



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

*"ABUSO SEXUAL INFANTIL Y SUS INDICADORES EMOCIONALES EN
EL TEST DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE KOPPITZ CON
FINES PSICOTERAPEUTICOS"*

REPORTE LABORAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

M. LUZ CHAVEZ CAMPOS

DIRECTORA DE REPORTE LABORAL: MTRA. BLANCA ELENA MANCILLA GOMEZ.

SINODALES:

MTRA. MA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA.

LIC. ROSA MARITZA MARTINEZ CARDENAS.

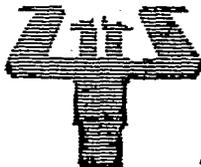
MTRA. MA. CRISTINA HEREDIA ANCONA.

MTRA. MA. MARTINA JURADO BAIZABAL.

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO.

MEXICO, D.F.

2002



EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA.

TEJES CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

MARTIN CHAVEZ:

A ti que sembraste el campo y cultivaste mi espíritu, cosecha hoy los frutos de tu amorosa labor.

TRINI CAMPOS:

Mi fuerza, mi motor, mi inspiración, mi modelo, gracias por darme la vida, gracias por existir. Te amo.

RAMON ARCOS:

Gracias por la oportunidad de vivir las emociones en toda su intensidad durante casi 14 años de vida en común. Siempre estarás presente en tu ausencia.

A MIS HERMANOS:

JOSE, SABINO, PAULO, BERTHA, GABRIEL y por supuesto **CECILIA**, con sus respectivas familias. Hermanos, cada uno sabe lo que me ha aportado y saben que sin su motivación no lo hubiera logrado.

IVAN, KARLITA Y FABY:

Gracias por ser mis amados sujetos de experimentación durante la carrera, no fue con mala intención.

A MIS AMIGOS (GRANDES E INCONDICIONALES):

Ma. Elena Castellanos, Rocío Valencia, Claudia Miranda, Oscar Becerra, Irma Rosiles, Amalia Velázquez, Leonardo Hernández, Janeth de la Vega, Liliana Alemán, Isabel Tirado y todos los demás, gracias por su amistad y todo lo que conlleva.

A MI DIRECTORA DE REPORTE LABORAL:

Maestra Blanca Elena Mancilla, gracias por su gran apoyo, respeto, calidez y cordialidad, con profesionistas como usted, existirían más titulados.

A MIS SINODALES:

Mtra. Ma. Cristina Heredia, Mtra. Fayne Esquivel, Mtra. Ma. Martina Jurado y Lic. Maritza Martínez, mi agradecimiento por su apoyo invaluable.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: M. LUZ CHAVEZ

CAMPOS

FECHA: 9-SEP-2002

FIRMA: 

INDICE

INTRODUCCION.....	6
CONTEXTO LABORAL.....	10
MARCO TEORICO	15
TEMA I: Abuso sexual Infantil.....	15
I.1. Marco Jurídico	20
I.2. Centros de atención a la violencia sexual.....	22
TEMA II: Pruebas Proyectivas gráficas.....	24
II.1. El test del Dibujo de la Figura Humana (DFH) de Elizabeth M. Koppitz.....	25
II.2. Descripción de los 30 indicadores emocionales planteados por Koppitz.....	26
II.3. Interpretación de los 30 indicadores emocionales según Koppitz.....	29
II.4. Investigaciones con el dibujo de la figura humana.....	34
TEMA III: Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales.....	37
III.1. Modelo de intervención Terapéutica utilizado en el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales para niños y niñas que sufrieron abuso sexual.....	42
PROCEDIMIENTO	46
1.- En cuanto a la aplicación del Test del Dibujo de la Figura Humana.....	46
2.- En cuanto a la recepción de las víctimas (menores) de abuso sexual y procedimiento administrativo en el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales.....	48
3.- En cuanto al Modelo de Intervención Terapéutica.....	51

ANALISIS Y EVALUACION.....	52
Análisis y evaluación de la aplicación del Dibujo de la Figura Humana	52
Análisis y evaluación del trabajo terapéutico en el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales.....	68
Análisis y evaluación del modelo de intervención terapéutica.....	70
CONCLUSIONES.....	71
BIBLIOGRAFIA.....	78
ANEXOS.....	81

INTRODUCCION

El problema que representa el abuso sexual infantil como fenómeno social y particularmente como un problema de salud pública hace necesaria la participación del psicólogo clínico, especialmente en las áreas de investigación con el objeto de que podamos prevenir, detectar e intervenir en estos casos y proporcionar un tratamiento eficaz y oportuno.

Un niño o una niña que ha sufrido una experiencia de abuso sexual experimenta sentimientos confusos en los que predomina el temor, la culpa y la vergüenza con sus síntomas manifiestos, lo que ocasiona que la mayoría de la veces prefieran guardar silencio al vivir un evento de esta naturaleza.

A pesar de la lucha e interés mostrados en los diversos sectores gubernamentales y no gubernamentales el problema del abuso sexual infantil continúa manteniéndose en secreto debido a lo descrito en el párrafo anterior y a que en muchos de los casos el agresor es un miembro importante de la familia, lo cual genera un conflicto de lealtades que impide se le de importancia al problema.

Aunado a esto existe gran desinformación y temor hacia los temas relacionados con la sexualidad, lo que genera que muchas veces un menor que refiere haber sufrido una agresión sexual sea reprimido, descalificado o anulado en su afectación emocional, lo que trae como consecuencia secuelas a largo plazo.

El presente Reporte Laboral tiene como propósito:

1.- Mostrar la evaluación llevada a cabo con un grupo de 60 niñas y niños que sufrieron abuso sexual y que acudieron al Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA), durante el año 2000, a través del test del dibujo de la figura humana de Elizabeth M. Koppltz.

2.- Describir metodológicamente las funciones desempeñadas como psicóloga clínica en el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA).

3.- Dar a conocer el modelo de intervención terapéutica utilizado en el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA), con niños y niñas que sufrieron abuso sexual.

Los objetivos establecidos surgen en primera instancia de la necesidad de contar con instrumentos psicológicos que permitan valorar aspectos emocionales que presentan los menores que han sufrido abuso sexual, siendo el dibujo de la figura humana una de las pruebas psicológicas más útiles para este fin, debido a que tanto su aplicación como su calificación son sencillas y rápidas, además de que se vale del dibujo que en general es una actividad atractiva para los niños. La Prueba del Dibujo de la Figura Humana (DFH), de Elizabeth M. Koppitz, ha sido utilizada en diversas poblaciones para estudiar tanto niños normales como anormales; asimismo existen algunos estudios en los que se ha utilizado el DFH para detectar indicadores emocionales en niños que sufrieron abuso sexual, encontrándose resultados diferentes en todos ellos. Por lo anterior, es de suma importancia se realicen estudios en la población mexicana encaminados a detectar los indicadores emocionales que presentan los niños y las niñas que sufrieron abuso sexual, sin considerar los resultados

de la prueba como datos aislados sino complementados con información adicional generada de las historias clínicas y de la observación directa, que sirva de complemento a la intervención psicoterapéutica.

La importancia del presente reporte radica en que se contará con información proveniente de la fuente directa; es decir, se realizará la aplicación del DFH de manera individual, efectuándose una entrevista con el menor y su madre, padre o tutor y se observará directamente al niño o a la niña en sesiones de psicoterapia, lo que permitirá dar un enfoque global a los resultados encontrados. Un factor a considerar es el bajo nivel socioeconómico de la población, que ocasiona una alta deserción de la psicoterapia y que obstaculiza la aplicación de un re-test al finalizar el tratamiento.

Los alcances del tema dentro de la disciplina psicológica consisten en que se podrá contar con indicadores emocionales encontrados en un grupo de niños y niñas en edad escolar que sufrieron abuso sexual, a través de la prueba del dibujo de la figura humana de Koppitz, se describirán las características generales de estos niños, se mostrarán las funciones del psicólogo clínico dentro de la institución y se aportará un modelo de intervención psicoterapéutica utilizado en el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA), específicamente en niños víctimas de abuso sexual.

Los niños y niñas que han sufrido este tipo de delito presentan alteraciones en dos vertientes: emocionales, donde experimentan sentimientos de tristeza, enojo, impotencia, culpa, vergüenza y temor, y conductuales presentando irritabilidad,

rebeldía, aislamiento, retraimiento, bajo rendimiento académico, insomnio, pesadillas, sueño interrumpido, aumento o disminución del apetito, enuresis, etc.

En el CTA el proceso terapéutico llevado a cabo con las víctimas de delitos sexuales tiene como objetivo que las personas afectadas puedan identificar, expresar y elaborar las emociones que el evento de agresión sexual les generó facilitando la catarsis a través de diferentes técnicas psicoterapéuticas; por otro lado, se clarifican los mitos existentes en torno a la problemática, se proporciona orientación sexual, se eleva autoestima y capacidad asertiva además de brindar alternativas de prevención de la agresión sexual, esto con la intención de atribuirle poder, disminuir su autopercepción victimal y reducir o eliminar síntomas asociados con el evento.

CONTEXTO LABORAL

El Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA), fue creado oficialmente en el año de 1991, mediante el Acuerdo A/009/91 del Procurador General de Justicia del Distrito Federal y publicado en el Diario Oficial de la Federación del 27 de Marzo de 1991 como unidad administrativa especializada dependiente jerárquicamente de la Dirección General de Atención a Víctimas del Delito la que a su vez depende de la Subprocuraduría de Atención a Víctimas y Servicios a la Comunidad y por último a la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

El objetivo fundamental del CTA es proporcionar atención psicoterapéutica a las víctimas y sus familiares de algún delito sexual que son enviadas por las Agencias y Fiscalías Especializadas en Delitos Sexuales así como a la población en general que reporte haber sufrido alguna agresión sexual. Así mismo, proporciona asesoría jurídica encaminada a la restitución de sus derechos dando mayor énfasis a la reparación del daño generado por la agresión sexual.

En el (CTA), se proporciona servicio gratuito, sin importar edad, sexo, condición social, que exista una averiguación previa o no. Se cuenta con un equipo interdisciplinario compuesto por psicólogas, abogados y una médico los cuales brindan respectivamente: apoyo psicológico individual o grupal, asesoría y seguimiento jurídico y se canaliza a hospitales con los que se tiene convenio para atención médica.

El CTA esta conformado estructuralmente por una dirección, dos subdirecciones y cuatro unidades departamentales.

La Subdirección Jurídica cuenta con dos unidades departamentales:

- Seguimiento Jurídico: Integrado por Abogadas. Donde se orienta a las víctimas sobre su proceso legal cuando ya se ha iniciado una averiguación previa o bien, se les orienta sobre como hacerlo. En algunos casos se acompaña a las víctimas a denunciar, a los careos y/o a otras diligencias de carácter judicial.
- Casos Relevantes y Seriales: Encargada de recopilar los datos estadísticos de los casos ingresados con el fin de detectar similitudes en el modus operandi de los agresores a efecto de coadyuvar con el Ministerio Público en la identificación y ubicación geográfica de los mismos.

La Subdirección Clínica esta compuesta también por dos unidades departamentales:

- Reconquista: Area integrada por Trabajadoras Sociales encargadas de realizar visitas domiciliarias, enviar citatorios y efectuar llamadas telefónicas a las personas que iniciaron una averiguación previa y que fueron canalizadas al CTA por las Agencias Especializadas en Delitos Sexuales pero que ha transcurrido tiempo sin que se presenten, se les ofrecen los servicios que brinda el centro. Así mismo las personas que suspendieron su terapia son recaptadas a fin de que concluyan su tratamiento, sobre todo si son menores y se encuentran en riesgo.

- Atención Psicoterapéutica: Tiene como función primordial la recepción de las personas que acuden por primera vez, así como la atención psicoterapéutica especializada subsecuente (individual y grupal).

El Departamento de Atención Psicoterapéutica esta conformado por 18 psicólogas clínicas las cuales se encuentran distribuidas en dos turnos de atención: turno matutino que brinda servicio de 9:00 a 15:00 horas y turno vespertino de 15:00 a 21:00 horas.

Las funciones de las psicólogas clínicas en este departamento consisten en la recepción de las víctimas que acuden por primera vez, asignación de terapeuta (siendo la mayoría de las veces la misma que realiza la recepción), intervención terapéutica, coordinación de grupos terapéuticos, elaboración de reportes psicológicos o impresiones diagnósticas cuando lo soliciten las fiscalías de delitos sexuales o juzgados de lo penal o de lo familiar y comparecer ante éstas instancias cuando así lo requieran.

Cuando la víctima se presenta por primera vez en el CTA, es atendida por una psicóloga quién le inicia expediente realizando una entrevista clínica semi-dirigida y de ser necesario proporciona intervención en crisis de primer orden, le proporciona cita para que inicie su tratamiento psicoterapéutico, la deriva al área legal para que reciba asesoría legal y se le proporciona canalización al hospital de ser necesario.

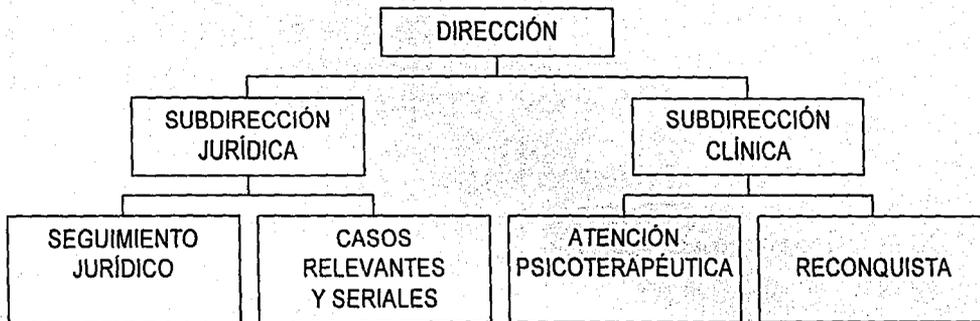
El tratamiento psicoterapéutico individual y grupal en el CTA, tiene un límite de 12 sesiones. Sin embargo, el porcentaje de pacientes que concluyen el proceso es

reducido, esto debido a diferentes factores como son: 1) el bajo nivel socioeconómico que ocasiona que muchas veces no se cuente con el dinero suficiente para los pasajes. 2) ideas preconcebidas respecto a la efectividad inmediata de la terapia. 3) necesidad única de resolver crisis temporal. 4) valoración psicológica que sirva como elemento de prueba para el proceso legal. 5) Falta de capacidad yoica para contactar emociones, entre otros.

Durante la primera sesión terapéutica con un menor víctima de abuso sexual, se realiza entrevista clínica con la madre, padre o tutor con el objeto de establecer alianza terapéutica, recabar mayor información y explorar sintomatología asociada al abuso sexual, posteriormente se inicia la sesión a solas con el niño o la niña aplicando el test del dibujo de la figura humana con el propósito de identificar los indicadores emocionales que éstos presentan y que servirá como base a la intervención terapéutica.

PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL
CENTRO DE TERAPIA DE APOYO A VÍCTIMAS DE DELITOS SEXUALES

ORGANIGRAMA



- Evaluación (DFH)
- Diagnóstico
- Tratamiento.

MARCO TEORICO

TEMA I: ABUSO SEXUAL INFANTIL

El Abuso sexual durante la infancia es un tema que se había mantenido oculto a través de la historia. El silencio que envolvía al abuso sexual de niños dentro -y fuera- de la familia, impedía una apreciación realista de su verdadera incidencia y significado. Esto tiene sus raíces en la filosofía patriarcal de la propiedad sexual privada que moldeó y determinó las actitudes históricas del macho con respecto a la violación. Porque si la mujer fue la propiedad corporal original del hombre, los niños eran, -y siguen siendo- subsidiarios totalmente poseídos (Brownmiller, 1981).

Sigmund Freud con sus teorías sobre la sexualidad infantil fue quién sacó este tema de la total oscuridad de la época victoriana hacia el campo de la discusión científica actual. Las experiencias sexuales de la niñez jugaron un papel clave en las primeras teorías de Freud sobre la neurosis. Al verse confrontado por un buen número de pacientes, quienes reportaban haber sido abordadas sexualmente a temprana edad por sus padres y hermanos. Freud sugirió la idea de que el tema sexual de la niñez era la raíz de los problemas psicológicos adultos (Finkelhor, 1987).

En la actualidad el abuso sexual infantil es reconocido como un problema de salud pública, de tal forma que ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud

como "El abuso ejercido sobre un niño por un adulto o una persona mayor, con fines de placer sexual...". (Montes de Oca, Ydraut y Makowitz, 1990, citado en Moya, 1995).

Sin embargo, el abuso sexual infantil es un tema difícil de definir ya que oscila entre un solo incidente o varios contactos durante varios años y desde relaciones seductoras (Herman, 1981), hasta formas de abuso dónde no hay contacto (Wyatt, 1985); o contactos reales con diferentes lesiones físicas y traumas. Algunos autores lo limitan a un contacto sexual entre una persona menor de 15 años y otra persona 5 o más años mayor (Briere y Runtz, 1988). Wyatt (1985) define el abuso sexual como un contacto corporal sexual (caricias, intento o coito completo, vaginal u oral), y experiencias con contacto (exhibicionismo o masturbarse en presencia de otros), antes de la edad de 18 años, por una persona de cualquier edad o relación con el sujeto. (Citados en Pieschacón 1995).

Kempe y Kempe (1985), definen el abuso sexual como cualquier participación de niños y adolescentes dependientes, e inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales son incapaces de dar un consentimiento informado; o que violan los tabúes sociales o los papeles familiares. Incluyen la paidofilia, violación e incesto.

Finkelhor, (1987), uno de los principales exponentes de la teoría del abuso sexual lo define como un acto que involucra cualquier tipo de insinuación con carácter sexual hacia los niños dónde se utiliza la fuerza, o bien, experiencias sexuales de niños

que hayan sido percibidas por éstos como negativas, o conductas sexualmente inapropiadas por la diferencia de edades entre los involucrados.

Glaser y Frosh (1998) plantean cuestionamientos acerca de las definiciones dadas por diversos autores en tres vertientes: a) No discriminan entre lo que el niño percibe como abuso sexual y la intención del agresor, por ejemplo un voyeurista o exhibicionista que tiene la intención de gratificarse sexualmente con un niño o niña sin que éstos se den cuenta. b) Seleccionan una edad cronológica con bases legales más que psicológicas para considerar un contacto sexual como abusivo, dejando de lado el factor de coacción implícita o explícita que el abuso sexual conlleva. c) La relación de poder implícita o explícita que se suscita entre el agresor y la víctima y que tiene como finalidad la gratificación sexual del primero en contra de los derechos de bienestar del otro.

Estas definiciones nos dan una idea general de lo que es el abuso sexual infantil, pero es de suma importancia considerar los efectos que dicho abuso puede tener en las niñas y los niños.

Los niños que han sufrido abuso sexual pueden presentar reacciones básicas ante el abuso en dos vertientes:

- 1.- Respuesta demorada o "silenciosa" indicativa de depresión o,
- 2.- Síntomas inmediatos al ataque: síntomas somáticos agudos como: alteraciones gastrointestinales y cambios repentinos del aprendizaje, higiene, alteraciones del sueño

y enuresis (en niños pequeños). Asimismo es común que los menores tengan un déficit en sus relaciones y actividades habituales. (Sullivan y Everstine (1997).

Las secuelas que caracterizan al abuso sexual tienen efectos a corto y largo plazo. Soria y Hernández (1994), mencionan que entre los efectos de la agresión sexual se encuentran: ansiedad, agitación, terrores nocturnos, miedos, fobias, alteraciones de la alimentación y del sueño, baja concentración mental, entre otros; mismos que varían dependiendo de factores como la edad en que ocurrió la agresión sexual, duración temporal del abuso, proceso psicosocial de adaptación, apoyo emocional familiar, nivel de violencia ejercida por el agresor, y cercanía afectiva con el agresor entre otros factores.

El contexto familiar juega un papel muy importante en la problemática del abuso sexual infantil, ya que la mayoría de las agresiones sexuales se perpetran dentro del hogar por parte de un familiar cercano. Estas familias poseen características particulares: son familias con alto grado de aislamiento social, roles confusos y temor al abandono de parte de sus miembros, en donde la sexualidad es utilizada como un medio para romper con los traumas. (Finkelhor, 1987).

Peters en 1975 y De Francis en 1969, citados por Sullivan y Everstine (1997), mencionan que existen actitudes de los padres que tienden a restar importancia al grado del trauma psicológico experimentado por sus hijos a consecuencia del ataque debido a sus mecanismos de negación, mismos que pueden motivarlos a fingir que no importa lo ocurrido, pues el niño lo olvidará todo, recibiendo el niño el mensaje de

"vamos a olvidarlo" ú "ocultarlo", atribuyéndole al niño sentimiento de culpa y vergüenza e incrementando en el menor la probabilidad de experimentar secuelas a largo plazo.

Por lo anterior, es de fundamental importancia la aplicación de modelos de intervención terapéutica especializados en el problema del abuso sexual infantil dónde, Marvasti (en O'connor y Scheaefer 1997), señala que el juego es un medio natural para la expresión de un trauma y la terapia de juego se utiliza para ayudar a los niños traumatizados a expresar e integrar el trauma mediante la expresión de sentimientos de ira y odio dentro de un ambiente seguro y libre de prejuicios.

Los niños y las niñas víctimas de abuso sexual requieren de las interpretaciones de los adultos que los rodean y en quienes ellos confían para superar favorablemente un evento de esta naturaleza. Es por esto, que una de las principales tareas del terapeuta es ayudarlo a entender el trauma facilitándole la exteriorización del evento y definiéndolo como algo malo que le hicieron y no como una situación que él decidió, a fin de que no crezca viéndose a sí mismo como víctima o como una persona mala o sin valor. Por otro lado el terapeuta será facilitador de una correcta exteriorización de los sentimientos de ansiedad y coraje en relación con el suceso, con el objeto de que termine conceptualizándo el abuso como algo que le sucedió a él o a ella pero no como algo que define quien es. (Sullivan y Evestine. 1997).

I.1. MARCO JURIDICO.

En el marco jurídico, el Código Penal para el Distrito Federal (1999), establece como delitos sexuales: el hostigamiento sexual, abuso sexual, estupro y violación ocupando este rubro el 5°. Lugar dentro de la delincuencia en esta ciudad.

El Código Penal para el Distrito Federal fundamenta los delitos de violación y abuso sexual en los siguientes artículos:

Artículo 260.- Al que sin consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute en ella un acto sexual, la obligue a observarlo o la obligue a ejecutar dicho acto, se le impondrá de uno a cuatro años de prisión.

Si se hiciere uso de violencia física o moral, el mínimo y el máximo de la pena se aumentarán hasta en una mitad.

Artículo 261.- Al que sin el propósito de llegar a la cópula ejecute un acto sexual en una persona menor de doce años o persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o que por cualquier causa no pueda resistirlo, o la obligue a observar o ejecutar dicho acto, se le impondrán de dos a cinco años de prisión.

Si se hiciere uso de la violencia física o moral, el mínimo y el máximo de la pena se aumentarán hasta en una mitad.

Artículo 265.- Al que por medio de la violencia física o moral realice cópula con persona de cualquier sexo, se le impondrá prisión de ocho a catorce años.

Para los efectos de este artículo, se entiende por cópula, la introducción del miembro viril en el cuerpo de la víctima por vía vaginal, anal u oral, independientemente de su sexo.

Se considerará también como violación y se sancionará con prisión de ocho a catorce años, al que introduzca por vía vaginal o anal cualquier elemento o instrumento distinto al miembro viril, por medio de la violencia física o moral, sea cual fuere el sexo del ofendido.

Los Artículos 266 y 266-bis. Consideran agravantes para los delitos de violación y abuso sexual, mismos que incrementan la penalidad hasta en una mitad en su mínimo y máximo. Dichos agravantes estipulan lo siguiente:

Artículo 266.- Se equipara a la violación y se sancionará con la misma pena:

- I. Al que sin violencia realice cópula con persona menor de doce años de edad.
- II. Al que sin violencia realice cópula con persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o por cualquier causa no pueda resistirlo; y
- III. Al que sin violencia y con fines lascivos introduzca por vía anal o vaginal cualquier elemento o instrumento distinto del miembro viril en una persona menor de doce años de edad o persona que no tenga capacidad de comprender el significado del hecho, o por cualquier causa no pueda resistirlo, sea cual fuere el sexo de la víctima.

Si se ejerciera violencia física o moral, el mínimo y el máximo de la pena se aumentará hasta en una mitad.

Artículo 266-bis.- Las penas previstas para el abuso sexual y la violación se aumentarán hasta en una mitad en su mínimo y máximo, cuando:

- I. El delito fuere cometido con intervención directa o inmediata de dos o más personas;
- II. El delito fuere cometido por un ascendiente contra su descendiente, éste contra aquél, el hermano contra su colateral, el tutor contra su pupilo, o por el padrastro o amasio de la madre del ofendido en contra del hijastro. Además de la pena de prisión, el culpable perderá la patria potestad o la tutela, en los casos en que la ejerciera sobre la víctima;
- III. El delito fuere cometido por quién desempeñe un cargo o empleo público o ejerza su profesión, utilizando los medios o circunstancia que ellos le proporcionen. Además de la pena de prisión, el condenado será destituido del cargo o empleo o suspendido por el término de cinco años en el ejercicio de dicha profesión; y
- IV. El delito fuere cometido por la persona que tiene al ofendido bajo su custodia, guarda o educación o aproveche la confianza en él depositada.

Para la aplicación de las leyes en esta materia, La Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal cuenta con cuatro Agencias Especializadas en Delitos Sexuales ubicadas estratégicamente en las Delegaciones Miguel Hidalgo, Venustiano Carranza, Coyoacán y Gustavo A. Madero. Del mismo modo cuenta con Fiscalías Especializadas encargadas de la integración de las averiguaciones previas de dichos delitos.

I.2. CENTROS DE ATENCION A LA VIOLENCIA SEXUAL.

En la Ciudad de México existen centros especializados en brindar atención a víctimas de la violencia sexual, destacándose el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales, dependiente de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, que se constituye como unidad administrativa especializada cuyo objetivo es brindar apoyo y orientación a las víctimas de delitos sexuales, afectadas en el ámbito físico, psicológico, familiar y social, así como apoyarlas durante todo el proceso jurídico de la averiguación previa.

Esta institución reporta que en la población de menores agredidos sexualmente, las niñas alcanzan el mayor porcentaje con un 70% de los casos y es el abuso sexual el delito de mayor incidencia con un 40.9% siguiéndole la violación con un 37.4%.

Existen otros organismos gubernamentales que proporciona atención especializada en violencia sexual en la Ciudad de México:

UAVIS: Unidades de atención a la violencia intrafamiliar y sexual.

CIAM: Centros Integrales de apoyo a la mujer

Instituciones No Gubernamentales:

COVAC: Colectivo de Lucha contra la Violencia hacia las Mujeres.

PAIVSAS: Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Abuso Sexual, perteneciente al programa de Sexualidad Humana de la Facultad de Psicología.

ADIVAC: Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas, A.C.

FAVI: Fundación para la Atención a Víctimas de Delito y Abuso de Poder, IAP.

TEMA II.- PRUEBAS PROYECTIVAS GRAFICAS.

Se fundamentan en la teoría psicoanalítica, la cuál considera la motivación de la conducta básicamente inconciente, de tal forma que a través de estas técnicas se explora la expresión de la subjetividad de las personas y nos permiten comprender como estructura el individuo sus deseos y motivaciones internas. En las pruebas proyectivas el individuo muestra lo latente (inconciente) constituido por los datos de la prueba, y lo manifiesto (conciente) la conducta del individuo. (Esquivel, Heredia y Lucio, 1999).

Estas autoras también mencionan que desde tiempos remotos la expresión pictórica y gráfica ha constituido una forma de expresión del ser humano, susceptible de analizarse, ya que a través de esta actividad el individuo expresa lo íntimo de su ser.

Citan a Cambier (1990), quién menciona que el dibujo es un objeto particular porque puede dar testimonio de una persona, aún sin su presencia denotando incluso el contexto socio-histórico-cultural de quién lo realiza.

II.1.EL TEST DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA (DFH) DE ELIZABETH M. KOPPITZ.

La prueba del dibujo de la figura humana (DFH), es una de las técnicas proyectivas más valiosas para evaluar a los niños, ya que además puede utilizarse como prueba de maduración. La autora plantea la hipótesis básica de que los DFH, reflejan primordialmente el nivel de desarrollo del niño y sus actitudes interpersonales (hacia sí mismo y hacia las personas significativas en su vida); las actitudes del niño hacia las tensiones y exigencias de la vida y su modo de enfrentarlas. Los dibujos también pueden reflejar los intensos miedos y ansiedades que pueden afectarlo conciente o inconcientemente en un momento dado.

Koppitz describe tres aspectos importantes para considerar los indicadores que plantearan la presencia de problemas emocionales: signos cualitativos, detalles especiales y omisiones.

Los signos cualitativos según la autora reflejan las ansiedades, preocupaciones y actitudes del niño o la niña y necesitan cubrir tres criterios:

- 1) Tener validez clínica, es decir, deben ser capaces de diferenciar entre los DFH de niños con problemas emocionales de los que no los tienen.
- 2) Deben ser inusuales y darse con escasa frecuencia en los DFH de los niños normales que no son pacientes.
- 3) No deben relacionarse con la edad y la maduración.

De 30 signos considerados indicadores emocionales derivados del trabajo de Machover y Hammer así como de la experiencia de Koppitz se presentan 3 tipos de indicadores:

- a) Factores referentes a la calidad de los DFH.
- b) Detalles especiales que no se dan habitualmente en los DFH.
- c) Omisiones de indicadores esperados en un determinado nivel de edad.

Algunos de los indicadores emocionales son significativos a cualquier edad mientras que otros solo adquieren relevancia a partir de cierta edad.

II.2. DESCRIPCION DE LOS 30 INDICADORES EMOCIONALES PLANTEADOS POR KOPPITZ.

Signos Cualitativos.

1. Integración pobre de las partes. (significativa en varones desde los 7 años, en las niñas desde los 6): una o más partes no estan unidas al resto de la figura, una de la partes sólo esta unida por una raya, o apenas se toca con el resto.
2. Sombreado de la cara: Sombreado deliberado de toda la cara o de parte de la misma, inclusive "pecas", sarampión, etc., un sombreado suave y parejo de la cara y las manos para representar el color de la piel no se puntúa.
3. Sombreado del cuerpo, extremidades o ambos: significativo para los varones desde los 9 años; para las niñas desde lo 8.
4. Sombreado de las manos, cuello o ambos: significativo para los varones desde los 8 años; para las niñas desde los 7.

5. Asimetría burda de las extremidades: un brazo o pierna difieren marcadamente de la otra en la forma. Este indicador no se califica si los brazos o las piernas tienen forma parecida, pero son un poco dispares en el tamaño.
6. Figuras inclinadas: el eje vertical de la figura tiene una inclinación de 15 grados o más con respecto a la perpendicular.
7. Figura pequeña: La figura tiene 5 cm o menos de altura.
8. Figura grande: Significativo desde los 8 años tanto en niñas como en varones; figura de 23 cm o más de altura.
9. Transparencias: Se puntúan las transparencias que comprenden las porciones mayores del cuerpo o las extremidades. No se califican las rayas o cuando las líneas de los brazos atraviesan el cuerpo.

Detalles especiales.

10. Cabeza pequeña: la altura de la cabeza es menos de un décimo de la figura total.
11. Ojos bizcos o desviados: Ambos ojos vueltos hacia adentro o desviados hacia fuera; miradas de reojo no se califican.
12. Dientes: Cualquier representación de uno o más dientes.
13. Brazos cortos: Apéndices cortos a modo de brazos, brazos que no llegan a la cintura.
14. Brazos largos: Brazos excesivamente largos, por su longitud pueden llegar debajo de las rodillas, o donde éstas deberían estar.
15. Brazos pegados al cuerpo: no hay espacio entre el cuerpo y los brazos.
16. Manos grandes: manos de un tamaño igual o mayor al de la cara.

17. Manos omitidas: brazos sin manos, ni dedos; no se puntúan las manos ocultas atrás de la figura o en los bolsillos.
18. Piernas juntas: Las piernas están pegadas sin ningún espacio entre sí; en los dibujos de perfil se muestra una sola pierna.
19. Genitales: representación realista o simbólica de los genitales.
20. Monstruo o figura grotesca: dibujo que representa una figura ridícula, degradada o no humana, lo grotesco de la figura debe ser buscado deliberadamente por el niño, y no el resultado de su inmadurez o falta de habilidad para el dibujo; lo cual no se computa.
21. Dibujo espontáneo de tres o más figuras: varias figuras que no se interrelacionan o se encuentran realizando una actividad significativa; dibujo repetido de figuras cuando se le solicitó sólo una persona. No se puntúa el dibujo de un varón y una niña, o el de la familia del examinado.
22. Nubes: Cualquier representación de nubes, lluvia, nieve o pájaros volando.

Omisiones.

23. Omisión de los ojos: Ausencia total de ojos; ojos cerrados o vacíos no se califican.
24. Omisión de la nariz: Significativo para varones, desde los 6 años; para las niñas desde los 5.
25. Omisión de la boca: Significativa a cualquier edad.
26. Omisión del cuerpo: Significativo a cualquier edad.
27. Omisión de los brazos: Significativo para los varones desde los 9 años; para las niñas desde los 7.
28. Omisión de las piernas: Significativo a cualquier edad.

29. Omisión de los pies: Significativo para los varones desde los 9 años; para las niñas desde los 7.
30. Omisión del cuello: Significativo para los varones desde los 10 años; para las niñas desde los 9.

II.3. INTERPRETACION DE LOS 30 INDICADORES EMOCIONALES SEGÚN

KOPPITZ:

La autora concuerda con otros expertos en que no existe una relación unívoca entre un signo aislado del DFH y un rasgo determinado de personalidad o conducta, y por lo tanto no puede interpretarse el significado de cada indicador como "receta de cocina", ni puede hacerse una traducción mecánica de cada uno de ellos. Sin embargo, los estudios realizados por la autora señalan ciertos aspectos generales que pueden tomarse en cuenta en la interpretación de dichos indicadores, que coinciden con aspectos globales planteados acerca de la interpretación de los dibujos. No debe dejarse de señalar que un mismo indicador puede tener significados diferentes de acuerdo con el caso de cada niño, y que la ausencia de alguno no coincide forzosamente con la ausencia de un síntoma. La validez de la interpretación tendría que confirmarse con la historia clínica del niño.

A continuación se mencionan algunos aspectos relevantes descritos por Koppitz para la interpretación clínica de cada uno de los indicadores y que refiere, deben considerarse solamente como hipótesis.

Signos cualitativos del dibujo:

La integración pobre de las partes de la figura puede asociarse con inestabilidad, personalidad pobremente integrada, impulsividad o dificultad en la coordinación visomotriz. Esta inmadurez puede deberse a factores emocionales solamente o a daño neurológico.

Todos los indicadores de sombreado se han asociado con ansiedad. **El sombreado de la cara es muy inusual** y generalmente se relaciona, además de con ansiedad, con sentimientos de devaluación. En **el sombreado del cuerpo** la ansiedad generalmente se refiere al cuerpo. Este indicador se encontró con más frecuencia en niños con problemas psicosomáticos. El sombreado del cuerpo puede indicar áreas generales de preocupación, pero no la causa específica de esta ansiedad. **El sombreado de las manos** parece asociarse con angustia por una actividad real o fantaseada relacionada con las manos, mientras que en el sombreado del cuello la ansiedad puede relacionarse con dificultades en el control de impulsos.

La asimetría marcada de las partes parece indicar dificultades en la coordinación visomotriz que pueden deberse a impulsividad aunque en ocasiones puede relacionarse con daño neurológico, pero habría que tener otros indicadores que lo confirmaran.

La inclinación de la figura tiene que ver con inestabilidad y falta de equilibrio como una característica general del niño, sugiere que al pequeño le falta una base firme, lo cual puede deberse a factores de personalidad o a situaciones externas.

La **figura pequeña** se encontró frecuentemente en los protocolos de niños tímidos y se puede presentar también asociada con inseguridad, retraimiento o depresión. La **figura grande** en cambio parece asociada con expansividad, inmadurez o controles internos deficientes. Los datos obtenidos por Koppitz sugieren que las figuras grandes son menos patológicas en niños que en adultos, pues el niño mientras más pequeño lo tiende a ser más expansivo y egocéntrico. Para que pudiera asociarse con organicidad tendrían que existir además otros indicadores.

Las **Transparencias** pueden asociarse también con impulsividad e inmadurez. Si la transparencia se ubica en una zona corporal específica puede indicar angustia, conflicto o miedo agudo por lo común con respecto a lo sexual, el nacimiento o mutilación corporal. En estos casos puede significar un llamado de ayuda del niño por incapacidad para poner en palabras sus ansiedades.

Detalles especiales.

La presencia de **cabeza pequeña** parece indicar sentimientos de inadecuación intelectual, mientras que los **ojos bizcos** pueden asociarse con hostilidad, por lo que pueden presentarse en niños rebeldes y, por lo tanto, que no pueden o no quieren ajustarse a los modos esperados de comportarse.

La presencia de **dientes** no puede considerarse como un signo de psicopatología sino más bien de agresividad, por lo cual puede ser normal en los niños. Pero si se da junto con otros indicadores de agresividad, puede ser significativo para el diagnóstico y la interpretación global.

Los **brazos cortos** parecen reflejar la dificultad del niño para conectarse con el mundo exterior y con los que lo rodean, lo cual puede indicar tendencia al retraimiento. Los **brazos largos**, en cambio parecen indicar una actitud agresiva generalizada en el niño pero también pueden asociarse simplemente con expansividad. Por el contrario parece ser que los **Brazos pegados al cuerpo** reflejan un control interno rígido y dificultad de relacionarse con los demás.

Las **manos grandes** parecen asociarse con conductas agresivas y actuaciones en las que están implicadas las manos. Las **manos seccionadas** indican que un niño se siente preocupado e inadecuado, lo cual en ocasiones puede tener que ver con temor a la castración o culpa. Sin embargo, la causa de la ansiedad sólo puede delimitarse con otras pruebas complementarias.

Las **piernas juntas** implican, como lo denota la misma figura rigidez, dificultad en el control de impulsos y ocasiones temor de sufrir algún ataque sexual. Para que eso tuviera validez tendría que comprobarse en la historia clínica del niño.

La presencia de **genitales** es rara en los niños, puede ser un signo importante de psicopatología, pues indica agresión y dificultad en el control de impulsos.

El que un niño dibuje un **monstruo o figura grotesca**, indica sentimientos de inadecuación y un pobre concepto de sí mismo, pues estos niños tienden a percibirse como distintos de los demás. En este caso sería importante el contenido específico del

monstruo y el simbolismo que el niño expresa a través de él. Aunque no hay que descartar que este indicador puede relacionarse, como muchos otros, con las experiencias recientes del niño, por lo que los programas de televisión pueden tener cierta influencia en este tipo de dibujos. De cualquier manera, es significativo que el niño escoja entre muchas experiencias recientes, la de las figuras monstruosas o grotescas para hacer su dibujo.

Las **nubes, lluvia o nieve** se encontraron en los dibujos de niños ansiosos que muchas veces se sentían presionados por su ambiente, por sus padres. Se observó también en niños con trastornos psicósomáticos.

Omisiones.

La **omisión de los ojos**, que no debe confundirse con la omisión de pupilas, es inusual y es siempre un signo clínico. Se encuentra en niños aislados que tienden a refugiarse en la fantasía porque no quieren aceptar una realidad dolorosa o frustrante. La **omisión de la nariz** se asocia con timidez, conducta retraída y ausencia de agresividad manifiesta. La **omisión de la boca** refleja inseguridad y angustia y en ocasiones resistencia pasiva al ambiente, pues el niño simbólicamente no quiere recibir nada de los demás.

Por otra parte la **omisión del cuerpo** en los niños en edad escolar es un signo serio de psicopatología y puede reflejar inmadurez severa, retraso en el desarrollo, disfunción cerebral o una aguda ansiedad relacionada con el cuerpo, probablemente por miedo a la castración.

La **omisión de los brazos** puede reflejar ansiedad o culpa por conductas socialmente inaceptables que implican las manos o los brazos, como por ejemplo, robos. La omisión de las piernas refleja también intensa angustia e inseguridad, aunque sería muy importante observar la manera particular en que se omiten las piernas. Como también la **omisión de los pies** puede indicar desvalimiento e inseguridad por no tener "donde pararse o apoyarse".

Por último, la **omisión del cuello** puede relacionarse con inmadurez, impulsividad y controles internos pobres.

La autora menciona que éstos indicadores no pueden tomarse uno por uno sino debe hacerse una interpretación global, lo cual fue considerado en el desarrollo de la presente investigación.

II.4. INVESTIGACIONES CON DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA (DFH).

Existen múltiples investigaciones que han utilizado el dibujo de la figura humana, los exponentes más destacados de este enfoque proyectivo son Machover (1949, 1953, 1960); Levy (1958) y Jolles (1952), quienes han estudiado extensamente dibujos de la figura humana de adultos y adolescentes, pero han trabajado en un grado limitado con dibujos de niños en edad escolar (citado en Koppitz, 1982).

Koppitz desarrolló un sistema para analizar y tabular el DFH de niños de 5 a 12 años, como prueba evolutiva y de maduración mental y como prueba proyectiva de las preocupaciones y actitudes interpersonales de los niños, diseño y estandarizó en

estados unidos sistemas de puntuación para ambos enfoques. Estos sistemas los desarrolló a través de una investigación sistemática del DFH en niños de escuelas públicas y con trastornos.

En 1966 realizó una investigación para determinar la validez clínica de los 30 ítems considerados como indicadores emocionales, clasificando éstos en tres categorías: signos cualitativos, detalles especiales y omisiones. (citado en Esquivel F., Heredia, C., y Lucio E. 1999)

Koppitz y De Moreau (1968), compararon indicadores emocionales encontrados en el dibujo de la figura humana de una muestra de niños mexicanos (de Guadalajara) y una muestra de niños Norteamericanos igualados en edad, sexo edad mental y nivel socioeconómico, encontró que los indicadores más frecuentes en los niños mexicanos estaban relacionados con lesión cerebral en los niños norteamericanos. Concluyó que no podía determinar que este resultado fuera por características socioculturales y no resultado de lesión cerebral ocasionado por deficiencias alimenticias que probablemente propiciarán inmadurez y deficiencia alimenticia.

Burgues (1988) realizó un estudio utilizando el DFH en niños que sufrieron abuso sexual y una muestra control de menor edad. Encontró que los niños víctimas de abuso sexual mostraban mayor ansiedad en sus dibujos y presentaban gran porcentaje de omisiones que los niños no abusados y concluyó que los indicadores encontrados por sí mismos pueden manifestar problemas y pueden ser una herramienta útil para los clínicos en la identificación del área de conflicto.

Gonzalez (1988), efectuó una investigación bibliográfica de las siguientes fuentes: a) "El dibujo de la figura humana en los niños". Evaluación psicológica de Elizabeth M. Koppitz (1976). Biblioteca Pedagógica. Editorial Guadalupe y b) Fuente original el libro en inglés "Psychological Evaluation of Children's Human Figure Drawings" de Elizabeth M. Koppitz (1968). Grune & Stratton, Inc. New York, N.Y., para identificar las causas de las incongruencias encontradas en los diagnósticos que diferentes instituciones o profesionales de la psicología efectuaron a través de los indicadores emocionales del test del dibujo de la figura humana de Koppitz y encontró que existen graves imprecisiones de traducción que frecuentemente desvirtuan el sentido original del texto.

Velazco (1994), analizó estudios del Dibujo de la Figura Humana de Koppitz realizados en México, en los que se evaluaban los indicadores emocionales y evolutivos en distintas circunstancias –niños de la calle, niños con problemas emocionales, niños en edad escolar, etc. El objetivo fue determinar que tan eficiente puede ser el DFH de Koppitz en la población Mexicana, concluyendo que este debe ser interpretado con cautela debido a que entre México y Estados Unidos existen diferencias culturales y socioeconómicas importantes y que el DFH aplica criterios extraídos de muestras del país de origen.

González y Vargas (2001), realizaron una investigación cuyo objetivo fue detectar indicadores emocionales en niños que sufrieron abuso sexual a través del test del dibujo de la figura humana comparándolos con niños con problemas emocionales y niños que no reportaban ninguna sintomatología. Los resultados obtenidos fue que no

se encontraron diferencias significativas en sus muestras de estudio, pero si mayor frecuencia en el dibujo de manos grandes , figura inclinada y transparencias, También encontraron como variable el tiempo en que se aplicó el dibujo y el periodo en que ocurrió el abuso sexual.

Uno de los objetivos del presente trabajo es mostrar los indicadores emocionales encontrados en un grupo de niños y niñas de entre 6 y 12 años que sufrieron abuso sexual y que acudieron a su primera sesión terapéutica en el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales durante el periodo enero-diciembre del año 2000, mediante el Test del Dibujo de la Figura Humana de Elizabeth M. Koppitz, ya que de acuerdo con lo revisado, existe poca investigación aplicada al tema del abuso sexual infantil y en las investigaciones existentes se han realizado aplicaciones del test más bien colectivas que individuales teniéndose escaso o nulo contacto directo con los menores, dicha situación ocasiona se pierda información complementaria que permita dar una explicación realista en la que se consideren factores socioeconómicos y culturales de la población Mexicana.

TEMA III. CENTRO DE TERAPIA DE APOYO A VÍCTIMAS DE DELITOS SEXUALES.

El Centro de Terapia de Apoyo a víctimas de Delitos Sexuales (CTA), es un organismo dependiente de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, que tiene como objetivo el brindar apoyo integral a las víctimas de delitos sexuales, entendiéndose éstos desde la perspectiva legal como: violación, abuso sexual, estupro,

corrupción de menores y hostigamiento sexual, siendo los dos primeros delitos los más comunmente atendidos. El apoyo integral consta de la atención psicoterapéutica, médica y legal a toda la población mayor de 4 años que lo solicite y que hayan sufrido alguno de estos delitos, sin embargo, para los fines de este trabajo se considera únicamente la atención psicoterapéutica en casos de abuso sexual infantil.

Como su nombre lo dice, en el CTA, se proporciona terapia de apoyo, la cual tiene como objetivo el fortalecimiento de las defensas existentes, la elaboración de nuevos y mejores mecanismos para mantener control, para mejorar o lograr la estabilidad de Yo, y restaurar el equilibrio adaptativo. (Wolberg, 1977).

La terapia de apoyo utilizada en el CTA, tiene fundamentos en:

a) La psicoterapia breve y de emergencia descrita por Bellak y Small (1990), quienes mencionan que: "la mayoría de la gente acude a psicoterapia solo en los momentos de crisis y una vez superado este trance desaparece la motivación para seguir explorando más profundamente los problemas". Los menores y sus familias que acuden al CTA, llegan en una situación de crisis que provocó el abuso sexual.

b) La intervención en crisis (Slaikeu, 1992). "Es un proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático, de modo que la probabilidad de debilitar los efectos (estigmas emocionales, daño físico) se aminore y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas de vida, más opciones de vida) se incremente". Para este autor la intervención en crisis puede dividirse en intervención de primero y segundo orden. La primera se refiere a todas

aquellas operaciones defensivas que ocurren alrededor del suceso de la crisis (médicas, legales, religiosas, de asistencia social, etc.), y la segunda se relaciona con la utilización de procedimientos psicológicos específicos para ayudar a asimilar y elaborar la situación traumática. La evolución de la crisis presentada por los niños y niñas que han sufrido abuso sexual, dependerá de una adecuada intervención de primero y segundo orden.

- c) Psicoterapia de juego. La cual parte de la premisa de que muy pocas veces es el niño quién solicita tratamiento, sino que casi siempre es un adulto quién lo envía a este (padres, maestros y pediatras). La terapia de juego ha sido utilizada por diversos autores y con diversos objetivos. Anna Freud (1928) la empleó como una forma de establecer la alianza terapéutica. Melanie Klein (1932) propuso usarlo como un sustituto directo de las verbalizaciones del niño. Levy (1938) lo usó para tratar a niños que habían sufrido un suceso traumático específico. Solomón (1938) desarrolló una técnica de terapia de juego activa para usarla con niños impulsivos con el fin de que expresaran sentimientos de ira y temor. Taft (1933), Alen (1942) y Moustakas (1959), adaptaron su línea de pensamiento para trabajar con terapia de juego. Los tres enfatizaban el papel negativo que tiene el trauma del nacimiento sobre la habilidad del niño para establecer relaciones profundas. En 1959, Carl Rogers desarrolló un enfoque centrado en el cliente a la terapia para adultos y Virginia Axline (1947), lo modificó en una técnica de terapia de juego. Este enfoque tiende a resolver el desequilibrio entre el niño y su ambiente para facilitar el crecimiento natural. (citados en Schaefer y O'Connor, 1988).

Las reglas básicas empleadas en el tratamiento psicoterapéutico aplicado en el CTA., se basan dentro de lo posible, en las propuestas por Axline (1947), (en Schaefer y O'connor, 1988):

1. El terapeuta debe crear una relación cálida y amistosa con el niño. Debe establecerse el rapport tan pronto como sea posible.
2. El terapeuta acepta al niño tal como es.
3. El terapeuta establece un sentimiento de permisividad dentro de la relación para que el niño se sienta libre de expresar sus sentimientos por completo.
4. El terapeuta está alerta para reconocer los sentimientos que expresa el niño y éstos los devuelve de tal manera que el niño obtiene "insight" dentro de su conducta.
5. El terapeuta mantiene un respeto profundo hacia la habilidad del niño para resolver sus problemas si se presenta la oportunidad. Es responsabilidad del niño hacer elecciones e introducir cambios.
6. El terapeuta no intenta dirigir las acciones o conversaciones del niño de ninguna manera. El niño conduce y el terapeuta sigue.
7. El terapeuta no intenta apresurar la terapia. Debe entender que se trata de un proceso gradual.
8. El terapeuta sólo establece las limitaciones necesarias para tener sujeta la terapia a la realidad y para concientizar al niño de su responsabilidad en la relación.

Del mismo modo, los límites considerados dentro de la terapia se basan en los propuestos por Bixler (1949) (citado en Schaefer y O'connor, 1988), son:

1. No debe permitirse al niño que destruya propiedades de la habitación excepto el equipo de juego.

2. No debe permitirse al niño atacar físicamente al terapeuta.
3. No debe permitirse al niño permanecer más del tiempo programado para la entrevista.
4. No debe permitirse al niño llevarse juguetes fuera del cuarto de juego.
5. No debe permitirse que arroje juguetes ni algún otro material por la ventana.

Los juguetes sugeridos para la sala de terapia (Sullivan y Everstine, 1997):

1. Juguetes de regresión (biberón, plastilina, pintura digital, animales de peluche, etc.).
2. Material de dibujo (Crayolas, pinturas, hojas de papel, etc.).
3. Muñecos (que conformen una familia).
4. Juegos de mesa y cartas.
5. Juegos para impulsar la plática y la fantasía (títeres diversos, casa de muñecas, charola de arena, etc.).

En el CTA., además de cuenta con muñecos anatómicos sexuados (papa, mamá, hija, hijo, abuelos, adolescentes). Se utilizan cuentos con ilustraciones, juguetes como bat de beisbol y armas, etc.

Es importante mencionar que la terapia de juego utilizada en el CTA, esta dirigida a resolver una crisis causada por el evento traumático que ocasionó el abuso sexual, por lo que ha sido necesario crear un modelo de intervención terapeutico adecuado a las necesidades de estos niños y niñas.

Este modelo de intervención que a continuación se describe es el resultado de la experiencia y participación de las psicólogas y directivos del CTA.

III.1. MODELO DE INTERVENCION TERAPEUTICA UTILIZADO EN EL CENTRO DE TERAPIA DE APOYO A VICTIMAS DE DELITOS SEXUALES PARA NIÑOS Y NIÑAS QUE SUFRIERON ABUSO SEXUAL.

Primera sesión: Entrevista con la madre, padre o tutor y con el niño o la niña con el objeto de recabar la información necesaria. Se establece rapport. (Recepción de la víctima y primera sesión descritos detalladamente en el procedimiento).

Segunda sesión: Establecimiento de una relación empática. Se le permiten al niño o a la niña actividades libres durante toda la sesión con el objeto de propiciar un clima de seguridad y confianza. Materiales: juegos de mesa, rompecabezas, dibujo, cuentos, animales, caja de arena, casa de muñecas, etc.).

Tercera sesión: Representación del evento de agresión sexual. Se le proporcionan muñecos anatómicos con los que representa detalladamente su experiencia de agresión sexual facilitándole la expresión de las emociones que dicha situación le generó empatizándole dichos sentimientos y validándole acciones positivas realizadas. Materiales: Muñecos sexuados adultos hombre y mujer, muñecos sexuados niño y niña.

Cuarta sesión: Contacto y expresión del sentimiento de enojo e impotencia. Se le pide dibuje la figura del agresor y le escriba lo que le gustaría decirle, permitiéndole escribir insultos y reclamos, posteriormente se le facilita la descarga motriz del

sentimiento golpeando la figura del agresor con un bat. Materiales: Hojas de papel, lápices, colores de madera o crayolas, un bat de beisbol.

Quinta sesión: Manejo de temores. Se le facilita la identificación de temores surgidos después de la agresión sexual mismos que dibuja, motivándolo a encontrar alternativas para enfrentarlos. Materiales: Hojas de papel, pinturas de madera o crayolas, cojines, bat de beisbol, cuchillo de plástico, pistola de plástico, etc.

Sexta sesión: Expresión y manejo del sentimiento de culpa. Se explora de manera verbal que tan culpable se siente por la agresión sexual sufrida, se le pide realice un dibujo en el que le atribuye la responsabilidad al agresor, explicándole que el agresor por ser mayor si entendía lo que le estaba haciendo. Materiales: Hojas de papel, pinturas de madera o crayolas.

Séptima sesión: Prevención de la agresión sexual. Con apoyo en el cuento "aprendiendo a cuidarme" (PGJDF) se proporcionan herramientas de prevención de la agresión sexual enfatizando la identificación de las áreas privadas del cuerpo mismas que nadie debe tocar si el niño o la niña no quiere. Materiales: Cuento en el que se describen historias ilustradas sobre abuso sexual a niños, se identifican las áreas privadas del cuerpo, se diferencian las caricias adecuadas e inadecuadas y se muestran respuestas asertivas de prevención ante una posible agresión sexual..

Octava sesión: Orientación sexual. Se proporciona orientación sexual de acuerdo a la edad del menor o de la menor y de acuerdo al tipo de agresión sexual

sufrida utilizando para ello lecturas con ilustraciones y muñecos anatómicos.

Materiales: cuentos, libros ilustrados, muñecos sexuados.

Novena sesión: Asertividad. Se fortalecen conductas asertivas que provean de mayores herramientas de prevención en situaciones de riesgo. Materiales: cuentos, dibujos.

Décima sesión: Fortalecimiento de autoestima. Se realizan actividades que sensibilizan al niño o la niña acerca de su importancia personal y de la importancia de poseer una buena autoestima. Materiales: cuentos, dibujos, collages, etc.

Dependiendo de cada caso en particular un objetivo abarca más de una sesión y de ser un caso en el que existe averiguación previa se efectúan sesiones en las que se prepara al menor o a la menor para enfrentar audiencias jurídicas y/o careos con sus agresores, para lo cual se le describe el escenario en que se desarrollará la audiencia, se le da la seguridad de que en todo momento su mamá o papá estará con él, se le muestran técnicas de respiración y relajación y a través de técnica de dibujo se crean símbolos que le atribuyan poder.

Es importante mencionar que al tratarse de un servicio gratuito otorgado por el CTA, la mayoría de la población que hace uso de éste es de bajos recursos socioeconómicos, lo cual incide en un alto porcentaje de deserción de pacientes antes de concluir el tratamiento.

En la experiencia clínica, se ha observado que el modelo de intervención planteado, permite a los niños y a las niñas identificar, expresar y elaborar emociones que el evento de agresión sexual les generó, al mismo tiempo les provee de herramientas para prevenir otras posibles agresiones y desmitifican temas tabú como es la sexualidad. Es un modelo de intervención rápido, ya que se lleva a cabo en pocas sesiones terapéuticas y hemos observado su eficacia al permitir la desaparición de los síntomas causados por la agresión sexual.

PROCEDIMIENTO

1.- EN CUANTO A LA APLICACION TEST DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA.

Durante la práctica profesional ejercida como psicóloga clínica en el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales, proporcionando atención psicoterapéutica, surgió el interés en detectar si existían indicadores emocionales comunes en los niños y niñas que acudían a solicitar psicoterapia por haber sufrido abuso sexual, por lo que se decidió aplicar el test del dibujo de la figura humana de Elizabeth M. Koppitz (1982). Una vez definidos los indicadores emocionales, servirían para detectar el abuso sexual aún sin que el niño o la niña hablara de dicha agresión. Al mismo tiempo, servirían como complemento para la elaboración y aplicación del plan de intervención terapéutica.

Se eligió la Prueba del Dibujo de la Figura Humana de Elizabeth M. Koppitz (1982), por ser un instrumento sencillo, de lápiz y papel, de fácil aplicación e interpretación, que evalúa indicadores emocionales y que ya ha sido utilizada en otras poblaciones para detectar indicadores emocionales que presentan los niños y niñas que sufrieron abuso sexual. Lo anterior, con el fin de obtener información de la víctima directa que fuera complementaria a la proporcionada por los padres y que fundamentara el proceso de la intervención terapéutica.

La prueba de la Figura Humana (en adelante DFH), fue aplicada en un grupo de 60 niñas y niños Mexicanos elegidos al azar, en edad escolar de entre 6 y 12 años de

edad, que cursaran entre el 1º. Y 6º grado de educación primaria y que acudieron al servicio de psicología en el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal durante el año 2000, y que reportaron haber sufrido por lo menos un episodio de abuso sexual. La aplicación se realizó en una única ocasión y fue evaluada de acuerdo con los criterios de Elizabeth M. Koppitz.

Durante la primera sesión terapéutica, una vez que el niño o la niña se encontró a solas con la terapeuta, se realizó establecimiento de rapport, se le aplicó de manera individual el test del dibujo de la figura humana de Koppitz (1982), para lo cual se sentó al niño o a la niña confortablemente frente a un escritorio o mesa completamente vacía y se le presentó una hoja de papel tamaño carta y un lápiz del número 2 ó 2 ½, con goma para borrar y se le dio la siguiente consigna: "Quiero que en esta hoja dibujes a una persona entera. Puede ser cualquier persona que quieras dibujar, siempre que sea una persona completa, y no una caricatura".

Si el menor o la menor expresó alguna duda de no entender el significado de "persona", se agregó: "Puedes dibujar a un hombre o una mujer, o un niño, o una niña, lo que quieras dibujar".

No hubo límite de tiempo, sin embargo éste fue contado. El niño o la niña fue libre de borrar o cambiar su dibujo.

Al concluir el dibujo se le preguntó al niño o niña quien era la persona a quien dibujó. Se anotó esto y se le recogió el dibujo.

2.- EN CUANTO A LA RECEPCION DE LAS VICTIMAS (MENORES) DE ABUSO SEXUAL Y PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO EN EL CENTRO DE TERAPIA DE APOYO A VICTIMAS DE DELITOS SEXUALES.

El/la menor víctima de abuso sexual se presenta por primera vez en el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA) acompañado por su madre, padre o tutor, son entrevistados por una psicóloga clínica (en este caso, por quién reporta este trabajo). Se recaban los datos generales del/la menor, datos del agresor si era conocido o desconocido y una breve descripción de los hechos. Esto con la finalidad de llenar formato de "Ficha de Ingreso", con el que se inicia el expediente clínico. Asimismo, se les proporciona información sobre los servicios que ofrece el centro y se realiza encuadre terapéutico. Se les deriva al área legal si así se requiere y se les entrega un carnet de citas donde se les anota la fecha y hora de su cita así como el nombre de la psicóloga que brindará la atención psicoterapéutica al/la menor.

Cuándo el/la menor acude a su primera sesión terapéutica, ingresa al consultorio acompañado por su madre, padre o tutor con quien se realiza entrevista clínica con el objeto de explorar detalles de la agresión sexual, emociones existentes, mitos en relación al evento, sintomatología observada en el/la menor, se clarifican dudas, se proporciona orientación y cuando es posible se les deriva a psicoterapia de grupo de

padres o bien, a terapia individual (como víctimas indirectas). Por otro lado se replantea el encuadre terapéutico informando sobre el número de sesiones aproximadas a las que acudirá el menor (máximo 12 individuales con opción a grupo después de la 5ª. Sesión), la frecuencia (cada 15 días aproximadamente) y duración de las mismas (45 minutos a una hora).

En ese mismo momento, en presencia de los padres, se explora con el niño o la niña la facilidad o dificultad para hablar del evento de agresión sexual, esto con el objeto de detectar el grado de ansiedad que le genera. Si se le observa ansioso/a o angustiado/a no se le insiste y se le tranquiliza diciéndole que no importa si no quiere hablar de ello en ese momento, que lo hará después cuando ya nos conozcamos mejor y tenga la suficiente confianza. Se le informa que su mamá, papá (o tutor), lo/la esperará en la sala mientras él/ella y la terapeuta dibujarán y jugarán.

Una vez a solas con la terapeuta se realiza la aplicación del DFH, e inmediatamente después se le entrega otra hoja de papel y crayolas o pinturas de madera para que realice un dibujo libre indicándole: "En esta hoja puedes dibujar lo que tu quieras, y puedes utilizar los colores que quieras". Esta con la intención de reforzar rapport y establecer relación empática con el niño o la niña facilitándole un medio de expresión natural que disminuya la angustia que pudiera generarle estar a solas con la terapeuta.

Antes de retirarse de la primera sesión se le informa al menor o a la menor que la siguiente vez que acuda a la terapia se jugará a lo que el/ella elija y se le muestran los juegos y juguetes con los que se cuenta en el consultorio.

Una vez concluida la primera sesión terapéutica se realiza el llenado del formato "Expediente Psicológico", en el que se anotan los datos generales, familiograma, motivo de consulta, impresión diagnóstica, objetivos terapéuticos y síntomas iniciales; además se solicita información que será llenada al ser dado de alta el paciente, como tipo de alta (alta personal: cuando el paciente deserta del tratamiento y alta terapéutica: cuándo se cubren por lo menos el 50% de los objetivos establecidos) y estado emocional posterior al tratamiento terapéutico.

El expediente del usuario consta también de un formato denominado "Reporte de Sesión", en el cual se anota el nombre del usuario, número de expediente, terapeuta y modalidad terapéutica. En este formato se escribe el número de sesión y la fecha de esta y se describe el objetivo, técnicas y procedimiento empleados así como los resultados obtenidos. La terapeuta firma la sesión y anota la fecha de la próxima cita.

Se inicia proceso de tratamiento. (Aplicación del modelo de intervención terapéutica).

3.- EN CUANTO AL MODELO DE INTERVENCION TERAPEUTICA.

Aproximadamente en el año de 1997, con la llegada de nuevos directivos al CTA, se iniciaron una serie de reuniones con las psicólogas clínicas adscritas con el fin de crear modelos de intervención homogéneos y más eficaces, ya que anteriormente se utilizaban técnicas basadas en la Terapia Racional Emotiva (Albert Ellis), que mostraban cambios benéficos a corto plazo en los usuarios, pero después de un tiempo solicitaban nuevamente la atención al experimentar recaídas. De dicha reuniones de valoración y juntas de trabajo surgió el modelo de intervención terapéutica para niñas y niños que sufrieron abuso sexual, basado en la teoría sobre abuso sexual infantil (Finkelhor, 1980; Casorla, Samperio y Chirino 1994; Kempe, 1985; Sullivan y Everstine, 1997, y DSM-IV, entre otros), en la terapia de juego y en las aportaciones y experiencia de las terapeutas.

ANALISIS Y EVALUACION

ANALISIS Y EVALUACION DE LA PRUEBA DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA.

La información con la que se contó para mostrar los indicadores emocionales encontrados obtenida de 60 Dibujos de la Figura Humana realizados por los menores que acudieron a su primera sesión terapéutica en el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales durante el año 2000, los cuales fueron clasificados por edades y evaluados mediante los criterios de evaluación e interpretación de E. M. Koppitz (1982),

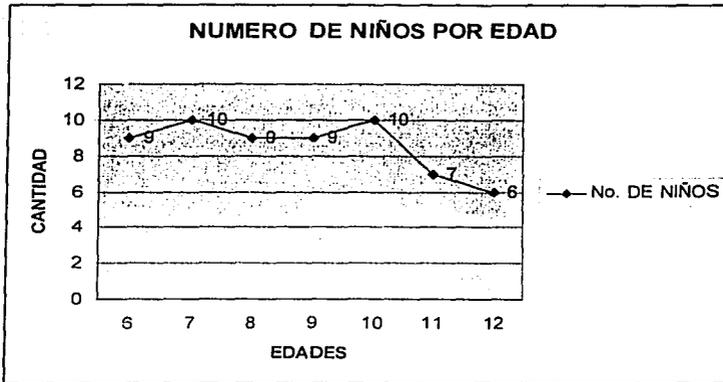
Los resultados implican aspectos de tipo cuantitativo y cualitativo debido a que cada uno de los dibujos de la figura humana (DFH), fue revisado y evaluado considerando si se encontraba presente alguno de los 30 indicadores emocionales descritos por Koppitz y los resultados globales encontrados se muestran a través de cuadros y gráficas, en los que se consideran los aspectos planteados por la autora para la interpretación clínica de dichos indicadores.

En este trabajo también se comparan las características de los indicadores emocionales más sobresalientes, con las características generales de los niños víctimas de abuso sexual descritas por otros autores, con el fin de mostrar las similitudes o diferencias que presentan los niños y niñas de la población Mexicana que sufrieron abuso sexual, lo que permitirá la aplicación de un modelo de intervención terapéutica más adecuado a las necesidades de estos menores.

Los resultados obtenidos se presentan en los siguientes cuadros y gráficas en los que se muestra información derivada de los dibujos de la figura humana como:

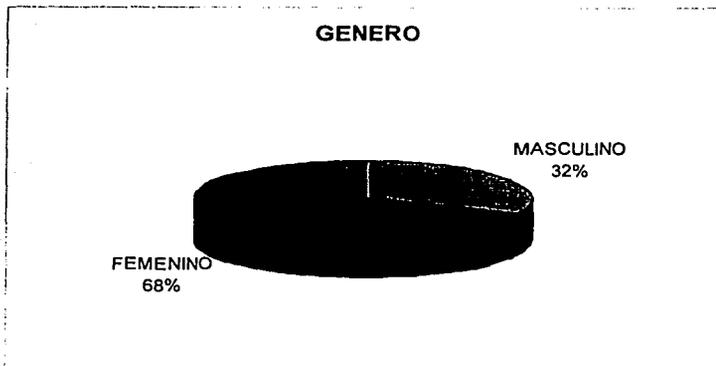
- Número de niños por edad que realizaron DFH.
- Género de la muestra.
- Promedio de Indicadores Emocionales presentado por cada niño o niña.
- Persona a la que dibujo cada menor.
- Indicadores Emocionales por edad.
- y comparativo de indicadores emocionales con sintomatología presentados por el niño o niña.

GRAFICA 1: NUMERO DE NIÑOS POR EDAD.



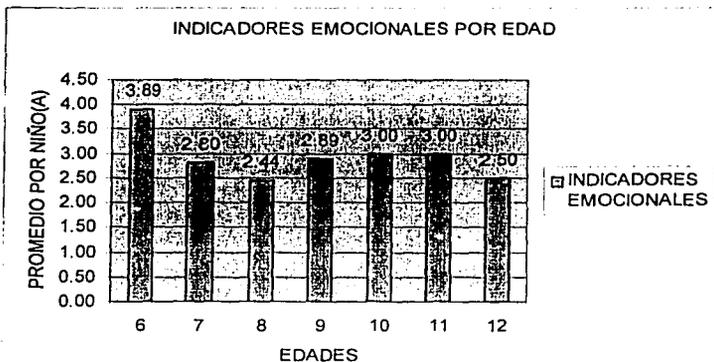
La presente gráfica, nos muestra el rango de edades de la población considerada, la que abarcó niños y niñas de entre 6 y 12 años y describe la cantidad de menores de cada edad que realizaron DFH.

GRAFICA 2: GENERO DE LA POBLACION



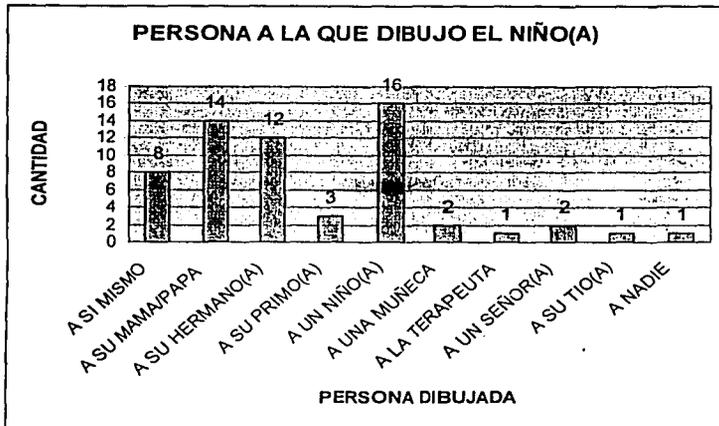
En la gráfica anterior, se puede observar que la mayor población del grupo de menores, elegida al azar, es del sexo femenino (42 sujetos), que comprende el 68.33% contra (18 sujetos), 31.67% del sexo masculino, lo que coincide con los hallazgos de autores como Finkelhor (1979), quien encontró una incidencia más alta de mujeres que reportaron haber sufrido una experiencia de agresión sexual que los hombres, sin embargo, coincidimos con este autor en que estos hallazgos deben ser tomados con reserva debido a que existen factores culturales que ocasionan que los niños más que las niñas tiendan a guardar silencio por vergüenza y vulnerabilidad.

GRAFICA 3: INDICADORES EMOCIONALES POR EDAD (PROMEDIO POR CADA NIÑO/A).



En la gráfica 3, se puede observar el promedio de indicadores emocionales presentado por cada niño(a), encontrándose más de dos indicadores emocionales por cada uno(a). Koppitz (1982), menciona que dos o más indicadores emocionales presentes en el dibujo de la figura humana denotan la presencia de algún problema emocional.

GRAFICA 4: PERSONA DIBUJADA.



En esta gráfica se puede observar que solo 8 de los menores refirieron haberse dibujado a sí mismos. Koppitz (1982), menciona que a quién dibuja es la persona de más interés e importancia en la vida del niño(a) y supone que nadie puede ser más importante que él mismo; también considera que cuando el niño(a) dibuja a otra persona (a su mamá/papá 14, a su hermano/a 12), puede reflejar un conflicto o preocupación positiva por ella. Sin embargo, aquí observamos que la mayoría dijo haber dibujado a un niño/a (16), sin especificar quién lo que pudiera deberse a un problema de baja autoestima.

CUADRO A. INDICADORES EMOCIONALES POR EDAD (SIGNOS CUALITATIVOS)

DESCRIPCIÓN DE LOS SIGNOS CUALITATIVOS	6 AÑOS	7 AÑOS	8 AÑOS	9 AÑOS	10 AÑOS	11 AÑOS	12 AÑOS	INDICADORES SIGNIFICATIVOS
1. INTEGRACION POBRE DE LAS PARTES.	2	3	4		2	1		12
2. SOMBREADO DE LA CARA.			1	1	1	1	1	5
3. SOMBREADO DEL CUERPO, EXTREMIDADES O AMBOS.		1					1	2
4. SOMBREADO DE LAS MANOS, CUELLO O AMBOS.						1		1
5. ASIMETRIA BURDA DE LAS EXTREMIDADES.	5	5	2	5	4	1	2	24
6. FIGURAS INCLINADAS.	3	2	2	3	3	3	2	18
7. FIGURA PEQUEÑA.	3	3		5		2		13
8. FIGURA GRANDE.					1			1
9. TRANSPARENCIAS.	4		2	1				7

CUADRO B. INDICADORES EMOCIONALES POR EDAD (DETALLES ESPECIALES)

DESCRIPCION DE DETALLES ESPECIALES	6 AÑOS	7 AÑOS	8 AÑOS	9 AÑOS	10 AÑOS	11 AÑOS	12 AÑOS	INDICADORES SIGNIFICATIVOS
10. CABEZA PEQUEÑA.								0
11. OJOS BIZCOS O DESVIADOS.		2	2	2	5	1	1	13
12. DIENTES.		1	1			2		4
13. BRAZOS CORTOS.	2	3	1	2	1	2	2	13
14. BRAZOS LARGOS.	1		1	1	1			4
15. BRAZOS PEGADOS AL CUERPO.			1		1		2	4
16. MANOS GRANDES.	2		2	1	1			6
17. MANOS OMITIDAS.	2	3			2	1	2	10
18. PIERNAS JUNTAS.	2	1		1	3	1	3	11
19. GENITALES.	1				1		1	3
20. MONSTRUO O FIGURA GROTESCA.		1	1		1	1		4
21. DIBUJO ESPONTANEO DE 3 O MAS FIGURAS	1							1
22. NUBES.								0

CUADRO C. INDICADORES EMOCIONALES POR EDAD (OMISIONES)

DESCRIPCION DE OMISIONES	6	7	8	9	10	11	12	INDICADORES
	AÑOS	SIGNIFICATIVOS						
23. OMISION DE LOS OJOS.	1							1
24. OMISION DE LA NARIZ.	3		1		1			5
25. OMISION DE LA BOCA.					1			1
26. OMISION DEL CUERPO.	1		1		1	1		4
27. OMISION DE LOS BRAZOS.								0
28. OMISION DE LAS PIERNAS.	1			2		1		4
29. OMISION DE LOS PIES.		2		1				3
30. OMISION DEL CUELLO.	1	1		1		2		5

De los cuadros A, B y C, que describen los signos cualitativos, detalles especiales y omisiones que Koppitz (1982), considera indicadores que plantean la presencia de problemas emocionales, se desprenden como los indicadores emocionales más repetidos de la muestra los siguientes:

1. Integración pobre de las partes: (significativa en varones desde los 7 años, en las niñas desde los 6): una o más partes no están unidas al resto de la figura, una de las partes sólo está unida por una raya, o apenas se toca con el resto. Este indicador fue encontrado en 12 DFHs, y según Koppitz puede asociarse con inestabilidad, personalidad pobremente integrada, impulsividad o dificultad en la coordinación visomotriz. Esta inmadurez puede deberse a factores emocionales solamente o a daño neurológico.
5. Asimetría burda de las extremidades. Un brazo o una pierna difieren marcadamente de la otra en la forma. Este indicador no se califica si los brazos o las piernas tienen forma parecida, pero son un poco dispares en el tamaño. Repetido en 24 dibujos y asociado con dificultades en la coordinación visomotriz que puede deberse a impulsividad aunque en ocasiones puede relacionarse con daño neurológico, pero habría que tener otros indicadores que lo confirmaran. Este indicador es similar al número 1: Integración pobre de las partes los cuales se relacionan con la observación realizada en la práctica clínica donde se ha visto que los niños y niñas que realizaron DFH y menores en general que acuden a recibir terapia por haber sufrido abuso sexual, carecen de estimulación en diversas áreas de su vida y sufren algún tipo de maltrato físico, psicológico y/o sexual lo que puede ocasionar la

inestabilidad, impulsividad y dificultades en la coordinación visomotriz, reflejados en los DFH.

6. Figuras inclinadas. El eje vertical de la figura tiene una inclinación de 15 grados o más con respecto a la perpendicular. Fue encontrado en 18 DFHs, y tiene que ver con inestabilidad y falta de equilibrio como una característica general del niño, sugiere que al pequeño le falta una base firme, lo cual puede deberse a factores de personalidad o a situaciones externas. Los niños y niñas objeto de este reporte laboral son provenientes en su mayoría de familias desintegradas, reconstruidas y/o disfuncionales lo que podría sustentar este indicador sobresaliente en los DFH.

7. Figura Pequeña. La figura tiene 5 cm. O menos de altura. Encontrada en 13 dibujos y se ha encontrado en niños tímidos e inseguros y se asocia con retraimiento o depresión. Estas características se han observado en la población de menores que acuden al CTA por haber sufrido abuso sexual.

11. Ojos bizcos o desviados. Ambos ojos vueltos hacia adentro o desviados hacia fuera; miradas de reojo no se califican. Repetido 13 veces. Asociado con hostilidad, por lo que puede presentarse en niños rebeldes y, por lo tanto, que no pueden o no quieren ajustarse a los modos esperados de comportarse. La hostilidad y/o agresividad es un síntoma que presentan los menores que han sufrido abuso sexual.

13. Brazos cortos. Apéndices cortos a modo de brazos, brazos que no llegan a la cintura. Repetido en 13 DFHs, parecen reflejar la dificultad del niño para conectarse con el mundo exterior y con lo que lo rodean, lo cual puede indicar tendencia al retraimiento. Los niños y niñas que han sufrido abuso sexual cuentan entre sus síntomas con retraimiento.
17. Manos omitidas. Brazos sin manos, ni dedos; no se puntúan las manos ocultas atrás de la figura o en los bolsillos. Encontrado en 10 DFHs, y asociado con preocupación e inadecuación, lo cual en ocasiones puede tener que ver con temor a la castración o culpa, sin embargo, la causa de la ansiedad sólo puede delimitarse con pruebas complementarias. En los menores atendidos en el CTA, se ha observado sentimientos de culpa y vergüenza al hablar de su evento de agresión sexual y rechazo al observar esquemas del cuerpo humano desnudo, estos sentimientos se proyectan a través de este indicador emocional.
18. Piernas juntas. Las piernas están pegadas sin ningún espacio entre sí; en los dibujos de perfil se muestra una sola pierna. Presente en 11 dibujos, indican rigidez, dificultad en el control de impulsos y en ocasiones temor de sufrir algún ataque sexual. Para que esto tuviera validez tendría que comprobarse en la historia clínica del niño. Este indicador se encuentra relacionado con las conductas de hipersexualización como masturbación excesiva o tendencia a repetir con otros menores la agresión sexual. Observado en el ejercicio profesional.

Con base en los resultados que arrojan como más significativos los indicadores emocionales descritos anteriormente se puede concluir que si bien, no existen indicadores que destaquen significativamente en número, si nos muestra características psicológicas generales de estos menores, que complementadas con sus historias clínicas nos hablan de niños provenientes en su mayoría de hogares desintegrados y/o familias disfuncionales de bajo nivel socioeconómico, lo que origina carezcan de estimulación en diversas áreas de su vida, lo cual conlleva a que presenten dificultades en la coordinación visomotriz, inestabilidad, impulsividad y/o personalidad pobremente integrada.

Asimismo encontramos niños con características de timidez, inseguridad y retraimiento, lo cual aunado al evento de agresión sexual acentúa estas características ocasionándoles respuestas hostiles, conductas rebeldes y retraimiento, lo que trae como consecuencia tengan dificultad para conectarse con el mundo exterior y con los que los rodean.

Destacan también los indicadores emocionales 17 y 18 relativos a manos omitidas y piernas juntas respectivamente, mismos que son más específicos del problema de abuso sexual y que nos hablan de niños que están experimentando preocupación e inadecuación relacionados con temor a la castración o culpa y temor a sufrir algún ataque sexual.

Las características encontradas en la población de 60 niños y niñas, que realizaron dibujos de la figura humana y que reportaron haber sufrido algún tipo de abuso sexual,

presentan similitudes con las secuelas y factores de vulnerabilidad descritas por los especialistas en el tema, de tal manera que:

Casoria, Samperio y Chirino (1994), mencionan que los niños y niñas que han sufrido agresión sexual presentan alteraciones de la conducta como: bajo rendimiento escolar, miedo, agresividad, demandas de afecto, aislamiento, regresiones conductuales, enuresis, coraje contra el agresor, alteración de hábitos, alteraciones en el sueño y en la alimentación.

Sullivan y Everstine (1997) describen como síntomas iniciales del abuso sexual: temor y ansiedad, problemas con el sueño, quejas somáticas, conducta regresiva, baja autoestima, incapacidad para confiar en los demás, depresión y sus correspondientes hostilidad y enojo ocultos, problemas escolares, conducta sexual inapropiada, culpa, vergüenza y (o) una conducta autodestructiva.

Kempe y Kempe (1985), mencionan que los abusos sexuales agresivos pueden con frecuencia ocasionar en los niños: estados de pánico y terrores nocturnos, comportamiento persistente y ciertas formas de regresión en el desarrollo, brotes súbitos de angustia, miedo, depresión, insomnio, histeria, aumentos repentinos y masivos de peso o pérdida del mismo, súbitos fracasos escolares o vagabundeo.

González y Vargas (2001), citan a (Wurtele & Miller-perrin, 1992; Finkelhor, 1980; La Fontaine, 1990; Burgess, 1988, etc.), quienes encuentran características generales de vulnerabilidad al abuso sexual infantil, tales como:

- . Aislamiento
- . Falta de Información y/o orientación sexual
- . Altas necesidades de atención y afecto
- . Baja autoestima
- . Confiar excesivamente en las personas
- . Introversión
- . descuido, negligencia emocional
- . Pasividad, carencia de asertividad
- . Enseñanza para ser obediente
- . Habilidades deficientes para la resolución de problemas.

En mi experiencia profesional he observado que los niños y niñas que han sufrido agresión sexual presentan alteraciones en dos vertientes: emocionales y conductuales, en el área emocional experimentan sentimientos de tristeza, enojo, impotencia, temor, inseguridad, vergüenza y devaluación; en el área conductual manifiestan alteraciones en el sueño, como pesadillas, insomnio o sueño interrumpido, alteraciones en la alimentación como disminución o aumento del apetito, rebeldía, irritabilidad, berrinches, aislamiento, retraimiento, bajo rendimiento académico, enurésis, en casos severos encoprésis, conductas de hipersexualización como: masturbación, interés excesivo en escenas relacionadas con sexo o tendencia a repetir con niños menores el abuso sexual, miedo a la obscuridad y/o miedo al agresor, regresiones conductuales como hablar como niños más pequeños, querer tomar biberón, querer que los carguen o abracen, querer dormirse con los padres, etc.

CUADRO D: COMPARATIVO DE INDICADORES EMOCIONALES SOBRESALIENTES EN EL DFH Y

SINTOMATOLOGIA PRESENTADA.

INDICADORES EMOCIONALES SOBRESALIENTES (DFH)	INTERPRETACION SEGUN KOPPITZ	SINTOMATOLOGIA PRESENTADA POR LOS MENORES VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL
1. INTEGRACION POBRE DE LAS PARTES	SOCIAO CON INESTABILIDAD, PERSONALIDAD POBREMENTE INTEGRADA, IMPULSIVIDAD O DIFICULTAD EN LA COORDINACIÓN VISOMOTRIZ.	<ul style="list-style-type: none"> - REBELDIA - IRRITABILIDAD - AGRESIVIDAD - AISLAMIENTO - RETRAIMIENTO - BAJO RENDIMIENTO ACADEMICO - INOMNIO - PESADILLAS - SUEÑO INTERRUPTIDO - AUMENTO O DISMINUCION DEL APETITO - ENURESIS - ENCOPRESIS (EN CASOS SEVEROS) - HIPERSEXUALIZACION - REGRESIONES CONDUCTUALES - MIEDO A LA OBSCURIDAD Y/O AL AGRESOR - SENTIMIENTOS DE TRISTEZA, ENOJO, IMPOTENCIA, CULPA, VERGÜENZA, INSEGURIDAD, BAJA AUTOESTIMA.
5. ASIMETRIA BURDA DE LAS EXTREMIDADES	ASOCIADO CON DIFICULTADES EN LA COORDINACION VISOMOTRIZ, QUE PUEDE DEBERSE A IMPULSIVIDAD Y PUEDE RELACIONARSE CON DAÑO NEUROLOGICO.	
6. FIGURAS INCLINADAS	TIENE QUE VER CON INESTABILIDAD Y FALTA DE EQUILIBRIO.	
7. FIGURA PEQUEÑA	RELACIONADA CON TIMIDEZ E INSEGURIDAD. ASOCIADA CON RETRAIMIENTO O DEPRESION.	
11. OJOS BIZCOS O DESVIADOS	ASOCIADO CON HOSTILIDAD Y REBELDIA.	
13. BRAZOS CORTOS	RETRAIMIENTO. DIFICULTADES PARA CONECTARSE CON EL MUNDO EXTERIOR.	
17. MANOS OMITIDAS	ASOCIADO CON PREOCUPACIÓN E INADECUACION, TEMOR A LA CASTRACION O CULPA.	
18. PIERNAS JUNTAS	RIGIDEZ, DIFICULTADES EN EL CONTROL DE IMPULSOS. TEMOR DE SUFRIR ALGUN ATAQUE SEXUAL.	

En el cuadro anterior se puede observar la relación existente entre los indicadores emocionales presentados por los niños y niñas que han sufrido abuso sexual y la sintomatología que presentan como consecuencia de dicho ataque, lo que se complementa con el bajo nivel socioeconómico, cultural y familiar disfuncional, dando un panorama general del estado emocional de los menores.

Por lo anterior, se considera de fundamental importancia el tratamiento psicoterapéutico con los menores que han sufrido abuso sexual, para lo cual se describió anteriormente (en el capítulo de marco teórico), el modelo de intervención terapéutica utilizado en el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales, mismo que ha demostrado en la práctica clínica su efectividad al disminuir y/o eliminar síntomas causados por la agresión sexual, lo que se corrobora en entrevista final con los padres del niño o la niña para poder determinarse su alta terapéutica.

ANALISIS Y EVALUACION DEL TRABAJO TERAPEUTICO EN EL CENTRO DE TERAPIA DE APOYO A VICTIMAS DE DELITOS SEXUALES.

El trabajo que se realiza en el CTA, implica una gran responsabilidad en cuanto a que se trabaja con víctimas de delitos sexuales. En el trabajo específico con los menores que han sufrido abuso sexual se requieren habilidades especiales en las terapeutas como: gran capacidad de empatía, capacidad para establecer comunicación con los niños, capacidad para disfrutar del juego, tener resueltos conflictos sexuales, tolerancia a la frustración y demora, manejo amplio de información sobre el tema, etc.

Estas habilidades no siempre son evaluadas, lo que incide en la eficacia del tratamiento.

Existen limitaciones institucionales que influyen en el óptimo desarrollo de las funciones de las terapeutas, básicamente de presupuesto ya que no se cuenta con el personal suficiente para cubrir la demanda de la población que solicita el servicio, lo que ocasiona se den citas cada dos o tres semanas. Esta situación incide en el rendimiento de las terapeutas quienes muchas veces tienen que atender hasta ocho pacientes en ocho horas de trabajo además del trabajo administrativo correspondiente para cada expediente, lo que disminuye la calidad del servicio en pro de la cantidad.

El problema de presupuesto también ocasiona que no se cuente con los materiales de trabajo necesarios para su uso en las terapias, siendo responsabilidad de las terapeutas la adquisición de juegos, juguetes, cuentos, etc.

No existe un proceso de evaluación formal de las víctimas que inician tratamiento, lo cual es lamentable ya que sería enriquecedor para el trabajo terapéutico la aplicación de un pretest y un postest con cada paciente a fin de averiguar la evolución de su estado. No obstante, en las víctimas que acuden canalizadas por las agencias especializadas en delitos sexuales que cuentan con una averiguación previa y de las cuales se solicita impresión diagnóstica por parte de la fiscalía o juzgado si se aplica una batería de pruebas compuesta por el test gúestáltico visomotor de Lauretta Bender y una o dos pruebas proyectivas (en niños DFH, y/o test de la familia), esto con el fin de fundamentar técnicamente el documento.

En el CTA., tampoco se cuenta con un instrumento o proceso de evaluación de las intervenciones. A las terapeutas no se les evalúa, lo cual se considera grave, pues es necesario saber en que medida las profesionales están realizando adecuadamente su trabajo.

ANALISIS Y EVALUACION DEL MODELO DE INTERVENCION TERAPEUTICA.

El modelo de intervención terapéutica aplicado en el CTA., es un modelo flexible que puede adaptarse y modificarse a las necesidades particulares de cada niño o niña, de tal forma que un niño tímido e introvertido tardará más tiempo en adquirir la confianza necesaria para hablar de su evento de agresión sexual y por lo tanto se llevará más sesiones en el trabajo de rapport y empatía, o bien, un niño que presenta miedos intensos como principal síntoma será un niño con el que se abordará este objetivo prioritariamente.

Es un modelo complementario del que su efectividad dependerá de las características y habilidades de la terapeuta y del adecuado apoyo familiar que tenga el menor o la menor, por lo que el ideal es que los padres participen en grupo terapéutico o mínimamente sigan las orientaciones de la terapeuta que trabaja con el menor.

En términos generales, este modelo permite al niño o la niña identificar, expresar y elaborar emociones generadas por el evento de agresión sexual como tristeza, culpa, vergüenza, enojo e impotencia en un ambiente de seguridad y confianza, lo que le permite al finalizar el tratamiento percibir el suceso como algo que le hicieron

y no algo que el ocasionó. Esto se observa cuando el niño o la niña son capaces de hablar libremente de la agresión sin angustiarse o avergonzarse y cuando son capaces de hablar con enojo del agresor. Del mismo modo este modelo lo provee de herramientas de prevención al permitirle identificar las áreas privadas de su cuerpo, diferenciar las caricias buenas y malas, mostrarle que es una persona valiosa, digna de respeto y por lo tanto no tiene que respetar a quien no lo respete además de proporcionarle manejo de respuestas asertivas como decir "NO", ante una situación que lo incomode. Por otro lado al proporcionarle orientación sexual se rompe con temas tabú que la mayoría de las veces confunden y avergüenzan al menor y lo hacen más vulnerable a este tipo de agresiones.

CONCLUSIONES

El objetivo del presente Reporte Laboral es plasmar la experiencia profesional adquirida durante cinco años de trabajo psicoterapéutico con menores víctimas de abuso sexual en el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales así como con el uso de la prueba del Dibujo de la Figura Humana de Koppitz con estos menores, y la propuesta de un modelo de intervención terapéutica, concluyéndose lo siguiente:

Aunque existen investigaciones que han utilizado el DFH con niños Mexicanos, en todas ellas éste se ha usado únicamente como una herramienta aislada que pretende medir un aspecto específico sin tener un contacto directo con los niños y niñas, ni se han considerado sus condiciones socioeconómicas y culturales que proporcionen una interpretación integral de los resultados. Velázco (1994), realizó una investigación con el objeto de determinar la eficiencia del DFH, de Koppitz en la población Mexicana, concluyendo que éste debe ser interpretado con cautela debido a que entre México y Estados Unidos (país de origen del DFH), existen diferencias culturales y socioeconómicas importantes que podrían alterar los resultados. Asimismo, González (1988), encontró que existen graves imprecisiones de traducción que desvirtúan el sentido original del texto de Koppitz, del inglés al español.

Por lo anterior, la importancia de este trabajo reside en que si bien en los resultados del DFH, no se encontraron indicadores emocionales que por sí solos detecten o sean característicos de abuso sexual en los niños y niñas, sí nos permiten conocer sus conflictos internos, lo que complementado con la información obtenida a través de la

observación directa y la proporcionada por sus familiares permite apoyar la hipótesis de dichos autores en cuanto a la influencia de otros factores como el nivel socioeconómico y cultural en el resultado de la prueba.

Por otro lado, es difícil hacer una comparación con otras investigaciones en las que se ha utilizado el DFH, debido a que en todas ellas se ha considerado más de una muestra y el presente estudio solo pretende reportar los resultados encontrados vinculándolos con la historia clínica y sintomatología presentada en los niños y niñas víctimas de abuso sexual. Sin embargo, si encontramos puntos de coincidencia y discordancia.

De los indicadores emocionales como signos cualitativos se encontraron más frecuentemente: integración pobre de las partes y asimetría burda de las extremidades, figura inclinada y figura pequeña, lo que coincide en parte con investigaciones de Koppitz y De Moreau (1968), quienes encontraron que los indicadores emocionales más frecuentes en los niños de la población Mexicana estaban relacionados con lesión cerebral, pero no pudieron determinar que este resultado se debiera a características socioculturales y no a resultado de lesión cerebral ocasionada por deficiencias alimentarias que pudieran propiciar inmadurez. El presente trabajo apoya la propuesta de estos autores, ya que los niños con los que se ha trabajado presentan en su mayoría bajo nivel socioeconómico y cultural, provienen de hogares desintegrados, reconstruidos y/o disfuncionales, en los que se ejerce algún tipo de maltrato (físico, psicológico además del sexual); observándose esto en que son niños callados, retraídos, poco sociables, o bien, su opuesto con características de hiperactividad, con dificultades para centrar su atención y para seguir reglas. Son niños que denotan

grandes necesidades de atención, afecto, higiene y alimentación, lo que habla de falta de estimulación en diversas áreas de su vida.

Los resultados de este trabajo, difieren con la investigación de González y Vargas (2001), quienes encontraron mayor frecuencia en manos grandes y transparencias en los niños que sufrieron abuso sexual que en sus otras muestras. En este trabajo se encontró más repetidamente, en el rubro de omisiones: ojos bizcos o desviados, brazos cortos, manos omitidas y piernas juntas, siendo estos dos últimos indicadores los que más se relacionan con abuso sexual. El punto de coincidencia con estas autoras se da en el indicador de figura inclinada, presente significativamente en ambos estudios.

Coincidimos con la conclusión de Burgues (1988), quien encontró mayor ansiedad en los DFH, de niños víctimas de abuso sexual que en el grupo control, además de que presentaban mayor porcentaje de omisiones. Concluyó que los indicadores emocionales por sí mismos pueden manifestar problemas, lo que puede ser de utilidad para los clínicos en la identificación de áreas de conflicto.

La aportación del presente trabajo, consiste en que se realizó la aplicación del DFH, de manera directa e individual, concluyéndose que no se encontraron indicadores emocionales específicos de abuso sexual infantil, pero si destacan indicadores emocionales que de acuerdo con Burgues (1988), permiten detectar alteraciones emocionales, lo que conjuntamente con información derivada de la observación directa y la historia clínica, me permitió como psicóloga clínica establecer un diagnóstico

integral, que facilitó la aplicación de un tratamiento adecuado a las necesidades de cada niño o niña.

Otra aportación de este reporte laboral, es la propuesta del modelo de intervención terapéutica utilizado en los niños y niñas víctimas de abuso sexual que acuden al Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales, el cual ha demostrado en la práctica clínica su efectividad al reestablecer el equilibrio emocional de los menores que han sufrido este tipo de agresión y que cuentan con un adecuado apoyo familiar y social. Este modelo de intervención tiene la ventaja de llevarse a cabo en pocas sesiones en las que se trabajan objetivos específicos, lo que tiene suma importancia tomando en cuenta el bajo nivel socioeconómico y cultural de la mayoría de la población que acude al Centro, que causa un alto porcentaje de deserción.

Una de las limitaciones de este estudio consistió en que no se consideró el tiempo transcurrido desde la agresión sexual, ni la duración de la misma, factores influyentes en el resultado de los dibujos, debido a que pueden no presentar la misma sintomatología inmediatamente después del evento que cuando ya ha transcurrido cierto periodo de tiempo.

Otra limitación consistió en que el estudio se realizó por interés personal, ya que la institución no cuenta con un área de investigación, pero se considera necesario implementar una base de evaluación para la intervención, de aquí que la muestra no sea tan amplia.

Se sugiere en estudios posteriores la aplicación de un pre-test y post-test, que permita identificar indicadores emocionales anteriores al tratamiento psicoterapéutico y permita evaluar los resultados del mismo.

Asimismo se sugiere la aplicación del DFH, en una muestra con mayor número de sujetos que hayan sufrido abuso sexual infantil, comparándola con un grupo control que no cuente con diagnóstico de problemas emocionales ni psiquiátricos que contamine los resultados. De igual manera se sugiere que la muestra sea igualada en género con el objeto de identificar diferencias en la percepción que tienen del abuso sexual los niños y las niñas.

Para el mejor desarrollo del trabajo terapéutico a nivel institucional con niños y niñas que han sufrido abuso sexual, se sugiere la aplicación del DFH, no de manera aislada sino como una herramienta que proyecta los conflictos internos de los menores y que complementado con la observación directa y la historia clínica, permita la estructuración y aplicación de métodos de intervención terapéutica adecuados a las necesidades particulares de cada niño o niña con este tipo de problemática.

Es de fundamental importancia la realización de investigaciones aplicadas en población Mexicana dado que los criterios de validez de la mayoría de las pruebas proyectivas se han llevado a cabo en los países de origen, sin considerar que evidentemente existen grandes diferencias culturales y socioeconómicas que afectan los resultados de las mismas. Como psicólogos clínicos tenemos, la obligación ética y moral de encaminar

nuestros intereses a la investigación, detección, diagnóstico y tratamiento de problemas tan severos como es el abuso sexual infantil.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

1. Bellak , M. D. y Samll, S. D. (1990). Psicoterapia breve y de emergencia. México: Pax-México.
2. Brownmiller, S. (1975). Contra nuestra voluntad. Hombres, mujeres y violación. Barcelona: Planeta.
3. (1999). Código Penal para el Distrito Federal. Capítulo III. Título decimoquinto.
4. Burgess, E. J. (1988). Sexually abused children and adolescent identity development. American journal of psychotherapy, 39, 401-409.
5. Casorla G., Samperio R. Y Chirino I. (1994). Alto a la agresión sexual. México: Diana.
6. Esquivel F., Heredia, C., y Lucio E. (1999) Psicodiagnóstico clínico del niño. (2ª. Ed.). México: Manual Moderno.
7. Finkelhor, D. (1980). Abuso Sexual al menor. México: Pax-México.
8. Glaser, D. y Frosh S. (1998) Abuso sexual de niños. Argentina: Paidós.
9. González A. (1988). Observaciones preventivas en relación a fuentes bibliográficas de habla hispana que refieren el manejo del dibujo de la figura humana en los niños de Elizabeth Koppitz. Revisia Mexicana de psicología, Vol.5(1), 73-81.
10. González G.C. Vargas M. L. (2001) Abuso sexual infantil: detección de indicadores emocionales de Koppitz en el dibujo de la figura humana DFH. Tesis licenciatura en psicología . Universidad Nacional Autónoma de México: México, D.F.
11. Izcoa, A.E. (1991). El incesto un Tabú que urge atención. Revista intercontinental de psicología y educación. Vol. 4 No. 1.

12. Koppitz, E. M. (1982). El dibujo de la figura humana en los niños. Buenos Aires: Guadalupe.
13. Kempe, R. S. y Kempe, C. H. (1985). Niños maltratados. Madrid: Ediciones Morata.
14. Martínez, T.A. (año 4). Abuso sexual en la niñez y sus repercusiones psicoemocionales. Revista psicología contemporánea. Vol. 4 No. 1.
15. Moya, D. M. (1995). El análisis transaccional: un enfoque terapéutico para las sobrevivientes de abuso sexual. Tesina licenciatura en psicología. Universidad Nacional Autónoma de México: México, D.F.
16. Mercado X. (1991). El autoconcepto en niños maltratados institucionalizados y niños callejeros. Tesis de Licenciatura en psicología. UNAM: México.
17. O'connor, K. J. Y Schaefer, C. E. (1997). Manual de terapia de juego vol. 2. México: Manual moderno.
18. Ollamendi, T.P. (s/a). Manual de atención a víctimas de delito. Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.
19. Pieschacon, F.M. (1995). Abuso sexual infantil: una revisión de la literatura y la investigación. Revista suma psicológica. Vol. 2 p.p. 18-21.
20. Schaefer, C. E. y O'connor, K. J. (1988). Manual de terapia de juego vol.1. México: Manual moderno.
21. Slaikew, K. (1986). Intervención en crisis. México: Manual moderno.
22. Soria, M.A. y Hernández, J.A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu universitaria marcombo.
23. Sullivan, E.D. y Everstine L. (1997). El sexo que se calla. Colombia: Pax-México.

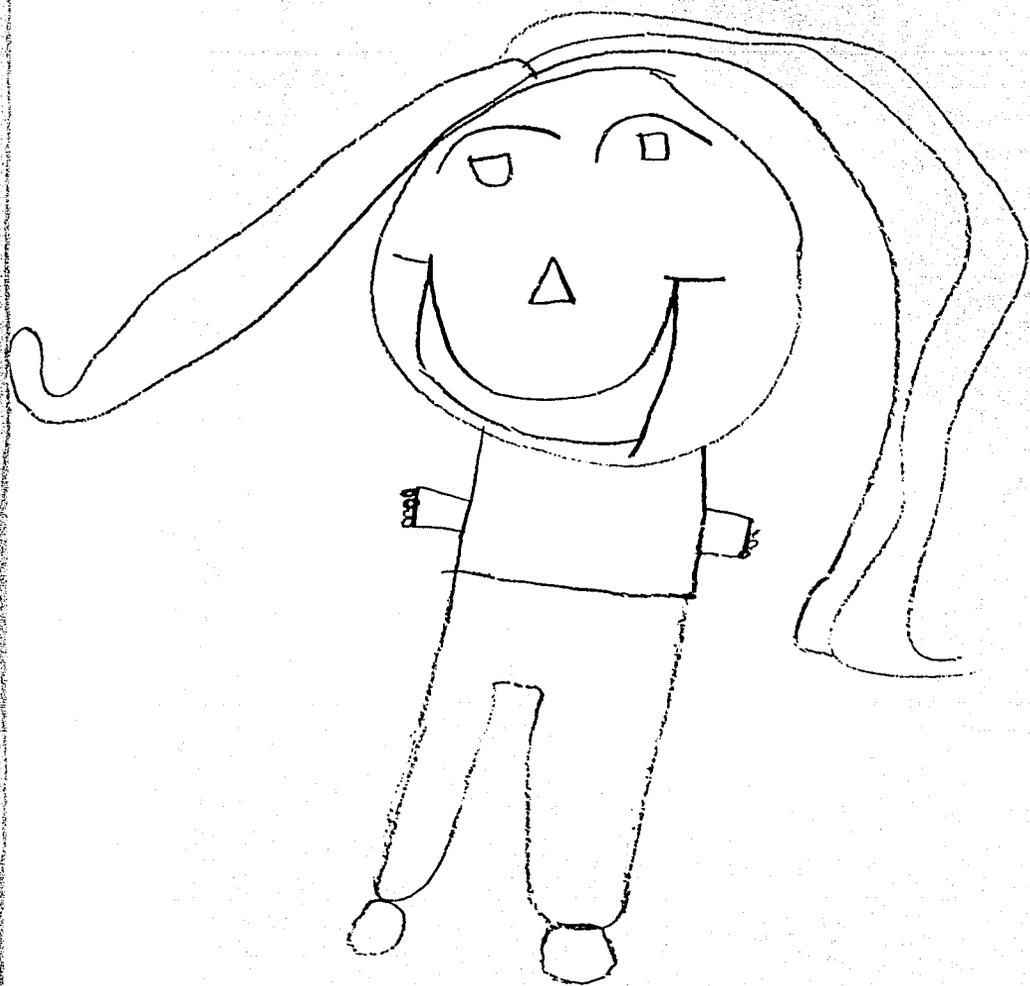
24. Velázco, I. (1994). Análisis del uso del dibujo de la figura humana, según Koppitz en población Mexicana. Tesis de licenciatura en psicología. UNAM: México.
25. Wolberg, (1977). Las técnicas de la psicoterapia. New York: Grunner y Stratton.

ANEXOS

ANEL BELEN

6 AÑOS





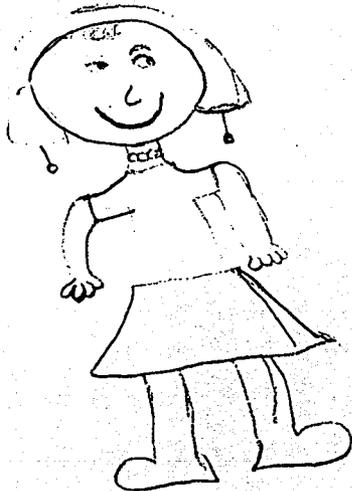
ROSA ISELA
7 AÑOS



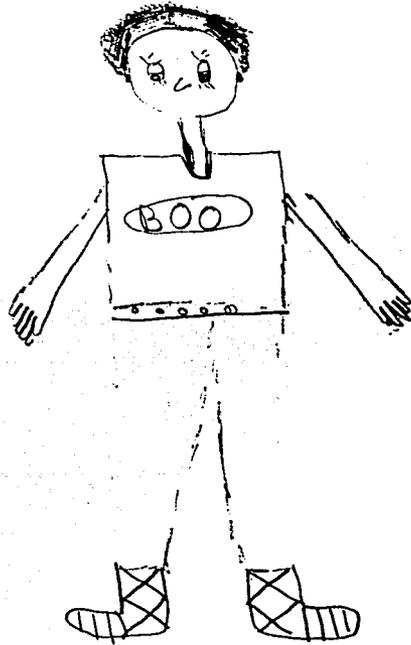
RODRIGO
8 AÑOS

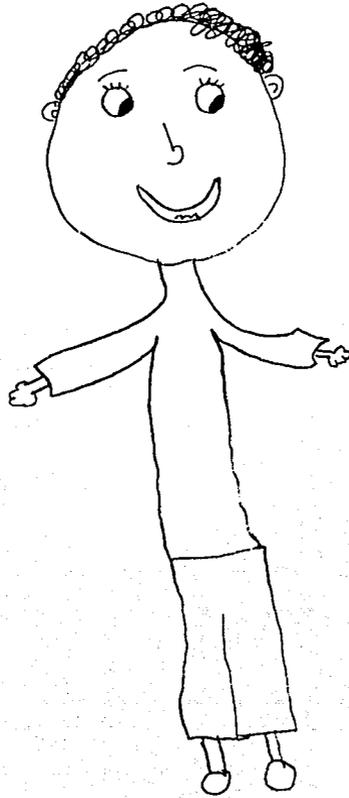
84

MARLIN
9 AÑOS

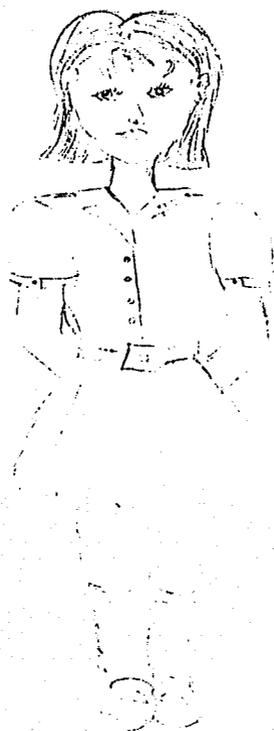


VIRIDIANA
10 AÑOS





TALIA
11 AÑOS



CAROLINA
12 AÑOS