

## **GRUPO PSICOTERAPÉUTICO DE NIÑOS DE PRIMERA INFANCIA CON SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI)**

Sarto, A. Mauri, N. Quiles, I.

Licenciadas en Psicología.

PSIQUIATRÍA . HOSPITAL VALL D'HEBRON DE BARCELONA.

[iquiles@vhebron.net](mailto:iquiles@vhebron.net)

Terapia, Grupo terapéutico, Abuso sexual

### **RESUMEN:**

**Objetivo:** Resultados terapéuticos grupales en niños con ASI. La terapia pretende el reconocimiento y la expresión de emociones desde el plano analógico hasta el plano digital.

**Metodología:** Muestra: 1 niño y 3 niñas de 3 a 6 años. Paralelamente grupo de apoyo de adultos acompañantes. **Encuadre:** Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Vall d'Hebron. Una sesión semanal con una duración de 3 meses (Abril-Julio 2009).

**Procedimiento:** Sesiones filmadas. Test y re-test: Protocolo Psicométrico de Maltrato Psicológico Infantil del Hospital. **Técnica Terapéutica:** Temáticas proyectivas (trabajadas de menor a mayor intensidad): Alegría, rabia, miedo, amor y tristeza. **Secuencia de sesiones:** Conectar con la emoción (a través de videos, relato de cuentos y títeres); **Expresión analógica** (utilizando el dibujo, juego y dramatización); **Expresión digital** (verbalización); Mecanismos reparatorios y búsqueda de soluciones. \* No se habla directamente del abuso, evitando la 2ª victimización.

**Resultados:** Mejorías generales en la exteriorización de los problemas, aptitudes y fluidez lingüística, disminución de problemas somáticos y de inhibición. Aumento de sintomatología en determinadas áreas en aquellos pacientes que siguen en contacto con el abusador. Reacciones emocionales de mayor intensidad, en sesiones donde se trabaja el tema del amor.

**Conclusiones.** La terapia ha sido eficaz, pero el contacto con el abusador sesga los resultados.

## **1. Introducción.**

En general, la prevalencia y las fatídicas consecuencias a corto y largo plazo del abuso sexual infantil, han provocado, estos últimos 20 años, un gran interés tanto desde el colectivo científico, cómo la sociedad en general (Cantón y Cortés, 2004; Del Campo y López, 2006) (1). Además, a partir de la revisión bibliográfica realizada por algunos autores, se detecta un aumento en las peticiones de tratamiento psicoterapéutico vinculado a la sospecha de haber padecido un abuso en la infancia. A su vez, varios autores señalan la correlación entre los trastornos mentales de pacientes adultos con una historia de ASI (2).

Nuestro trabajo se plantea a partir de la necesidad percibida de atender aquellos niños víctimas de Abuso Sexual Infantil (ASI). En la Unidad de Paidopsiquiatría del Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona se recibe un gran número de casos de primera infancia con estas características, dando una gran importancia al peritaje y valoración psicológica ante la sospecha de abuso sexual en el menor y quedando en un segundo plano el tratamiento psicológico de las víctimas. Si bien se realizan periódicamente sesiones psicoterapéuticas individuales en los casos de mayor gravedad, la infraestructura del centro hospitalario no permite atender de forma periódica todos los casos detectados. Por este motivo, en Abril del 2009 creamos un programa terapéutico grupal para las víctimas de ASI específico en primera infancia.

Estas observaciones coinciden con las de otros autores cómo, por ejemplo, Portillo (2001) quien expresa en sus aportaciones científicas sobre el análisis de diferentes tratamientos a niños con ASI que "gran parte de la bibliografía sobre el tema se centra más en la evaluación y menos en el tratamiento" (3).

Ante estos hallazgos, consideramos básico una detección y tratamiento precoz de estos casos con el fin de disminuir las consecuencias psicopatología en un futuro y mejorar la calidad de estos pacientes desde su niñez.

## **2. Definición del abuso sexual y epidemiología**

Una definición general de Abuso Sexual Infantil (ASI) es la que aportan Hartman y Burgess, 1989: "contactos e interacciones sexuales entre un menor de edad y un adulto o entre menores de edad, si existe una diferencia de cinco años entre ellos, o si el niño/ adolescente agresor se encuentra en una posición de poder o control sobre la víctima, aunque no haya diferencia de edad". Así pues, se trata de un suceso que viola la ley o los tabúes sociales, o bien, dónde el niño se encuentra involucrado sin poder dar su consentimiento, puesto que no está preparado evolutivamente ni es capaz de comprenderlo. Se considera la utilización de un menor para la satisfacción sexual de un adulto, incluyendo la pedofilia, el incesto y la violación. (1)

Cabe distinguir el abuso sexual del "juego sexual", en el que este último se desarrolla en edades similares, y sucede en ausencia de coerción por los participantes. El juego sexual es considerado adaptativo en ciertas edades y circunstancias, y no tiene consecuencias físicas ni psicológicas para el desarrollo del niño (4).

Respecto a la epidemiología, tal y como indica el Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos, más de 100.000 niños son asaltados sexualmente en un año y se calcula que alrededor de un 1% sufren algún tipo de abuso. Otro dato relevante es que las chicas (20%) tienen más propensión que los chicos (9%) a haberse estado involucradas en algún tipo de actividad sexual inapropiada en la infancia, aunque ellos tienden a no expresarlo. Estos datos, tienen que ponerse en entredicho, si tenemos en cuenta que se calcula que una gran parte de abusos sufridos no son revelados por sus víctimas. (4)

No se observan diferencias de estatus sociales ni nivel cultural ni económico en la epidemiología de los abusos sexuales. (4)

A nivel español y hasta el momento, solo se ha presentado un único estudio epidemiológico nacional en población general (López, Carpintero, Hernández, Martín y

Fuertes, 1995), en el cual sitúan en un 15% el porcentaje de casos en varones que han sido víctimas de ASI mientras que en el sexo femenino se sitúa alrededor del 22%. Más recientemente, Pereda y Forns (2007) informaron de una prevalencia en muestras universitarias del 14.9% (12% en varones y 16.2% en mujeres) (1).

También se ha publicado que más del 90% de las víctimas de abusos sexuales en la infancia no denunciaron el caso ni recibieron asistencia pública (Cantón y Cortés, 2003) (1).

Respecto a los abusadores, según informes realizados por Estados Unidos estos suelen ser hombres conocidos y de confianza para el niño. En un 19-21% de los casos los responsables eran los padres o algún otro familiar cercano mientras que entre un 4-8% de los casos, el perpetrador era la madre (quien actuaba sola o bien con otra persona). (4)

En un estudio realizado por Fisher y McDonald (1998) se valoró que en los casos de abuso intra-familiar, este se producía en niños de menor edad y en los que se provocaba un mayor daño físico y emocional. También se detecta que los abusadores intra-familiares utilizaban frecuentemente el pacto de silencio con los niños en detrimento de la fuerza física o verbal y de la seducción. No se apreció preferencias en el género de la víctima por parte del abusador tanto en el caso de abuso intra-familiar como extra-familiar (5).

En Estados Unidos se han señalado algunos factores facilitadores del abuso sexual en los niños aunque en ningún caso su ausencia garantiza que no ocurra tal suceso traumático. Los factores nombrados son una pobre relación paterno-filial, escasa relación entre los progenitores, ausencia de un padre protector y la presencia de un hombre no relacionado biológicamente en el hogar (4).

### **3. Consecuencias psicopatológicas derivadas del abuso sexual en edad infantil**

Tal y como destacan Cantón y Cortés (1997) los niños abusados muestran una afectación generalizada en el desarrollo aunque su manifestación estará modulada por varios factores como las características individuales (temperamento, autoestima, resiliencia), las variables familiares (apoyo social, relación intrafamiliar) y características del suceso traumático (duración, frecuencia, relación con el abusador...). Esta diversidad de afectación emocional en la víctima dificulta precisar un patrón sintomatológico en los niños y niñas.

Aun así, varios autores, algunos de ellos como Conaway y Hansen (1989) y Knutson (1995), señalan, a grandes rasgos, las principales afectaciones que manifiestan los niños abusados a corto plazo. Estos son los problemas de adaptación, la agresividad, la impulsividad, la escasa competencia y cognición social (se muestran agresivos o bien intimidados y sumisos) y los problemas afectivos.

A través de una revisión bibliográfica, Pereda (2009) apunta la existencia de una diversidad de consecuencias psicológicas en los niños abusados a corto plazo, las cuales clasifica en cinco categorías (6):

- *Alteraciones emocionales:* engloba los problemas internalizantes, como los síntomas de estrés post-traumático, ansiedad y depresión. También se evidencia la presencia de sentimientos de culpa, baja autoestima, estigmatización e ideación suicida. Algunos autores como Ligezinska et al. (1996) y Mannarino y Cohen (1986) destacan la presencia de miedos y fobias.
- *Alteraciones cognitivas y de rendimiento académico:* se observan dificultades de concentración y atención, así como presencia de conductas hiperactivas. Estas características dificultan el funcionamiento cognitivo general según Einbender et al. (1898) y Shonk y Cicchetti (2001).
- *Alteraciones relacionales:* se observa escasez de amistad en los niños abusados sexualmente, así como un elevado aislamiento social (Cohen y Mannarino, 1988).
- *Alteraciones físicas:* se detectan problemas de sueño (pesadillas), pérdida del control de esfínteres, quejas somáticas y problemas de alimentación.

- *Alteraciones conductuales*: presencia de conductas sexualizadas, conformidad compulsiva (definido por Crittenden y DiLalla, 1988 como tendencia a conformarse y a interactuar de modo agradable, evitando comportamientos hostiles) y la conducta agresiva y disruptiva (Cohen y Mannarino, 1996; Ackerman et al, 1998).

En los casos de abuso sexual intrafamiliar se evidencia la presencia de un malestar generalizado en el niño caracterizado por la existencia de sentimientos de culpabilidad, depresión, miedo, pocas habilidades sociales y baja autoestima así como rabia, hostilidad contenida, dificultad para confiar en los demás, confusión de roles y límites difusos entre ellos. Tal y como indica Cantón y Cortés (1997): "los niños objeto de abusos sexuales han tenido que reprimir sus sentimientos de cólera y tienen pocos medios, si es que tiene alguno, para expresarla de manera apropiada. No obstante, las víctimas varones tienden a exteriorizar más sus sentimientos de cólera, en forma de respuestas verbales y conductuales inapropiadas, lo que suele crearles problemas adicionales. En el caso del abuso sexual intrafamiliar es frecuente el sentimiento de pena por la pérdida de una relación importante con una persona que se confiaba y a la que se quería... (esta pena) suele confundir bastante al niño que, al mismo tiempo, se siente encolerizado con el perpetuador de los abusos" (7).

Tal y como recoge Pereda, autores como Mannarino y Cohen (1986) sitúan en un 69% la presencia de sintomatología en los niños abusados sexualmente mientras que otros autores como McLeer et al. (1998) lo sitúan en un 62,8%. Aun así, Trickett y McBride-Chang (1995) señalan la tendencia de las víctimas de abuso sexual con edad preescolar a presentar problemas internalizantes (sobre todo enuresis, ansiedad y quejas somáticas) mientras que en edades más avanzadas a manifestar alteraciones externalizantes como las conductas disruptivas y agresivas (6).

En un estudio desarrollado por Trowell (1999) valora a partir del DSM-IV el estado emocional de 81 niñas de entre 6 y 10 años y obtiene los siguientes diagnósticos: Trastorno por Estrés Postraumático (73%), Trastorno por Depresión grave (57%), Trastorno de ansiedad generalizada (37%) y trastorno por Ansiedad de separación (58%).

En referencia a lo anterior, una de las consecuencias más severas es el TEPT (8), diferenciándose según sea puntual (violación, atentado) o crónico (abusos sexuales) (9). El TEPT posee una naturaleza definitoria sobre la psicoevolución del menor (10). La prevalencia del TEPT infantil es 24% al 70 %, persistiendo en la edad adulta (11). El DSM IV subdivide en tipos A y B con criterios definidos para adultos y niños, que ayudan especialmente en los casos de corta edad (12). La sintomatología que se manifiesta varía en función de la edad de la víctima, a continuación lo detallamos:

- En el niño de 0 a 7 años el malestar psicológico se traduce en intranquilidad comportamental y fijaciones o regresiones de las fases evolutivas puesto que la expresión verbal es muy escasa.
- De los 3 a los 6 años el niño tiende a encerrarse y negarse a hablar de sus experiencias traumáticas.

Por otro lado, los síntomas que manifiestan los adultos con TEPT sufren la siguiente reconversión en el niño (13):

- *Reexperimentación o flashbacks del suceso traumático en los niños*: se expresan a través de pesadillas recurrentes, sueños terroríficos, el juego repetitivo y monótono que representa el hecho traumático, la imitación estereotipada de acciones, frases o gestos que utiliza el maltratador (9; 14).
- *Evitación o embotamiento*: alteraciones de la memoria (9), síndrome de la falsa memoria (Kaplan y Manicagasavar, 2005) o en la reducción de intereses, sensación de desapego y restricción de los afectos (10) e inhibición en el plano relacional e intelectual (15; 16).

- *Aumento de la activación o arousal*: se manifiesta a través de los ataques de ira, crisis agresivas, dificultades de concentración, estados de hipervigilancia (10) y estados de alta hiperactividad confundibles con el TDAH.
- *Otras manifestaciones muy importantes*: retrasos en la instauración de las capacidades o regresiones en el desarrollo psicoevolutivo en el área esfinterial, del sueño y del lenguaje. Descompensaciones psicosomáticas que gestionan biológicamente lo que no puede gestionar el aparato mental (10; 17). También se manifiestan quejas somáticas como manifestación de ansiedad y depresión.

Respecto a la afectación a largo plazo, muchos estudios han obtenido informaciones valiosas sobre las consecuencias a largo plazo en las víctimas de ASI, aunque no existe, o bien aún no se han hallado, un grupo de síntomas específico, es decir un síndrome que determine estas consecuencias. Estas consecuencias son diferentes entre un individuo y otro, incluso en ocasiones no se observan consecuencias relevantes (Rind, Tromovich y Bauserman). Algunas de las consecuencias mayoritariamente observadas en diversos estudios son: depresión, baja autoestima, abuso de sustancias y trastornos de la personalidad (Godbout, Lussier y Sabourin, 2006; Levitan, Rector, Sheldon y Goering, 2003; Pickering, Farmer y McGuffin, 2004; Roy y Janal, 2006). (1)

Cotgrove y Kolvin (1996) concluyen (a partir de varias revisiones de artículos) la presencia de cuatro grupos de consecuencias asociadas a ASI (18), las cuales son:

- *Síntomas psicológicos*: depresión, ansiedad, baja autoestima, culpabilidad, fenómeno disociativo y problemas de sueño.
- *Trastornos psiquiátricos*: en particular depresión y ansiedad, trastorno de alimentación, trastorno de ansiedad límite en edad adulta.
- *Problemas de comportamiento*: autolesiones, problemas sexuales, abuso de drogas y problemas conductuales.
- *Problemas en las relaciones sociales*: como por ejemplo aislamiento social, promiscuidad y re-victimización.

#### **4. Terapias a niños con ASI**

En la revisión bibliográfica realizada para el presente estudio se ha puesto de manifiesto la escasez de trabajos publicados relacionados con el tratamiento de niños abusados, hecho que ya detallaban Conaway y Hansen (1989) y Graziano y Mills (1992) sobre todo en terapia grupal de niños con esta problemática (7).

A partir de tal revisión de estudios anteriores, observamos algunos resultados similares a nuestro trabajo.

Diversos autores apoyan el realizar un tratamiento psicológico en niños con ASI dada la elevada sintomatología emocional a medio y largo plazo (Finkelhor et al, 1995; Jones et al, 1999) (18). En la misma línea, hallan un 75% de resultados clínicamente satisfactorios en niños que han participado en terapias grupales, y en un 47% de niños en que sus padres han asistido a sesiones de counselling (Kolvin et al, 1981-1988) (18). Además, comparando el estado emocional de los niños tratados psicológicamente con otros no tratados, se observan ligeras mejoras en el primer grupo respecto al segundo (Smith & Galss 1977; Casey & Bernan, 1985; Kazdin, 2002) (18).

Estudios más detallados, como el de Fantuzzo y colaboradores (1989) observaron que las iniciativas prosociales en niños maltratados a partir de sesiones de juego con iguales o adultos mejoraban su retraimiento. Además, Heide, Culp y Richardson (1987) evidenciaron que los niños que eran tratados individualmente y grupalmente, así como sus padres, mejoraban a nivel de desarrollo motor, cognitivo, socioemocional y en habilidades lingüísticas así como en su autoconcepto (7).

En contraste, otros autores como Stevenson, 1999 (18) muestran resultados menos optimistas respecto a la eficacia del tratamiento con niños con problemas de salud mental con ASI a partir de la revisión de diversos artículos.

#### **4.1. Modelos terapéuticos con niños maltratados:**

Seguidamente se presentan diversos modelos de terapia de niños que han sufrido algún tipo de maltrato siguiendo diferentes teorías y orientaciones psicoterapéuticas.

Peare y Pezzot-Pearce (1994) estudiaron el proceso terapéutico en los niños maltratados teniendo en cuenta los principios de la Teoría del apego (7):

- *Primera fase:* el objetivo es el establecimiento de un vínculo basado en la seguridad entre el niño y el terapeuta
- *Segunda fase:* la relación con el terapeuta adquiere más confianza pero el niño desarrolla una conducta dependiente y puede actuar de modo hostil cuando se da cuenta que el terapeuta no puede satisfacer todas sus necesidades. El niño que tiene un *apego de resistencia* intentará comprobar si el terapeuta forma parte del estilo de cuidador anteriormente conocido ("rechazantes o abusivos" de su conducta). Será el momento en el que el profesional deberá marcar límites y hacerle ver su reacción diferenciada respecto a anteriores personas. El niño con un *apego de evitación* tiene miedo a ser rechazado o maltratado y puede evitar implicarse en las relaciones para prevenir ese abuso. Por esto, su comportamiento se caracterizara por un distanciamiento físico, falta de contacto visual y un marcado control en el juego. Dentro de esta fase, algunos autores como Mills y Allan (1992), han observado que los temas principales de juego de los niños abusados es dar de comer a muñecos, cuidar animales enfermos, protegerlos de los adversarios y normalmente son los propios niños quienes adoptan el rol de cuidador.
- *Última fase:* se debe preparar a los niños para la finalización del proceso terapéutico, clarificando los motivos y así evitando interpretaciones erróneas que puedan perjudicar a dichos niños.

Otros autores como Bolton, Morris y MacEachron (1989) consideran útiles técnicas como el entrenamiento en habilidades sociales, asertividad, relajación, desensibilización sistemática, conducción de cólera y educación sexual con el fin de trabajar la disminución de la sintomatología derivada del trauma, como es la mejora de las habilidades sociales y la pobre autoestima (7).

También Davies (1995), Newberger et al (1993), Regehr (1990) y Wagner (1991) creen que puede ser beneficioso el tratamiento del progenitor no abusador para poder trabajar con las reacciones emocionales originadas a partir del conocimiento del abuso y así ofrecerles un apoyo y ofrecer algunas pautas (7).

Cohen y Mannarino (1993) diseñaron un programa de tipo cognitivo-conductual para preescolares abusados sexualmente (Structured Parental Counselling-Child Psychotherapy) que constaba de un tratamiento de apoyo a padres y un entrenamiento en el manejo de las emociones en el niño. Este programa se estructuraba en 8-12 sesiones semanales de entre 30 y 60 minutos realizadas conjuntamente madre e hijo. El objetivo de este grupo era la disminución de los principales síntomas de los preescolares: la ansiedad y la conducta sexualizada. Para lograr tal objetivo, se trabaja en las siguientes áreas: educación en la seguridad y asertividad, identificación de tocamientos apropiados e inapropiados, atribución del abuso sexual, sentimientos ante el agresor, miedos relacionados con el abuso, conductas regresivas e inapropiadas y aspectos legales (7). En este programa se trabajaba a partir de actividades como el juego con marionetas y muñecos, promoviendo que el niño recree situaciones de su vida y el trauma, y así facilitando la identificación de emociones y sentimientos. Esta actividad, junto con las intervenciones del terapeuta, despierta reacciones negativas como la ansiedad y los miedos relacionados con el trauma, hecho que se utiliza para introducir algunas técnicas útiles para el niño como puede ser la detención del pensamiento, imaginación de imágenes positivas y relajación progresiva. Posteriormente se realiza un moldeado y role-playing para poder aprender nuevas respuestas (más adaptativas) como la identificación del agresor y la búsqueda de ayuda y así, hacer frente a posibles nuevas situaciones.

En este programa también centran su trabajo en la diferenciación de los tocamientos apropiados de los inapropiados, explicando sus diferencias e implicaciones en los niños. También trabajan en la atribución causal del niño, a través de la presentación de distintas imágenes (de menos a más amenazantes) donde el niño debe identificar el responsable del suceso. A través de este conjunto de técnicas, el terapeuta puede intervenir e reestructurar algunas cogniciones del niño así como clarecer sus sentimientos.

Otro estudio que trabajaba con un programa cognitivo-conductual fue el desarrollado por Deblinger, McLeer y Henry (1989) con una duración de 12 sesiones. La muestra estaba formada por 19 niñas abusadas sexualmente con presencia de un trastorno por estrés post-traumático (TEPT). Posteriormente se valoraron los resultados y se observó una mejoría en la sintomatología del TEPT (7).

Otro programa de referencia es el desarrollado por Celano et al (1996), a partir del cual se comparaba la efectividad de dos programas de tratamiento (un control y un experimental). El programa iba dirigido a 32 niñas con edades comprendidas entre 8 y 13 años, así como también se trabajaba con las figuras maternas (7).

En la terapia para las niñas del programa control se trabajaba en los sentimientos vinculados al trauma, problemas en la escuela, relación materno-filial, relaciones sociales y autoestima. El trabajo con las madres iba dirigido a facilitar apoyo y pautas educativas.

En la terapia para las niñas del programa experimental se centró la atención en cuatro áreas determinadas (autoinculpación/estigmatización, traición, sexualización e indefensión). Para trabajar dichos aspectos, se plantearon actividades como la realización de atribuciones alternativas a determinadas situaciones, escritura de una carta imaginaria a su agresor, expresión de sentimientos, promoción de la confianza en el vínculo materno-filial, visualización de audiovisuales, realización de role-playing, etc. Los objetivos planteados para el grupo de madres eran la reducción de autoinculpación, incremento de responsabilidad al agresor, promoción de la comunicación entre madres e hijas, mejora en la asertividad y refuerzo en su papel en la prevención del abuso sexual. En este grupo se trabajaba a partir de discusiones estructuradas, facilitación de pautas educativas, material de apoyo como folletos y tareas para casa. (7).

Citando a Omer y Alon (1997) "el trauma como gran destructor de significado", Cuadrado y Herranz (2000) proponen como objetivo terapéutico principal, en casos de niños y adultos que han sufrido o están sufriendo alguna experiencia traumática, el organizar y dar sentido cognitivo y emocional a sus eventos traumáticos dentro de nuestra vida, puesto que conciben el trauma como un suceso que rompe y disgrega la concepción de nuestra identidad y de nuestra historia personal.

#### **4.2. Terapia grupal a niños con ASI**

Del mismo modo que la terapia individual, el objetivo principal del proceso terapéutico grupal es la calificación de los sentimientos vinculados al trauma a través de la expresión verbal, física y gráfica de los pensamientos y sentimientos reprimidos. En el grupo se facilitan explicaciones del abuso para ayudar a organizar sus ideas y se ofrecen mecanismos más adaptativos para expresar sus sentimientos.

Varios autores señalan que este tipo de tratamiento ayuda a mejorar la sintomatología de los niños: la depresión, la ansiedad, los problemas de conducta, la autoestima, la socialización, la expresión e identificación de los sentimientos de modo directo e indirecto, la culpabilidad y responsabilidad del trauma y percepción de control (De Luca, 1993; Hack, Osachuk y De Luca, 1994; Hiebert-Murphy, De Luca y Runtz, 1992; Kitchur y Bell, 1989; McGain y McKinzey, 1995; Sturkie, 1992) (7).

Diversos autores consideran las intervenciones grupales más adecuadas que las individuales para esta tipología de niños para lograr un mayor estado de relajación y tranquilidad. Sturkie y de Luca (1992) consideran que este tipo de formato es menos amenazante para los niños ya que una terapia individual puede recordar una relación de autoridad en el niño, facilitando su inhibición y rechazo. En terapia grupal, los niños se muestran más relajados y además, el hecho de compartir la experiencia con otros niños

facilita que no se sienten solos ni aislados, así como a su vez, permite que mejoren sus habilidades sociales.

Por otro lado, Trowell et al (2002) compararon la eficacia de una terapia intensiva individual con una grupal en niñas (de entre 6-14 años) abusadas sexualmente. En los dos grupos se observó una reducción de la sintomatología psicopatológica aunque los sujetos que habían asistido a la terapia individual mostraban una mejora más significativa en las manifestaciones de TEPT (18).

Sturkie (1992) ofrece 5 modelos para el tratamiento de grupo en niños con ASI (7):

- *El modelo tradicional*: se trabaja en el impacto del trauma en el self y sus relaciones sociales
- *El juego-evolutivo*: se utiliza principalmente en niños pequeños y trabaja en la relación paterno-filial (y no el abuso sexual en sí) y los métodos de intervención es el juego, los juguetes y la fantasía.
- *El tratamiento estructurado*: existe un elevado nivel de organización pues los temas se escogen de antemano por el terapeuta así como los ejercicios
- *La terapia artística*: da importancia a la expresión indirecta de las emociones e ideas a través del medio de la pintura, escultura y dibujo.
- *Tratamiento paralelo*: se trabaja con un grupo de niños y padres simultáneamente, abordando los mismos temas.

Un ejemplo de programa terapéutico grupal desarrollado para niños y niñas con ASI es el presentado por Luca et al (1992) en Maniotota. Las edades de los niños estaban situadas entre los 7 y 12 años de edad. El programa tuvo lugar durante 12 semanas, con una sesión semanal de duración 90 minutos.

A continuación detallamos la estructuración de las sesiones:

En los primeros minutos de cada sesión, los niños y terapeuta se organizaban en círculo y comentaban las sesiones anteriores; A lo largo de las sesiones iniciales del programa se centró la atención en la promoción y establecimiento de confianza de los niños y también la identificación de las emociones. En las sesiones posteriores, se inició el abordaje sobre los sentimientos hacia el agresor y se trabajó a partir de las expresiones emocionales de tipo facial. Posteriormente, se centró la atención en la expresión por parte de los niños de los sentimientos y reacciones mostradas en el entorno próximo ante la revelación del abuso sexual. Más adelante se trabajaron temas relacionados con el agresor a través de películas, títeres, escritura, etc. También se habló de los aspectos legales de la situación y posteriormente, se centró la atención en el autoconcepto, la imagen corporal, y finalmente, se plantea la finalización del programa. En la última sesión se resumen los temas mas importantes que se han tratado y se celebra una fiesta, dedicando un tiempo individual a cada niño.

### **4.3. Terapia focalizada en emociones y otros recursos terapéuticos**

En nuestra terapia grupal nos hemos basado en las ideas de la terapia focalizada en las emociones (TFE) de Greenberg y por este motivo detallamos sus características y propiedades.

La Terapia focalizada en las emociones concibe las emociones como un elemento clave en la experiencia del self. Las emociones tienen un carácter innato y están vinculadas a nuestras necesidades más básicas, actúan de forma implícita en el comportamiento humano a partir de su influencia en el procesamiento e interpretación de las situaciones, guiándonos en nuestro día a día y facilitando la adaptación al medio. Debido a ello, Greenberg y colaboradores consideran las emociones una pieza clave en la terapia y se trabaja a partir de su identificación, experimentación, comprensión, transformación y moldeamiento. Cabe decir, que estos esquemas no son accesibles de manera consciente aún sí pueden ser entendidos a partir del patrón de conducta de la persona y analizando el self. En el proceso terapéutico también se utiliza "el uso de la atención focalizada para atender a los sentimientos sentidos en el cuerpo, las imágenes del pasado, las experiencias dolorosas previamente evitadas" así como "dar sentido a las emociones propias a través de la toma de conciencia, la expresión, regulación, reflexión y transformación de la emoción en el contexto de una relación empáticamente entonada que facilite estos procesos" (20). Aquí se detallan estas fases:



-*Toma de conciencia*: es el primer paso necesario y consiste en identificar las emociones y así, posteriormente, los estímulos y situaciones implicadas en los distintos tipos de emoción. Así pues, en este tratamiento, uno de los objetivos es darse cuenta de su mundo interior y regular y aceptar sus propias emociones. De este modo, una vez se ha aceptado una emoción ya se puede ir más allá, que consiste en movilizar la persona para optimizar su afrontamiento.

-*Expresión*: algunos autores como Greenberg, Paivio, Hall y Jellis, 2001 han destacado el importante papel que desempeña la expresión emocional en el trauma pues es clave para superar la evitación de expresar las emociones vinculadas a este. Estos autores consideran necesario, sino indispensable, sentir las emociones aunque sean desagradables para clarificar las preocupaciones y promover la persecución de los objetivos.

-*Regulación*: hay personas que muestran dificultades para expresar sus emociones de modo adaptativo, pues algunas evitan y contienen su expresión y otras las manifiestan de modo poco regulado.

-*Reflexión*: posterior a la identificación y expresión de la emoción, se requiere una reflexión sobre las características, factores implicados y funcionamiento de la emoción para dar sentido y entender el self. Pennebaker (1995) habla de la importancia del lenguaje en la capacidad de organización, estructuración y asimilación de las experiencias emocionales.

-*Transformación*: en esta fase se intenta transformar una emoción desadaptativa en otra más adaptativa a través de la activación de una emoción más fuerte y positiva (que es incompatible con la primera) ante una situación desadaptativa y que genera sufrimiento a la persona.

Cabe destacar que nuestro grupo terapéutico utiliza como referencia las ideas de Greenberg aunque estas son adaptadas a la edad de los pacientes en nuestra terapia.

En la terapia que presentamos en este artículo, utilizamos diversos recursos terapéuticos (la imagen, las historias, el dibujo, la dramatización, el juego...), los cuales también contemplan otros autores como técnicas terapéuticas eficaces para el infante.

Cuadrado y Herranz (2000) describen la metáfora, la imagen y las historias como elementos importantes en la psicoterapia para niños que han sufrido algún tipo de trauma, apoyándose en el hecho de que estos recursos tienen un impacto mayor en nuestras emociones y conductas, ya que "movilizan a un nivel pre-verbal, en el cual parecen inscribirse nuestras experiencias más impactantes o traumatizantes". Ponen también énfasis en el hecho de que además estos métodos son de carácter indirecto, y por lo tanto no tan invasivo (19).

En nuestro proceso terapéutico utilizamos básicamente la técnica de la narración (cuentos, historias,...), descritas ya anteriormente por autores como Mancuso 1986, Van Den Broek y Thurlow, 1991, los cuales ponen énfasis en el uso de la narración como técnica psicoterapéutica vigente y eficaz para niños de temprana edad, puesto que hallan resultados empíricos que apoyan la idea de que desde la primera infancia, utilizamos narraciones para describir y entender los sucesos, y en general para organizar nuestro presente, pasado y futuro. Siguiendo también a Stern (1989), y su visión de "el sentido del self", expresado como la idea de que el ser humano "organiza las experiencias que le suceden y las registra para poder ir construyendo su mundo interior", encontramos que define la adquisición de la capacidad de narrar (adquirida a los 3-4 años de edad) como el aspecto más importante para poder organizar y dar sentido a nuestras experiencias. En este sentido, Engel (1998) y Bruner (1990), ponen énfasis en la función de socialización que tienen la narración de historias, y añaden respectivamente que permiten la construcción de su identidad y la inserción al mundo de la cultura. (19). Hallamos varios autores, como Gardner, 1971 con su "técnica de intercambio de historias", y por otra parte, S. Cuadrado y T. Herranz (2000), que proponen utilizar el cuento para la psicoterapia con niños. Más concretamente, estos últimos autores, toman al cuento como objeto transicional (basándose en la teoría de Winnicott, 1971). Así pues, nos describen la utilización del cuento en la psicoterapia como un potente organizador del caos de las experiencias infantiles, para así facilitar su comprensión y el cambio psicoterapéutico. Así pues, "El cuento les sirve como contenedor provisional donde sus

pensamientos imaginarios pueden ordenarse en un tiempo, un lugar y según un principio de causalidad que es el relato. Esta regularidad en la estructura y la letanía de las palabras favorecen el movimiento de puesta en reposo, de calma la latencia de las pulsiones y de la excitación, y seguramente gracias a la relación que establece con el que comparte el cuento con él, más que por la identificación con los personajes, el niño es capaz de comprender el cuento creativamente y apoyarse en él para ir realizando sus transformaciones personales”.

Otro recurso utilizado en la terapia grupal que aquí presentamos es el juego, con lo que recordamos a Gadamer (1982) el cual pone énfasis en el hecho de que la función principal del juego es el permitir al niño representarse principalmente a sí mismo, y al mundo que le rodea, desde un nivel precedente al lenguaje. A través del juego se pueden revelar aquellas cosas generalmente no emergentes por otros medios. Añade, Scheuerl 1975, que el juego permite un reposo momentáneo de las presiones de la realidad (21). En un plano más terapéutico, Ricoeur (1981) y Mook (2000), remarcan la idea de que el juego permite la proyección de la realidad personal del niño, por lo que el utilizar el juego en la terapia permite el conocer las vivencias del que juega, y el incurrir cómo terapeutas y redescubrir su juego, nos permite proporcionarle nuevas visiones de esta realidad para lograr cambios y transformaciones en sus sentimiento, acciones o cogniciones.

## **5. Presentación del estudio**

### **5.1. Objetivos.**

El objetivo del presente estudio es exponer la aplicación de un proceso terapéutico grupal de niños con ASI y a su vez, mostrar los resultados obtenidos de este grupo terapéutico, valorando los cambios emocionales y sintomatológicos que se producen.

El proceso terapéutico que exponemos en este artículo pretende potenciar el reconocimiento y la expresión de las propias emociones de los niños desde un nivel analógico a un nivel digital.

### **5.2. Diseño.**

**Encuadre.** El grupo terapéutico se estructura en sesiones semanales de 60 minutos de duración a lo largo de 3 meses. Paralelamente, se ha llevado a cabo un grupo de apoyo con los padres, familiares o tutores legales de los niños. Las sesiones terapéuticas se realizan en dos de las salas del Departamento de Psiquiatría de la Clínica Infantil. Se realiza una filmación completa de las sesiones terapéuticas de los niños, para una posterior observación y evaluación de los comportamientos y sus evoluciones.

**Muestra.** La muestra está formada por cuatro infantes (3 niñas y un niño) con sospecha de abuso sexual de edades comprendidas entre 3 y 6 años. El abuso sexual se ha efectuado dentro del entorno familiar, en el cual el niño refiere tocamientos anales, genitales y perianales por parte del abusador. Se observan también hallazgos físicos de abuso, como la presencia de hipersecreción vaginal, eritemas, fisuras anales,...aunque siempre con ausencia de penetración.

**Procedencia.** Los casos han sido derivados desde Urgencias y Trabajos Sociales de la Unidad de Paidopsiquiatría del Hospital Valle de Hebron de Barcelona, así como algunos de los pacientes provienen de otros hospitales de referencia en búsqueda de una segunda opinión.

**Evaluación de los resultados.** Los resultados del estudio se obtienen a partir de los hallazgos en los tests psicométricos y con la observación y registro de las filmaciones realizadas de las sesiones terapéuticas.

En la observación y registro de las filmaciones, se pretende analizar los aspectos de la terapia que no pueden ser contemplados a través de los tests psicométricos. Así pues se analizan básicamente las reacciones comportamentales y emocionales de los niños, tanto grupales como individuales, desde un nivel analógico y verbal.

Para valorar los resultados a partir de los tests psicométricos se utiliza una batería de test-retest, siguiendo el protocolo psicométrico para el maltrato psicológico infantil del Hospital d’Hebron (Quiles,I. y cols. 2007) que está constituido por los siguientes tests:

Plon, CBCL, BASC, criterios del DSM para el TDAH, TEPT Echeburúa, CEDI, HTP i Test del Animal. La evaluación se realiza en un primer momento en Abril de 2009, y posteriormente se realiza el re-test en Julio 2009. Se analiza así la evolución de la sintomatología comparando los resultados pre y post tratamiento en dichos tests. Estos tests se detallan a continuación:

*Child Behaviour Checklist (CBC) para 4-18 años. El autor es T, M, Achenbach (1991).*

Este cuestionario es rellenado por los cuidadores principales de los niños y tiene el propósito de valorar la presencia de los siguientes síndromes: aislamiento social, quejas somáticas, ansiedad/depresión, problemas sociales, alteración de pensamiento, problemas de atención, comportamiento delincuente y comportamiento agresivo. Además, este cuestionario también permite el examen de categorías de análisis más globales como son los problemas de internalización (aislamiento social, quejas somáticas, ansiedad/depresión) y externalización (conducta agresiva, comportamiento delictivo). Este cuestionario tiene en cuenta el género y edad del niño.

*Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (BASC), de Tea Ediciones.*

El BASC valora los aspectos adaptativos e inadaptativos del comportamiento de los niños y adolescentes a partir de: escalas clínicas (agresividad, hiperactividad, problemas de conducta, problemas de atención, atipicidad, depresión, ansiedad, retraimiento y somatización) y escalas adaptativas (habilidades sociales, liderazgo, adaptabilidad y habilidades para el estudio). A partir de la valoración de este conjunto de áreas, también se analizan dimensiones globales como es la tendencia a exteriorizar o interiorizar los problemas y las habilidades adaptativas. Incluye escalas de validez y control y para el análisis se tiene en cuenta el género, la edad y a quien va dirigido el cuestionario: profesores (escalas T), progenitores (escalas P) o propio sujeto (escalas S). En nuestro caso, utilizamos las escalas P debido a la corta edad de los niños.

*Conjunto de Criterios DSM-IV para el Diagnóstico del TDAH.* El cuidador principal debe seleccionar aquellos ítems que presenta en el niño a lo largo de los últimos 6 meses para valorar la existencia de un cuadro de TDAH en la criatura. Según sus respuestas, se obtiene la valoración de: Diagnóstico de TDAH de predominio inatento si se satisfacen el Criterio A1 durante los últimos 6 meses; Diagnóstico de TDAH de tipo hiperactivo-impulsivo si se satisface el Criterio A2 durante los últimos 6 meses y Diagnóstico de TDAH de tipo combinado si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses

*Cuestionario Español de Depresión Infantil (CEDI-I).* Se trata de la adaptación española (sus autores son Rodríguez Sacristán y Cardoze) del cuestionario CDI, de Beck. El test valora los síntomas depresivos (tristeza, pesimismo, baja autoestima, elevada autocrítica, sentimientos de culpabilidad, inseguridad, preocupación, sentimientos de soledad, indecisión, apatía, estado de ánimo, irritabilidad, rebeldía y sentimientos de fracaso) en la infancia (de 5 a 10 años). El cuestionario consta de 19 ítems con tres posibilidades de respuesta cada uno, de las cuales o sus padres, deben señalar la que mejor describa su situación en las dos últimas semanas. De las tres posibles elecciones, en una se refleja la normalidad, en la otra la severidad del síntoma (definida como no incapacitadora) y, en la tercera, el trastorno clínicamente más significativo dentro del trastorno depresivo.

*Prueba de Lenguaje Oral Navarra- Revisada (PLON-R).* Los autores son Gloria Aguinagua, Ma. Armentia, Ana Fraile, Pedro Olangua y Nicolás Uriz. Esta prueba tiene el propósito de evaluar el nivel de desarrollo del lenguaje oral de los niños en distintas edades (3,4,5 y 6 años). Analiza distintas áreas del lenguaje como son la forma (fonología, morfología y sintaxis), contenido (léxico a nivel comprensivo, léxico a nivel expresivo, identificación de colores, relaciones espaciales, partes del cuerpo, acciones básicas, contrarios, categorías y definición de palabras) y uso (absurdos contenido y forma, comprensión metáfora, ordenar y relatar, comprensión y adaptación y planificación).

*Evaluación del Trastorno por Estrés Postraumático a partir de los Ítems de la Escala Pediátrica de Estrés Emocional, PEDS.* Sus autores son Saylor, Swenson, Reynolds y Taylor (1999, modificado). Este cuestionario es rellenado por el cuidador principal y esta formado por 21 ítems con 4 posibilidades de respuesta en función de la frecuencia del comportamiento. A partir de sus respuestas se valoran tres categorías: alteraciones en la ansiedad-evitación, existencia de temor y susceptibilidad emocional.

*Test Proyectivo Gráfico del HTP.* Los autores iniciales fueron Buck y Hammer (1964). A partir del dibujo de tres temas gráficos (Casa, Árbol y Persona) con gran potencia simbólica se manifiestan experiencias emocionales ligadas al desarrollo de la personalidad. El dibujo de la casa se asocia al ambiente, relaciones familiares y la actitud del niño respecto a ello. El dibujo del árbol y la persona están relacionados con la imagen y el concepto que tiene el niño de sí mismo. El análisis de los dibujos es complejo y se valoran los rasgos estructurales de los gráficos, la secuencia, el tamaño, la simetría, el movimiento, la perspectiva, el trazo, el espacio, los detalles y los contenidos.

*Test del Dibujo del Animal.* Los autores son Levy, Rosenberg, Schwartz y Hammer. La valoración de este dibujo parte de la idea que representa la proyección de los impulsos fundamentales a través del tipo de animal dibujado, sus aspectos corporales, la edad, la postura y sus características. Se considera que la presencia de 3 o más de los 27 indicadores emocionales sugiere que la persona experimenta, actualmente, algún conflicto significativo.

**Material.** Los recursos utilizados a lo largo de este proceso terapéutico consisten en la filmación de las sesiones y la utilización de materiales terapéuticos variados (vídeos, cuentos, títeres, disfraces, etc).

## **6. Descripción del trabajo terapéutico.**

El proceso terapéutico utilizado trabaja con ciertas emociones básicas del ser humano, algunas de ellas vinculadas directamente con el trauma. En cada sesión terapéutica, se trabaja con una emoción en concreto adaptado a su período evolutivo, estas son:

- *Felicidad/ alegría:* es promueve la expresión e identificación de estas emociones.
- *Rabia:* esta emoción se plantea como una vía de expresión delante frustraciones y situaciones percibidas como desagradables y amenazantes, así como un posible recurso adaptativo (canalización) para hacer frente a tal situación o conflicto.
- *Miedo:* ante esta emoción se potencia el planteamiento de respuestas alternativas y funcionales en los niños, como por ejemplo la búsqueda de ayuda, la huida o el enfrentamiento directo, evitando de este modo el bloqueo.
- *Amor:* se trabaja el amor desde distintas perspectivas: amor de pareja, de amistad y de familiares. La amistad como un tipo de relación entre dos personas, con quien puedes dar y recibir ayuda, diversión y apoyo. Este tipo de relación se diferencia del amor de pareja, la cual es un vínculo intenso entre dos personas, donde hay muestras de amor (besos, abrazos, caricias...). Este amor se diferencia del afecto entre los miembros de la familia (padres-hijos, abuelos, etc). En el cualquier de estos tipos de vínculo se enfatiza la idea de sentirse bien cuidado y ser bien tratado por los otros. En caso contrario, la necesidad de expresar su desagrado y malestar es el primer recurso para que no se repita.
- *Tristeza:* esta emoción se trabaja como reacción ante situaciones difíciles e incómodas y frustrantes como es la soledad, el rechazo, la separación de seres queridos.

El grupo terapéutico se estructura a partir del conocimiento de que el período evolutivo de estos niños, situados en la primera infancia, se caracteriza por una capacidad lingüística poco desarrollada, pobre razonamiento y capacidad de insight. En este sentido, compartimos las ideas de E. Constantini y G. Miti, basándonos en el hecho de que en la infancia, los traumas y abusos ocurridos, se almacenan a nivel pre-verbal en nuestra memoria, es decir, a través de códigos sensoriomotores e icónicos, puesto que la elevada intensidad emocional de dichos sucesos y el desarrollo mental del niño, no permiten un almacenamiento verbal. Además, teniendo en cuenta que han sufrido un abuso sexual, su estado emocional se encuentra "constreñido", es decir, sin capacidad para expresar verbalmente, perpetuándose así el trauma y la consecuente sintomatología

presentada. De este modo, las sesiones terapéuticas están orientadas a facilitar de forma progresiva esta expresión emocional y verbal.

Así pues, la organización de las sesiones sigue un orden determinado en función del grado de amenaza y relación con el trauma de las emociones, así como se procura finalizar cada sesión con un "final feliz", es decir, con las emociones estresantes resueltas, reparatorias, o bien con una emoción agradable.

La terapia desarrollada es poco directiva, centrada en las emociones y poco agresiva debido al trabajo indirecto del trauma (evitando hablar de ello de modo explícito) para evitar la segunda victimización.

Con el fin de favorecer la proyección de emociones y producción verbal, la terapia se basa en la expresión analógica y digital de lo trabajado en cada sesión. Las distintas fases se detallan a continuación:

- *Presentación de la emoción*, des de una perspectiva pasiva a través de diferentes recursos terapéuticos en los cuales el niño puede identificar claramente y conectar con la emoción a trabajar. Para alcanzar este objetivo, se presentan las emociones a través de personajes animados, puesto que de este modo, se consigue una distancia con la realidad, evitando así la activación de resistencias o mecanismos de defensa que pudiesen incomodar al niño. Los medios utilizados en esta fase son el visionado de trozos de películas, representación teatral por parte de las terapeutas mediante títeres y narración de cuentos
- *Expresión de la emoción a nivel analógico*, en esta fase se pretende rescatar las emociones antes presentadas y facilitar su expresión espontánea en los niños de modo no verbal. Estas reacciones están influenciadas por sus propias experiencias, que facilita el conocimiento de su vivencia personal. Esta fase utiliza diferentes recursos, como son la dramatización, el dibujo, manualidades y juego simbólico.
- *Expresión a nivel digital*. Esta fase se centra en conseguir la verbalización de los niños sobre sus sentimientos, emociones y situaciones personales en referencia a la temática trabajada. Esto se intenta a partir de las preguntas que realizan las terapeutas a los niños después de cada actividad realizada, pretendiendo esclarecer los conceptos que se quiere trabajar, transformando así la perspectiva analógica a digital y activa. De este modo, se facilita la organización de los sucesos y su alivio.
- *Reparación*, ante la expresión de situaciones conflictivas y emociones negativas, las terapeutas intentan guiar, mediar y favorecer la resolución de los conflictos expuestos.

### **6.1. Presentación de casos**

En este apartado detallamos la historia de cada caso con el fin de conocer el estado emocional, familiar y social previo al desarrollo del grupo terapéutico:

#### Niña N:

En la actualidad tiene 6 años. Acude al Hospital con la edad de 4 años para una segunda opinión respecto la valoración de un ASI realizada previamente en otro centro. La sospecha se inicia con la explicitación de la niña a la abuela materna que "El papá le tocaba la flor". En la exploración observamos un TEPT tipo A completo: terrores nocturnos, hiperactividad, enuresis secundaria, estado de alerta y miedos a la oscuridad que todavía conserva.

La niña N es hija de un matrimonio joven separado desde hacia un año, ambos deslaboralizados y viviendo con los abuelos maternos y paternos respectivamente. Hay también constancia de algunos incidentes de violencia por parte del padre hacia la madre antes y después de la separación. Él es conocido por los Servicios Sociales como consumidor de drogas (cocaína).

En el Hospital se realizan un seguimiento durante dos años con visitas periódicas con la niña, la madre y abuela. Por otro lado, se hacen un par de entrevistas con el padre, en las que se aprecia una inteligencia límite y signos claros de no control de los impulsos. En este tiempo se hacen dos escritos al Trabajo Social y se emite una sentencia judicial de visitas en punto de encuentro. Hace un año la menor vuelve a ver a su padre en casa del mismo y vuelve a explicar que el padre le hace felaciones, con lo que vuelve a redactarse un escrito a Trabajo Social. El juez propone visitas en el domicilio del padre acompañado de una tía paterna. A lo largo del proceso terapéutico, la niña N vuelve a referir que el padre abusa de ella en su casa.

N ha tenido una temporada inicial de una gran comunicación con la terapeuta de sus problemas. A partir de los primeros juicios, la niña ya no cuenta nada. Tuvo una temporada de mejora que acaba con el retorno a las visitas en casa del padre. En el momento actual su actitud es de hipermadurez y desde los últimos incidentes con el padre, está cada vez más inhibida y, a veces, huraña.

#### Niña A:

En la actualidad tiene 4 años. La conocemos desde hace dos cuando su madre acude para un peritaje por violencia de género del ex marido. Separados desde corta edad de la niña, ha habido numerosos incidentes, juicios de faltas y no concesión de punto de encuentro de parte del juez a la petición hecha por la madre. Con un régimen de vistas de fin de semana quincenal en casa del padre y vistas de tarde de dos días a la semana y continuos incidentes entre las dos familias en las recogidas y entregas.

Existen antecedentes muy graves de agresiones y amenazas, no sólo de parte del padre, sino de toda la familia del padre hacia la familia materna.

La niña A refiere, desde hace un año y medio, que: "El papá le toca el pepe (genitales)" en las visitas en casa del padre de fines de semana alternos, además de referir también que sufre coacciones y comentarios por parte de éste hacia la madre: "El papa dice que va a matar a la mama".

Acuden a Urgencias de nuestro Hospital, el diagnóstico es: sugestivo de ASI. La niña presenta un TEPT tipo A con hiperactividad, encopresis secundaria, vómitos psicógenos, terrores nocturnos muy graves y explícita claramente su negativa a ir con el padre.

También presenta un retraso pondero-estatural grave.

La madre que tiene un gran temor al padre no ha denunciado el hecho por miedo a no ser creída. Dadas las circunstancias la asociamos al grupo de padres de forma preferente.

En el momento actual la niña se ha contado los incidentes a su terapeuta individual y ha sido enviada a otro centro de referencia para contrastar opiniones.

#### Niña G:

En la actualidad tiene 4 años de edad. Es derivada desde Urgencias y Trabajo Social en diciembre del 2008. Hija de un matrimonio muy joven, en el que el padre se halla preso y la madre hace una vida poco estable. La niña refiere que varios conocidos de la madre, entre ellos el novio: "Le pegaban y tocaban ahí", (señalando sus partes íntimas). Tras el suceso, la madre es citada al Hospital varias ocasiones pero no asiste. Tras ser obligada a ceder la custodia a la tía paterna, la niña empieza a asistir a las visitas del Hospital. Se baraja, según noticias de la familia, la existencia de adicción a drogas y/o trastorno de personalidad de la madre.

La niña presenta un TEPT tipo A grave con enuresis y, estado de alerta, terrores nocturnos. También presenta un retraso pondero-estatural importante y un retraso del desarrollo del lenguaje muy importante.

En este año hace una evolución muy positiva a todos los niveles. El nacimiento de un primito, hijo de su madre adoptiva, y el reinicio, decidido por Trabajo Social, de las visitas con la madre sentencian al empeoramiento la evolución de G.

Después del proceso terapéutico, la niña G vuelve a vivir con la madre por orden del juez..

#### Niño V:

En la actualidad tiene 6 años. Acude a nuestro Servicio en el verano del 2008. Durante las visitas quincenales con el padre, explica a su madre que juega con el padre a "las curas": "El papa me pone un algodón con celo en la pichulina", "Un día se equivocó y me hizo daño y me curaba". En ocasiones, el niño V pide que la madre reproduzca "las

curas" que realiza con el padre. También refiere que las compañeras de piso del padre le agreden y se burlan de él (nos llegan noticias de que estas mujeres son extranjeras, probablemente prostitutas). Además, el padre tiene una adicción muy grave a la cocaína desde que era adolescente.

El matrimonio discurrió con bastantes rupturas y reconciliaciones. Era mantenido por la madre. Están separados desde los primeros años de vida del niño V.

El niño V tiene una encopresis primaria con fobia al WC y fobia a desnudarse en la bañera cuando lo ducha la madre. Presenta hiperactividad importante, terrores nocturnos graves así como un retraso en el desarrollo del lenguaje grave. Valoramos la presencia de conductas hiperactivas y actitudes oposicionistas, así como retrasos importantes en el área esfinterial y del lenguaje. Creemos que se trata de un TEPT más activo propio de un varón.

El padre deja de presentarse a las visitas cuando la madre le cuenta las revelaciones del niño. Por lo tanto, durante todo el proceso terapéutico grupal, el niño V no tiene visitas con el padre. En el otoño 2009, el juez concede visitas en el punto de encuentro al padre tras empezar a reclamarlas en el verano. En estos momentos, el niño V debuta episodios de sonambulismo.

## **6.2. Experiencia del grupo de autoayuda de los cuidadores**

### *Dinámica grupal:*

Desde el primer día se observa una total cohesividad del grupo: "Unidos en la desgracia". Todos cuentan, desde un principio, los problemas que tienen sin el menor reparo. Se producen intervenciones siempre más destacadas de los que tienen más conflictos. Los otros escuchan y aconsejan. Se llaman por teléfono entre ellos desde un primer momento. En ocasiones también acuden otros cuidadores de los niños.

### *Tiempos:*

1ª fase: Al inicio, el grupo tiene el valor catártico de oír al otro con el mismo problema ( el escándalo y el shock del suceso impensable, la traición, el boicot de la familia del abusador, etc) y oír los fracasos legales también coincidentes ( la falta de peso legal de lo que el niño dice, la incomprensión de los jueces ante el sufrimiento psicológico como equivalente de una situación de agravio absolutamente anómala, la incomprensión de los servicios sociales con los casos en los que no hay pruebas físicas, la no intervención socio- legal sobre el abusador, etc). Hay una alta cohesividad y muchas reacciones de llanto, vergüenza, indignación y de desolación.

2ª fase: El aprendizaje en espejo se inicia rápidamente, también se cuentan los problemas por teléfono. Hay un humor cínico en los momentos de tipo hipomaniaco. Se crea un subgrupo de madres y subgrupo de los abuelos.

3ª fase: "indignación". Poco a poco, van entrando todos en el proceso legal insidioso sin resultados, sintiéndose también agraviados por los derechos legales que tiene el abusador. Manifiestan angustia ante el hecho de ver como no se ponen en marcha las medidas legales de protección del menor. Además, hay nuevos episodios de abuso. En esta etapa, el tono emocional es, generalmente, bajo con alguna explosión de rabia.

4ª fase: "desolación y perplejidad", que aparece cuando la cuestión legal no se resuelve o retrocede: "¿Cómo es que nadie nos escucha?" "¿Por qué no pesan más nuestros derechos? ¿Por qué no nos creen y nos equiparan con el culpable?"

5ª fase: "apatía y estatismo". Los miembros del grupo se empiezan a desvincular de las visitas de seguimiento tras el verano: "Por más que nos reunamos no conseguiremos nada"

## **6.3. Descripción y Análisis cualitativo de las sesiones terapéuticas:**

### *Primera sesión:*

El primer día tiene como objetivo la presentación del grupo y las terapeutas, así como la introducción de la primera emoción a trabajar: la alegría.

Con el fin de facilitar el contacto y la confianza en el grupo, cada participante se presenta y habla brevemente de su persona (habilidades, gustos...). Posteriormente, realizamos

diversas actividades vinculadas a la alegría, pues es una emoción no amenazante para los niños y facilita el buen clima en el grupo.

La estructura de la sesión se basa en la visualización de dos trozos de películas de dibujos donde aparece esta emoción y, posteriormente, se realiza un breve baile en grupo.

En esta sesión se pone de manifiesto su reacción ante situaciones novedosas de grupo social.

Por un lado, observamos que el varón muestra un comportamiento oscilante: en ocasiones se muestra expansivo, con inquietud motora si bien en otras circunstancias muestra un comportamiento apático y postrado (usando frases como "yo me duermo" y estirándose al suelo). Este patrón se explica por la presencia de sentimientos depresivos, los cuales intenta paliar con una conducta hiperactiva. Ante la proposición de actividades por parte de las terapeutas, el varón adopta una actitud opositora a nivel verbal y conductual.

Por otro lado, las niñas muestran una conducta inhibida y pasiva, así como dócil en las actividades que se proponen. En concreto, las niñas menores (de 3 años) muestran una elevada ansiedad de separación con su cuidadora.

Como cabe esperar, el grado de interacción grupal y participación a nivel verbal de los niños es muy pobre y actúan de modo independiente, dejando el rol directivo a las terapeutas, por lo que no se observa cohesión grupal.

Cabe destacar que ya desde la primera sesión se evidencian conductas sexualizadas en algunos de los sujetos (poner la cabeza entre las piernas de las terapeutas).

#### Segunda sesión:

En la segunda sesión se pretende profundizar en la emoción de alegría a través de la identificación de estímulos facilitadores de esta, potenciando la expresión de esta emoción en distintos niveles (corporal, facial, verbal) y facilitando su razonamiento sobre el tema a través de preguntas acerca de su experiencia personal.

En esta sesión, las actividades que se plantean son el visionado de dos partes de películas y posteriormente se propone una actividad con la que los niños adoptan un rol activo en el que dan y reciben alegría (imitación de payasos). La última actividad es la expresión de esta emoción a nivel digital (realización de un mural conjunto relacionado con la emoción trabajada).

A nivel analógico, la niña N. se muestra más abierta y activa con el grupo, adoptando un rol más colaborador; a su vez, el niño V también se interesa por interactuar con sus compañeros. Las más pequeñas (G, A) sigue con actitudes muy inhibidas y dependientes de las terapeutas.

Respecto la actitud grupal, empiezan a aparecer las primeras asociaciones entre dos niños del grupo (juegan juntos al pilla-pilla) y aumenta el contenido verbal en sus interacciones.

A lo largo de esta sesión, el niño también utiliza expresiones que revelan su bajo estado anímico ("quiero dormir", "me he cansado").

#### Tercera sesión:

En esta sesión se trabaja la emoción de rabia y se intenta que contacten con ella a través de la expresión de esta, identificación de estímulos desencadenantes de su experiencia y canalización de esta emoción de manera adaptativa de modo que pueda ser un recurso asertivo para hacer frente a situaciones cotidianas.

La primera actividad que se desarrolla en esta sesión es la representación de títeres por parte de las terapeutas vinculada a la emoción de rabia a través de la presentación de una situación cotidiana (dificultades sociales con los iguales).

Posteriormente, los participantes realizan una representación libre con los títeres en la cual aparecen ciertas situaciones de la obra de teatro realizada por las terapeutas. A lo largo de tal representación se pone de manifiesto la pobre capacidad de resolución de modo asertivo de la niña A y la niña N, pues la primera no acepta el perdón del "personaje malo" y la segunda actúa de modo pasivo y sumiso, evitando el conflicto y, en último lugar, buscando la ayuda del adulto.

#### Cuarta sesión:

La sesión cuarta tiene como objetivo profundizar en la emoción de rabia y a su vez mostrar maneras de canalizarla para utilizarla de manera más adaptativa.



En esta sesión se introduce un objeto transicional (adoptando un rol de co-terapeuta), que nos acompañará a lo largo del proceso terapéutico. Se trata de un gran oso de peluche que se presenta como un elemento tranquilizador, el cual simboliza la escucha y el apoyo de los demás.

Una de las actividades que se desarrolla consiste en que las terapeutas y los niños adopten el papel del oso para cuidar y calmar a sus compañeros y posteriormente se intercambien los papeles. Esta actividad facilita la aparición de un emergente grupal. Otra de las actividades que se realiza en esta sesión es el visionado de una escena de la película "Los Dalmatas", donde aparece la amenaza hacia unos cachorros, la defensa de sus padres y el enfrentamiento con los agresores. Seguidamente, la niña A asocia directamente estas imágenes con el comportamiento agresivo de su padre (abusador), verbalizando una situación concreta.

A lo largo del juego simbólico se pone de manifiesto la progresiva desinhibición de las niñas del grupo así como mayor flexibilidad relacional, adoptando roles más activos y asertivos.

La última actividad que se plantea es la reproducción en el plano digital de la experimentación de la rabia a través del dibujo.

Una de las observaciones significativas en esta sesión es el comportamiento que muestran dos de los participantes del grupo y que se repetirá a lo largo de las siguientes sesiones: el comportamiento agresivo y, en ocasiones, sexualizado (imitación de movimientos sexuales) por parte del varón y la reacción de bloqueo y sumisión de la niña. Estos patrones de conducta nos recuerdan a las manifestaciones frecuentes de niños abusados sexualmente.

#### Quinta sesión:

La sesión se centra en el trabajo del miedo, una de las reacciones más presentes en los niños con ASI. Se pretende que con su manifestación, las terapeutas y los participantes del grupo (a través de la cohesión y el aprendizaje social) faciliten su expresión y utilicen recursos adaptativos para hacer frente a las situaciones que despiertan miedo a los niños.

Con el fin de facilitar la identificación y experimentación de esta emoción, se utiliza el fragmento de dos películas y, posteriormente, la representación de una de ellas ("Los tres cerditos").

En general se observa que las reacciones a nivel digital de los niños ante el miedo son la oposición, la negación y el decaimiento. A su vez, la niña A asocia el contenido de las imágenes con la conducta agresiva de su padre y lo expresa abiertamente, lo que produce una reacción de bloqueo en el resto de los niños.

De modo analógico, ante la visualización de tales escenas, sus reacciones difieren en función del género: las niñas buscan el objeto transicional mientras el varón adopta un comportamiento activo con el intento de controlar el entorno (examina detrás las puertas y debajo las mesas).

En la representación por parte de los niños de "Los tres cerditos" se facilita a los niños mascarar de los protagonistas. El varón escoge el rol de agresor (lobo) y el resto de víctimas (cerditos). En esta actividad hay un elevado grado de conexión y expresión de la emoción de miedo, lo que facilita que aparezca un emergente grupal.

En un primer momento, las víctimas huyen, se esconden y buscan la protección de las terapeutas, pero progresivamente, fruto de la cohesión grupal, empiezan a defenderse conjuntamente contra el agresor (gritos, golpes...). En la fase de resolución de la situación, los niños proponen soluciones punitivas y de reparación.

#### Sexta sesión:

En la presente sesión seguimos con la temática del miedo a través de la lectura y posterior representación del cuento de la "Caperucita roja". Este cuento representa claramente la situación en la que se encuentran los niños con ASI, pues aparece la confusión de roles: cuidador "debe" proteger y, en cambio, abusa (paralelismo con el lobo, quien no es fiable), la persecución, el engaño y la traición. Aun así, este cuento tiene un "final feliz" a través de su resolución asertiva (el adulto protege y defiende, "el malo" es capturado).

En esta sesión el niño se muestra opositor, intentando interrumpir la progresión de la actividad.

En la representación se repiten los roles escogidos en la sesión anterior (varón agresor, niña víctima). Observamos, a diferencia del día anterior, una pobre capacidad de conectar con la emoción y de afrontamiento a las situaciones conflictivas planeadas, lo que atribuimos a la falta de asistencia de la mitad del grupo en la sesión.

Seguidamente proponemos que proyecten en forma de dibujos algunos de los estímulos que les generan miedo. La niña G dibuja un lobo (agresor) y el niño dibuja una casa encantada. A modo de reparación, las terapeutas proponen la modificación del dibujo (añadir una jaula) y su destrucción (simbolizando la eliminación del estímulo).

#### Séptima sesión:

Esta sesión pretende trabajar la temática de la amistad y el amor o enamoramiento. En un primer momento, los niños observan (des de una perspectiva pasiva y analógica) que es la amistad y el amor a través del visionado de dos trozos de película en los que puede identificar claramente los dos tipos de relación comentados anteriormente.

Se pretende su diferenciación así como la idea del "buen trato" (con protección y afecto) en estas relaciones. En caso contrario, se aconseja la expresión de malestar al otro. Por un lado, se entiende la amistad como el tipo de relación entre dos personas en la cual puedes encontrar diversión, ayuda y apoyo. Por otro lado, se entiende el enamoramiento o amor como una relación más intensa entre dos personas donde hay muestras de amor (besos, caricias...).

La actividad que se propone en esta sesión es la realización de objetos con plastilina con el fin de darlo a otro participante del grupo, y así promover la idea de "dar y recibir" algo agradable y personalizado, propio de las relaciones de amistad y amor. A través de este material se intenta que los niños proyecten los sentimientos y emociones de aquello trabajado a nivel analógico sobre la amistad y amor.

Respecto al ambiente grupal, comentaremos que antes de iniciar la séptima sesión, los niños ya están jugando en la sala de espera, observando así que la cohesión grupal se manifiesta también fuera de la terapia.

En esta sesión podemos observar poco interés en la presentación del primer video, el cual trata de la amistad. Su comportamiento inicial es caótico, sin seguir las prescripciones de las terapeutas y se mantienen las conductas sexualizadas del varón hacia la niña N, que sigue respondiendo pasivamente.

En la segunda parte de la sesión se presenta un video con la temática del enamoramiento (es un trozo de la película de "Bambi", donde los animales principales se enamoran de unas hembras y manifiestan conductas como ponerse colorado cuando les dan un beso, nerviosismo, vergüenza, bienestar...). Ante estas imágenes, se experimenta un cambio importante en el clima grupal, evidenciando un mayor grado de interés y atención hacia el video.

Las niñas más pequeñas permanecen captivadas y atónitas a lo largo del visionado. En los niños mayores persiste la conducta asertiva y osada del varón sobre la niña N, quien en este caso coge el objeto transicional para defenderse de este y busca el apoyo de las terapeutas. Posteriormente esta niña se aleja del varón pero busca su atención con conductas de galanteo y actitudes seductoras (imitando la conducta de la hembra en la película).

A raíz de la visualización de la película, el ambiente general vuelve a ser más caótico, negándose a responder las preguntas realizadas por las terapeutas y manifestando una elevada agitación motora.

El varón y la niña N manifiestan una serie de conductas de seducción-imitación y más adelante se prolonga en una situación de lecho conyugal (el niño y la niña constuyen una cama con las sillas de la sala), la cual no aparece en el video. Este suceso pone de manifiesto que los niños abusados asocian las conductas de amor "inocente" a situaciones sexualizadas no correspondientes a su edad ni a su nivel madurativo.

Seguidamente iniciamos la actividad con plastilina, la cual es aceptada fácilmente por los niños y muestran conductas de cohesión grupal. Este ambiente facilita la expresión por parte de los niños de situaciones personales en las que ellos se sienten mal tratados (amigos de la escuela). En este caso las terapeutas aprovechan esta expresión digital para entrenar a los niños a responder de modo asertivo ante las situaciones de amenaza. Se observa una buena respuesta por parte de los niños, quienes tienen una pobre capacidad de resolución. Aunque todo este entrenamiento en habilidades sociales se

realiza entorno a situaciones no vinculadas al abuso, la niña A lo asocia con una situación de maltrato real, explicitando el comportamiento maltratante de su padre hacia su madre. Este suceso nos revela que, de modo indirecto, el entrenamiento en habilidades sociales podrá ser utilizado también en una situación de abuso.

#### Octava sesión:

Esta sesión pretende trabajar la temática de la afectividad dentro del contexto familiar así como en el de pareja. La idea es que los participantes del grupo observen, desde una perspectiva pasiva, este tipo de relaciones a través del visionado de dos partes de película donde se puede identificar claramente el concepto de "familia unida y afectiva" así como la estima en una pareja. A su vez, se pretende que diferencien estos dos conceptos.

Una de las actividades que se plantea en esta sesión es el juego simbólico con muñecos de una familia con el fin que los niños proyecten situaciones cotidianas de su hogar. Las terapeutas intervienen, en ocasiones, en el juego con el fin de facilitar la expresión de sus emociones y sus proyecciones, reconduciendo y reparando situaciones y estímulos disfuncionales que pueden aparecer en el juego.

En el análisis de la sesión observamos que los niños inician la sesión tranquilos y colaboradores aunque, al igual que en la sesión anterior, los niños se muestran evitativos y bloqueados ante las preguntas que hacen referencia a la temática del amor.

Ante la visualización de imágenes de la película de amor (correspondiente a un fragmento de la película "Rey León" en el que el león y la leona muestran su amor jugando, dándose besos y caricias), en general, los niños muestran interés y captivación, aunque las niñas manifiestan reacciones de vergüenza (tapándose los ojos), actuando según aquello que se considera "políticamente correcto". Su verbalización es escasa y las niñas tienen reacciones de postración y decaimiento (actuando como si durmieran en la cama) ante las preguntas de las terapeutas acerca del video del enamoramiento.

En el video que trata sobre el amor de familia (se evidencia una situación familiar acogedora y protectora) los niños siguen mostrándose apáticos y con un bajo estado de ánimo, lo que interpretamos como una reacción de frustración dada su realidad familiar, así como la consecuencia de haber presentado anteriormente una situación relacionada con el trauma.

Durante el juego simbólico, los niños son capaces de dramatizar y proyectar en los muñecos sus conflictos si bien actúan de modo individual y en desunión con el grupo. Algunos de los temas que se manifiestan son de tipo carencial, simbiosis materno-filial y conductas de postración.

En la última parte del juego, las terapeutas plantean el "inicio de la noche" y en este momento la reacción de los niños difiere entre ellos: unos piden protección (la niña A coloca la familia de muñecos alrededor de la cama de la niña); otros evitan la situación (la niña N dice: "mis muñecos no duermen porque están en otro país y allí no es de noche"); otros manifiestan comportamientos que pueden recordar al suceso traumático (la niña G coloca un bebe en la cama y un doctor toca el cuerpo del bebe con el fonendo; el varón escoge un elefante grande y otro pequeño para jugar y pone sus trompas a la lavadora, expresando que se están lavando. Después sitúa el elefante pequeño en la misma cama que su cuidador).

#### Novena sesión:

En la presente sesión se pretende centrar la atención en la identificación y expresión de la tristeza en distintos niveles (facial, corporal y verbal) para una posterior reconducción de esta emoción.

Así pues, en un primer momento se propone que los participantes del grupo observen situaciones que evocan sentimientos de tristeza en distintas formas a partir del visionado de partes de dibujos animados para un posterior trabajo sobre ellos.

Posteriormente se utiliza la dramatización mediante la representación teatral de uno de los videos observados para que los niños experimenten y expresen todas aquellas reacciones comportamentales y emocionales derivadas de esta experiencia.

Finalmente, a lo largo de la representación teatral, las terapeutas reconducen la situación con el fin de alcanzar la fase de reparación al finalizar la sesión.

Respecto el análisis de esta sesión, podemos comentar que el comportamiento de los niños se caracteriza por su postración emocional, pasividad y regresión, lo que

interpretamos como consecuencia de la sesión anterior. También tenemos constancia de que dos niños del grupo están experimentando situaciones de mayor estrés en sus hogares últimamente. En concreto, la niña G aumenta la frecuencia de visitas con su madre (quien recordamos que se le había retirado la custodia por negligencia y además consumía drogas) y la niña N. explicita un aumento en la frecuencia de abusos por parte de su padre aquella semana.

Ante el clima depresivo que se detecta, las terapeutas recurren al objeto transicional, ante el cual aparecen conductas de rivalidad y descohesión en los niños para adquirirlo. Ante el visionado de los vídeos, se ponen de manifiesto varias reacciones: tristeza y proyección (la niña N y G lloran), cohesividad de algunos, negativa y oposición de otros y reacciones de hiperactividad.

En la parte de dramatización (representación del video del Patito feo por parte de los niños) se observan conductas de enfado en todos ellos sin motivo aparente, de esta manera se evidencia la existencia de irritabilidad y malestar en estos niños vinculado al tema de exclusión y abandono tratado en la película. Posteriormente, las terapeutas trabajan el tema de la tristeza expresado a través del enfado con los niños, facilitando recursos para paliar estas emociones "negativas" a través del objeto transicional. En este caso, todos los niños del grupo se muestran dispuestos y participativos en la resolución de la situación.

#### Décima sesión:

En las dos últimas sesiones (décima y undécima) se consideró oportuno centrar la atención en aquellas emociones anteriormente trabajadas que habían generado una reacción emocional más contundente en los niños. Además, nos era de utilidad para la valorar la utilización de los recursos trabajados en sesiones previas.

En esta sesión se escogió centrar la atención en la emoción de amor puesto que es evidente que las temáticas amorosas permiten trabajar más directamente con la problemática del ASI. En la segunda parte de la sesión se eligió la ira puesto que, frecuentemente, los niños abusados presentan dichos sentimientos tras haber sufrido tal episodio traumático pero la situación no les permite expresar su emoción. Así pues, consideramos importante que, al menos en un contexto terapéutico, les podamos brindar la oportunidad de expresarla.

Para tratar el tema de la ira y del amor se emplea el visionado de 2 trozos de videos de dibujos animados. La actividad que se plantea en esta sesión es el juego simbólico con muñecos integrantes de una misma familia extensa en la que cada niño adopta un papel determinado. Este juego permite que los niños actúen de modo conjunto, construyendo la misma historia, y así facilitando una mayor cohesión grupal y aprendizaje social. Respecto la valoración de la dinámica grupal, observamos que los niños se muestran participativos ya des del primer momento, iniciando conversaciones y buscando la atención y apoyo por parte de las terapeutas. Esta actitud facilita intervenciones terapéuticas acerca de: recursos en situaciones que generan miedo, expresión asertiva ante situaciones conflictivas (vinculadas indirectamente con el abuso sexual: la noche, miedo, casa del padre, etc.). Así pues, hay un aumento significativo de cantidad y calidad de lenguaje hablado, observándose conversaciones más extendidas y enriquecedoras en el grupo. Su nivel de conducta motora es menor y muestran una actitud más tranquila e implicada en los diálogos. Esta dinámica podría estar influenciada, en parte, por la ausencia de las participantes de menor edad.

Por otro lado, vemos que la actitud del niño V y la niña N está debidamente perfilada por los roles impositivo y abusador en el varón y de pasividad e incapacidad de la niña, como en sesiones previas. A su vez, el objeto transicional vuelve a actuar como "el representante protector" de lo que la niña N no puede hacer por sí misma (defenderse ante actitudes poco respetuosas por parte del niño).

En esta sesión se produce un hecho concreto que cabe destacar: el niño V toca el culo de modo descarado a la niña N, sin ella defenderse. Las terapeutas trabajan sobre esta situación con el fin de promover actitudes más adaptadas ante estos tipos de hechos (que la víctima se defienda de modo asertivo y que el agresor comprenda y empatice con esta). Esta intervención facilita un aprendizaje y se observa el empleo de estas pautas por parte de los niños. Más adelante, la niña N aplica también, durante el juego simbólico, respuestas mucho más asertivas que en sesiones anteriores.

Se observa que el tocar sinuosamente el tema de la relación parental maltratante en el grupo, enmudece a la niña N, pasando al plano de la no explicitación verbal y apareciendo conductas evitativas, de "desviar la atención sobre otros males".

Undécima sesión:

En la presente sesión consideramos adecuado centrar la atención en las interacciones en el ámbito familiar, puesto que es el aspecto más conflictualizado y donde se origina el trauma. En este caso no nos centramos en una emoción concreta, sino que optamos por promover la proyección y expresión libre de distintas emociones.

La primera actividad que se realiza consiste en la representación con títeres por parte de las terapeutas de una historia donde aparece una familia en la que se presenta una situación de conflicto entre sus miembros. Esta situación se resuelve a través de la expresión verbal de las emociones de los miembros y su respuesta asertiva (el pedir perdón sobre sus acciones erróneas).

Posteriormente, se propone a los niños que creen ellos mismos una historia conjunta mediante los mismos personajes de los títeres.

En cuanto al análisis de la dinámica grupal, destacamos que las terapeutas explican la finalización del proceso terapéutico, y se denota que los niños comprenden de manera adecuada el momento: primero enmudecen y, posteriormente, buscan la asociación entre ellos.

En el juego simbólico, las niñas muestran mayor grado de plasticidad y proyectan muy bien sus angustias del núcleo familiar: el desvalimiento de la niña G, la familia paterna persecutoria de la niña A, el aislamiento de la niña N (recordamos que, en esos momentos, es quien está sufriendo a solas el abuso). En contraste, el niño V se desestabiliza y es incapaz de proyectar, recurriendo a la conducta motora.

Durante el juego los niños manifiestan conductas normalizadas en sus personajes en la situación "de dormir" (los colocan por parejas: padre-madre, abuelo-abuela, etc). Esto lo interpretamos como la representación de sus necesidades y deseos.

A medida que se va acercando el final de la sesión, los niños se van mostrando, progresivamente, más aislados y decaídos. Este hecho despierta, en los niños actitudes de apoyo mutuo, denotando una elevada cohesividad grupal. Por ejemplo, en el momento en que el niño V se muestra triste, la niña A acude a su lado, facilitándole juguetes, restando a su lado.

## **7. Resultados.**

El análisis se obtiene de los resultados derivados de la comparación entre la batería administrada antes del proceso terapéutico (Abril 2009) y después de este (Julio 2009). Para realizar el análisis comparativo, nos hemos centrado en aquellas áreas específicas de los test que más frecuentemente se encuentran afectadas en los niños abusados sexualmente. Estas áreas se detallan a continuación:

- *Aislamiento-Retraimiento*: tendencia a evitar el contacto social con los demás.
- *Somatización*: propensión a ser excesivamente sensible y a presentar quejas sobre incomodidades y problemas físicos menores.
- *Ansiedad*: tendencia a mostrarse nervioso, asustado y/o preocupado por problemas reales o imaginarios.
- *Depresión*: presencia de sentimientos de infelicidad, tristeza y estrés que pueden dar lugar dificultad para realizar las actividades cotidianas o pensamientos relacionados con la muerte.
- *Habilidades sociales*: habilidades necesarias para interactuar satisfactoriamente con los iguales y los adultos del ámbito familiar, social y escolar.
- *Hiperactividad y problemas de conducta*: tendencia a mostrarse excesivamente activo, manifestando dificultades para pensar antes que actuar, facilitando que realice las actividades de modo precipitado. Los problemas de conducta hacen

referencia a la manifestación de comportamientos antisociales, con una conducta perturbadora y con un pobre control de la conducta.

- *Problemas de atención:* referencia a la dificultad para centrar la atención, facilitando la tendencia a la dispersión y distracción.
- *Sintomatología del TEPT infantil:* presencia de ansiedad-evitación, existencia de temor y susceptibilidad emocional.
- *Lenguaje:* valoramos el estado, nivel de desarrollo y dificultades en el lenguaje oral del niño a partir del análisis del uso, contenido y forma del lenguaje.

### **7.1. Resultados individuales:**

Con el fin de analizar de modo más detallado y exhaustivo los resultados obtenidos en las pruebas administradas, y puesto que la muestra es reducida, consideramos adecuado presentar los resultados que se desprenden analizando cada caso de manera individualizada:

#### *Niña N:*

Por lo que respecta al retraimiento, observamos en la grafica una disminución de la puntuación así como una leve mejora en la sintomatología de tipo ansioso.

En cuanto al nivel de somatización se observa una mejora significativa. A su vez, el grado de sintomatología depresiva se mantiene y no se constatan cambios.

Los problemas de conducta y la hiperactividad disminuyen de manera significativa y las alteraciones atencionales se mantienen.

En la presencia de problemas sociales se experimenta un empeoramiento.

A partir de la valoración de la presencia de Trastorno por Estrés Post-Traumático, detectamos un leve aumento de la sintomatología después del tratamiento, siendo en los dos casos significativo.

Respecto el área del lenguaje, observamos una mejoría aun que su nivel inicial era ya satisfactorio.

#### *Niña G*

Respecto a su nivel de retraimiento con el entorno, la niña G obtiene la misma puntuación en las dos valoraciones. Con relación a ello, la niña G manifiesta más problemas de tipo social, experimentando una disminución en las habilidades sociales y capacidad para adaptarse al medio.

En cuanto a las quejas somáticas, observamos una leve mejora. A nivel de sintomatología ansiosa, obtenemos resultados dispares, mientras que a nivel de sintomatología depresiva, detectamos un empeoramiento significativo (manifestando anorexia e irritabilidad).

En la segunda valoración existe un aumento significativo de comportamientos de tipo hiperactivo y agresivo. Del mismo modo, su capacidad atencional experimenta un deterioramiento.

En cuanto a sintomatología específica del TEPT se mantiene significativo, no observándose un empeoramiento.

Respecto a su nivel de lenguaje hablado, la niña G obtiene un mejor rendimiento en el test.

En la valoración de las pruebas proyectivas se pone de manifiesto una evolución en la niña G, puesto que en la primera valoración realizaba garabatos y en la segunda, sus dibujos son estructurados, pudiendo seguir la consigna que requiere el test.

#### *Niña A*

Respecto las puntuaciones de retraimiento y aislamiento de la niña A observamos una mejora aunque las habilidades sociales siguen siendo pobres y se valora un incremento en los problemas sociales.

A nivel de somatización, observamos una disminución destacable, aunque las puntuaciones en el resto de sintomatología depresivo-ansiosa son similares en las dos valoraciones realizadas.

La presencia de comportamiento de tipo hiperactivo y agresiva se mantiene constante en el tiempo, aunque su capacidad atencional empeora de forma significativa.

La sintomatología del TEPT experimenta un leve empeoramiento.

Respecto a su capacidad lingüística, se observa una mejora significativa si bien cabe tener en cuenta que en la primera evaluación se observa un elevado grado de ansiedad, lo que interpretamos que pudo influenciar en su rendimiento.

A partir de la valoración de las pruebas proyectivas, observamos que la niña A realiza garabatos, tanto en la primera como en la segunda evaluación, evidenciando una marcada inmadurez emocional y cierta actitud oposicionista.

#### *Niño V:*

Respecto a su nivel de retraimiento con el entorno, observamos que el niño V manifiesta una mejora significativa. La presencia de quejas somáticas se mantiene a lo largo de los tres meses, no observándose cambios. En cuanto a la presencia de sintomatología ansiosa, detectamos una leve mejoría. Respecto a las manifestaciones depresivas, observamos una disminución significativa de esta, así como la remisión de las alteraciones del sueño. Vinculado a estos hallazgos, también se observa una disminución en la gravedad sintomatológica del TEPT.

Las alteraciones en el comportamiento y las manifestaciones de tipo hiperactivo en el niño V experimentan una reducción significativa así como a su vez mejora su nivel adaptación al medio y sus habilidades sociales.

A nivel atencional muestra puntuaciones que nos indican un empeoramiento sintomatológico. Respecto a sus capacidades lingüísticas, en la primera evaluación mostraba un retraso y en el post-test se observa una mejora.

A partir de las pruebas proyectivas observamos una mejora general en el niño V sobre todo en el área social.

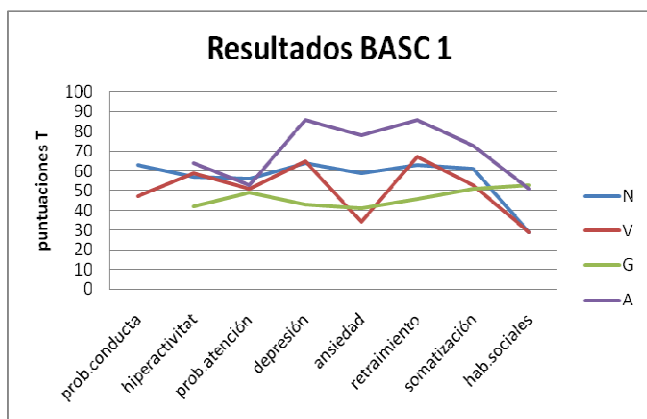
### **7.2. Resultados grupales:**

Partiendo de la valoración de cada caso, los resultados globales ponen de manifiesto que algunas de las áreas anteriormente valoradas experimentan una mejora común en todos los niños. En primer lugar, se evidencia que la tendencia al aislamiento y retraimiento de los niños del grupo terapéutico disminuye, manifestando una mejora. En segundo lugar, se valora una evolución positiva en las manifestaciones somáticas, puesto que disminuye su presencia en la mayoría de los niños. A su vez, su capacidad lingüística experimenta una mejora significativa.

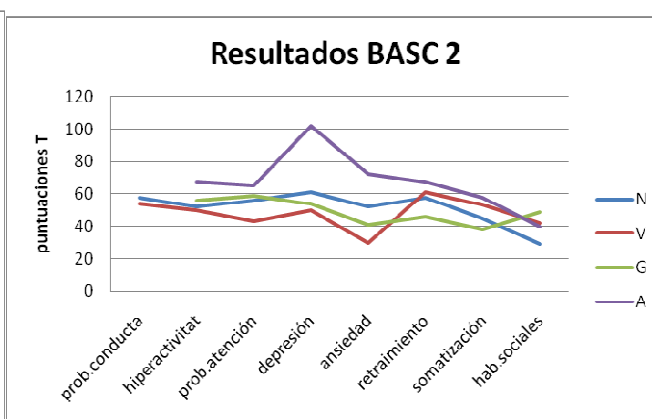
Por otra parte, también existen áreas que experimentan un empeoramiento común en todo el grupo. Una de estas áreas es la capacidad social valorada a partir de las habilidades sociales de los niños, donde se observa que tres de los cuatro participantes obtienen peores resultados. Otra categoría que muestra un deterioro respecto la primera valoración es la capacidad atencional, poniendo de manifiesto la tendencia a la dispersión de los niños.

Por lo que respecta a los resultados en la sintomatología ansiosa, depresiva, conductas hiperactivas y presencia de síntomas del TEPT valoramos una heterogeneidad de los resultados, no pudiendo obtener una tendencia a nivel global.

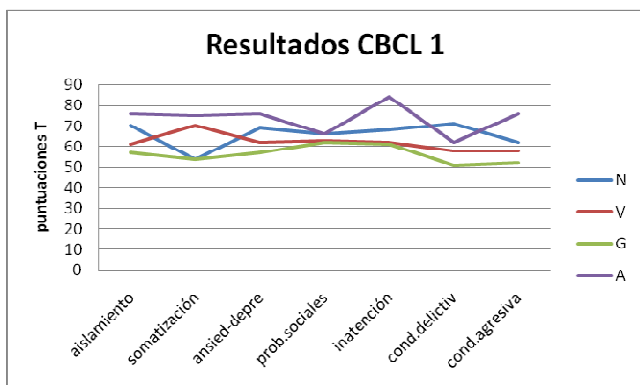
A continuación presentamos las graficas derivadas de los resultados obtenidos en las diferentes pruebas administradas:



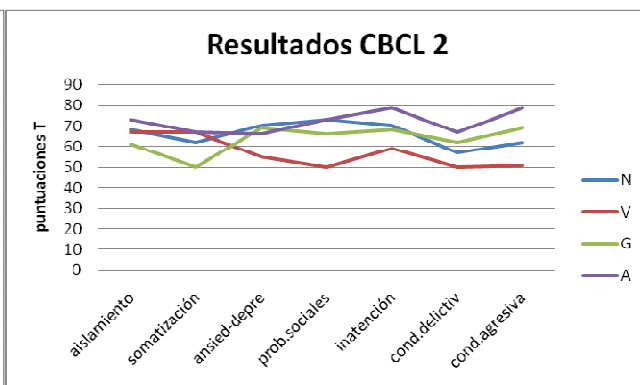
Resultados del test BASC administrado en la evaluación pre-tratamiento



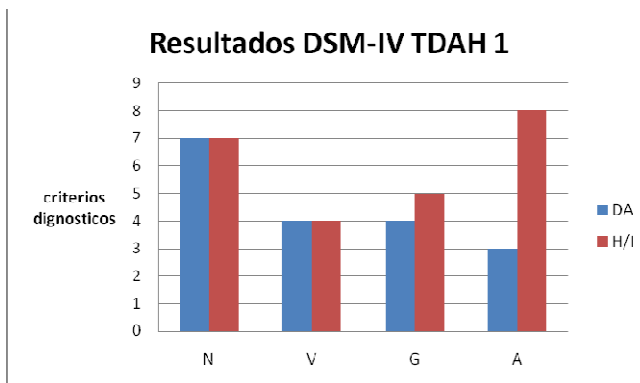
Resultados del test BASC administrado en la evaluación post-tratamiento.



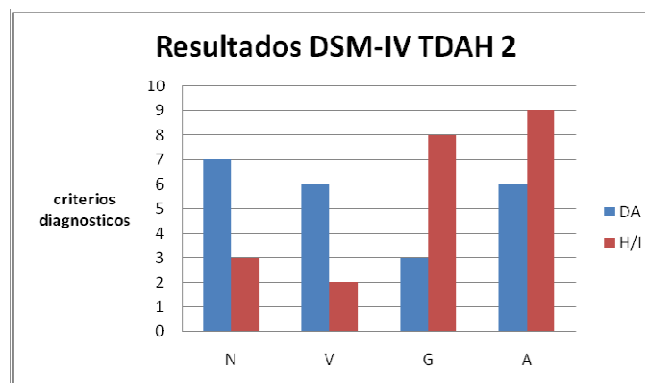
Resultados del test CBCL administrado en la evaluación pre-tratamiento



Resultados del test CBCL administrado en la evaluación post-tratamiento



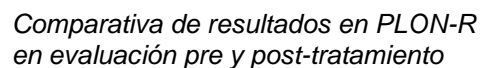
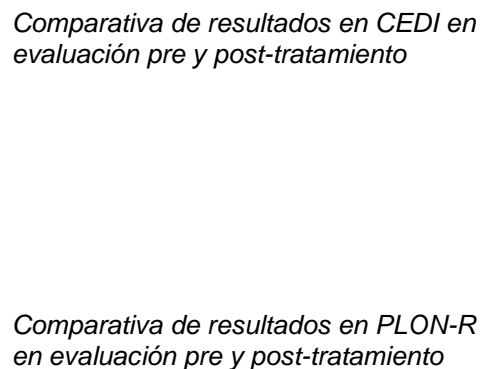
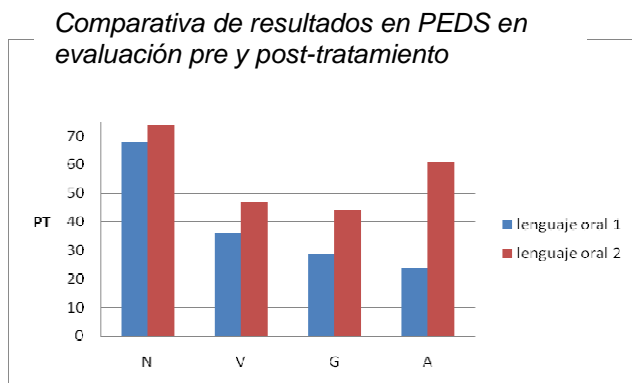
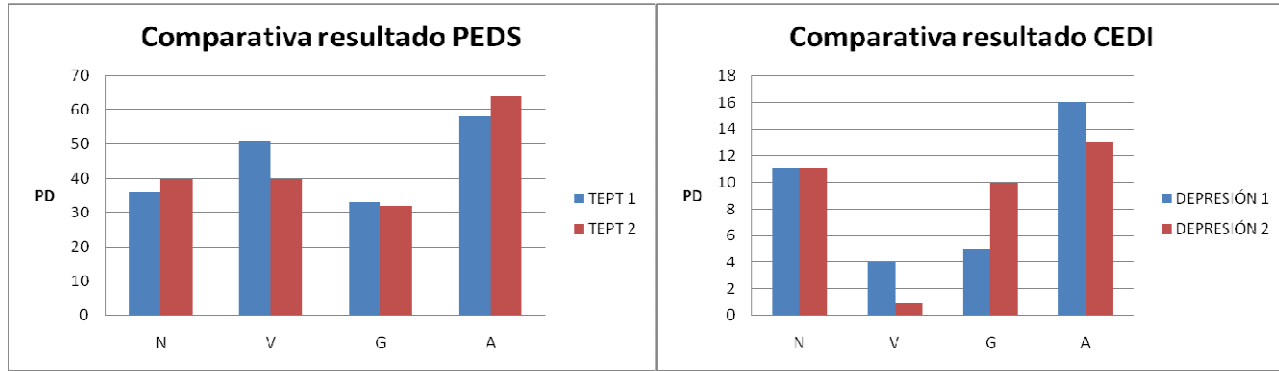
Resultados del test DSM-IV TDAH administrado en la evaluación pre-tratamiento



Resultados del test DSM-IV TDAH administrado en la evaluación post-tratamiento.



# GRUPO PSICOTERAPÉUTICO DE NIÑOS DE PRIMERA INFANCIA CON SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI)



## 8. Conclusiones finales

En cuanto a la valoración general de la eficacia del programa terapéutico grupal en niños con ASI podemos concluir que su efecto en la sintomatología y estado emocional de los niños es positivo, observándose mejoras en las áreas psicológicas valoradas en este estudio. La efectividad de la terapia se pone de manifiesto a partir de los resultados expuestos, ya sean a nivel psicométrico o bien a nivel de observación clínica.

Respecto los resultados derivados de los tests administrados, coincidiendo con la observación clínica de las terapeutas, valoramos una mejora en la capacidad de exteriorización emocional de los niños, comprobada en la disminución del retraimiento y aislamiento. A su vez, los participantes del grupo han experimentado una evolución muy positiva en sus habilidades lingüísticas verbales que ha facilitado. Hemos correlacionado esta mayor exteriorización con la disminución del grado de somatizaciones que presentaban los niños.

Otra área valorada en el estudio es la capacidad de socialización y de las habilidades sociales del niño. En este caso, los resultados psicométricos obtenidos de la opinión de los cuidadores indican un empeoramiento generalizado en el grupo, no coincidiendo con la valoración de la observación clínica de las terapeutas y la evolución positiva observada en la dinámica del grupo.

El grado de dispersión disatencional en los participantes del grupo es también un área que experimenta un peor resultado según las pruebas psicométricas, si bien a nivel clínico, valoramos que su capacidad atencional se mostraba constante a lo largo del programa terapéutico.

Respecto a los resultados a nivel psicométrico en referencia a la sintomatología ansiosa, depresiva, propia del TEPT infantil y comportamiento hiperactivo observamos una heterogeneidad de estos según el caso. A partir de la observación clínica confirmamos tales resultados, interpretando que estos pueden explicarse por los factores externos individuales (situación familiar, contacto con el abusador...) de cada niño. Estas condiciones ambientales pueden estar repercutiendo en su estado emocional a su vez que obstaculizando su aprovechamiento de las intervenciones terapéuticas.

Esta interpretación se corrobora con la evolución del varón, quien es el único sujeto que no mantenía contacto con el abusador durante toda la terapia. El niño experimentó una mejora generalizada en la mayoría de áreas contempladas en el estudio y sólo empeoró a nivel atencional. En contraste, sus compañeras mostraban más áreas afectadas y su evolución a nivel grupal era

menos positiva.

En la valoración de los niveles del TEPT y, por otro lado, en la observación clínica del programa terapéutico grupal en niños abusados, se pone de manifiesto la presencia de conductas sexualizadas en los niños, explicitaciones verbales repentinas del abuso y maltrato recibido, así como cambios de humor bruscos y oscilaciones en el estado de ánimo (expresado a través de conductas externalizantes (agresividad, ofuscación) e internalizantes (conductas de postración, de somnolencia y repliegue emocional).

En relación a la manifestación de estas conductas, cabe destacar que los estímulos vinculados a la temática amorosa poseían un contenido sin violencia sexual ni características claramente sexuales pero desencadenaban conductas de roles sexualizados en los niños, no correspondientes a su nivel madurativo esperable por su edad.

Relacionado también con el tema del amor, hemos observado reacciones de mayor intensidad emocional y comportamental y de una menor cantidad de lenguaje hablado, siendo éstas inversamente proporcionales. Así pues, hemos observado reacciones de evitación y oposición de los niños a la expresión verbal de conflictos relacionados con el trauma, mostrando reacciones de elevada agitación motora, dispersión, desorganización y desunión grupal.

También se evidencian diferencias actitudinales y comportamentales según el género de las víctimas. El varón muestra una conducta más externalizante (hiperactiva, en ocasiones agresiva, intimidadora y opositora) en detrimento de expresar verbalmente o proyectar sus conflictos. En contraste, las niñas se caracterizan por manifestar actitudes más pasivas, sumisas y dependientes pero tienden a tener más facilidad para expresar sus emociones. Esta reflexión coincide con las conclusiones de Cantón y Cortés (1997), quienes expresan: "los niños objeto de abusos sexuales han tenido que reprimir sus sentimientos de cólera y tienen pocos medios, si es que tiene alguno, para expresarla de manera apropiada. No obstante, las víctimas varones tienden a exteriorizar más sus sentimientos de cólera, en forma de respuestas verbales y conductuales inapropiadas, lo que suele crearles problemas adicionales. En el caso del abuso sexual intrafamiliar es frecuente el sentimiento de pena por la pérdida de una relación importante con una persona que se confiaba y a la que se quería...(esta pena) suele confundir bastante al niño que, al mismo tiempo, se siente encolerizado con el perpetrador de los abusos".

Tal y como hemos señalado anteriormente, en la manifestación de conductas sexualizadas, observamos que el varón reproduce el "rol de abusador" (activo, intimidador y agresivo) mientras que las niñas reproducen el "papel de víctima" (pasivo, inhibido y bloqueado).

A parte del género, otro factor que influye en la respuesta y reacción de los participantes en el programa es la edad. Se destaca que los niños de mayor edad disponen de una capacidad racional más evolucionada, hecho que facilita una mayor proyección de sus emociones y conflictos en los juegos, adoptando un rol más activo en las actividades. En contraste, las participantes menores solían mostrar una actitud más dependiente con los adultos.

Otra conclusión que se desprende del programa terapéutico es la diferencia respecto al nivel de flexibilidad que mostraban los niños según su grado de afectación, pues aquellos que manifestaban mayor gravedad a nivel sintomatológico y condiciones a nivel social (contacto con el abusador, mayor grado de gravedad en el maltrato...) mostraban más dificultad para adaptarse a los cambios e intervenciones terapéuticas, presentando un patrón comportamental y cognitivo más rígido.

A partir de la revisión bibliográfica realizada, cabe destacar que aunque se observa una mejora en la sintomatología de los niños en la mayoría de las intervenciones grupales realizadas, es importante tener en cuenta la poca existencia de trabajos que dispongan de un grupo control para poder comparar los resultados obtenidos, hecho que dificulta la afirmación de la atribución de mejoras al tratamiento.

Por otro lado, como coordinadoras del programa terapéutico grupal desarrollado y presentado, consideramos este proceso terapéutico un paso previo a un tratamiento psicológico individual de cada niño. Este programa ha sido el primer paso para los niños en el contacto con terapeutas, en el establecimiento de relaciones dentro de un espacio terapéutico, facilitando la identificación y expresión de las emociones básicas así como la manifestación de los conflictos de los niños. En una segunda parte creemos conveniente un trabajo individual con el fin de tratar de modo más específico la problemática del abuso así como abordar los factores personales de cada caso, facilitando su aceptación, proceso y reparación personal.

Respecto a las limitaciones del presente trabajo cabe destacar la reducida muestra con la que se ha

trabajado, pues es la que se disponía en la Unidad de Paidopsiquiatría del Hospital de la Vall d'Hebron en el momento del inicio del programa. Consideramos que un mayor número de participantes en el programa hubiera enriquecido la dinámica grupal y, en consecuencia, el aprendizaje social, la adaptación y sintomatología de los niños. Además, también hubiera facilitado la generalización de los resultados en la población clínica. Teniendo en cuenta tal limitación, hemos planteado el análisis y la presentación de los resultados de manera exhaustiva y detallada de cada caso. Hemos de complementar la información diciendo que había varios candidatos más al grupo pero debido al proceso judicial, siempre conflictualizado e insidioso, los cuidadores temieron que la asistencia al grupo influenciara negativamente a los jueces.

## **9. Discusión:**

Es importante remarcar que los resultados obtenidos a partir de las pruebas psicométricas son fruto de la valoración que han hecho sus cuidadores principales o padres, quienes eran partidarios de continuar el programa terapéutico. Por este motivo consideramos que los padres y cuidadores podrían haber respondido los cuestionarios teniendo más en cuenta su deseo de mantener el grupo terapéutico que el estado emocional real de los niños y, en última instancia, dirigidos al proceso legal insidioso, con vistas a una estrategia judicial de reivindicación a través del informe terapéutico (mejora de la protección de estos menores respecto del contacto con el abusador, medidas de control legales de las visitas con el abusador para que el menor no quede a merced de los comentarios coactivos del abusador cuando se hallan en el punto de encuentro ni a merced del mismo cuando se elimina la protección del punto de encuentro) Así pues, consideramos necesario complementar dicha información con la observación y valoración clínica de las terapeutas. Para finalizar y después de presentar los resultados de este estudio, consideramos necesaria una reflexión por parte de la sociedad y las administraciones respecto la protección legal de los menores en el caso de sospecha de abuso sexual. Pues se ha observado que el 80% de las niñas que están con sus familias de origen no disponen de ninguna orden legal (8).

## **10. Bibliografía.**

1. Cantón, D. Justicia, F. "Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo". Rev. Psicothema 2008; 20, num 4. 509-515.
2. Constantini, E. Miti, G. "El abuso sexual en la infancia: un análisis cognitivo-evolutivo". Rev. De Psicoterapia 2002; 13 num 52. 35-54.
3. Portillo, R. "Tratamiento psicológico de niños víctimas de abuso sexual". Rev.Psiquiatria.com, 2001; 5(3).
4. Kirsten Bechtel, Berkeley Bennett. "Evaluation of sexual abuse in children and adolescents". UpToDate, 2008. Disponible en: <http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do> (Artículo extraído de Internet en 2009).
5. Fischer, D. McDonald, W. "Characteristics of intrafamiliar and extrafamiliar child sexual abuse". Rev.Elsevier Science, 1998.
6. Pereda, N. "Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil". Papeles del psicólogo 2009. Vol. 30 (2), 135-144.
7. Cantón, J. Cortés, R. (1997). Malos tratos y abuso sexual infantil: causas, características e intervención. Siglo veintiuno Editores, Madrid).
8. Martínez, O. Raich, L. Quiles, I. Casas, M. "Protocolo de abordaje terapéutico grupal de hijos de mujeres maltratadas". XLII Reunión de la AEPIJ Bilbao 31 de mayo-2 de junio 2007.
9. Terr L. "Acute responses to external events and PTSD" Child and Adolesc. Psych: a comprehensive Text Book (2<sup>nd</sup> ed.) Baltimore, Williams and Wilkins 1996
10. Gurwitsch R. "The impact of trauma and disaster in young children " Child and Adolesc. Psychat. Clinics of North America 1998; 7: 19-32
11. Shaw J. "Twenty one months follow- up of school age children exposed to hurricane Andrew" J Am Acad. Child Adolesc Psychiatry 1996; 35: 359-64
12. Scheeringa M. "Two approaches to the diagnosis of PTSD in infancy and early childhood" J Am Acad. Child Adolesc Psychiatry 1995 ; 34: 191- 200
13. Valdivia M. "Trastorno por estrés postraumático en la niñez" Rev. Chilena de Neuro-Psiquiatría

## GRUPO PSICOTERAPÉUTICO DE NIÑOS DE PRIMERA INFANCIA CON SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI)

2002; 40 (suplemento) 76-85

14. Montt M. "Trastorno de estrés postraumático en niños" Rev. Chile Neuro-Psychiatry 2001 30: 110-20
15. Schmit G. "Violence des enfants, violence des parents, au tours des entretiens familiaux" Neuropsychiatrie de l'Enfance et l'Adolescence 2002 50 num 6-7 494-99
16. Palanca, I. "El menor víctima". Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Disponible en: <http://www.institutodevictimologia.com/Formacion11c.pdf> (Artículo extraído de Internet en 2005)
17. Márquez M. "Los trastornos por estrés: del trauma a la disociación". Rev. Chil.Neuro-Psiquiatr. 2000; 40 (suplemento) 369-79
18. J. Trowell, I. Kolvin, T. Weeramanthri, H. Sadowski, M. Berelowitz, D. Glasser, I. Leitch. "Psychotherapy for sexually abused girls: psychopathological outcome findings and patterns of change". British Journal of Psychiatry 2002; 180, 234-247.
19. Cuadrado, S. Herranz, T. "Historias con niños y niños con historias". Una propuesta narrativa con niños institucionalizados. Revista de psicoterapia 2000; 11(44), 27-58
20. Greenberg, L. Elliott, R. Pos, A. "Terapia focalizada en las emociones: una visión de conjunto". Rev. De la asociación de Psicoterapia de la Republica Argentina, 2009 2(1)
21. Mook, B. (2000). "Interpretación del juego imaginativo en la psicoterapia infantil: hacia un enfoque hermenéutico fenomenológico". Revista de Psicoterapia 2000; 11 (44), 83- 93.
22. Quiles, I. Martínez, O. Rielo, A. Raich, L. Bassas, N. Durán, L. Colmenares, J. Casas, M. "Protocolo Psicométrico del Maltrato Psicológico Infanto-Juvenil". Rev. Psiquiatria noticias 2007; 9 (3).