mi desempeño, favoreciendo el aprendizaje.

Este proceso de aprendizaje me permitió evaluar los avances que se puede tener con un niño que ha vivido situaciones tan complejas como el maltrato y abuso sexual, una parte del proceso de evaluación del trabajo realizado consistió en identificar las metas restantes y el trabajo sin terminar, algunos de los objetivos pendientes, se tendrán que ir abordando considerando el desarrollo y respetando

el ritmo de Rosita, en este proceso de entendimiento y de psicoeducación a los cuidadores, es importante que los cuidadores y especialistas que trabajarán con Rosita, sepan que las diferentes etapas de desarrollo pueden requerir tratamiento en el futuro, con mayor frecuencia en la pubertad y la adolescencia.

## Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA), (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Ampudia, A., Santaella, G. y Egüía, S. (2009). *Guía clínica para la evaluación y diagnóstico del maltrato infantil*. México: Manual Moderno.
- Arkowitz, H. y Messer, S. (1984). *Psychoanalytic therapy and behavioral therapy: is integration possible?* Nueva York: Plenum.
- Arruabarrena, y De Paúl, (1994). *Maltrato a los niños en familia, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Asociación Latinoamericana de Psicoterapias Integrativas. (Recuperado en Junio 2015). Disponible en <http://www.alapsiweb.org/quienes.php>
- Association for Play Therapy. *About play therapy overview*. (Recuperado en Junio 2015). Disponible en <http://www.a4pt.org/?page=PTMakesADifference>
- Axline, V. (1947). *Play therapy*. Cambridge: Houghton Mifflin Company.
- Axline, V. (1969). *Play therapy*. Nueva York: Ballantine.
- Axline, V. (1997). *Terapia de juego*. México: Diana.
- Bagladi, V. (2003). *Variables inespecíficas en psicoterapia y psicoterapia integrativa*. Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor en Psicología, Universidad de San Luis, Argentina.
- Bailey, E. (2005). *Children in therapy, using family as a resource*. New York: W. W. Norton.
- Bareiro, J. (2011). La problemática de la subjetividad y la clínica en Winnicott: verdadero y falso self. *Perspectivas en psicología*. Vol. 8 (pp. 45 – 51).
- Barudy, L. J. (1998). *El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. España: Paidós.
- Bellack, L. (1994). *Manual para la evaluación de las funciones de yo: EFY*. México: Manual Moderno.

- Beristain (2011). Víctimas sobrevivientes, resistentes, en *Manual sobre la perspectiva psicosocial en la investigación de Derechos Humanos*. México: Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, pp. 35 – 52.
- Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Argentina: Paidós.
- Bustamante, Jorquera y Smith, (2010). Terapia narrativa: modelos de intervención en abuso sexual, en *Cuadernos de Postgrado en Psicología UV*. Recuperado en Junio de 2015, disponible en [http://www.academia.edu/418815/Terapia\\_Narrativa\\_Modelos\\_de\\_Intervenci%C3%B3n\\_en\\_Abuso\\_Sexual](http://www.academia.edu/418815/Terapia_Narrativa_Modelos_de_Intervenci%C3%B3n_en_Abuso_Sexual)
- Calvi, B. (2006). *Abuso sexual en la infancia, efectos psíquicos*. Argentina: Efectos psíquicos.
- Cantón, J. y Cortés, M. (2002). *Malos tratos y abuso sexual infantil: causas, consecuencias e intervención*. Madrid: Siglo veintiuno.
- Castella, A. (2013). Impacto diferencial en Abuso Sexual Infantil según Género desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa*. Vol. V, pp. 82 – 99
- Chávez, E. (2011). *Manual de prevención y detección*. Asociación para el desarrollo integral de personas violadas. México. Recuperado en Junio de 2015, disponible en <http://ditoe.minedu.gob.pe>
- Contreras, G. (2001). *Violencia sexual: prevención y tratamiento*. Tesis para obtener el grado de maestría. UNAM, Campus Iztacala, Tlalnepantla.
- Cornejo, L. (2000). *Cartas a Pedro: Guía para un psicoterapeuta que empieza*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Cornejo, L. (1996). *Manual de terapia infantil gestáltica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Craig, G. (2001). *Desarrollo psicológico*. México: Pearson.
- De la Fuente, R., Medina, M. y Caraveo, J. (1997). *Salud mental en México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Denton, R. (2014). Utilising forgiveness to help sexually abused adolescents break free from guilt and shame: a pastoral Gestalt theory. *Acta Teológica* Vol. 34 (2) Bloemfontein.

- Domínguez, R., Nelke, C. y Perry, B. (2002). *Child sexual abuse*. En: Encyclopedia of crime and punishment. Thousand Oaks: Sage Publications. Vol. 1 (202-207).
- Drewes, A., Bratton, S. y Schaefer, C. (2005). *Integrative Play Therapy*. Estados Unidos Americanos: Wiley.
- Drewes, A. (2012). Evidence – based and other effective treatments and techniques. En *Integrative play therapy*. Estados Unidos Americanos: Wiley.
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia, en *Cuadernos de medicina forense*, 12 (43-44), recuperado en Julio de 2015, disponible en <http://www.cuadernosdemedicinaforense.es/>
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores, un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E. y Redondo, S. (2010). *¿ Por qué víctima es un niño y agresor masculino? La violencia contra la pareja las agresiones sexuales*. Argentina: Pirámide.
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I. y Corral, C. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres agredidas sexualmente, en *Behavioral Psychology*, 21(2), 249 – 269, recuperado en Julio de 2015, disponible en <http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/Psicolog%C3%Ada%20Conductual.pdf>
- Ellsberg, M. y Heise, L. (2005). *Researching violence against women: A practical guide for researchers and activists*. Washington, DC.: World Health Organization, PATH.
- Esparza, A. Y Petrolí, A. (1987). *La psicomotricidad en el jardín de infantes, una propuesta integradora del movimiento, la representación gráfica y el lenguaje*. México: Paidós
- Esquivel, F., Heredia, M. C. y Lucio, E. (2007). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: Manual Moderno.
- Esquivel, F. (2010). *Psicoterapia infantil con juego, Casos clínicos*. México: Manual Moderno.
- Fabela, C. (2015). *Tratamiento para Niños y Niñas Víctimas de Abuso Sexual*. Tesina para obtener el grado de licenciada en Psicología. UNAM, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

- Faller, H. (1990). *Understanding child sexual maltreatment*. Londres: Sage Publications.
- Faller, H. (1993). *Child sexual abuse: Intervention and treatment issues*. U. S. Government Printing Office, US Department of Health and Human Services, National Center on Child Abuse and Neglect, Washington.
- Feixas, G. y Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos*. México: Paidós.
- Feixas, D. (1992). Constructivismo e integración en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*.
- Fernández-Álvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. México: Paidós.
- Fernández-Álvarez, H. y Opazo, R. (2004). *La integración en psicoterapia*. México: Paidós.
- Finkerlhor, D. (1993). Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child and Neglect*, 18, 409 – 417.
- Flores, I. (2014). Psicoterapia integrativa en un niño con espina bífida, estudio de caso. Tesis de maestría. UNAM: México.
- Frank, J. y Frank, J. D. (1991). *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Freeman, J., Epston, D. y Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños*. México: Paidós.
- Friedberg, R. Y McClure J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. México: Paidós.
- García, H. y Fantin, M. (2012). Integración en psicoterapia, consideraciones para el desarrollo de un modelo metateórico. *Revista Interamericana de Psicología / Interamerican Journal of Psychology*, Vol. 46 (3), 447-458.
- García, C., Watts, C., Jansen, H., Ellsberg, M. y Heise, L. (2003). Responding to violence against women: WHO's Multicountry Study on Women's Health and Domestic Violence. *Health and Human Rights*, 6 (2), 112-127.
- Gil, E. (1991). *Healing power of play: working with abused children*. Nueva York: The Guilford Press.
- Ginott, H. (1960). A rationale for selecting toys in play therapy. *Journal of Consulting psychology*, Vol. 24, 243-246.

- Glaser, D. Y Frosh, S. (1998). *Abuso sexual de niños*. México: Paidós.
- Goldfried, M. (2001). *How therapists change*. Washington, D.C.: Guilford Press.
- Goldfried, M., Pachankis, J.E., & Bell, A.C. (2005). A history of psychotherapy integration. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Greencavage, L. y Norcross, J. (1990). *Where are the commonalities among the therapeutic common factors?*
- Guerricaecheverría, C. (2000). *Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia, abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*. México: Ariel.
- Heredia, C., Santaella, G. y Somarriba, L. (2012). *Informe psicológico*. Textos de Apoyo Didáctico para la Materia de Integración de Estudios Psicológicos. Facultad de Psicología, UNAM.
- Horno-Goicoechea P, Santos-Núñez A. (2001). *Abuso sexual infantil*. Madrid: Save the Children: Vol.14 (7).
- Huerta, L. (2015). *Terapia narrativa grupal para adultos que sufrieron abuso sexual en la infancia*. Tesis para obtener el grado de Especialista en Intervención Clínica en Adulto y Grupos. UNAM, Programa Único de Especializaciones en Psicología.
- Ireland, T. (2002). Child maltreatment. En: *Encyclopedia Crime & Punishment*. Thousand Oaks: Sage Publications; Vol. 1:185-91.
- Institute of Medicine (1996). Report on prevention of mental disorders.. *American Psychologist*, Vol 51(11), Nov 1996, 1116-1122.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (Recuperado en Enero 2014). Disponible en <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/default.asp?c=269&e=>
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (Recuperado en Enero 2014). Disponible en <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2010/niño10.asp?c=2757&ep=32>
- Kepner, Z. (1987). *Proceso corporal: Un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia*. México: Manual Moderno.

- Klein, M. (1994). *El psicoanálisis de niños*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Kohlberg, L. (1981). Essays on moral development. En: *The philosophy of moral development*. San Francisco: Harper and Row, Vol. 1.
- Knutson, J. (1995). Psychological characteristics of maltreatment children: Putative risk factors and consequences. *Annual Review of Psychology*, 46 (401 - 431).
- Kuhn, T. (1973). *The structure of scientific revolution*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Lameiras, M. (2002). *Abusos sexuales en la infancia*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Landreth, G. (2013). *Innovations in Play Therapy: Issues, process and Special Populations*. Nueva York: Brunner – Routledge.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*.
- Llanos, M. y Sinclair, A. (2001). Terapia de reparación en víctimas de abuso sexual, aspectos fundamentales, en *Psikhé*, 10(2), 53 – 70, recuperado en Julio 2015, disponible en <http://psykhe.cl/index.php/psyke/article/view/373>
- López, M. (2010). *Abuso sexual: cómo prevenirlo, cómo detectarlo*. Buenos Aires: Paidós.
- López, F. (2014). *Los abusos sexuales a menores y otras formas de maltrato sexual*. México: Kindle.
- Mancilla, B. (2012). *Manual para elaborar los informes psicológicos*. Textos de Apoyo Didáctico para la materia de Integración de Informes Psicológicos. Facultad de Psicología, UNAM.
- Margolin, L. (1994). Child sexual abuse by uncles: a risk assessment. *Child abuse & neglect*, 18(3), 215-224.
- Martín, J. (1994). *Niños de repuesto, tráfico de menores y comercio de órganos*. España: Editorial Complutense.
- Martínez, I. (2011). *Abuso sexual, si jugamos, aprendemos a no violentarnos*. México: ADIVAC.
- Mirapeix y Rivera (2010). *Revisión histórica de los modelos integradores en psicoterapia*. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría
- Morales, D. (1999). *Introducción a la Psicología de la Salud*. México: Paidós.



- National Center on Child Abuse and Neglect. (1981). *National Study of the incidence of child abuse and neglect*. DHHS, Publication No. (OHDS) 81-30325. Washington.
- Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, E. (2004). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo – conductuales, un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Norcross, J. (1997). Emerging breakthroughs in psychotherapy integration: three predictions and one fantasy. *Psychotherapy*, 38, 345-356.
- Norcross, J., Beutler, L. y Levant, R. (Eds.) (2005). *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC.: American Psychological Association Press.
- Oaklander, V. (1992). *Ventanas a nuestros niños*. Chile: Cuatro Vientos.
- Oaklander, V. (2005). Terapia de Juego Gestalt. En Schaefer, C. (Ed). (2005). *Fundamentos de terapia de juego*. México: Manual Moderno.
- Oaklander, V. (2008). *El tesoro escondido, la vida interior de niños y adolescentes, terapia infantojuvenil*. Chile: Cuatro Vientos.
- Oficina de Defensoría de los Derechos de la Infancia (2005). *Sistema de Protección a la Infancia del Estado de Chiapas*. México: UNICEF.
- Oficina de Defensoría de los Derechos de la Infancia (2009). *¿Cómo obtener información sin re victimizar al niño? El niño víctima del delito frente al Proceso Penal*. México: Secretaría de Seguridad Pública.
- Opazo, R. (2001). *Psicoterapia integrativa: Delimitación clínica*. Santiago de Chile: Ediciones ICPSI.
- Opazo, R. y Bagladi, V. (2009). *Historia del modelo integrativo en Chile. Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa, Vol. 1* Publicado On line <http://icpsi.cl/publicaciones/acpi/>.
- Organización Panamericana de la Salud (2002). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Washington, D.C.: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas, de la Organización Mundial de la Salud (2003). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Washington, DC: OPS/OMS.
- O'Connor, K. y Schaefer, C. (1997). *Manual de terapia de juego*. Volumen 2, Cap. 6. México: Manual Moderno.

- Ortiz, G. (2008). *Sexualidad infantil saludable y feliz*. Programa de Educación Sexual Integral: México.
- Paul, J. y Arruabarrena (2001). *Manual de Protección Infantil*. España: Elsevier Masson.
- Peroni, (2000). Abuso sexual e incesto: pensando estrategias de intervención. *Seminaries de violencia*. Uruguay. Recuperado en junio de 2015, disponible en: [www.consultasexual.com.mx](http://www.consultasexual.com.mx)
- Perry, B., Colwell, K., Schick, S. (2002). *Child neglect*. En: Encyclopedia Crime & Punishment. Thousand Oaks: Sage Publications; Vol. 1 (192-206).
- Perry, B., Mann, D., Palker-Corell, A., Ludy-Dobson, C. (2002). *Child physical abuse*. En: Encyclopedia crime & punishment. Thousand Oaks: Sage Publications; Vol. 1 (197-201).
- Peterson, M. y Uriquiza, A. (1993). *The role of mental health professionals in the prevention and treatment of child abuse an neglect*. Department of Health and Human Services, National Center of Child Abuse and Neglect, Washington.
- Portillo, R. (2004). Tratamiento psicológico de niños víctimas de abuso sexual. *Bienestar y Protección Infantil*. Vol. III (2).
- Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (recuperado en diciembre 2013). Disponible en: <http://www.pgjdf.gob.mx/index.php/micrositios/estancianinosninas>.
- Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, UNAM (recuperado en diciembre de 2013). Disponible en: <http://psicologia.posgrado.unam.mx/?p=1213>
- Prochaska, J. y Norcross J. (2010). System of psychotherapy: a transtheoretical analysis. California: Brooks / Cole.
- Ramírez, (2009). Actualizaciones en Psicoterapia integrative. *Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa*, 1, 57 – 58.
- Rosado, M. (2007). Enfoque Integrativo en Psicoterapia. *Psicología y Educación*, Vol. 1(2), 42 – 50.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 422-425.

- Russ, S. y Schaefer, C. (2006). Affect in fantasy play, emotion in memories, and divergent thinking. *Creativity Research Journal*, 18 (3).
- Salama, H. (2007). *Psicoterapia Gestalt, Proceso y Metodología*. México: Alfaomega.
- Sandler, J., Kennedy, H., Tyson, R. y Freud, A. (1983). *Conversaciones con Anna Freud, la técnica en psicoanálisis de niños*. Argentina: Gedisa.
- Santibañez, P., Román, M., Chevenard, C., Iribarra y Muller, (2008). Variables inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia psicológica*, 26 (1), 89 – 98.
- Santrock, J. (2004). *Desarrollo infantil*. México: McGraw – Hill.
- Sasso y Schmidt (2009). *Psicoterapia Infanto – Juvenil*. Material de estudio Módulo IV. Maestría Psicoterapia Integrativa. Bolivia: Universidad Andina Simón Bolívar.
- Sarason, I y Sarason, B. (1993). *Psicología Anormal*. Chile: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Sattler, J. (2003). *Evaluación Infantil: Aplicaciones Cognitivas*. Volúmen 1. México: Manual Moderno.
- Save the Children (2001). *Abuso Sexual Infantil: Manual de Formación para Profesionales*. Save the Children. Recuperado en Julio del 2015. Disponible en <http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/91/Manual.pdf>
- Schaefer, C. y Cangelosi, D. (1993). *Play therapy techniques*. Londres: Jason Aranson Inc.
- Schaefer, C. (1999). Curative factors in play therapy. *Journal for the Professional Counselor*, 14 (1), 7 – 16.
- Schaefer, C. (2003). Prescriptive ppsy therapy. En Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (pp. 306 – 320). Hoboken, NJ: Wiley
- Schaefer, C. (2012). *Fundamentos de terapia de juego*. México: Manual Moderno.
- Schaefer, C. (2012). *Fundamentos de terapia de juego*. México: Manual Moderno. Mapa realizado por Daniela Cervantes en 2013, como producto del trabajo académico en la Residencia de Psicoterapia Infantil.
- Schaefer, C. (2014). *Manual de terapia de juego*. Vol. 1. México: Manual Moderno
- Schaefer, C y O'Connor, K. (1994). *Play therapy, advances and innovations*. Canadá: John Wiley & Sons. Vol. 2.

- Schazan, S. (2000). *Profiles of Play, Assessing and Observing Structure and Process in Play Therapy*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Schön, D. (2011). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Barcelona: Paidós.
- Serrano, (2006). *Conceptos y tipos. Abuso sexual infantil*. Barcelona. Recuperado en junio de 2015, disponible en [www.usbbog.edu.co/opla/imagenes/PDF/revista](http://www.usbbog.edu.co/opla/imagenes/PDF/revista)
- Serrano, M. (2010). Abuso sexual Infantil: un rostro que nadie quisiera ver y menos vivir. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa*. Vol. II
- Silva, M. (2014). Terapia de reparación en abuso sexual infantil: conceptualizaciones de la experiencia traumática, parámetros de logros terapéuticos y expectativas del proceso, desde la perspectiva de psicólogos tratantes. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa*. Vol. V
- Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (2013). Sala de Prensa, DIF Nacional coordina esfuerzos para garantizar condiciones de seguridad a población infantil (recuperado en diciembre 2013). Disponible en: <http://sn.dif.gob.mx/prensa/item/prevencion-de-maltrato-infantil-construye-sociedad-sana-laura-vargas-carrillo/>
- Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis, Manual para la práctica y la investigación*. México: Manual Moderno.
- Smith, D. y Nylund, D. (1997). *Narrative Therapies With Children and Adolescents*. Estados Unidos: Guilford Publication.
- Stewart, K. (1991). Three stances on a theme of power, certainty and intimacy. *Dulwich Centre Newsletter*, No.2, 51 – 55.
- Stricker, G. y Gold, J. (2008). Integrative psychotherapies. En J. Lebow (Ed.), *Twenty-first century psychotherapies* (pp. 389 – 493). Nueva York: Guilford Press
- The National Child Traumatic Stress Network (2007). *Child Sexual Abuse Fact Sheet: for parents, teachers, and other caregivers* (recuperado en mayo de 2014). Disponible en: [http://www.nctsnet.org/sites/default/files/assets/pdfs/ChildSexualAbuseFactSheetFINAL\\_10\\_2\\_07.pdf](http://www.nctsnet.org/sites/default/files/assets/pdfs/ChildSexualAbuseFactSheetFINAL_10_2_07.pdf).
- The National Child Traumatic Stress Network (2009). *Coping with the emotional stress of the legal system* (recuperado en mayo de 2014). Disponible en:

<http://www.nctsn.org/sites/default/files/assets/pdfs/emotionlaimpactoflegalsystem.pdf>.

The National Child Traumatic Stress Network (2012). *Cuidando a los niños, lo que los padres necesitan saber sobre el abuso sexual infantil*. Disponible en: [http://www.nctsn.org/sites/default/files/assets/pdfs/caringforkidsspanish\\_final.pdf](http://www.nctsn.org/sites/default/files/assets/pdfs/caringforkidsspanish_final.pdf).

The National Child Traumatic Stress Network (2014). *Questions & Answers about Child Sexual Abuse: An Interview with Esther Deblinger, PhD* (recuperado en mayo de 2014). Disponible en: [http://www.nctsn.org/sites/default/files/assets/pdfs/ChildSexualAbuse\\_QA.pdf](http://www.nctsn.org/sites/default/files/assets/pdfs/ChildSexualAbuse_QA.pdf).

The National Child Traumatic Stress Network (2012). *Understanding and coping with sexual behavior problems in children* (recuperado en mayo de 2014). Disponible en: <http://www.nctsn.org/sites/default/files/assets/pdfs/sexualbehaviorproblems.pdf>.

UNICEF (2006). *Extracto del Informe Nacional sobre Violencia y Salud*. [http://www.unicef.org/mexico/spanish/Informe\\_Nacional-capitulo\\_II\\_y\\_III\(2\).pdf](http://www.unicef.org/mexico/spanish/Informe_Nacional-capitulo_II_y_III(2).pdf)

Uribe, M. (2008). Factores comunes e integración de las psicoterapias. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 14 – 28. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615420002>

Valladares, C. (1993). *Estudio epistemológico de la violencia sexual*. Tesis de maestría. UNAM, Campus Iztacala: Estado de México, México.

Valladares, C. (2011). *Manual de intervención en crisis*. En: Técnicas y procedimientos psicoterapéuticos cognitivo conductuales. FES Iztacala: México.

Vallejo, A. y Córdoba, M. (2012). Abuso sexual: tratamientos y atención. *Revista de psicología*, 30(1), 19 – 46, Recuperado en Julio 2015, disponible en <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicología/article/view/2626>


West, J. (2000). *Terapia de Juego Centrada en el Niño*. México: Manual Moderno.

Whetsell, J. (1995). *Rape of the innocent, understanding and prevention child sexual abuse*. Estados Unidos de América: Taylor & Francis.

White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. España: Gedisa.

- White, M. y Epston, D. (1989). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. España: Paidós.
- Wiener, J. y Dulcan, M. (2006). *Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Masson Elsevier.
- Winnicott, D. (1980). Nuevas reflexiones de los bebés como personas. En *El niño y el mundo externo*. Buenos Aires: Hormé.
- Winnicott, D. (1965). El valor de la consulta terapéutica. *Foundations of child psychiatry*. Londres: Pergamon Press.
- Wolfe, D., Sas, L. y Wekerle, C. (1994). Factors associated with the development of posttraumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 18(1), 37 – 50.
- Yalom, I. (1986). *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*. México: Fondo de Cultura Económica.

# Anexo 1. Protocolo de Registro de Escala de Wechsler de Inteligencia para Preescolar y Primaria (WPPSI-III)



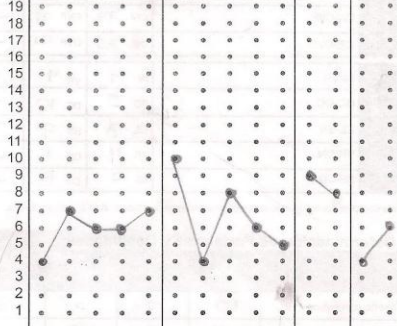
ESCALA WECHSLER DE INTELIGENCIA PARA LOS NIVELES PREESCOLAR Y PRIMARIO-III

## PROTOKOLO DE REGISTRO EDADES 4:0-7:3

LUGAR DE LA EVALUACION			
Año	Mes	Día	
2013	09	25	
FECHA DE LA EVALUACION			
2009	05	06	
EDAD A LA EVALUACION			
4	04	21	

**Perfil de puntuaciones escalares por subprueba**

	CI Verbal					CI Ejecución					Velocidad de procesamiento		Lenguaje	
	IN	VB	PS	CM	SE	DC	MT	CD	FI	RC	BS	CL	VR	DN
	4	7	6	6	7	10	4	8	6	5	9	8	4	6

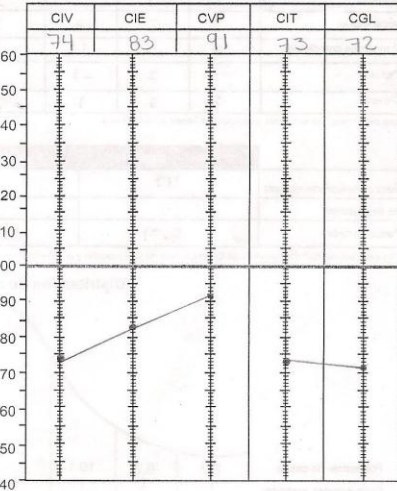


**Conversión de puntuación natural total a puntuación escalar**

Subprueba	Puntuación natural	Puntuación escalar	
Diseño con cubos	20	10	10
Información	11	4	4
Matrices	2	4	4
Vocabulario	8	7	7
Conceptos con dibujos	5	8	8
(Búsqueda de símbolos)	5	9	9 (9)
Pistas	2	6	6
Claves	7	8	8
(Comprensión)	1	6 (6)	(6)
(Figuras incompletas)	5	6 (6)	(6)
(Semejanzas)	2	7 (7)	(7)
(Vocabulario receptivo)	10	4	4
(Rompecabezas)	5	5 (5)	(5)
(Denominaciones)	11	6	6
<b>Suma de puntuaciones escalares</b>	<b>17</b>	<b>22</b>	<b>17</b>

**Perfil de puntuaciones compuestas**

	CIV	CIE	CVP	CIT	CGL
	74	83	91	73	72



**Conversión de la suma de puntuaciones escalares a puntuaciones compuestas**

Escala	Suma de puntuaciones escalares	Puntuación compuesta	Rango percentil	95% Intervalo de confianza
CI Verbal	17	CIV 74	4	69-83
CI Ejecución	22	CIE 83	13	77-91
Velocidad de procesamiento	17	CVP 91	27	83-101
CI Total	47	CIT 73	4	68-80
Lenguaje	10	CGL 72	3	66-83

**Manual Moderno®**  
 Edición del Manual Moderno, S.A. de C.V.  
 Alameda 206, Cár. República, 06100 México, D.F.  
 Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. Núm. 37

Copyright © 2002 by Harcourt Assessment, Inc. All rights reserved.  
 Traducido y adaptado con permiso. Copyright © 2002 por NCS Pearson, Inc., U.S.A. Traducción al español D.R. © 2011 por NCS Pearson, Inc., U.S.A. Todos los derechos reservados.  
 Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopiar, reproducir— sin permiso previo por escrito de la Editorial.

## Página de análisis de discrepancias

**Comparación de discrepancia**

Nivel de compuesto	Compuesto/Subprueba		Puntuación 1	Puntuación 2	Diferencia	Valor crítico	Diferencia significativa (B) o (N)	Tasa base de la muestra de estandarización	Bases para la comparación
		CIV-CIE	CIV	74	CIE	83	-9	-12.12	
	CIV-CVP	CIV	74	CVP	91	-17	12.12	S	12.7
	CIE-CVP	CIE	83	CVP	91	-8	11.75	N	30.2
Nivel de subprueba	Subprueba		Puntuación 1	Puntuación 2	Diferencia	Valor crítico	Diferencia significativa (B) o (N)	Tasa base de la muestra de estandarización	Bases para la comparación
		IN-VR	IN	4	VR	4	0	2.90	
	RC-DC	RC	5	DC	10	-5	3.30	S	-9.3
	CL-BS	CL	8	BS	9	-1	2.49	N	46.6
	VR-DN	VR	4	DN	6	-2	2.90	N	23.3
	SE-CD	SE	7	CD	8	-1	2.24	N	42.0

Para comparaciones de discrepancia, véanse las tablas B-M.1, B-M.2, B-M.3 y B-M.4.

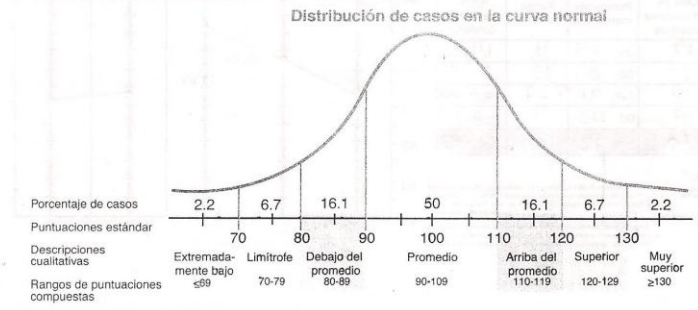
**Determinación de Fortalezas y Debilidades**

Subprueba	Puntuación escalar de subprueba	Puntuación escalar media	Diferencia de la media	Valor crítico	Fortaleza o Debilidad (F) o (D)	Tasa base de la muestra de estandarización	Bases para la comparación
Diseño con cubos	10	7	3	2.55	F	10%	Media total
Información	4	7	-3	3.03	—	—	Medias verbal y de ejecución
Matrices	4	7	-3	2.37	D	25%	Nivel de significancia estadística
Vocabulario	7	7	0	2.88	—	—	—
Conceptos con dibujos	8	7	1	2.47	—	—	—
Pistas	6	7	-1	2.59	—	—	—
Claves	8	7	1	2.99	—	—	—

Para determinar las fortalezas y debilidades véase la tabla B-M.5.

	Las 7 subpruebas*	CI Verbal	Ejecución
Suma de Puntuaciones escalares	47	17	22
No. de subpruebas	-7	-3	+3
Puntuación media	6.71	5.6	7.33

\*Las siete subpruebas incluyen tres de CI Verbal, tres de CI Ejecución y una de CVP.





**Anexo 2.** Dibujo realizado en sesión terapéutica número 3 Titulado “Niño grande y malo... cosas feas no”



Dibujo realizado con pintura dactilar sobre cartulina azul. Comienza pintando una niña en color naranja (arriba – derecha), al escuchar voces al exterior del cuarto de juego muestra un gran temor y comienza a dibujar una figura más grande en color verde (arriba – izquierda), le dibuja ojos y boca en color negro “niño grande... niño malo... cosas feas ya no”; posteriormente lo cubre de pintura “ya no están... ya no ve...”. Dibuja otros dos elementos, personajes en color azul y naranja “estos



son niñitos pequeños... el grande les hace cosas feas y les da miedo” “los niños chiquitos juegan”

**Anexo 3.** Diploma para el egreso de la institución firmada por la terapeuta, el terapeuta asignado al caso y cuidadoras principales del área preescolar

