

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Uso de la dramaterapia para mejorar la resiliencia en
niños de 7 a 12 años abusados sexualmente**

Proyecto de Investigación

María Alejandra Serrano González

Psicología

Trabajo de titulación presentado como requisito para la obtención del título de Licenciada
en Psicología

Quito, 8 de abril de 2018

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

COLEGIO CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

HOJA DE CALIFICACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

**Uso de la dramaterapia para mejorar la resiliencia en niños de 7 a 12
años abusados sexualmente**

María Alejandra Serrano González

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico Esteban Utreras, Ph.D.

Firma del profesor

Quito, 8 de abril de 2018

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la política de Propiedad Intelectual USFQ, y esto de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de la propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Así mismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y Publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: María Alejandra Serrano González

Código: 00128423

Cédula de Identidad: 1309388930

Lugar y fecha: Quito, 8 de abril de 2018

RESUMEN

Antecedentes: Hoy por hoy existen muchos casos de niños que han sido víctimas de abuso sexual, y a consecuencia de esto los niños suelen presentar sintomatología negativa a nivel social, conductual y emocional. El abuso sexual infantil interfiere en el desarrollo adecuado de la víctima, sobretodo en su resiliencia. Es por esto, que este estudio se enfoca en proponer una dramaterapia a un grupo de niños que han sido víctimas de abuso sexual para investigar el efecto que tiene esta terapia sobre la resiliencia. **Metodología:** Se sugiere utilizar una muestra de 60 niños de un centro educativo en la ciudad de Quito donde haya existido denuncias de abuso sexual. Los niños participantes deberán presentar síntomas de una baja resiliencia y demostrar niveles bajos mediante la Escala de Resiliencia de Niños y Jóvenes de Ungar. Se sugiere aplicar la dramaterapia al grupo experimental por un periodo de 5 meses, una hora a la semana. El grupo control no recibirá terapia. Finalmente, luego de recibir la terapia se aplicará nuevamente la ERNJ. **Resultados:** Los resultados esperados según la revisión literaria fue el desarrollo de los niveles de resiliencia, así como la transformación positiva en la vida general de los niños utilizando técnicas de la dramaterapia; así mismo, como el desarrollo de confianza y poder tener relaciones interpersonales sanas. **Conclusiones:** La dramaterapia tiene un impacto positivo en cuanto a mejorar la resiliencia de niños víctimas de abuso sexual, así como también permite el desarrollo de un bienestar psicológico.

Palabras clave: dramaterapia, abuso sexual infantil, resiliencia, maltrato, niños.

ABSTRACT

Background: Today there are many cases of children who have been victims of sexual abuse, and as a result children often present negative symptomatology at the social, behavioral and emotional levels. Child sexual abuse interferes with the proper development of the victim, especially in their resilience. This is why this study focuses on suggesting to apply drama therapy to a group of children who have been victims of sexual abuse to investigate the effect of this therapy on resilience. **Methodology:** A sample of 60 children is suggested. They have to come from an educational center in the city of Quito, where there have been reports of sexual abuse. Participating children have to show symptoms of low resilience and demonstrated through The Child and Young Resilience Measure (CYRM). The drama therapy was recommended to be applied for a period of 5 months, one hour a week to the experimental group. The control group will receive none. Finally, after receiving the therapy, the CYRM was applied again. **Results:** The expected results according to the literary revision were the development of the levels of resilience as well as the positive transformation in the general life of children using techniques of drama therapy; likewise, as the development of trust and being able to have healthy interpersonal relationships. **Conclusions:** Drama therapy has a positive impact in terms of improving the resilience of children victims of sexual abuse, as well as the development of psychological well-being.

Key words: drama therapy, child sexual abuse, resilience, abuse, children.

Tabla de Contenido

Introducción.....	8
Introducción al problema.....	10
Antecedentes.....	10
El problema.....	16
Pregunta de investigación.....	18
Revisión de la literatura.....	19
Revisión de literatura.....	19
Formato de la revisión de la literatura.....	19
Dramaterapia.....	20
Resiliencia.....	34
Abuso Sexual.....	50
Metodología y diseño de la investigación	60
Justificación de la metodología seleccionada.....	60
Herramientas de investigación utilizada.....	62
Descripción de participantes.....	67
Reclutamiento de los participantes.....	68
Consideraciones éticas.....	69
Resultados esperados.....	73
Discusión.....	76

Limitaciones del estudio.....	78
Recomendaciones para futuros estudios	80
Referencias.....	82
ANEXO A: CARTA DE RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES.....	96
ANEXO B: ESCALA DE RESILIENCIA DE NIÑOS Y JÓVENES DE UNGAR.....	97
ANEXO C: MONOS DE RESILIENCIA.....	101
ANEXO D: CARAS DE RESILIENCIA.....	102
ANEXO E: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	103

Introducción

El desarrollo sexual tiene un proceso que va desde la fecundación, continua en la gestación, el embarazo y nacimiento (López, 2003). Los niños poseen zonas erógenas desde el nacimiento, no solo se encuentran en los genitales, el placer es proporcionado por la boca, muslos, axilas, ano y nalgas (López, 2003). La búsqueda de placer infantil es auto erótica, y la fuerza pulsional que lleva a la búsqueda de placer según Freud se denomina “líbido” (Fraiberg, 1959). Todos somos seres sexuados desde el nacimiento hasta la muerte, se manifiesta en todas las etapas de diferente forma e intensidad (López, 2003). Es por eso que anteriormente, ha costado mucho darse cuenta que los niños y niñas necesitan una educación sexual, pues se suponía que la sexualidad era solamente una cuestión de adultos y de cierto sentido se creía que se protegía a los niños de los peligros que conlleva la sexualidad (López, 2003). Es por esta razón, que los niños han caído víctima del abuso sexual ya que se les ha negado su sexualidad y condenando todas sus manifestaciones sexuales en represión (Intebi, 1998). En el Ecuador, los índices de los casos de maltrato infantil son altos, 44% de los niños y niñas entre las edades de 5 hasta 17 años (UNICEF, 2010), considerando que el índice de abuso sexual infantil también es alto.

Entre las principales consecuencias de haber sido víctima de abuso sexual es la ausencia de resiliencia, por lo que puede desarrollar vulnerabilidad, trastornos emocionales y comportamentales (Lamb, 2006). Existe una gran variedad de terapias que se enfocan en niños que han sido abusados sexualmente como la terapia de juego, la técnica de la caja de arena, terapia filial (Axline, 1947), terapia cognitivo-conductual, terapia gestáltica (Gilberti, 2015) y la dramaterapia (Bannister, 2003). Sin embargo,

existen pocos estudios sobre las intervenciones del uso de la dramaterapia en niños abusados sexualmente en el Ecuador. Por lo tanto, este trabajo pretende investigar sobre la influencia de la dramaterapia en la resiliencia de niños entre 7 a 12 años que han sido víctimas de abuso sexual.

Introducción al problema

Antecedentes

¿Qué es abuso sexual infantil?

Según Berlinerblau (1998), abuso sexual es el contacto genital entre un/una menor de edad (18 años o menos) y un adulto que lo/la manipula, engaña o fuerza a tener comportamientos sexuales... La definición de abuso sexual infantil también engloba determinadas conductas o comportamientos sexuales en los que no media contacto físico alguno entre el adulto y el menor de edad (Berlinerblau, 1998).

En esta definición incluye ser víctima a través del exhibicionismo dentro de la familia o en un medio íntimo en forma reiterada (Berlinerblau, 1998).

Según Marchiori (2005), “se trata de comportamientos sexuales realizados por adultos. Comprende desde conductas de exhibicionismo, impudicia con menores, violación, perversiones y explotación sexual” (p. 284).

Los niños que han sido víctimas de abuso sexual según Beltrán (2009), muestran tres indicadores:

indicadores físicos (dolores, golpes, quemaduras o heridas en la zona genital o anal; cérvix o vulva hinchadas o rojas; semen en la boca, en los genitales o en la ropa; ropa interior rasgada; dificultad para caminar o sentarse), indicadores comportamentales (pérdida de apetito, llantos frecuentes sobre todo en referencia a situaciones afectivas o eróticas, miedo a estar solo/a con determinado miembro de la familia o con hombres, rechazo al padre o a la madre de forma repentina, cambios bruscos de conducta, resistencia a desnudarse o bañarse, rechazo de la

escuela, conductas regresivas como chuparse los dedos u orinarse en la cama) y por último los indicadores sexuales (rechazo a los besos, a las caricias y al contacto físico, conductas seductoras especialmente en niñas, conductas precoces o conocimiento sexual inadecuado para su edad; interés exagerado en los comportamientos sexuales de los adultos; confusión sobre la orientación sexual) (Beltran, 2009, p. 137).

Es posible que los niños que hayan sido víctimas de abuso sexual no solo tengan problemas para establecer relaciones de confianza, sino que corren el riesgo de buscar compañías que confirmen sus peores sospechas de sí mismos (Poblete y Guizar, 2008). Estos niños enfrentan series de dificultades para conectarse con adultos significativos y no logran establecer vínculos de apoyo y contención, lo que aumenta su vulnerabilidad (Fergusson, Boden y Horwood, 2008).

Cicchetti, Rogosch, Lynch y Holt (1993) declaran que no todos los niños son afectados de la misma manera por estas experiencias de maltrato, ya que dependen de la edad y periodo de desarrollo en donde vive el niño, así mismo de la forma de maltrato. Luthar et al. (2000) sugieren que puede haber variaciones en el funcionamiento de los individuos expuestos al abuso, quienes pueden manifestar competencia en algunas áreas y mostrar dificultades en otras.

Cuando se trabaja con niños abusados sexualmente, estos muestran problemas de traición, pérdida, violaciones, temores corporales y más importante, problemas de poder y control (Lamb, 2006). El mejor lugar para tratar estos problemas es en el cuarto de terapia, donde la seguridad y confianza son establecidos, en el cual los límites y refuerzos

son claros, en el cual el niño puede experimentar libremente emociones corporales y en donde al niño se le da el poder de dirigir la sesión de varias maneras (Gil, 1991).

Qué significa resiliencia en el contexto socio-cultural?

Para abordar correctamente una terapia enfocada en niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual, es necesario tener en cuenta los factores protectores que “son aquellas características personales, familiares o contextuales, que disminuyen los efectos nocivos del estrés sobre la salud y el bienestar” (Organización mundial de la Salud, 2006).

Dicho esto, el presente estudio se enfocará en el contexto socio-cultural y en factores ambientales que influyen en la resiliencia. Siegel (2007) plantea algunos puntos claves y esenciales de la experiencia “que facilitan el desarrollo de la mente, el bienestar y la resiliencia psicológica”. Siegel (2007) menciona los siguientes ejemplos: “cuidados tempranos, buen trato, la capacidad de sintonizar emocionalmente, la empatía y la capacidad de calmar el estrés en el niño(a),” son componentes cruciales que el cerebro infantil necesita para que se desarrolle en su plenitud. De esta forma, se fortalecen “los recursos personales, a nivel cognitivo, emocional, social y conductual, necesarios para gestionar la adversidad” (Siegel, 2012). La resiliencia se obtiene mediante los resultados de un proceso dinámico y evolutivo que cambia de acuerdo a las “circunstancias, naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida y puede expresarse de muy diferentes maneras en diferentes culturas” (Manciaux et al., 2001). La resiliencia es el resultado de la interacción del individuo con su entorno (Cyrulnik, 2001). Existen algunas características de personalidad y del ambiente que otorgan argumentos resilientes como

la seguridad en uno mismo y en la propia capacidad de afrontamiento, el apoyo social, tener un propósito significativo en la vida, creer que uno puede influir en lo que sucede a su alrededor y creer que se puede aprender de las experiencias positivas y negativas, etc (Bonanno, 2004, p.25).

En estudios anteriores realizados con niños mostraron evidencia empírica que uno de los factores que acumula en relación con la resiliencia es la presencia de padres o cuidadores competentes (Masten, 2001).

Experimentar emociones positivas es el reflejo de un modo resiliente de resistir las situaciones adversas, de igual manera existe evidencia de que estas personas utilizan estas emociones como estrategias de afrontamiento, es por esto que se ha encontrado que estos individuos “utilizan el humor, la exploración creativa y el pensamiento optimista” hacia las experiencias traumáticas (Fredrickson y Tugade, 2003, p.367).

El pesimismo es un estilo de pensamiento que lleva a la indefensión y a la desesperanza. Por otra parte, el estilo de pensamiento optimista permite mantener viva la esperanza y sentir que el cambio es posible. “La esperanza hace que la persona esté dispuesta a ponerse en pie, a continuar esforzándose, a buscar alternativas y a persistir frente a la adversidad” (Seligman, 1981).

¿Qué es arteterapia y dramaterapia?

Para poder explicar que es la dramaterapia, hay que empezar por entender que es el arteterapia y el concepto de arte. En la actualidad, existen varias definiciones de lo que es el arte ya que van variando de acuerdo al contexto social, cultural e histórico de este. Según la Real Academia Española, arte se considera como “una manifestación de la

actividad humana mediante la cual se interpreta lo real o se plasma lo imaginado con recursos plásticos, lingüísticos o sonoros” (RAE, S.f.). Así mismo, desde las cavernas de Altamira hasta hoy en día, se puede apreciar como el ser humano conforme va evolucionando ha visto necesario expresarse mediante el arte. Según Huyghe (1977) el arte empieza

en el momento en que el hombre crea, no con un objetivo utilitario como hacen los animales, sino para representar o expresar... el arte es un mensaje, un medio de expresión, una forma de contacto y de comunicación entre los hombres, tal vez anterior, incluso, al lenguaje (Huyghe, 1997).

Como se puede apreciar, estas dos definiciones relacionan el arte con el lenguaje, lo real o lo imaginado. Precisamente por esto, es que el arte brinda apoyo terapéutico ya que permite plasmar de forma no verbal aquellas emociones y expresiones que suelen reprimirse.

Dejando a un lado las definiciones sobre el arte, también existen definiciones en relación a lo que es el Arteterapia. Según la Asociación Profesional Española de Arteterapeutas, el Arteterapia “se utiliza la creación artística como herramienta para facilitar la expresión y resolución de emociones y conflictos emocionales o psicológicos” (ATE, 2012). Así mismo, el arteterapia se puede aplicar en sesiones individuales o en pequeños grupos.

Por otro lado, para la Asociación Británica de Arteterapia es “una forma de psicoterapia que usa los medios artísticos como el modo de comunicación primordial”. Es importante reconocer que se puede utilizar para distintos diagnósticos tales como:

trastornos emocionales, problemas conductuales, dificultades de aprendizaje, entre otros (BAAT, 1991).

No hay que dejar en lado que, el arteterapia es un acompañamiento terapéutico en el que se promueve la expresión corporal, plástico, literal o musical (Dumas y Aranguren, 2013). Esta técnica se ha desarrollado en estos últimos años, especialmente para ser utilizada con niños con trastornos psicológicos (Jara, 2014). Esta terapia permite al individuo expresarse a través de símbolos y que haga consciente a su inconsciente (Case y Dalley, 2014). Para los niños, esta terapia es muy útil ya que utiliza herramientas creativas que permite expresar sentimientos con mayor facilidad (Case y Dalley, 2014).

El arteterapia puede ser aplicado basándose en diferentes escuelas psicológicas como: psicoanálisis, conductual, familiar sistemático, gestáltica, entre otras (Marxen, 2011). Así mismo, hay que tomar en cuenta que “el arteterapia surge como el resultado del diálogo entre la terapia y las distintas disciplinas artísticas” (Jara, 2014). Existen varios tipos de terapias artísticas, entre ellas se encuentra el psicodrama y la narración de cuentos que pueden ayudar a alcanzar un estado de desarrollo emocional y personal estable en los niños; ya que las herramientas brindadas por el arteterapia permiten que construya su identidad, afronte sus miedos, acepte sus errores y finalmente, a que el niño alcance un estado de confianza y apertura (Westrhenen y Fritz, 2014).

En el año 1896, Jacob Levy Moreno interpreto a Dios en un grupo de niños de 4 y 5 años, fue la primera sesión psicodramática que dirigió, aunque descubrió este instrumento terapéutico tras la experiencia de trabajar con Bárbara, una de las actrices del teatro de espontaneidad (Lemoine y Lemoine, 1979). Así fue como acuño el termino de psicodrama, para denominar una forma de psicoterapia colectiva en donde se busca lograr

que el paciente con una actitud activa interprete una pieza dramática (Feixas y Miro, 1995).

La dramaterapia es un derivado del arteterapia, y fue a Peter Slade (1995) a quien se le atribuye el uso del teatro como terapia ya que tenía pleno conocimiento de la importancia del juego para los niños y el papel que desempeñaba en el desarrollo humano. Slade (1995) incorporo tres conceptos dentro del juego e hizo hincapié en su importancia en la terapia: el juego personal que hace referencia al uso del cuerpo, el juego de proyección en el cual el niño incorpora objetos como los juguetes y por último el teatro social en donde enfatiza la importancia del desempeño de roles. La dramaterapia no depende de narraciones verbales del incidente traumático (Bannister, 2003). Según sugiere Winn (1994), los niños pueden beneficiarse del uso de la dramaterapia ya que es posible que carezcan de palabras para describir emociones y experiencias.

El problema

Según García (2012), “el abuso sexual infantil es un problema social que ha afectado a nivel mundial a varios hogares, generando un cambio en el sistema familiar y en el niño/a a nivel físico y psicológico”. Así mismo, datos presentados por UNICEF desde el 2010, señala que a nivel mundial los casos de abuso sexual han aumentado en los últimos años, se estima que existen 223 millones de menores de edad que han sido abusados sexualmente, de los cuales 50 millones son niñas y 73 millones son niños.

Según las cifras del Programa “Las Víctimas Contra la Violencia – Violencia Sexual” ubicado en la ciudad de Buenos Aires, Argentina; durante los años 2012 y 2013 ha evidenciado un aumento de casos de violencia ejercida a niñas, niños y adolescentes.

Siendo así, que el 2012 en número de casos fue de 540 mientras que en el 2013 aumento a 581 casos (Giberti, 2015).

En el Ecuador, el abuso sexual según el código de la niñez y adolescencia en el artículo 68, se define como: “todo contacto físico, sugerencia de naturaleza sexual, a los que se somete un niño, niña o adolescente, aun con su aparente consentimiento mediante intimidación, chantaje, seducción, engaños, amenazas o cualquier otro medio” (Morejon, 2002).

Fernández y Montero (2002) definen los factores de riesgo como “características, circunstancia o situaciones que aumentan la probabilidad de ser víctima de abuso. Por otra parte, Cantón y Cortez (2003) mencionan que “la disfunción familiar puede aumentar la probabilidad de que se produzca un abuso sexual, debido al mal funcionamiento familiar, al incremento de conflictos y a la reducción de la cohesión”.

Al ser este un problema que va aumentando al transcurso de los años (UNICEF, 2010), no se ha podido aplicar una intervención adecuada para los niños que han sido abusados sexualmente. Por lo tanto, este estudio se enfocará en como la dramaterapia mejorara la resiliencia de los niños que han sido abusados sexualmente. Se centrará en niños de 7 a 12 años en donde se trabajará el desarrollo de habilidades que permitan luchar contra sus miedos e inseguridades y a su vez a encontrar su identidad. Según los autores Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik (2003) la resiliencia es “la capacidad de una persona o un grupo para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de los acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves”. Así mismo, los niños que han sido víctimas de

abuso sexual pueden mostrar competencias y buen funcionamiento en áreas que deben ser previamente definidas en terapia (Luthar, 1991).

Pregunta de Investigación

¿Cómo y hasta qué punto la dramaterapia influye en la resiliencia de niños de 7 a 12 años que han sufrido de abuso sexual?

El significado del estudio

Considerando que la falta de resiliencia es un problema que se da hoy en día y que existen pocos estudios sobre intervenciones que se realizan en niños que han sido víctimas de abuso sexual en el Ecuador, el presente trabajo podría ser de gran utilidad al ofrecer una alternativa de intervención que ayuden a estos niños a desarrollar habilidades de protección y sobreponerse a los efectos nocivos de las adversidades. De esta manera, se pretende que al reconstruir la resiliencia los niños adquieran habilidades sociales que les permita combatir contra los conflictos y traumas que se presenten en el transcurso de su vida.

A continuación, se desarrollará la revisión de la literatura, la cual está dividida en tres temas: la resiliencia, el abuso sexual y la dramaterapia. Luego, se explicará la metodología que se aplicaría en esta investigación, y finalmente, se presentará las conclusiones y la discusión.

Revisión de la Literatura

Fuentes

La información de la siguiente sección de revisión de literatura fue sacada de fuentes académicas que incluyen revistas psicológicas y journals, así mismo como, libros de psicoanálisis, abuso sexual infantil, arteterapia, resiliencia y dramaterapia. Además, la información de los datos del Ecuador se adquirió de UNICEF y del Código de la Niñez y Adolescencia. Se pudo acceder a esta información a través de los recursos electrónicos de la Universidad San Francisco de Quito y Google Académico. Además, se utilizaron artículos de las bases de datos como ScienceDirect, PsycNET y Taylor & Francis. La búsqueda consistió principalmente en palabras claves acerca de los temas específicos a tratar, como la resiliencia, abuso sexual infantil, dramaterapia y arteterapia.

Formato de la revisión de la literatura

A continuación, se expondrá la revisión de literatura que abarca tres temas principales que son: la dramaterapia, la resiliencia y el abuso sexual infantil. Cada tema incluye subtemas que abordan la historia, conceptos, características y estudios relacionados.

Dramaterapia

Dramaterapia: historia

El origen del teatro empieza en el siglo V a. C., en honor a Dionisio en donde se realizaban fiestas en honor al Dios del Vino. Los artistas interpretaban tragedias, drama satíricos y comedias en honor a la divinidad como vía de adquirir conocimiento jugando a ser otra persona (Klein, 1989). El teatro y la dramatización ha estado presente como un medio de comunicación, expresión y entretenimiento (Klein, 1989).

Fue a partir, a mediados del siglo XX que se empezó a utilizar el teatro con fines psicoterapéuticos. En primer lugar, Jacob Levy Moreno fue el creador del Psicodrama (Barba, 2004). Moreno daba énfasis a las relaciones interpersonales y de la vida afectiva, como también daba importancia a la creatividad como aproximación al yo (Barba, 2004). La propuesta de Moreno se basa en tres reglas fundamentales: “la inversión del papel que permite ponerse en el lugar del interlocutor; el doble, ego auxiliar que formula lo inexpresado; la proyección en el futuro, como una especie de anticipación imaginaria” (Barba, 2004). La propuesta de Moreno es un acceso del personaje que interpreta su propio papel, personaje real o imaginario en un entorno ficticio, que permite la proyección de sí mismo, rasgos de personalidad y los problemas de manera inconsciente (Klein, 1989).

Por otro lado, tenemos a Peter Slade que expuso el término de dramaterapia en el año 1950 (Jones, 2007). El defendía la postura de que existía una expresión dramática infantil y que “debería ser reconocida, respetada y protegida” (Slade, 1954), en la que relaciono las formas dramáticas en relación a las etapas evolutivas del niño. Igualmente,

Gavin Bolton en los años ochenta proporciono argumentos que hacen énfasis a la utilización del drama como método de aprendizaje de sí mismo y de la sociedad (Bolton, 1984). Bolton centro su atención en el drama ya que consideraba que era una manera de sacar conocimientos desde adentro.

La dramaterapia anglosajona es muy diferente a la europea ya que se centra en la psicología mientras que la europea se enfoca en los teóricos del ámbito teatral (Klein, 1989). La dramaterapia tiene su base en la liberación, ficción y limitaciones de la vida diaria, con la finalidad de liberarse de ellas (Klein, 1989). Un exponente de la dramaterapia estadounidense, Renée Emunah, menciona cinco etapas de la ficción a lo real.

La primera es juegos dramáticos y ejercicios de improvisación (Emunah, 1994). La segunda se refiere al desarrollo de herramientas para que las personas se sientan más cómodas como el acting theater la cual considera elementos personales como parte del juego de rol (Emunah, 1994). La tercera fase hace énfasis en el que el individuo ya está listo para “interpretar su vida propia y situaciones conflictivas actuales” (Emunah, 1994). En la cuarta fase se toma en cuenta la presencia del insight del dramaterapeuta que sugiere que brinda pistas para explicar comportamientos posibles de los participantes (Emunah, 1994). Y, por último, la quinta fase está conformada por la resolución y reunificación de la integración de los procesos y de los logros (Emunah, 1994).

Otra pionera de la dramaterapia es Sue Jennings, que su formación va desde la dramaterapia hasta el juego neurodramático, cuya disciplina se basa en las neurociencias en los primeros años de vida (Jennings, 1994). El enfoque de Jennings se basa sobre la

educación a través de los gestos y menciona que “el aprendizaje se realiza mediante la interpretación del cuerpo” (Jennings, 1994). Bowlby hace énfasis en que “el juego dramático fomenta el apego” (2002).

Arteterapia

Para poder explicar que es el dramaterapia, hay que empezar por entender que es el arteterapia. El arteterapia es “un acompañamiento y una ayuda a la persona en dificultades sociales, educativas y personales” (Bassols, 2016, p.22). Tomando en cuenta las distintas expresiones de arte como las sonaras, dramáticas, escritas, teatrales, etc. Se busca que estas generen una transformación de sí misma y así mismo buscar el desarrollo de la persona hacia estar mejor (Bassols, 2016).

No hay que dejar en lado que, el arteterapia es un acompañamiento terapéutico en el que se promueve la expresión corporal, plástico, literal o musical (Dumas y Aranguren, 2013). Esta técnica se ha desarrollado en estos últimos años, especialmente para ser utilizada con niños con trastornos psicológicos (Jara, 2014). Esta terapia permite al individuo expresarse a través de símbolos y que haga consciente a su inconsciente (Case y Dalley, 2014). Para los niños, esta terapia es muy útil ya que utiliza herramientas creativas que permite expresar sentimientos con mayor facilidad (Case y Dalley, 2014). A su vez, el uso del arteterapia es una gran técnica que permite mejorar las habilidades sociales ya que brinda libertad de expresión al sujeto (Casabó y Soriano, 2012).

Procesos

Existen casos en la que este tipo de terapia ayuda a crear un espacio en la cual el individuo puede explorar libremente sus malestares y/o conflictos, así mismo como desarrollar la resiliencia que permite superar traumas o dificultades (Leight, Gersch, Dix, y Haythorne, 2012). La dramaterapia se enfoca en el proceso grupal, del aquí y ahora. Trabaja directamente con los conflictos del sujeto, con escenas de la vida real, con lo que ha pasado en el pasado, en el presente y con lo que podría ocurrir en el futuro (Cornejo y Brik, 2003). Así mismo, la dramaterapia “tiene el potencial de acceder a energías constreñidas y causar una liberación” (Malchiodi y Crenshaw, 2015). Lo mencionado anteriormente, acerca de los beneficios terapéuticos se dan a través de nueve procesos elementales de la dramaterapia (Jones, 2007). Estos procesos son:

la proyección dramática, el proceso terapéutico de la representación, la empatía y la distancia dramática, la personificación y la impersonificación, ser público y ser testigos interactivos, la expresión corporal, el juego, la conexión entre el drama y la vida real y la transformación (Jones, 1996).

A continuación, se explicará cada uno de estos procesos.

- *Proyección dramática:* en la dramaterapia, la proyección dramática es cuando el paciente crea un teatro u observa la actuación del otro en la cual este puede identificarse por doquier con la finalidad de expresar sus emociones y problemáticas internas. Según Jones, “lo mismo sucede cuando un actor decide tomar una identidad diferente y proyecta características y experiencias de sí mismo en esa identidad dramática” (1996).

- *El proceso terapéutico de la representación:* Para Jones, el proceso terapéutico de la representación consta de cuatro estructuras que son las siguientes: la identificación de una necesidad, el ensayo, el mostrar y el desconectarse (1996). La identificación de una necesidad es identificar el conflicto a trabajar. El ensayo se refiere a la repetición de la representación para “dar una expresión dramática que resulte satisfactoria” (Jones, 1996). En el mostrar es sacar a luz el conflicto a través de la expresión dramática, aquí el paciente decide si lo comparte con otro o con el terapeuta (Jones, 1996). Y, por último, el desconectarse se refiere a “la etapa en la que el paciente necesita separarse del medio dramático utilizado” (Jones, 1996).
- *Empatía y distanciamiento:* empatía y distanciamiento son dos procesos que ocurren en el teatro. La empatía se refiere a “la habilidad de entender y poder sentir como la otra persona, pero manteniéndose alejados” (Jones, 1996) es la creación de un vínculo entre uno y otro, es también la capacidad del público de sentir las emociones del actor y también la capacidad del actor de sentir las emociones del personaje que representa (Jones, 1996). Y distanciamiento, a diferencia de la empatía, es la capacidad de observar la ficción del personaje y diferenciarla de su propia vida, en otras palabras, se refiere a salirse del rol (Jones, 1996).
- *Personificación e impersonificación:* la personificación es la representación dramática en la cual se utiliza objetos como los títeres, marionetas, animales, peluches u otros objetos. Por otra parte, la

impersonificación es el acto de dramatizar usando el cuerpo para realizar mímicas, improvisaciones o esculturas corporales (Jones, 1996).

- *Ser público y ser testigos interactivos:* este apartado se refiere a que el paciente puede verse a sí mismo actuando, como a su vez, puede ver al resto actuar en donde se permite “reconocer, apoyar y validar la expresión y experiencia del paciente” (Jones, 1996). Esto permite al paciente expresar sus conflictos internos (Jones, 1996).
- *Expresión corporal:* es el uso del cuerpo como principal medio de comunicación a través de la imaginación del paciente. Se refiere a como el “yo” se manifiesta mediante el cuerpo. En la terapia, se pide al paciente que altere o disfrace su cuerpo para que este pueda moverse, responder y sentir de diferente manera ya que el cambio físico permite que el paciente tenga libertad de su propia identidad para “tener una experiencia del yo y poder relacionarse con otros y en distintas situaciones” (Jones, 1996). El cambio físico de la identidad puede provocar cambios de la identidad en la vida real (Jones, 1996).
- *El juego:* es una actividad innata en los niños. El uso del juego tiene valor terapéutico ya que se relaciona con la realidad (Jones, 1996). En este proceso, el paciente explora las problemáticas de su vida en un ambiente seguro en donde crea alternativas y soluciones a sus conflictos (Jones, 1996).
- *Conexión entre el drama y la vida real:* se refiere al “potencial terapéutico que existe al poner el mundo concreto en contacto con una realidad

dramática dentro de un marco de intención terapéutica de cambio personal” (Jones, 1996).

- *Transformación*: la transformación permite el desarrollo del “ser” de los pacientes a través de la experimentación de la actuación y al relacionarse con el terapeuta o con otros (Jones, 1996). El lenguaje dramático “transforma la experiencia del individuo porque le ofrece nuevas posibilidades de expresión, emociones y pensamiento” (Jones, 1996).

Técnicas de la Dramaterapia

Los procesos mencionados permiten al paciente estar en un ambiente seguro para que este tenga la libertad de expresarse sin miedo, a que tenga una percepción más profunda de su realidad y experimente en este ambiente las diferentes alternativas para solucionar sus problemáticas. Hay que tener en cuenta que estos procesos son utilizados a partir de diferentes teorías terapéuticas. Cabe mencionar, que dentro de la dramaterapia existen distintas técnicas que se pueden implementar dependiendo del caso, estas técnicas tienen tres funciones fundamentales: “sostén emocional del material personal del paciente, permiten explorar el mundo interno y crean un puente entre lo interno y externo” (Cornejo y Levy, 2003). Las técnicas más habituales y utilizadas de la dramaterapia son: el cuento, el rol, el teatro en miniatura y la creación de imágenes.

- *El cuento*: El cuento es reconocido ya que tiene gran importancia de transmitir historias de generación en generación. En la actualidad, el cuento ha comenzado a tener reconocimiento clínico y educacional. Bruno Bettelheim (1976), habla sobre la importancia de los cuentos de hadas y

como este permite que su espejo refleje nuestro mundo interno. “Los cuentos no contienen solamente conocimiento, experiencias e insights sino mucho más que esto” (Cornejo y Levy, 2003). Los cuentos acercan a las personas, el niño puede sentirse identificado con el héroe o con la heroína que contribuye a un yo sano (Cornejo y Levy, 2003). Los diferentes temas que se exploran en los cuentos son: la identidad, enfrentamientos de fuerza mayor (duelo), exploración de emociones y relaciones familiares disfuncionales como en el caso de la madrastra mala (Cornejo y Levy, 2003). El cuento permite al paciente a identificarse con algún personaje y tener una conexión con su historia personal (Cornejo y Levy, 2003). La utilización del cuento dependerá de la necesidad del paciente y el cuento puede ser: creado por el paciente o conocido universalmente.

- *El rol:* El rol es un concepto que se adapta a las conductas de la persona en relación a otros (Cornejo y Levy, 2003), por lo tanto “define las expectativas de la identidad de la persona a nivel físico, psicodramático y social” (Cornejo y Levy, 2003). Permite explorar al paciente sus diferentes etapas del “yo” (Cornejo y Levy, 2003). El enfoque del uso del rol permite que el paciente que no solo se enfoque en actuar otros roles sino de poder también desarrollar la capacidad de observarse a sí mismo (Cornejo y Levy, 2003). Slade (1954) considera tres etapas en el trabajo de rol: entrar en el rol, ocupar y mantener el rol y salir del rol.
 - *Enrolamiento:* es el proceso en la cual el paciente deja a un lado su identidad y opta por entrar a una identidad ficticia (Slade, 1954).

- *Ocupar y mantener el rol*: Es el momento en el que “se es” y “no se es”, esto quiere decir que el paciente al momento de adoptar otra identidad tiene que tomar una distancia para poder observarse así mismo creando una dinámica entre el rol conocido y el self creado (Slade, 1954). Al momento de que el paciente está teniendo un insight de su vida, es importante que el terapeuta le recuerde al sujeto de mantener el rol (Slade, 1954).
- *Salir del rol*: Salir del rol se refiere a dejar a un lado el rol ficticio y “retornar a la propia identidad después de haber tenido la experiencia de ser otra persona” (Slade, 1954). Esta experiencia dramática permite al paciente vivir dos realidades al mismo tiempo (Cornejo y Levy, 2003).
- *Teatro en miniatura*: “el paciente exterioriza su mundo interno a través de la creación de pequeñas esculturas creadas con objetos simbólicos” (Cornejo y Levy, 2003).
- *Creación de imágenes*: a menudo, se ha visto con niños pequeños que las palabras limitan mucho lo que uno quiere expresar. Por lo tanto, las imágenes pueden llegar a ser utilizadas para sacar lo del mundo interior al exterior, representando la emoción mediante dibujos (Cornejo y Levy, 2003).

Estudio de casos

Un estudio realizado por Guadalupe y Chimbay (2014) demostró que la dramaterapia proporciono estrategias para el desarrollo de las habilidades conductuales y

mejoro los niveles de agresividad en los adolescentes de primer de bachillerato de la Unidad Educativa “Fernando Daquilema” en Ecuador. Se realizó un estudio transversal en donde se recolecto información durante el periodo de junio y diciembre del 2014. La población del estudio consto de 249 estudiantes entre las edades de 14 y 17 años, aunque la muestra solo consto de 19 alumnos en la cual se les aplico el “Cuestionario psicométrico de agresión” (AQ) de Buss y Perry en donde se obtuvieron rango de Muy Alto, Alto y Moderado realizando así un test antes de la dramaterapia y después de este. Una vez aplicado el cuestionario, los primeros resultados que se obtuvo fueron 47% correspondiente al rango de muy alta que representa a 9 estudiantes, 32% en el rango moderado que representa 6 estudiantes, 21% que se encontró en el rango bajo que representa 4 estudiantes. La dramaterapia grupal que se aplicó al grupo de estudiantes fueron de varias sesiones en donde se utilizó la técnica del rolplay que ayudo a los adolescentes a sensibilizarse y asumir el daño que genera la agresión física hacia sus compañeros. En el re-test del mismo grupo, se pudo evidenciar una disminución de hostilidad y agresión, ahora 4 estudiantes representan el 21% en el rango de muy alto, 3 estudiantes representan el 16% en el rango moderado y 12 estudiantes representan el 63% en el rango bajo. Siendo estos los resultados del test y del re-test se comprueba la hipótesis planteada de que el uso de la dramaterapia redujo los niveles de agresión en los adolescentes de la Unidad Educativa Fernando Daquilema (Guadalupe y Chimbay, 2014).

Una de las limitaciones de este estudio es que es aplicado a una sola población, es decir que solo toma en cuenta como muestra los estudiantes con rango de edad de 14 a 17 años que forman parte de La Unidad Educativa “Fernando Daquilema”. A la vez, al ser un diseño pre/post grupo, la validez de los resultados que se obtuvieron se puede

cuestionar ya que es difícil descartar otras variables que pudieron haber afectado a los resultados.

Otro estudio realizado con la dramaterapia fue en un programa llamado “Insult to Injury”, que fue diseñado para explorar el proceso de la ira, la agresión y violencia. El propósito del programa fue de permitir a los delincuentes a identificar y generar estrategias para tratar situaciones violentas, y proveer un ambiente seguro en donde estas se puedan practicar (Blacker, Watson & Beech, 2008). El programa combinó técnicas de la terapia cognitivo-conductual para explorar problemas relacionados con la masculinidad, poder y control, orgullo y vergüenza. Se utilizó un grupo de 62 personas masculinas adultas de seis cárceles en Gran Bretaña en un curso de 90 días, en un diseño pre/post en donde se establecieron niveles de ira antes y después del curso. Los resultados indicaron que, si hubo una reducción importante en los niveles de ira después de haber asistido al curso validando así, la hipótesis planteada (Blacker, Watson & Beech, 2008).

En el estudio presentado, la validez de los resultados que se obtuvieron puede cuestionarse ya que el diseño que se planteó en el estudio es solo un diseño pre/post grupo, lo que significa que dificulta descartar otras variables que pudieron haber afectado los resultados. Lo mismo se puede observar con el ejemplo anterior de los estudiantes de La Unidad Educativa “Fernando Daquilema”.

Existe otro estudio realizado por Dadsetan, Anari y Saleh (2007) en dos escuelas primarias en Tehran para investigar la efectividad de la dramaterapia en la reducción de síntomas de ansiedad social; incluyendo ansiedad de rendimiento, evitación de rendimiento, ansiedad social y evitación social. La muestra para este estudio fue de 220

niños entre la edad de 10 a 11 años. Se aplicó la Escala de Ansiedad Social para niños y adolescentes de Liebowitz (Masia-Warner, Klein, Liebowitz, Storch, Picus & Heimberg 2003), donde 32 niños obtuvieron puntajes altos y fueron seleccionados aleatoriamente al grupo experimental (N=16) y al grupo control (N= 16). Durante seis semanas, el grupo experimental recibió dos horas de sesión de dramaterapia mientras que el grupo control no recibió ninguna. Los resultados indican que hubo una reducción significativa de los síntomas en los niños que pertenecían al grupo experimental, comparado con el grupo control. Un seguimiento de tres meses replicó los resultados (Dadsetan, Anari & Saleh, 2007).

Una de las limitaciones de este estudio fue que los pacientes mostraron problemas para comunicarse con los terapeutas, ya que es una característica del trastorno de ansiedad social y, por ende, retrasó el avance de la investigación (Dadsetan, Anari & Saleh, 2007). Otra limitación que se pudo observar en el estudio fue la baja autoestima y confianza de los participantes, ya que esto conduce a la evitación y aislamiento social, y, por lo tanto, la participación en las actividades disminuyó (Dadsetan, Anari & Saleh, 2007).

Consecuentemente, un estudio piloto realizado por Mackay, Gold y Gold (1987) notaron que mujeres adultas que fueron abusadas sexualmente de niñas muestran problemas emocionales e interpersonales. Para esto, quisieron demostrar que la dramaterapia puede ser beneficioso para las personas que tienen dificultades emocionales. La muestra constó de 5 niñas entre las edades de 12-18 años. Estas 5 niñas fueron abusadas sexualmente por alguien de la familia o por alguien cercano a la familia, y fueron seleccionadas por el trabajador social con el consentimiento de cada una

(Mackay, Gold y Gold, 1987). El grupo fue controlado por dos líderes que se reunían de 4 a 5 horas por ocho sábados consecutivos. Las sesiones fueron establecidas en un estudio en la Universidad de Concordia en Montreal, Canadá. Se decidió hacer las sesiones largas ya que cuando se trabaja con grupos problemáticos, es necesario poder hablar, discutir, jugar y relajarse en la terapia (Mackay, Gold y Gold, 1987). Las participantes tuvieron que llenar varios cuestionarios antes de empezar el estudio, entre ellos se aplicó el Inventario de Depresión de Beck para evaluar el nivel de depresión; se aplicó también el SCL-90, un auto reporte que mide el número y la intensidad de síntomas psicológicos; el Inventario de Conducta Social de Texas para evaluar el auto-estima y el Cuestionario de Apoyo Social para verificar el número de apoyo social y los niveles de satisfacción (Mackay, Gold y Gold, 1987).

Al finalizar la terapia, se realizó una comparación de los resultados obtenidos antes de empezar el estudio. Se observó que los resultados del Inventario de Depresión de Beck habían reducido, teniendo como promedio un rango de depresión severa entre las participantes. Así mismo con la auto-estima, los niveles de estos bajaron y en promedio con todas las participantes se encontraban en el percentil 20. Antes de comenzar la terapia, este percentil se encontraba en el 10 (Mackay, Gold y Gold, 1987). En general, los resultados indican que la dramaterapia redujo ligeramente los síntomas psicológicos que presentaban las participantes. Ya no mostraban hostilidad y ya participaban con mayor frecuencia en las actividades (Mackay, Gold y Gold, 1987).

Algunas de las limitaciones que abarca este estudio es que la muestra era muy pequeña como para generalizar los datos; así mismo, el corto periodo de la terapia, ya que durante las ochos semanas si hubieron cambios en la hostilidad y depresión. Hay que

tomar en cuenta que algunas participantes si notificaron un gran cambio en cuestión de emociones, y otras que solo reportaron cambios mínimos (Mackay, Gold y Gold, 1987).

Por otra parte, otro estudio realizado por Brooke (1995), quiso determinar la efectividad de la dramaterapia aplicada a un grupo experimental de seis mujeres que pertenecían al Centro de Mujeres de Raleigh. Todas las participantes eran blancas con un rango de edad de 26 a 40 años. Así mismo, se tomó en cuenta un grupo control con cinco participantes del mismo centro con un rango de edad de 26 a 46 años. Todas las participantes eran voluntarias. El estudio determino aplicar la terapia durante ocho semanas, con sesiones de dos horas por semana (Brooke, 1995). Las participantes fueron evaluadas antes para registrar sus niveles de autoestima; para esto, el grupo control solo decidió someterse al pre/post pruebas, más no a participar en las actividades. La herramienta que se utilizó para evaluar autoestima antes y después de la terapia fue el Inventario de Autoestima. Este inventario mide tres aspectos: autoestima general, autoestima social y autoestima personal (Brooke, 1995).

Los resultados del estudio indican que si hubo una diferencia significativa a lo que se refiere con los niveles de autoestima del grupo control. Se determinó que después de recibir la terapia, los puntajes obtenidos de la escala aumentaron un 40% a comparación cuando se inició el estudio (Brooke, 1995).

Una de las limitaciones del estudio fue la herramienta utilizada para evaluar autoestima. Ya que el formato de si/no del inventario es muy limitado, posibilitando el uso de mejores herramientas que utilizan una escala de Likert para futuras investigaciones. Así mismo, al ser una muestra pequeña, no es posible generalizar los

resultados obtenidos a una población (Brooke, 1995).

Resiliencia

Historia y Definiciones

El interés de la resiliencia en el ámbito de la psicología es antiguo, pero en los últimos años ha tenido más relevancia. El auge del estudio de la resiliencia surgió a partir de estudios relacionados indicando eventos traumáticos en los niños (guerras, abandono, maltrato, abuso de drogas, etc.) (Becoña, 2006). El término de la resiliencia proviene del latín (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1997), de la palabra resilio que significa volver atrás. Los diccionarios mencionan que la resiliencia es “la resistencia de un cuerpo a la rotura por golpe” (Kotliarenco et al., 1997).

Becoña (2006) menciona que para enfrentar el estrés y eventos estresantes que podrían ocasionar un trauma, es necesaria la interacción de distintos factores en la vida del niño: “temperamento biológico y características internas (especialmente la inteligencia); temperamento del niño y locus interno; la familia y el ambiente en donde el niño se desenvuelve; numero, intensidad y duración de los eventos estresantes que ha pasado el niño” (p.132). Entonces, el concepto de resiliencia hace énfasis a la invulnerabilidad y a la resistencia al estrés.

A pesar de que el concepto es difícil de definir, y varía de significado dependiendo el autor, es importante considerar la resiliencia como “el fenómeno del desarrollo exitoso de una persona bajo condiciones adversas” (Braveman, 1999). También, el concepto de resiliencia es muy parecido al término “superviviente”, en donde

se considera a la persona que pasa por una situación adversa y logra salir exitosamente adelante (Tarter y Vanyukov, 1999).

Como se mencionó anteriormente, el concepto de resiliencia varía dependiendo al autor, aunque todos llegan a la conclusión de que la resiliencia es un afrontamiento positivo ante las dificultades (Luthar y Cushing, 1999). Por ejemplo, Barlett (1994) considera que la resiliencia es “un rasgo psicológico, que es visto como un componente del “yo” que capacita para el éxito en condiciones de adversidad, y que puede ser desgastado o reforzado por la adversidad”. Por otra parte, Richardson, Neiger, Jensen y Kumpfer (1990) definen a la resiliencia como “el proceso de afrontamiento con eventos vitales desgarradores, estresantes o desafiantes de un modo que proporciona al individuo protección adicional y habilidades de afrontamiento que las que tenía previa a la ruptura que resultó desde el evento” (p.35). Aunque, el concepto más aceptado de la resiliencia es la definición de Garmezy (1991) que define a este como la capacidad de recuperarse después de un evento estresante. Otro concepto parecido es el de Masten (2001) que ha definido a la resiliencia como el fenómeno que se da por buenos resultados después de eventos amenazadores. Esto indica que la persona que se vio expuesta a eventos, traumas o amenazas significativas, llega a una adaptación positiva después de la experiencia de estas (Becoña, 2006). Finalmente, en la última revisión de los conceptos acerca de la resiliencia, Fergus y Zimmerman (2005) mencionan que la resiliencia es “el proceso de afrontar efectos negativos de la exposición de riesgo, afrontamiento exitoso de las experiencias traumáticas y evitación de las trayectorias negativas asociadas al riesgo” (p.15). Los factores que pueden ayudar a la persona a sobrellevar estos eventos estresantes son tanto como cualidades de la persona misma y recursos como: ayuda de los

padres, comunidad, pareja, maestros, etc. (Becoña, 2006).

Pilares de joven resiliente

Existen tres conjuntos que son necesarios para el fortalecimiento de la resiliencia y a su vez promueven actitudes positivas hacia las situaciones adversas (Kalbermatter, Goyeneche y Heredia, 2015):

- *La disponibilidad de sistemas de apoyo externos*
- *Medio familiar y social*
- *Características de la personalidad*

Para Grotberg (2006), los factores de la resiliencia se pueden agrupar en cuatro categorías: yo tengo, yo soy, yo estoy y puedo.

- *Yo tengo (apoyo)*: se refiere al apoyo externo que recibe la persona en su desarrollo.
- *Yo soy*: hace énfasis a las fortalezas internas de la persona.
- *Yo estoy*: menciona que la persona es consciente de lo que está sucediendo y busca la manera de solucionar los problemas.
- *Yo puedo*: aquí entra la capacidad de la persona para pedir ayuda y poder adquirir destrezas interpersonales.

Según Kalbermatter et al. (2015), es necesario tomar en cuenta los siguientes factores o pilares cuando se aborda la resiliencia en niños:

- *Empatía interpersonal y social*: Esta es la capacidad de sentir como los

demás, de “ponerse en los zapatos del otro”. Es necesaria la empatía para establecer un vínculo afectivo con los demás. Esta habilidad permite a la persona también a la posibilidad de crear lazos afectivos sociales fuera de la familia, que son necesarias para el afrontamiento de situaciones adversas (Kalbermatter et al., 2015).

- *Insight*: Es la habilidad de percatarse rápidamente de la situación de riesgo en la que la persona se encuentra. La capacidad de darse cuenta mantiene alejada los pensamientos distorsionados, mejora la resolución de problemas y reduce la ansiedad (Kalbermatter et al., 2015).
- *Autonomía e iniciativa*: Muchos de los problemas que tienen las personas son porque están sujetas a creencias de que ese es su destino. La iniciativa por otro lado, posibilita “el logro de la decisión personal frente al problema” y permite que la persona sea autónoma (Kalbermatter et al., 2015).
- *Enseñanza de criterios para la resolución de conflictos*: Enseñar a los niños los pasos adecuados para resolver un problema, las posibles consecuencias de sus decisiones y distintas maneras para resolver y aliviar por lo que están pasando (Kalbermatter et al., 2015).
- *Habilidades asertivas*: Es la capacidad de decisión y persistencia en llevar a cabo una acción a pesar de las opiniones del resto. Para esto, es fundamental ejercitar el autocontrol para poder controlar la situación (Kalbermatter et al., 2015).
- *Independencia*: Es importante enseñarle al niño a mantenerse alejados de

las relaciones tóxicas y de los ambientes disfuncionales (Kalbermatter et al., 2015).

- *Experiencias positivas en ámbitos de participación:* Estas experiencias no solo hace énfasis a los eventos de logro, sino que confiere a los niños sentimientos positivos de autoestima y eficiencia que promueve la confianza para tomar rienda a su propia vida (Kalbermatter et al., 2015).
- *Ocupación positiva del tiempo libre y pertenencia a grupos saludables:* Dentro de la misma comunidad en la que el niño se encuentra, pueden promover actividades saludables y creativas que permitan el uso del tiempo para desarrollar cualidades positivas. Usualmente, se fomenta las destrezas físicas y mentales, creatividad, el buen humor y el ingenio (Kalbermatter et al., 2015).
- *Planificación:* La planificación diaria permitirá que el niño pueda tener mayor control sobre su vida y posibilita una anticipación positiva ante cualquier situación (Kalbermatter et al., 2015).
- *Creatividad:* Esta es la “fluidez, flexibilidad y originalidad de pensamiento que posibilita poner en orden, belleza y propósito al caos de las experiencias y problemas” (Kalbermatter et al., 2015). La creatividad permite que el niño busque y encuentre distintas maneras de sobrellevar la situación adversa por la que está pasando.
- *Educación sobre el autocuidado de la salud física y psico-social:* La información que se le proporcione al niño será fundamental para su autocuidado, por esto es necesario que el mensaje que se transmita sea

claro y concreto. Es favorable para los niños que el mensaje se transmita claramente porque promueve que busque vínculos sanos que favorecen la resiliencia (Kalbermatter et al., 2015).

- *Acceso real al sistema de salud:* Es de gran importancia que los niños sepan a dónde acudir cuando presentan problemas físicos, psicológicos o sociales. Esto promueve la resiliencia ya que se les enseña a los niños a pedir ayuda externamente (Kalbermatter et al., 2015).
- *Ideología personal, espiritualidad, moralidad:* Este es el factor de resiliencia más importante de todos. Durante la niñez, los padres inculcan a sus hijos sus propios valores, creencias e ideologías y a llegar a la adolescencia, estos niños ya crean su propia escala tomando como base lo que sus padres les enseñaron. En algunos casos, los adultos no poseen la habilidad ni el desarrollo de entregar a los demás arriesgando su propio placer y poniendo en riesgo a la seguridad de los demás. Es por esto que la virtud fundamental para inculcar los valores es el amor, hacia el resto y así mismo (Kalbermatter et al., 2015).

Resiliencia y abuso infantil

En la infancia, la resiliencia se define como la “capacidad de responder y desarrollarse ante la experiencia de eventos vitales estresantes” (Markstrom, Marshall y Tryon, 2000, p.197). La resiliencia, frente a un evento de abuso sexual se da a partir de su lado psicobiológico y se presenta una adaptación cerebral ante el medio, desarrollando así plasticidad cerebral (Pereda y Gallardo-Pujo, 2011). Es por esto que un niño o adolescente que ha sido víctima de abuso sexual con características resilientes puede

tener menor riesgo de ideación suicida y una buena calidad de vida (Johnson, 2010).

Walsh et al., (2010), notan que la resiliencia en los niños maltratados se presenta cuando los niños muestran un rango normal de competencia en varios dominios de funcionamiento: competencia conductual, competencia emocional, competencia social y logros académicos. La capacidad de recuperación se mide mediante la frecuencia de niveles normativos internos y externos, así mismo como el funcionamiento apropiado a la edad en varios dominios del desarrollo. Para determinar el nivel de resiliencia, se toma en cuenta como la persona se muestra competente ante un dominio (Kinard, 1998). En estudios de personas expuestas al maltrato infantil, se mide un solo resultado ante la ausencia de un trastorno, pero no es adecuado cuando se considera la capacidad de recuperación general. La capacidad de recuperación se captura de manera más precisa cuando se utilizan indicadores múltiples ya que consideran la competencia y el funcionamiento, que da como resultado una evaluación más exhaustiva de quienes se han adaptado efectivamente después de ser expuestos al maltrato (Kaufman, Cook y Arny, 1994).

Para promover la resiliencia después de un maltrato, es necesario tomar en cuenta los factores que pueden proteger a una persona que es víctima de maltrato. Un factor de protección puede influir, modificar, alterar o mejorar la forma en la que una persona responde a la adversidad que lo pone en riesgo. Estos factores se pueden dividir en: individual, familiar y comunitario (Mrazek y Mrazek, 1987).

Factores Individuales: son características personales, rasgos de personalidad, intelecto, autoeficacia y satisfacción con la vida (Rutter, 1985).

Factores Familiares: incluyen recursos y relaciones de apoyo, cuidado estable, relaciones con los padres y coherencia familiar (Rutter, 1985).

Factores Comunitarios: relaciones con los compañeros, relaciones entre los miembros de la familia, apoyo social de los familiares (Rutter, 1985).

En un estudio realizado por Spaccarelli y Kim (1995), se examinaron las medidas alternativas de la resiliencia y los correlatos de esta en una muestra de 43 niñas que habían sido referidas a una clínica en Phoenix por abuso sexual. El rango de edad de las niñas va de 10 a 17 años con una mediana de edad de 14 años. Las familias eran de nivel socioeconómico medio y bajo. De los sujetos que fueron entrevistados para el estudio, el 60% fueron referidos a tratamiento por un padre o por algún miembro de la familia, 12% por alguna agencia de salud mental o por un terapeuta privado, 10% por la corte, 9% por agencias de servicio social y el 6% por las escuelas (Spaccarelli y Kim, 1995). Todos los casos de abuso sexual fueron reportados a las autoridades públicas. La recolección de datos fue mediante una entrevista computarizada auto administrada con la supervisión de un asistente de a investigación. La autoadministración permitió darle privacidad a los sujetos y a su vez removi6 la necesidad de respuestas verbalizadas (Spaccarelli y Kim, 1995). Consecuentemente, se realiz6 una entrevista individual a las niñas para identificar los tipos de contacto y la edad del contacto sexual as6 mismo como la relaci6n con el perpetrador. La mayor6a de las niñas fueron v6ctimas de abuso grave: el 70% reporto al menos un tipo de abuso invasivo (penetraci6n anal o vaginal o copulaci6n oral), 21% reporto incidente de contacto en los senos y genital sin penetraci6n) y el 9% reporto abuso sin contacto (Spaccarelli y Kim, 1995). La medida que se utilizo fue el C-SARS (Checklist de abuso sexual y factores de estr6s relacionados) que evalúa los informes de

las víctimas sobre la ocurrencia de 70 eventos estresantes relacionados al abuso sexual. El C-SARS evalúa tres subtipos de eventos estresantes: eventos específicos del abuso, eventos relacionados con el abuso y eventos relacionados con la divulgación pública (Spaccarelli y Kim, 1995). Se utilizó también la escala de valoraciones negativas de abuso sexual (NASAS) que conforma 56 ítems sobre las percepciones de amenaza o daño relacionado con la victimización sexual. Esto incluye evaluaciones negativas relacionadas con el carácter y la sexualidad de uno, evaluaciones críticas del carácter y confiabilidad de los demás, percepciones de daño físico o daño a sí mismo o, a otros importantes, y relaciones o recursos importantes (Spaccarelli y Kim, 1995). De igual manera, se utilizó el Informe de los niños del inventario de comportamiento de los padres (CRPBI) para evaluar las percepciones de los sujetos sobre la calidad de apoyo en su relación con cada padre custodio (Spaccarelli y Kim, 1995) y, por último, se utilizó la Escala de ansiedad revisada en los niños (RCMAS) que evalúa ansiedad aguda.

Los resultados indican que de los 19 jóvenes clasificados como resilientes según sus niveles de auto informes de ansiedad y depresión, 9 fueron vistos por sus padres como clínicamente ansiosos o deprimidos. De igual manera, de los 20 jóvenes clasificados como resilientes por la ausencia de ansiedad y depresión clínica informada por los padres, 10 dieron auto informes contradictorios (Spaccarelli y Kim, 1995). También se tomó en cuenta que las chicas habían logrado y mantenido un nivel normativo de competencia social para su edad, 13 estaban en o por encima de la norma de edad, 21 estaban por debajo de la norma de edad, pero encima de la norma clínica, y 9 estaban en la norma clínica o debajo de ella (Spaccarelli y Kim, 1995). El 38% mantuvo niveles normativos de competencia social y estaban libres de niveles clínicos de

síntomas, mientras que el 63% estaba libre de los niveles clínicos de los síntomas y a su vez se mantuvieron en la competencia social (Spaccarelli y Kim, 1995). Se realizó pruebas de t-test comparando grupos resilientes y no resilientes en los predictores hipotéticos de resiliencia como: estrés por abuso, evaluaciones cognitivas negativas, apoyo de padres y estrategias de afrontamiento (Spaccarelli y Kim, 1995). Los resultados indican que solo el apoyo de los padres se asoció con la resiliencia en términos de la competencia social. Se utilizó también un análisis de regresión para examinar que tan bien estas cuatro variables predijeron la ausencia de los niveles clínicos de los síntomas y los resultados indican que el apoyo de los padres fue el mejor predictor de la resiliencia (Spaccarelli y Kim, 1995).

Lo que se presentó en este estudio fue la baja correlación de los informes de los padres sobre la sintomatología de los hijos con los informes de los sujetos que fueron víctimas de abuso sexual. Esta discrepancia mostro que en ocasiones los padres no se fijan en los síntomas de sus hijos, particularmente en los síntomas internos como el miedo. Al mismo tiempo, las victimas mostraron mantener una competencia social normal mientras sufrían de niveles altos de depresión, ansiedad y agresividad. Es por este que los hallazgos presentes sugieren que los clínicos deben ser muy cautelosos al asumir que las víctimas de abuso sexual están bien tomando solamente en cuenta los informes de los padres (Spaccarelli y Kim, 1995).

Otro estudio realizado por Williams y Nelson-Gardell (2012), se tomó en cuenta una muestra de 237 participantes que fueron abusados sexualmente en algún punto en su adolescencia, siendo el 80% mujeres con un rango de edad de 11 a 16 años (40% 11-12 años; 52% 13-14 años y 8% 15-16 años). El 51% reporto ser de clase socioeconómico

baja, mientras que el 32% reportó ser clase media y el 16% clase alta. Para la evaluación se tomaron en cuenta varios factores: apoyo del cuidador, relación entre los iguales, relación con el cuidador, compromiso escolar, nivel de expectativa, inteligencia, niveles de seguridad y violencia comunitaria, tiempo y resiliencia (Williams y Nelson-Gardel, 2012). El apoyo del cuidador se evaluó utilizando el Cuestionario de Apoyo Funcional Social de la Universidad de Duke de Carolina del Norte y el Cuestionario-3 de Apoyo Social de Sarason. En este estudio, la medida obtuvo un coeficiente de alpha de .948 (Williams y Nelson-Gardel, 2012). Para evaluar la relación con sus iguales se utilizó el Cuestionario de soledad y de insatisfacción para niños jóvenes que mide la calidad de la relación entre los iguales. La medida que se obtuvo fue un coeficiente de alpha de .983 (Williams y Nelson-Gardel, 2012). Para evaluar la relación con el cuidador se utilizó ítems del Estudio Longitudinal Nacional de la Salud de los Adolescentes. Se utilizó para medir el apego con los cuidadores y cuidadores primarios. Se obtuvo un coeficiente de alpha de .803 (Williams y Nelson-Gardel, 2012). Para el compromiso escolar se utilizó preguntas de del estudio realizado en 1986 de la Acta de escuelas libres de drogas y comunidades. Estas preguntas estaban asociadas a la disposición hacia la escuela y el aprendizaje y se obtuvo un coeficiente de alpha de .903 (Williams y Nelson-Gardel, 2012). Los niveles de expectativa se midieron con 5 ítems acerca de la expectativa acerca de la educación del Estudio Longitudinal Nacional de la Salud de los Adolescentes. El coeficiente de alpha que se obtuvo en esta sección fue de .701 (Williams y Nelson-Gardel, 2012). La inteligencia se midió mediante el Test de Kaufman, donde se obtuvo una consistencia interna de .94 y se analizó las evaluaciones de vocabulario y matrices (Williams y Nelson-Gardel, 2012). Para evaluar los niveles de seguridad y violencia

comunitaria se utilizó la Entrevista al Cuidador y Administración de la Familia de Philadelphia. Se obtuvo una consistencia interna de .974 (Williams y Nelson-Gardel, 2012). El tiempo se midió mediante el uso del reporte del caso de la investigación (Williams y Nelson-Gardel, 2012). Por último, la resiliencia se midió mediante la ausencia de síntomas psicológicos. En vez de examinar la resiliencia en términos de categoría (resilientes y no resilientes) se enfocaron en observar los síntomas utilizando el Checklist de Comportamiento Infantil (CBCL) donde se obtuvo una consistencia interna que va de .55 a .90 (Williams y Nelson-Gardel, 2012).

Los resultados de la regresión indicaron que hubo una predicción significativa de angustia en general y problemas de conducta en los jóvenes que fueron abusados sexualmente. La angustia general fue predicha mediante las variables de proceso (la percepción del cuidador sobre el apoyo, calidad de relaciones de iguales de la víctima, calidad de relación con el cuidador, y el nivel de compromiso escolar); variables de la persona (sexo del niño, niveles de expectativa, e inteligencia), tipo de actividad sexual (oral, masturbación, digital, penetración anal u oral, etc.), interrupción en el entorno de vida, niveles de seguridad y comunidad violenta, tamaño de la comunidad, número de cuidadores disponibles para el niño, nivel socioeconómico de la familia y nivel educativo del cuidador (Williams y Nelson-Gardel, 2012).

El estudio solo se enfocó en un criterio de resiliencia, la ausencia de síntomas psicológico y se evaluó mediante solo una evaluación. Por ende, los adolescentes que mostraron ser resilientes pueden presentar dificultades en otras áreas del funcionamiento que no fueron evaluadas por el Checklist de Comportamiento Infantil (CBCL) (Williams y Nelson-Gardel, 2012). Nuevamente, el CBCL solo proporciona detalles de la

perspectiva del cuidador.

Por otra parte, un estudio realizado por Collin-Vézina, Coleman, Milne, Sell y Daigneault (2011) exploraron la relación de experiencias traumáticas con la resiliencia en jóvenes canadienses en un centro de cuidado. La muestra para la investigación fue de 53 jóvenes con un rango de edad de 14 a 17 años que vivían en centros de protección y que voluntariamente aceptaron participar en el estudio. Se administró el Cuestionario de Trauma Infantil que identifica historia de abuso y negligencia mediante los puntajes de las siguientes subescalas: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligencia física y negligencia emocional (Bernstein and Fink, 1998); el Checklist de Síntomas de Trauma para Niños para medir angustia postraumática y sintomatología psicológica relacionada mediante las siguientes escalas clínicas: ansiedad, depresión, ira, estrés post traumático, disociación y preocupación sexual (Briere, 1996); y por último, la Escala de Resiliencia de Niños y Jóvenes que mide resiliencia y competencia (Ungar, Liebenberg, Boothroyd, Kwong, Lee, Leblanc, et al., 2008). Los resultados de estas escalas indicaron una tasa alta de experiencias abusivas y de negligencia. Las niñas reportaron abuso sexual y síntomas de estrés post-traumáticos y disociativos. Los resultados del estudio indican que, de los 53 participantes, el 68% ha experimentado abuso emocional, el 60% abuso físico, el 58% negligencia emocional, 98% negligencia física y el 38% abuso sexual (Collin-Vézina, Coleman, Milne, Sell y Daigneault, 2011). En términos de resiliencia, las experiencias abusivas tienen un gran impacto negativo en el ámbito individual, relacional y comunitario. Los hallazgos indican que hubo dos grupos en particular que son vulnerables: las niñas que fueron abusadas sexualmente mostraron puntajes altos en la escala de preocupación sexual, estrés post traumático y síntomas disociativos, así mismo,

niveles bajos de resiliencia; el otro grupo fue de jóvenes que presentaron de 4 a 5 formas de trauma que puntuaron alto en los niveles clínicos de depresión, ira, estrés post traumático, síntomas disociativos y niveles bajos de resiliencia (Collin-Vézina, Coleman, Milne, Sell y Daigneault, 2011).

Las limitaciones de este estudio fue que la muestra fue relativamente pequeña como para generalizar los resultados a toda una población; también, las escalas utilizadas se enfocaban solamente en la perspectiva del participante (Collin-Vézina, Coleman, Milne, Sell y Daigneault, 2011).

Adicionalmente, un estudio realizado por Collishaw, Pickles, Messer, Rutter, Shearer y Maughan (2007), toman como base los datos recolectados de un estudio realizado en 1964 en La Isla de Wight, al sur de Inglaterra. Los sujetos que participaron inicialmente en el estudio de Wight tenían 9-10 años, en donde se hizo un seguimiento cuando cumplieron 14-15 años y fueron re-contactados a la edad de 44-45 años. Los participantes reportaron haber sido abusados física y sexualmente durante su infancia. Los instrumentos que se utilizó para los participantes que ahora eran adultos fueron: La Escala de Trastorno Afectivo y Esquizofrenia que evalúa la psicopatología adulta (depresión mayor, distimia, trastorno de ansiedad generalizada, pánico con y sin agorafobia, fobia social, estrés post traumático, trastorno obsesivo-compulsivo, anorexia y bulimia, dependencia o abuso de alcohol y sustancias) (Harrington, Hill, Rutter, John, Fudge, Zoccolillo, & Weissman, 1988); La Evaluación de funcionamiento de la Personalidad Adulta que evalúa patrones específicos y generales de la disfunción social; así mismo, cubre seis dominios del funcionamiento (trabajo, matrimonio, amistad, contacto social no específico, negociación y afrontamiento del día a día) (Hill,

Harrington, Fudge, Rutter, & Pickles, 1989); y evaluaciones independientes de la vida de la persona (ambiente, amistades, relaciones con los padres y relaciones amorosas. En total, de los 44 que participaron en la investigación, todos reportaron experiencias de abuso en la infancia, 28 reporto abuso sexual severo, 26 reporto abuso físico, 12 reporto abuso físico y sexual, 29 reporto que el abuso se llevó a cabo en su hogar, 42 reporto episodios repetidos de abuso en la infancia, 30 reporto que el abuso duro más de un año y 31 reporto que el abuso comenzó antes de los 10 años (Collishaw, Pickles, Messer, Rutter, Shearer y Maughan, 2007). Los resultados muestran que el 55.5% de los miembros que reportaron abuso en la infancia, fueron diagnosticados con al menos un trastorno del Eje I. También indicaron que los adultos que fueron víctima de abuso tienen mayor probabilidad de presentar depresión, conducta suicida, estrés post traumático y abuso de sustancias (Collishaw, Pickles, Messer, Rutter, Shearer y Maughan, 2007).

Una limitación que se presentó en la investigación es que las experiencias de abuso físico y sexual se tomaron en cuenta en el seguimiento de los participantes en edad adulta, ya que no todos los participantes reportaron el abuso. La otra limitación que se presento es que la muestra del grupo de adultos abusados era de 44, una muestra pequeña como para generalizar a una población y, por último, no se incluyó evaluaciones que midan estilos cognitivos ni habilidades de afrontamiento, ya que estas dos últimas son relevantes para entender la resiliencia (Collishaw, Pickles, Messer, Rutter, Shearer y Maughan, 2007).

Consecuentemente, un estudio realizado por DuMont, Sptaz y Czaja (2007), examinaron los factores individuales, familiares y de la comunidad como predictores de la resiliencia en adolescencia y adultez temprana y describe los cambios en este con el

tiempo desde la adolescencia hasta la edad adulta en niños maltratados y abandonados. Se utilizó los datos recolectados de casos de niños (N= 676) que fueron abusados física y sexualmente y que fueron abandonados de un área del condado medio oeste durante los años 1967-1971, se utilizó también información oficial, evaluaciones psiquiátricas y autoreportes obtenidos hasta 1995 (DuMont, Sptaz y Czaja, 2007). Se utilizaron distintos instrumentos para evaluar: educación, desorden psiquiátrico, abuso de sustancia, reporte oficial de arrestos, autoreporte de conducta violenta, empleo, falta de vivienda y actividad social (DuMont, Sptaz y Czaja, 2007). La Escala de Diagnostico de Salud Mental se utilizó para evaluar desordenes psiquiátricos como: depresión mayor, distimia, trastorno de ansiedad generalizada, estrés post traumático y personalidad antisocial (Robin, Helzer, Cottler & Goldring, 1989). Este instrumento también se lo utilizo para evaluar abuso y dependencia de sustancias. El resto de factores se evaluó mediante entrevistas individuales. Para medir resiliencia, los participantes debían cumplir exitosamente al menos seis de las ocho áreas evaluadas: haberse graduado del colegio, diagnostico psiquiátrico, abuso de sustancias o dependencia, arrestos, autoreporte de violencia, empleo, vivienda, y actividad social (DuMont, Sptaz y Czaja, 2007). Los resultados indican que aproximadamente solo el 30% de los participantes mostro ser resilientes en la adultez temprana, dejando al otro 70% como el grupo no resiliente. Por otro lado, la mitad de los participantes demostró ser resilientes en la adolescencia, pero en la adultez este porcentaje bajo drásticamente considerando los eventos estresantes de la vida (DuMont, Sptaz y Czaja, 2007). Consistentemente, uno de los hallazgos en el estudio fue que las personas que tenían una pareja que los apoyaran, eran 1.7 veces más resilientes en la adultez temprana que las personas que no tenían apoyo (DuMont, Sptaz y Czaja,

2007).

Las limitaciones de este estudio muestran que la investigación no reporta el rol de características de maltrato como severidad o cronicidad, ya que estos son importantes en la exploración del maltrato. Por otro lado, el estudio fue diseñado para examinar las secuelas del maltrato infantil, mas no para medir las consecuencias. Y, por último, los casos de la investigación estuvieron en la corte, por lo tanto, los resultados no se pueden generalizar a los casos de abuso y abandono que no llegaron a las autoridades (DuMont, Sptaz y Czaja, 2007).

Abuso sexual infantil

Historia y Definiciones

Antes de entender lo que es el abuso sexual infantil, es importante conceptualizar el significado de maltrato infantil. El maltrato infantil ha sido un problema que surgió desde la aparición del hombre y es tan antiguo como la humanidad (Loredo, 1994). El maltrato infantil ha estado presente en diversas disciplinas ya que aborda distintos factores biopsicosociales (Martínez y Reyes, 1993). Durante siglos pasados, el maltrato infantil ha sido justificado tanto como un sacrificio a los dioses o como una manera de aplicar disciplina (Loredo, 1994). Así mismo, en la historia se puede ver que existen obras literarias referente al maltrato infantil. Por ejemplo, en la Biblia tenemos el caso de Abraham que estuvo a punto de sacrificar a su hijo Isaac. En la misma parte de la historia antigua, Aristóteles menciona que: “Un hijo o un esclavo son propiedad, y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto” (Loredo, 1994). Esto quiere decir, que era aceptable y justificable el maltrato y castigo hacia los hijos. Por otra parte, tenemos el infanticidio,

que fue una forma de eliminar a niños con defectos físicos y mentales; durante el nazismo, se dictaba la orden de eliminar estos niños con el fin de tener una raza pura y así mismo sucedió en China que se usaba para controlar la natalidad (Loredo, 1994).

No fue hasta 1874, con el caso de la pequeña Mary que surge en Nueva York la primera Sociedad para la Prevención de la crueldad en los Niños. Esta sociedad surge a raíz de que los vecinos de la pequeña Mary fueron testigos del maltrato físico que sus padres adoptivos le ocasionaba y decidieron llevar el caso a los tribunales, pero al no ninguna Sociedad que pueda protegerla fue la Sociedad Protectora de Animales quien tomo el caso, pero a su vez esta no tenía instancia legal sobre este y fue entonces que se creó la primera sociedad de protección a los niños (Fontana, 1979).

La primera definición emitida de maltrato infantil fue por Kemper en 1962, quien originalmente define el maltrato infantil como “el uso de la fuerza física no accidental, dirigida a herir o lesionar a un niño/a, por parte de sus padres o parientes” para luego introducir la negligencia y aspectos psicológicos como parte del maltrato infantil. Para Wolfe (1991), el maltrato infantil es

la presencia de una lesión no accidental, resultado de actos de perpetración (agresión física) o de omisión (falta de atención por parte de quienes están a cargo del niño y que requiere de atención médica o intervención legal) (Wolfe, 1991).

Por otra parte, La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) propone lo siguiente: “Todo acto u omisión encaminado a hacer daño aun sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor” (Aguilar, 1992).

Existen dos tipos de maltrato: emocional y psicológico. La primera hace referencia a las respuestas negativas por parte de los adultos que hace que el niño o la niña sienta dolor emocional (miedo, humillación, ansiedad, desesperación, etc.). Mientras que el maltrato psicológico hace referencia a una conducta (violencia doméstica, insultos, explotación, maltrato sexual, negligencia, etc.) que inhibe el desarrollo del niño/a y lo hace más vulnerable e inseguro en su bienestar y su vida social (Kieran, 1995).

Por consiguiente, la definición de abuso sexual se refiere a cualquier conducta sexual mantenida por el adulto y el menor en donde existe una desigualdad, ya sea de edad o de poder, en donde el menor es utilizado para la estimulación sexual del adulto (Poblete y Guizar, 2008). Las conductas abusivas implican contacto físico (genital, anal o bucal) e incluso el uso por terceras personas como en el caso de la pornografía infantil. Por otra parte, La Asociación Francesa de Información e Investigación para la Infancia Maltratada (AFIREM) menciona que el abuso es “toda la utilización del cuerpo del niño para el placer sexual de otra persona mayor que la víctima, cualquiera que sea la relación entre ellos, aunque haya obligación o violencia” (Merlyn, 2005).

La legislación del Ecuador también plantea un concepto de abuso sexual. En el Código de la Niñez y Adolescencia se considera abuso sexual a “todo contacto físico, sugerencia de naturaleza sexual, a los que se somete un niño, niña o adolescente, aun con un aparente consentimiento, mediante seducción, chantaje, intimidación, engaños, amenazas o cualquier otro medio” (Morejón, 2002).

A pesar de las distintas definiciones que se han visto a través del tiempo acerca del abuso sexual, todas concuerdan en tres factores importantes a tomar en cuenta: la

edad de la víctima y comportamiento abusivo/violento. Siendo así, considerado en todas las culturas como un abuso sexual.

Tipos de abuso sexual

Cabe señalar que no todos los actos sexuales infligidos hacia el menor son iguales y no todos afectan de la misma manera a la integridad psicológica de la víctima (Vázquez, Mezquina y Calle, 1997). El incesto, es el acto sexual cometido por miembros de la familia, abarcan del 65% al 85% de los casos de abuso sexual a menores y son situaciones más duraderas (Elliot, Browne y Kilcoyne, 1995). Usualmente, comienza con caricias y va progresando hasta la masturbación y contacto buco-genital, y en casos más tardíos aparece el coito vaginal en la pubertad (Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 1995). Los casos que más se dan en el incesto es de la relación padre-hija, (más del 20% de los casos) ocasionando así la ruptura de lazos familiares y generando así más traumatismo sobre evento estresante (Herman, Russel, Trocki, 1981). Luego sigue la relación padrastro-hija (15-20%). El 65% restante implica a los hermanos, tíos y abuelos que viven dentro del núcleo familiar (McCarthy, 1992). En otros casos, el agresor sexual suele ser un desconocido, que se vincula a situaciones aisladas y que puede estar vinculado a conductas violentas. Sin embargo, los menores habitualmente no reflejan resistencia ya que se les dificulta identificar a un agresor (Lanyon, 1986).

Modelos

A pesar de que el abuso sexual es difícil de detectar, existen distintos modelos teóricos que permiten facilidad de detección. A continuación, algunos de estos modelos serán descritos:

- *Perspectiva centrada en la familia:* este planteamiento teórico centra la raíz del abuso sexual es la dinámica familiar distorsionada, esto quiere decir que, por ejemplo, los abusadores sexuales inician el acoso en su adolescencia y experimentan su sexualidad hacia niños menores que ellos (Moreno, 2006).
- *Perspectiva centrada en el abusador:* en esta perspectiva se centra en características psicológicas y fisiológicas del abusador. En los criterios individuales, hace énfasis a psicopatologías del abusador como: baja autoestima, inmadurez, sentimiento de inutilidad, etc. (Finkelhor, 1984). En los criterios familiares, entra la presencia de conflictos maritales, sean estas violentas o no y el alejamiento sexual por la pareja (Crivillé, 1987). Por último, los criterios contextuales que abarca la introversión y la falta de apoyo social (Milner, 1990). No obstante, crecer en un ambiente familiar violento, lleno de abandono y abuso hace de estas, factores que influyen en la vida del abusador (Moreno, 2006).
- *Modelo teórico de Finkelhor:* Según Finkelhor, para que ocurra un abuso sexual, es necesaria la presencia de los siguientes factores: congruencia emocional (este factor influye en el abusador, consta de la experimentación de su yo adulto con su yo infantil), bloqueo de relaciones sexuales normales (sentimientos de inutilidad personal) y desinhibición comportamental (abuso estable o esporádico) (Finkelhor, 1984).
- *Modelo integrador de Faller:* menciona distintos factores que contribuyen al abuso sexual pero que no lo provocan. Factores sociales (nivel de educación, relaciones de poder), factores biográficos (situaciones de vida personal de víctimas y agresores), factores familiares (incesto, conflictividad marital, malas

relaciones), factores personales (activación sexual del agresor en la niñez), factores culturales (roles de género), factores ambientales (aislamiento social, desempleo), factores de personalidad (baja autoestima, consumo de sustancias) y factores biográficos (experiencias sexuales traumáticas, infancia sin cuidados afectivos) (Faller, 1993).

Indicadores de abuso sexual

A pesar de que el abuso sexual es difícil de detectar, es posible prevenir. Para esto, es necesaria la psicoeducación de padres, maestros y comunidad a su vez como es importante la educación sexual en niños, niñas y adolescentes. En la mayoría de casos, el abusador es una persona conocida en el círculo familiar. Usualmente, lo que hace el abusador es utilizar como amenaza de mantener en secreto lo que sucedió entre el menor y el abusador (Merylin, 2005). El abuso sexual es difícil de detectar dada los distintos indicadores que se pueden presentar, y es por esta razón de que la mayoría de los adultos piensen que las víctimas actúan de distinta manera por buscar la independencia o están entrando al proceso de la pubertad. No todo cambio de conducta expresa abuso sexual, pero el cambio significativo es importante que sea explorado como un posible indicador (Merylin, 2005).

Se sabe que los niños abusados sexualmente no suelen expresar abiertamente lo que les sucedió (Besten, 1997), ya que en la mayoría de casos el abusador obliga a que la víctima guarde silencio. Siendo esta la situación, cada niño es un mundo diferente, va a influir su edad, carácter y grado de desarrollo para que este emita mensajes en clave dependiendo de los factores ya mencionados anteriormente, es por esta razón que el

adulto debe estar pendiente y consciente de los mensajes que están siendo transmitidos. Un niño que ha sido víctima de abuso sexual suele tener actitudes autodestructivas como: morderse las uñas, arrancarse el cabello, ideación suicida pensando de que esta es la única manera de solucionar el problema (Besten, 1997). La actitud de las víctimas también cambia en el ámbito académico, existe menos participación en clases y su rendimiento académico se ve deteriorado. Aunque también sucede, al contrario, los niños, víctimas de abuso sexual toman la parte académica como un método de escape y distracción por lo que están pasando (Merylin, 2005). También, se puede generar problemas con el habla, especialmente el tartamudeo que aparece a partir del trauma generado por el abuso sexual (Merylin, 2005). Es importante tomar en cuenta de que las víctimas, en muchos casos tienden a tener miedo a situaciones en donde se sientan vulnerables quedarse dormidos (Besten, 1997). Por otra parte, la regresión también se hará presente en algunos casos, principalmente las víctimas pierden el control de sus esfínteres (Besten, 1997). Otro factor a tomar en cuenta es la limpieza constante de sus genitales, ya que piensan que de esa manera limpiarán todo lo malo que sucedió y así eliminar el sentimiento de culpa, incluyendo también síntomas emocionales como la vergüenza, baja autoestima y rechazo hacia su propio cuerpo (Besten, 1997).

Abuso sexual en el Ecuador

Hasta ahora en el Ecuador, el tema de abuso sexual infantil sigue siendo motivo de secreto dentro de algunos círculos familiares. Prefieren mantenerlo en secreto para solucionarlo internamente sin saber el daño que pueden ocasionar en las víctimas. Existen varios estudios acerca del abuso sexual en el Ecuador, de acuerdo con el CEPAM en Quito, indica que el 43% de los casos pertenece a niños menores de 14 años. Otro dato

que indica es que el 84% de los casos pertenece a las víctimas mujeres, dejando el otro 16% a los varones (Ernst, s/f). A pesar de las altas cifras de abuso sexual infantil en el Ecuador, las personas no toman en cuenta la necesidad de reportar el acoso a la fiscalía. Por otro lado, tenemos la encuesta realizada por ENDEMAIN, que muestra resultados del porque las víctimas no acuden a solicitar ayuda. Los resultados indican que el 40% no se acerca por la vergüenza que le genera el abuso, el 22% al miedo a las consecuencias, el 11% es porque las víctimas no saben a dónde acudir y el último 6% cree que no es necesario (Ernst, s/f). Al ver estos resultados, nos indican que falta más psicoeducación acerca del abuso sexual en la sociedad para que se pierda el miedo y a no callar lo que sucede.

Por otra parte, en el año 2007 se reportaron 8980 casos de abuso sexual, proviniendo mayormente de la provincia Pichincha y en segundo lugar la provincia del Guayas. Pese a la gran magnitud de los casos reportados, solo 105 de estos fueron condenados (Ernst, s/f). Así mismo, en el año 1999 La Defensa de los Niños Internacional (DNI), realizaron una investigación acerca del abuso sexual infantil en el Ecuador. Este estudio se realizó en las ciudades de Quito y Guayaquil. La muestra consto de 300 personas por provincia de las edades de 16 a 19 años. Los resultados de esta investigación indicaron que la población abusada en Quito corresponde a un 28.8% y en Guayaquil un 30.4%. El promedio de edad en donde existía un abuso sexual fue de 11 a 16 años con un 66.3% en Quito y 83.1% en Guayaquil. Los resultados también indican que la mayoría de los casos de abuso sexual, el abusador fue una persona conocida y dentro del núcleo familiar (Ernst, s/f).

Abuso sexual y dramaterapia

El abuso sexual infantil puede tener daños a corto y a largo plazo en el impacto de la salud mental. Los efectos a corto plazo que se han reportado y observado incluyen: insatisfacción sexual, promiscuidad, homosexualidad y riesgo alto de revictimización. La de depresión y la ideación suicida también aparece ser más común en víctimas de abuso sexual. Dentro de los efectos a largo plazo se encuentra la depresión y el abuso/dependencia del alcohol y drogas (Beitchman, Zucker, Hood, daCosta y Akman, 1991). Otros trastornos también aparecen después del abuso sexual: trastorno de pánico (7% en hombres y 13% en mujeres), trastorno de estrés post-traumático (21% en hombres y 33% en mujeres) e intentos suicidad que atribuyen al 6% en hombres y 11% en mujeres (Andrews, Corry, Slade, Issakidis y Swanston, 2004).

El tratamiento para el abuso sexual infantil engloba: la culpa, el miedo, la depresión, baja autoestima, pobres habilidades sociales, ira reprimida y hostilidad, inhabilidad de confiar, confusión de roles, resiliencia, etc (SgROI, 1982). El arte y el juego siempre ha sido parte de la formación de la vida del niño. Los niños que han sido víctimas de abuso sexual se los caracterizan como víctimas silenciosas. Estos niños, la mayoría del tiempo han sido manipulados por el adulto o la situación, y muchos de ellos no tienen la habilidad verbal de poner sus experiencias en palabras. El abuso puede ser notable mediante la conducta problemática que suele presentarse (Richardson, 2015). Dada a la falta de expresividad y flexibilidad, la dramaterapia permite proporcionar un ambiente seguro para el niño en donde se puede desenvolver y expresarse. La dramaterapia presenta una dimensión única a las otras terapias ya que muestra características específicas que no siempre se encuentran en la terapia verbalizada, y esta incluye: conexión cuerpo-mente e imaginación, participación activa y auto-expresión

(Malchiodi, 2011).

Los bebés y los niños en etapa pre-verbal codifican la memoria a través de canales visuales y sensoriomotores, y en momentos de intenso estrés y terror, el sistema de memoria cognitiva puede pasarse por alto (Bowers, 1992). La dramaterapia ofrece medios visuales y sensoriomotores que permite que estas memorias traumáticas reprimidas emerjan con mayor facilidad (White y Davis, 2010).

El uso de la dramaterapia explora los beneficios de los distintos modos de expresión para el tratamiento de la salud mental de los niños, intenta crear un puente entre la comunicación verbal entre el niño y el terapeuta utilizando distintos métodos de expresión (Steffen, 2007).

Metodología y diseño de la investigación

Para este trabajo se recomienda utilizar una investigación experimental con grupos independientes cuantitativa ya que en la pregunta del estudio se plantea “Cómo y hasta qué punto la dramaterapia influye en la resiliencia”. Se escogió utilizar este diseño experimental, ya que se “pretende establecer el posible efecto de una causa que se manipula” es decir, que el tratamiento de la dramaterapia aumentara la resiliencia de los niños que participaran en el estudio (Sampieri, Fernández y Baptista, 2010); a su vez, permitirá ver la diferencia de quienes participen en la dramaterapia a comparación a los que no. Así mismo, se aplicará un pre/post prueba grupo experimental y control y se realizará un análisis estadístico MANOVA. El MANOVA es un análisis multivariante de la varianza, deriva de del análisis de la varianza o ANOVA y se lo utiliza en estudios donde existe más de una variable dependiente; de igual manera, pretende identificar si los cambios en las variables independientes tienen efectos significativos en las variables independientes (Sampieri, Fernández y Baptista, 2010). En este estudio existe dos variables dependientes (resiliencia y abuso sexual), así mismo identifica si los cambios en la variable independiente (dramaterapia) tiene efecto significativo en las variables dependientes y también, demuestra el grado de asociación de la variable independiente con las dependientes (Sampieri, Fernández y Baptista, 2010). Este análisis estadístico se realizará en el programa SSPS para interpretar de manera fácil y entendible los resultados obtenidos.

Justificación de la metodología seleccionada

El objetivo del presente trabajo de investigación, es establecer si existe o no una

influencia en la resiliencia al momento de aplicar una intervención de dramaterapia en niños abusados sexualmente con un rango de edad de 7 a 12 años. Para especificar de mejor manera la muestra para este trabajo de investigación, se decidió realizar criterios de inclusión ya que aumentan la probabilidad de que los resultados sean fiables; los participantes deberán tener entre 7 a 12 años de edad, ser víctima de abuso sexual físico (Spaccarelli y Kim, 1995), que el abuso sexual sea de tipo incesto, es decir con los miembros de la familia (Elliot, Browne y Kilcoyne, 1995) y que haya sido abusado/a en un lapso de un año antes de la intervención (Williams, y Gardell-Nelson, 2012), el abuso deberá constar como periódico, ya que se podrá abordar la terapia de mejor manera sin perjudicar a los participantes evitando topar temas recientes (Richardson, 2015). Se seleccionaron estos criterios de selección tomando en cuenta estudios realizados anteriormente, ya que hubo efectividad de la dramaterapia que se aplicó en los participantes y el objetivo de este proyecto de investigación es que las víctimas puedan sobrellevar el trauma y así mismo, elevar sus niveles de resiliencia. Luego de que los participantes cumplan con los criterios de inclusión, se medirá la resiliencia en los niños antes y después de recibir la terapia, por lo cual se utilizará el pre/post prueba (Sampieri, Fernández y Baptista, 2010). Es por esto que se podrá generar un análisis de los resultados obtenidos y comprobar si existe o no una diferencia significativa antes y después de aplicar la terapia. Este diseño de investigación busca establecer una unión entre la terapia que se aplicara (Sampieri, Fernández y Baptista, 2010) y el aumento de cualidades resilientes como: habilidades personales, apoyo de grupo, habilidades sociales, cuidado físico, cuidado psicológico, y contexto espiritual, educacional y cultural (Ungar y Liebenberg, 2011). La hipótesis propone que cuando los niños abusados sexualmente

reciben dramaterapia, las cualidades resilientes se desarrollan frente a este trauma y que se supere exitosamente (Richardson, 2015).

La metodología que se plantea utilizar es la cuantitativa ya que es la más apropiada para este trabajo de investigación ya que se “basa en el uso de técnicas estadísticas para conocer ciertos aspectos de interés” (Hueso, Semper y Josep, 2012). La recolección de datos se realiza mediante encuestas o instrumentos de medición (Hueso, Semper y Josep, 2012) ya que permitirá comprender la situación actual del participante (Ungar y Liebenberg, 2011); por lo que, en este caso, los datos estadísticos serán recolectados mediante el uso de la Escala de Resiliencia para Niños y Jóvenes de Ungar (2011), la cual se aplicara antes y después de recibir la terapia mencionada. Al momento de obtener los resultados, se analizarán y se concluirá sobre la hipótesis planteada.

Si los procesos de la investigación han dañado a algún participante, se implementará medidas necesarias para minimizar los daños. Para esto, se aplicará la técnica de debriefing, en donde se junta un grupo de personas que hayan vivido pasado por la misma situación en condiciones parecidas y en donde se trata de generar un espacio en donde se puedan expresar de manera segura (Alaggia, 2004).

Herramientas de investigación utilizada

Para esta investigación, se propone utilizar la Escala de Resiliencia de Niños y Jóvenes de Ungar (2011), que consiste en 26 ítems que engloba los siguientes temas: individual (habilidades personales, apoyo de grupo y habilidades sociales), relación con el cuidador primario (cuidado físico y cuidado psicológico), contexto (espiritual, educacional y cultural) (Ungar y Liebenberg, 2011). Esta escala será aplicada a niños de

7 a 12 años que indican abuso sexual físico (Spaccarelli y Kim, 1995) de tipo incesto, es decir con miembros de la familia (Elliot, Browne y Kilcoyne, 1995) y que el abuso haya ocurrido en el lapso de un año (Williams y Gardell-Nelson, 2012) antes de la intervención y que sea periódico ya que se podrá abordar la terapia de mejor manera sin perjudicar a los participantes evitando topar temas recientes (Richardson, 2015) y que mediante las entrevistas realizadas individualmente y con los padres, se demuestre de que existe una preocupación clínica por las dificultades sociales, académicas y familiares (Lanyon, 1986). Así mismo, para ser parte del estudio, los resultados de la Escala de Resiliencia de Niños y Jóvenes de Ungar deberán indicar un puntaje menor a 50 (Collin-Vézina, Coleman, Milne, Sell y Daigneault, 2011), esto permite observar los resultados de manera numérica y facilitara la interpretación de los mismos. Consecuentemente, de los participantes que obtuvieron niveles bajos, se realizara un muestreo probabilístico aleatorio para escoger a 30 niños que serán parte de la terapia y 30 niños que solo realizaran el pre/post prueba de la escala sin recibir terapia (Cicchetti, Rogosch, Lynch, y Holt, 1993). Se decidió realizar la investigación con una muestra total de 60 ya que permitirá observar de mejor manera las diferencias entre los grupos y se podrá concluir si existe o no una diferencia significativa (Sampieri, Fernández y Baptista, 2010).

Se decidió aplicar la terapia por 5 meses, una hora por semana. Para la terapia, se utilizaron dos métodos: Rol y Cuento. Se escogió el Rol ya que permite que el participante proyecte sus conflictos en alguien más y poder tener la capacidad de observarse a sí mismo, ya que permite que el participante entre al rol, mantenga el rol, y salirse del rol; esto ayudara a que en futuros conflictos el niño pueda buscar otras alternativas para resolver sus problemas (Cornejo y Levy, 2003). Por último, se escogió

el método del Cuento ya que permite que el niño pueda sentirse identificado con un personaje, y tener a su vez una conexión con su historia personal, esto también dependerá de la necesidad del niño ya que el personaje puede ser creado o conocido (Slade, 1954). Los otros métodos no se aplican ya que se necesitan materiales externos y se toma en consideración que los centros educativos no cuentan con todos estos. Se administrará la terapia durante 5 meses, ya que durante esta franja de tiempo se espera obtener cambios significativos en los participantes (Steffen, 2007). Al finalizar el programa, se aplicará nuevamente la escala; una vez que se haya recolectado los datos, se continuará con el análisis pertinente de las diferencias en las respuestas que se aplicó al inicio de la investigación y al finalizarla. La administración de la escala debe ser manual durante un lapso de tiempo de 20 minutos, tiene que ser aplicada individualmente. Los ítems deberán ser respondidos mediante una escala de tres puntos: “No”, “Si” y “A veces”. Para los niños menores de 9 años, se utilizará “Los Monos de la Resiliencia” (*Ver Anexo C*) que sirve para romper el hielo con los niños y de esa manera establecer rapport entre el participante y el administrador (Ungar y Liebenberg, 2011). Para los niños mayores de 9 años, se utilizará la misma escala de tres puntos, pero en vez de ser “Los Monos de la Resiliencia” se reemplazarán con caras mostrando las emociones de “No”, “Si” y “A veces” (*Ver Anexo D*). Cuando se aplica esta escala en niños, es necesario que sea en un lugar tranquilo sin estímulos externos que podrían desviar la atención del participante; si el participante en menor y no llega a comprender bajo sus propios métodos, es necesario que el administrador explique pregunta por pregunta hasta que el niño llegue a responder, es por esto que se utiliza los monos y caras para facilitar el proceso (Ungar y Liebenberg, 2011). Al finalizar la encuesta, se sumará el total global de todos los ítems y así mismo,

se sumará por separado las dimensiones que mide la escala. Por lo tanto, un puntaje alto, ya sea global o por dimensión, indicara mejor resiliencia (Ungar y Liebenberg, 2011).

La Escala de Resiliencia de Niños y Jóvenes de Ungar fue creado en el año 2011 como un instrumento para medir la resiliencia en niños (5-9 años), adolescentes (9-23 años) y existe una versión de adultos (23 años en adelante). Al inicio, esta escala fue designaba para jóvenes de 9 a 23 años, pero luego fue adaptada a una versión de 26 ítems para niños de 5 a 9 años. La escala originalmente se enfoca en las siguientes dimensiones: individual, relaciones, comunidad y cultura; pero después de la adaptación, se toma en cuenta los siguientes aspectos: individual, relación con el cuidador primario y contextos (educación, espiritual, y cultural) (Ungar y Liebenberg, 2011).

Aspecto Individual

Habilidades Personales: Los ítems asociados a esta área son: 2, 8, 10, 12 y 20 (Ungar y Liebenberg, 2011).

Apoyo de Grupo: Los ítems asociados a esta área son: 13 y 17 (Ungar y Liebenberg, 2011).

Habilidades Sociales: Los ítems asociados a esta área son: 4, 14, 19 y 24 (Ungar y Liebenberg, 2011).

Aspecto de la relación con el cuidador primario

Cuidado Físico: Los ítems asociados a esta área son: 5 y 7 (Ungar y Liebenberg, 2011).

Cuidado Psicológico: Los ítems asociados a esta área son: 6, 11, 16, 23 y 25 (Ungar y Liebenberg, 2011).

Contexto

Espiritual: Los ítems asociados a esta área son: 21 y 22 (Ungar y Liebenberg, 2011).

Educacional: Los ítems asociados a esta área son: 3 y 15 (Ungar y Liebenberg, 2011).

Cultural: Los ítems asociados a esta área son: 1, 9, 18 y 26 (Ungar y Liebenberg, 2011).

Los valores de validez y confiabilidad no se pudieron verificar ya que al ser un instrumento relativamente nuevo que se construyó en el año 2011, no se ha podido realizar un test-retest que verifique con seguridad la confiabilidad interna de la prueba (Collin-Vézina, Coleman, Milne, Sell y Daigneault, 2011). A pesar de que esta prueba ha sido utilizada en pocos estudios, ha demostrado obtener una consistencia interna de .90 del puntaje global, pero la estructura inicial de los factores: individual, relación con el cuidador primario y contextos que fueron desarrollados por el autor no han sido replicadas todavía. Es por esto, que la falta de test-retest no permite que la prueba muestre confiabilidad alguna, ya que fue aplicada a dos muestras distintos que no permite la medición de la confiabilidad y que solamente se correlaciono sus resultados (Zahradnik, Stewart, O'Connor, Stevens, Ungar y Wekerle, 2010).

Los constructos que se tomaron en cuenta para la realización de la escala fueron:

resiliencia, social y cultural, ya que el autor pretende que la escala sea utilizada mundialmente (Ungar y Liebenberg, 2011). Utilizando modelos mixtos, mezclando los datos cualitativos y cuantitativos, identificaron aspectos únicos y comunes que asegura la validez a través de las culturas. La resiliencia como constructo, debe entenderse como una ética que comparte puntos en común entre las poblaciones (Ungar y Liebenberg, 2011). Esta escala incluye dos tipos de baremos: el global y por grupo. El puntaje global se obtiene sumando todos los puntos de los ítems. El puntaje máximo es de 78, entonces al obtener un puntaje alto indica mejor resiliencia. Por otro lado, tenemos también el puntaje por grupo, esto quiere decir que el grupo individual, el puntaje máximo sería de 33, en el grupo de la relación con el cuidador primario, el resultado máximo sería de 21 y en el grupo de contexto, el puntaje máximo sería de 24. Entre más alto sea el resultado, indicara una mejor adaptación (Ungar y Liebenberg, 2011).

Es necesario el uso de este instrumento antes y después de recibir la terapia ya que permite tener un diagnóstico preciso del estado de la resiliencia de los participantes; así mismo mediante el análisis estadístico MANOVA que será realizado en el programa estadístico SPSS, permitirá observar si existe o no una influencia de la variable independiente (dramaterapia) sobre las variables dependientes (resiliencia y abuso sexual) al momento de recibir o no la terapia. Para esto, el resultado de Wilks' Lambda que se presentara en la tabla de resultados deberá ser ($p < 0.05$) para que se cumpla con la hipótesis planteada (Sampieri, Fernández y Baptista, 2010).

Descripción de los participantes

Para esta investigación se requerirá que participen 60 niños que hayan indicado

abuso sexual físico (Spaccarelli y Kim, 1995) y de tipo incesto, es decir con los miembros de la familia (Elliot, Browne y Kilcoyne, 1995) en el lapso de un año antes de la intervención (Williams y Gardell-Nelson, 2012) de manera periódica, ya que se podrá abordar la terapia de mejor manera sin perjudicar a los participantes evitando topar temas recientes (Richardson, 2015) y que demuestren tener un nivel bajo de resiliencia con un resultado menor a 50 mediante la Escala de Resiliencia de Niños y Jóvenes de Ungar (Collin-Vézina, Coleman, Milne, Sell y Daigneault, 2011). Los participantes, de manera aleatoria, serán separados, 30 en el grupo control y 30 en el grupo experimental. Los niños serán de ambos sexos, de clase media entre un rango de edad de 7 a 12 años de edad. La clase media se identificará mediante la documentación proporcionada del centro educativo y por la información recolectada mediante la entrevista de los padres. Todos estos niños deberán formar parte de un instituto educativo de la ciudad de Quito y se obtendrá una recolección de datos mediante entrevistas realizadas a los padres.

Reclutamiento de los participantes

Para reclutar a los participantes de esta investigación se pretende asistir a instituciones educativas de la ciudad de Quito en donde se reciben denuncias de abuso sexual con el fin de encontrar niños que se ajusten al perfil del estudio. Una vez que se haya identificado las instituciones en donde se presenta denuncias de abuso sexual, se otorgará una propuesta de investigación para obtener la autorización correspondiente para realizar el estudio. Esta propuesta, una vez aceptada deberá ser dirigida a los padres que, de manera anónima podrán participar del proceso y a su vez, permitir que sus hijos/as participen así mismo, en la terapia. Una vez que los padres decidieran ser parte del estudio, se procederá a la explicación del procedimiento correspondiente. Los niños para

ser parte de la muestra deberán indicar abuso sexual físico (Spaccarelli y Kim, 1995) de tipo incesto es decir con los miembros de la familia (Elliot, Browne y Kilcoyne, 1995) en el lapso de un año antes de la intervención (Williams y Gardell-Nelson, 2012) de manera periódica, ya que se podrá abordar la terapia de mejor manera sin perjudicar a los participantes evitando topar temas recientes (Richardson, 2015). Una vez seleccionada la muestra, aplicará la Escala de Resiliencia Escolar y los niños que muestren un nivel bajo de resiliencia es decir, que indiquen un puntaje menor a 50 (Collin-Vézina, Coleman, Milne, Sell y Daigneault, 2011), se escogerán 60 participantes, que serán asignados aleatoriamente en dos grupos de 30 (grupo experimental y control). Una vez que se haya establecido la selección de los niños, se proporcionara un consentimiento informado con los parámetros del estudio y, por consiguiente, se realizara una entrevista con los padres para la recolección de datos primordiales del participante y a su vez, si siguen de acuerdo de participar en el estudio, indicarles que firmen el consentimiento informado. En esta entrevista se busca explorar la relación de los padres con el niño, involucramiento emocional, y la historia familiar y social del niño. Una vez seleccionado los 60 participantes, se le aplicara la terapia durante 5 meses al grupo experimental y después de que haya culminado, se aplicara nuevamente la Escala de Resiliencia de Niños y Jóvenes de Ungar. Al grupo control solo se le aplicara la escala antes y después de los 5 meses, sin recibir terapia.

Consideraciones éticas

Durante esta investigación, se respetarán las condiciones éticas, especialmente la confidencialidad de los participantes, por lo que sus datos personales permanecerán en anonimato. Como se mencionó anteriormente, la reclutación será mediante la

identificación de las instituciones educacionales de la ciudad de Quito en donde reciben denuncias de abuso sexual. Dicho esto, se otorgará una propuesta de investigación para obtener la autorización correspondiente para realizar el estudio (Código de Ética 8.01: Autorización Institucional). Esta propuesta, una vez aceptada deberá ser dirigida a los padres que, de manera anónima podrán participar del proceso y a su vez, permitir que sus hijos/as participen así mismo, en la terapia. Una vez que los padres decidieran ser parte del estudio, se procederá a realizar una entrevista inicial dentro de la misma institución para facilitar la reunión a los padres y a la explicación del procedimiento correspondiente (Código de Ética 8.02: Consentimiento Informado para la Investigación). Se continuará con la entrega del consentimiento informado (Código de Ética 3.10: Consentimiento Informado) a los padres de los participantes y se mencionara que su participación y las de sus hijos/as es completamente voluntaria y pueden retirarse en cualquier punto de la investigación (Código de Ética 8.02: Consentimiento informado para la investigación). Hay que tomar en cuenta que los hijos/as son menores de edad por la cual, se deberá obtener el permiso correspondiente de los padres para la participación en la terapia. Es por esto, que en el consentimiento informado se brindara la información necesaria del estudio para que los padres decidan aceptar o no dicha participación (Código de Ética 8.02: Consentimiento informado para la investigación). Después de que se haya hecho la entrega y la explicación del consentimiento informado, y que a su vez los padres hayan aceptado participar en el estudio, se coordinara una reunión para realizar una anamnesis para la recolección de datos del participante, que permitirá obtener una historia clínica que se tomara en cuenta para la investigación. Para la anamnesis, no se utilizará un cuestionario escrito, pero si se realizara preguntas puntuales y abiertas que permitan el

análisis del caso (Código de Ética 9.06: Interpretación de los resultados de la Evaluación).

De igual manera, se proporcionará instrucciones de cómo deberá ser llenada la Escala y se explicara que la utilización de esta es parte de las actividades de la investigación (Código de Ética 9.03: Consentimiento informado en evaluaciones).

Los resultados y muestras del estudio serán utilizados solamente para la investigación; adicionalmente, se notificará a los participantes cuando estén listos los resultados del estudio (Código de Ética 9.04: Divulgación de datos de test y Código de Ética 9.10: Explicación de los resultados de la evaluación). Así mismo, se respetará los derechos y la dignidad de los niños y padres durante la investigación y no se trabajan temas que causen incomodidad (Principio E: Respeto por los derechos y la dignidad de las personas). Así mismo, el uso de la herramienta de investigación es confiable y permite una aplicación apropiada a la población de estudio (Código de Ética 9.02: Uso de las evaluaciones). Por otra parte, la interpretación de los resultados se realizará con fines académicos e investigación para futuros estudios, a su vez se tomará en cuenta cualquier dificultad que muestre el participante (Código de Ética 9.06: Interpretación de los resultados de la evaluación). La escala que se seleccionó para la investigación es actual, ya que fue construida en el año 2011 (Código de Ética 9.08: Tests obsoletos y resultados desactualizados). Finalmente, se utilizarán nombres ficticios para la publicación de los resultados de la investigación, cuidando la privacidad e identidad de los participantes (Código de Ética 3.04: Evitar daños y Código de Ética 9.11: Mantenimiento de la seguridad de los tests).

Si los procesos de la investigación han dañado a algún participante, se implementará medidas necesarias para minimizar los daños. Para esto, se aplicará la técnica de debriefing, en donde se junta un grupo de personas que hayan vivido pasado por la misma situación en condiciones parecidas y en donde se trata de generar un espacio en donde se puedan expresar de manera segura (Código de Ética 8.08: Interrogatorio).

Resultados Esperados

Con la revisión del marco teórico que se realizó para esta investigación se esperaba que los niños que participaran en este estudio mostraran desconfianza, temor y duda al momento de iniciar, ya que son síntomas que presentan los niños que han sido víctima de abuso sexual (Echeburúa y Guerricaechevarría, 1998). Por lo tanto, se esperaba poca participación de los participantes. Por otro lado, cuando se introduce la técnica de debriefing, que es una técnica psicológica en donde se trata a un grupo de personas donde se han visto implicados en situaciones de condiciones parecidas, en donde se trata de generar un espacio donde se puedan expresar de manera segura relacionado a lo vivido. Se esperaba crear un ambiente seguro y tranquilo donde los niños sientan comodidad y curiosidad por participar, se esperaba que comiencen a relacionarse entre ellos, sin miedo y sin dudas; expresando sus pensamientos y emociones (Penzik, 2006) a su vez, reducir las cargas emocionales que los niños presenten. Se busca aliviar la carga del estrés asociado con el trauma (Alaggia, 2004) y a manejar los factores de riesgo que trae el abuso sexual (Alaggia, 2004), se buscará el apoyo intragrupal entre las víctimas que será de mucha ayuda ya que han pasado por la misma situación (Alaggia, 2004), se buscará normalizar las reacciones de los participantes para evitar que se sientan diferentes al resto (Alaggia, 2004) y por último, anticipar los problemas y prevenir posibles secuelas psicopatológicas en las víctimas (Alaggia, 2004). Se esperaba también enseñarles a los participantes a decir “no”, a cuestionar acciones sospechosas a pesar de que vengan de un adulto (Alaggia, 2004); enseñarles a identificar el abuso, ya que es importante que sepan que no todas las relaciones son sanas, para esto se necesita claridad para no fomentar el miedo al contacto con sus seres queridos

(Alaggia, 2004), y, por último, a romper el silencio, enseñarles a no guardar el secreto (Alaggia, 2004). En un segundo plano del debriefing, se esperaría que los niños muestren lo siguiente.

En primer lugar, se esperaría que el niño o la niña proyecte sus emociones y conflictos al momento de observar la actuación del otro, ya que, por no tener la madurez cognitiva suficiente para verbalizar sus problemáticas internas correctamente, la exploración del escenario y la proyección en otro actor, hará que el niño pueda expresar de mejor manera y a su vez tener mayor conocimiento de sus emociones, pensamientos y conflictos (Jones, 1996). Es por esto, que al momento de identificarse socialmente con alguien más, se esperaría que los niños construyan una percepción más positiva de su propia imagen (Demo, 1992).

Así mismo, luego de que el niño se haya proyectado en el actor mediante la identificación del conflicto, se esperaría que saque a la luz las problemáticas interiores mediante la expresión dramática y es aquí donde el niño tiene la decisión de compartir o no con el terapeuta (Jones, 1996). Si el niño decide compartir con el resto, se esperaría a que mostraran empatía por el otro, ya que permite sentir las emociones del personaje que se presenta en el escenario. Así mismo, tal y como se espera que los niños muestren empatía también se supone que muestren distanciamiento, es decir, que muestren la capacidad de observar la ficción del personaje en escenario y diferenciarla con su vida y salirse del rol (Jones, 1996).

Se esperaría también que, a través de la personificación, los niños expresen sus emociones mediante otros objetos que son parte de la dramaterapia como las marionetas,

peluches, animales, etc. Así mismo, se esperaría que algunos utilicen la impersonificación, que es el acto de usar su propio cuerpo para expresarse, ya que es la comunicación a través de la imaginación, esto quiere decir que el yo se manifiesta mediante el cuerpo (Jones, 1996). Es por esto, que se esperaría que los niños se disfrazen o alteren su cuerpo ya que esto genera cambio físico y permite que se obtenga mayor libertad de su identidad (Jones, 1996).

A su vez, se esperaría también que algunos niños opten por elegir el juego. El juego inconscientemente se relaciona con la realidad (Jones, 1996). Durante el juego, el niño explorará sus conflictos de manera segura en donde creará alternativas y soluciones.

En fin, sea cual sea la técnica que los niños elijan se esperaría que se obtenga una transformación positiva en su vida en general, por el cual será medido a través de la Escala de Resiliencia de Niños y Adolescentes de Ungar. Lo que significa que se esperaría una diferencia significativa en cuanto a los resultados del antes y después de la terapia. Por ejemplo, se esperaría que los niños obtengan resultados generales mayores a 60, ya que indican una buena resiliencia (Ungar y Liebenberg, 2011).

Una vez terminado el debriefing, se realizará la devolución de lo que trabajó hasta el momento, incluyendo indicaciones e información de cómo se puede continuar o empezar una terapia para el que lo desee. Así mismo, se hará un seguimiento en mantener contacto con los involucrados para conocer el estado actual del participante.

Por otro lado, mediante un análisis estadístico MANOVA que se realizara en el programa SPSS, se podrá observar la influencia de la variable independiente (dramaterapia) sobre las variables dependientes (resiliencia y abuso sexual) y para esto, la

tabla de resultados que nos proporcionara el SPSS deberá indicar un Wilks' Lambda de ($p < 0.05$) para poder llegar a la conclusión de que si existe una diferencia significativa (Sampieri, Fernández y Baptista, 2010) y así, se podrá concluir que es una terapia eficaz en transformar las percepciones negativas de los niños que fueron abusados sexualmente a percepciones positivas, mejorando su resiliencia en el ámbito familiar, escolar y social (Collin-Vézina, Coleman, Milne, Sell y Daigneault, 2011).

Discusión

El pre/post prueba aplicada en el estudio ha respondido de manera positiva a la pregunta de investigación planteada, es decir que si se determinó que existe una relación entre la dramaterapia y la capacidad de mejorar la resiliencia en niños de 7 a 12 años que han sido víctimas de abuso sexual. Después de que se comprobara que los integrantes del grupo experimental compartieran las mismas características y a su vez, puntuaban aproximadamente lo mismo en la Escala de Resiliencia de Niños y Jóvenes de Ungar, se ha podido observar que después de la terapia, se ha observado una mejora significativa respecto a su resiliencia. Por otro lado, con el grupo control se pudo observar que no hubo una diferencia significativa ya que no recibieron terapia. Por ende, se ha determinado que la dramaterapia es eficaz y útil en casos de niños que han pasado por este trauma.

Una de las características de la dramaterapia es el trabajo en grupo. El trabajo en grupo permite que los niños que han sido víctimas de abuso sexual, ya que el primer paso que se lleva a cabo es que el niño, con sus problemáticas internas y sus emociones se sientan identificados con otras personas que han pasado por el mismo trauma, y así poder

dejar a un lado los sentimientos de culpa y vergüenza que trae consigo el abuso sexual (Bowers, 1992). Por otro lado, la proyección del niño hacia la otra persona hará que salga a la luz sus conflictos y así poder compartirlas con el resto sin temor alguno. Es por esto que la dramaterapia ayuda a crear ambientes seguros en donde todos los participantes, no solo el terapeuta, puedan participar activamente generando empatía en todos los integrantes (Bowers, 1992).

Otra de las razones la cual la dramaterapia pueda tener éxito es que permite a los niños a reconocer sus problemas y mediante el uso de la imaginación, puedan crear distintos escenarios con soluciones alternas, técnica que permite fomentar el desarrollo de la resiliencia en los niños víctimas de abuso sexual (Bowers, 1992). Cuando se pasa por un trauma de esta índole, es común que las víctimas sientan desesperanza, culpa y vergüenza, sin embargo, el uso de la dramaterapia permite a la persona a estar en un ambiente seguro y percibir la realidad de distinta manera (Bowers, 1992).

Por el contrario, no existe mucha investigación acerca del uso de la dramaterapia a comparación con el resto de las terapias como: cognitiva, conductual, sistemática, entre otras; ya que al ser una terapia que involucra técnicas teatrales, no muchos terapeutas tienen el conocimiento ni la experiencia lo cual limita el uso de la terapia y a su vez, que se pueda realizar estudios a futuro (Brooke, 1995). Así mismo, un terapeuta que quiera administrar dramaterapia para tratar abuso sexual deberá tener conocimiento y formación académica en ambos ámbitos para evitar una mala práctica profesional y así mismo evitar causar daños a los pacientes por no tener los estudios necesarios para realizar la intervención (Andrews, Corry, Slade, Issakidis, y Swanston, 2004). Si un terapeuta sin la formación académica correspondiente, podría ocasionar daños al paciente ya que se

trabaja con el inconsciente y los conflictos internos se plasmas hacia un cuento, títere, personaje ajeno o que el mismo paciente interprete un personaje distinto (Cornejo y Brik, 2003). Entonces, el terapeuta deberá estar pendiente para identificar cuando el paciente interprete sus conflictos y analizar cada movimiento y gesto que la persona realice (Jenning y Minde, 1994).

Limitaciones del estudio

Al culminar la investigación, se pudo observar que existieron varias limitaciones que pudieron haber influenciado a los resultados del estudio. En primer lugar, el estudio se limitó a un grupo de 60 participantes, 30 en el grupo experimental y 30 en el grupo control, al ser un grupo limitado, los resultados obtenidos utilizando la dramaterapia no se podría generalizar a un grupo más grande. De igual manera, los niños pertenecen a la clase social media limitando la muestra a una población en específico, lo que significa que no se puede generalizar los resultados. Así mismo, se limitó a una muestra de población Quiteña, lo que significaría que tampoco se podría generalizar los resultados obtenidos a otra población.

Por otra parte, durante los cinco meses de intervención, no se puede atribuir netamente los resultados obtenidos a la dramaterapia, ya que los niños son resilientes cuando reciben apoyo de parte de sus familias y comunidad (Bannister, 2003). Así mismo, en la metodología se requirió que los participantes indiquen abuso en el lapso de un año antes de la intervención, pero hay que tomar en cuenta que no es lo mismo haber sido abusado 6 meses antes a 2 meses antes de la intervención (Andrews, Corry, Slade, Issakidis y Swanston, 2004). De igual manera, influye la edad en la que el niño fue

abusado, ya que ser víctima de abuso a los 7 que a los 12 ya que existe un desarrollo cognitivo que permite que los niños puedan diferenciar entre lo que está bien y está mal y poder verbalizar de mejor manera sus traumas y conflictos (Besten, 1997).

Consecuentemente, una de las limitaciones que mostro la investigación fue el lugar de encuentro para la terapia. Fue complicado quedar en un acuerdo con los padres y establecer un horario en que tanto padres y niños puedan asistir. Ya que en algunos casos los padres trabajaban, por esto se les dificultaba mucho el traslado al centro en donde se realizaba la intervención.

Otra limitación del estudio es que se trabajó con una población vulnerable, es decir, que los participantes que fueron víctimas de abuso sexual es posible que muestren otro tipo de desórdenes como: trastorno de ansiedad, depresión, ideación suicida, estrés post traumático, abuso de sustancias y trastornos alimenticios (Andrews, Corry, Slade, Issakidis, y Swanston, 2004). Por otra parte, los factores de riesgo del abuso sexual son diferente en cada participante (Andrews, Corry, Slade, Issakidis, y Swanston, 2004). Es por esto, que la terapia aplicada en este estudio podría variar en resultados dependiendo de cada caso y de cada individuo. Precisamente, no sería posible generalizar los resultados a una sola población ya que no sería una muestra completamente homogénea, de tal manera de que el estudio no sería totalmente confiable. Así mismo, se ve implicada los niveles de motivación (Brooke, 1995). Cada niño es distinto y no todos colaboraran en un inicio en participar en la investigación, precisamente por la falta de confianza que tienen debido al abuso (Brooke, 1995). Es por esta razón, que se puede observar un retraso en la terapia y en el estudio (DuMont, Spatz, & Czaja, 2007).

A su vez, el instrumento de mediación de resiliencia es un limitante, ya que los valores de validez y confiabilidad no se pudieron verificar ya que al ser un instrumento relativamente nuevo que se construyó en el año 2011, no se ha podido realizar un test-retest que verifique con seguridad la confiabilidad interna de la prueba (Collin-Vézina, Coleman, Milne, Sell y Daigneault, 2011). A pesar de que esta prueba ha sido utilizada en pocos estudios, ha demostrado obtener una consistencia interna de .90 del puntaje global, pero la estructura inicial de los factores: individual, relación con el cuidador primario y contextos que fueron desarrollados por el autor no han sido replicadas todavía. Es por esto, que la falta de test-retest no permite que la prueba muestre confiabilidad alguna, ya que fue aplicada a dos muestras distintas que no permite la medición de la confiabilidad y que solamente se correlaciono sus resultados (Zahradnik, Stewart, O'Connor, Stevens, Ungar y Wekerle, 2010).

Recomendaciones para futuros estudios

Para futuros estudios, se recomienda utilizar la dramaterapia en una muestra más amplia dentro del país para obtener resultados generalizados que permitan la precisión para encontrar variaciones, ya que los datos obtenidos podrían variar por la cultura, nivel socioeconómico y nivel de educación. Así mismo, se recomienda utilizar la dramaterapia en adultos que fueron víctimas de abuso sexual en su infancia y adultez para verificar la efectividad de la terapia.

Así mismo, conjunto a la terapia, se recomendaría utilizar otros instrumentos que midan resiliencia en adultos ya que permitirán que se obtenga más información acerca de la situación actual de la persona. También, verificar que las pruebas utilizadas muestren

confiabilidad alta utilizando un test-retest.

De igual manera, futuros estudios se podrían beneficiar si se enfocaran en utilizar la dramaterapia en otras áreas como en el desarrollo del auto concepto o para tratar otros tipos de traumas; ya que, en nuestro país, son un problema grave y son una de las causas principales de malestar psicológico que sufren las víctimas.

Referencias:

- Aguilar, A. (1992). *Maltrato a menores*. México, D.F.: Federación Iberoamericana contra el maltrato infantil.
- Alaggia, R. (2004). Many ways of telling: expanding conceptualizations of child abuse disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 18, 1213-1227.
- Andrews, G., Corry, J., Slade, T., Issakidis, C., y Swanston, H. (2004). Child sexual abuse. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors.
- American Psychological Association. (2010). *Ethical Principles of Psychologist and Code of Conduct*.
- ATE. (2012). Qué es arteterapia? Rescatado de <http://www.arteterapia.org.es/que-es-arteterapia/>
- Axline, V. (1947). *Play therapy*. Cambridge, MA: Riverside.
- BAAT. (1991). What is art therapy? Rescatado de http://www.baat.org/art_therapy.html
- Bannister, A. (2003). *Creative Therapies with Traumatized Children*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Barba, E. (2004). *Traité d'anthropologie théâtrale*. Montpellier: L'Entretemps.
- Barlett, D.W. (1994). *On resilience: Questions of validity*. New Jersey: Erlbaum.
- Bassols, M. (2006). El arteterapia, un acompañamiento en la creación y transformación. *Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*. Vol (1), 19-25.

- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. (11), 3, 125-146.
- Beitchman, J., Zucker, K., Hood, J., daCosta, G., y Akman, D. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Negligence*. (15), 537-556.
- Beltrán, N. (2009). “Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil”. En *Papeles del psicólogo*. Vol. 30(2). Pags. 133-144.
- Berlinerblau, V. (1998). “Abuso sexual infantil”. En Lamberti, S. (comp). *Violencia familiar y abuso sexual*. Buenos Aires: Universidad
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood trauma questionnaire: A retrospective self-report manual*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Besten, B. (1997). *Abusos Sexuales en los Niños*. Herder: España
- Blacker, J., Watson, A., & Beech, A. (2008). A combine drama-based and CBT approach to working with self-reported anger aggression. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 18, 129-137.
- Bolton, G. (1984): *Drama as Education: An Argument for Placing Drama at the Centre of the Curriculum*. London: Longman.
- Bonanno, G. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Bowers, J. (1992). Therapy through art: Facilitating treatment of sexual abuse. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 30, 15-24.

- Bowlby, J. (2002). *El apego y la pérdida*. Buenos Aires: Paidós.
- Braverman, M.T. (1999). Research on resilience and its implications for tobacco prevention. *Nicotine & Tobacco*. (1).
- Briere, J. (1996). *Trauma symptom checklist for children: Professional manual*. Lutz: Psychological Assessment Resources.
- Brooke, S. (1995). Art Therapy: An Approach to Working with Sexual Abuse Survivors. *The Arts in Psychotherapy*, 22, 447-446.
- Cantón, J. y Cortés, M. (2003). *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil*. (2 Ed.) España: Pirámide.
- Casabó, M., & Soriano, A. (2012). *Arteterapia y educación emocional Mini Artistas: Viaje al centro del corazón*. Extraído el 2 de septiembre del 2017 desde: <http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/77066/-serveis-scp-publ-jfi-xvii- psicopedagogia-10.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Case, C., & Dalley, T. (2014). *The handbook of art therapy*. Routledge. Extraído el 1 de junio del 2017 desde: <https://books.google.com.ec>
- Cicchetti, D., Rogosch, F., Lynch, M. y Holt, K. (1993). Resilience in maltreated children: processes leading to adaptive outcome. *Development and Psychopathology*, 5, 629- 647.
- Collin-Vézina, D., Coleman, K., Milne, L., Sell, J., & Daigneault, I. (2011). Trauma Experiences, Maltreatment-Related Impairment, and Resilience Among Child

- Welfare Youth in Residential Care. *International Journal of Mental Health and Addiction*, (9), 577-589.
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 31, 211-229.
- Cornejo, S. Y Brik, L. (2003). La Representación de las Emociones en la Dramaterapia. Buenos Aires: Ediciones Panamericana
- Crivillé, A. (1987). Parents maltraitants, enfants meurtris: l'intervenant social face à la famille de l'enfant maltraité.
- Cyrułnik, B. (2002). Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Madrid: Gedisa.
- Dadsetan, P., Anari, A., & Saleh, B. (2007). Social Anxiety Disorders and Dramatherapy. *Journal of Iranian Psychologists*, 4.
- Demo, D. H. (1992). The self-concept over time: Research issues and directions. *Annual Review of Sociology*, 303-326.
- Dumas, M., & Aranguren, M. (2013). Beneficios del arteterapia sobre la salud mental. Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX.
- DuMont, K. A., Spatz, C., & Czaja, S. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse & Neglect*, 31, 255-274.

- Echeburúa, E.; Corral, P.; Zubizarreta, I. y Sarasua, R (1995). *Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales*. La Coruña: Fundación Paideia.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C: (1998): «Abuso sexual», en M. A. Vallejo (dir.), *Manual de terapia de conducta*, Madrid, Dykinson, vol. 2°.
- Elliott, M.; Browne, K. y Kilcoyne, J. (1995). Child sexual abuse prevention: What offenders tell us. *Child Abuse and Neglect*, 19, 579-594.
- Emunah, R. (1994). *Acting for Real*. New York: Brenner-Mazel.
- Ernst, M. (s/f). *Los delitos sexuales en el Ecuador*. Un análisis desde la experiencia. Recuperado el 2 de octubre del 2017 en <http://www.uasb.edu.ec/padh/centro/pdfs18/miriamernst.pdf>
- Faller, K.C. (1993). *Child sexual abuse: intervention and treatment issues*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office/U.S. Department of Health and Human Services/National Center on Child Abuse and Neglect.
- Feixas, G. y Miro, T. (1995). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Fergus, S. y Zimmerman, M.A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*. (26). 1-26.
- Fergusson, D., Boden, J. y Horwood, L. (2008). “Exposure to childhood sexual and

- physical abuse and adjustment in early adulthood". *Child abuse & neglect*, 32, 607-619.
- Fernández, P. y Montero, C. (2002). Determinación de factores de riesgo. *FisterraVol (4)*. España. Extraído el 1 de junio del 2017, desde:
http://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f_de_riesgo/3f_de_riesgo.asp
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: new theory and research*. New York: The Free Press.
- Fontana, V (1979). *En defensa del niño maltratado*. México, D.F.: Editorial Pax.
- Fraiberg, S. (1959). *The Magic Years*. New York: Charles Scribner's Sons.
- Fredrickson, B. y Tugade, M. (2003). What Good are Positive Emotions in crisis? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the USA on September 11th. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 365-27.
- García, M. (2012). Abuso sexual infantil (cifras). Extraído el 1 de junio del 2017, desde <http://teomigue.blogspot.com/2012/01/abuso-sexual-infantil- cifras.html>
- Garmezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*. 31, 416-430.
- Giberti, E. (2015). *Abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes: Un daño horroroso que persiste al interior de las familias*. Buenos Aires: Noveduc
- Gil, E. & Johnson, T. (1993). *Sexualized children: Assessment and treatment of*

- sexualized children and children who molest*. Rockville, MD: Launch Press
- Grotberg, E. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy*. Barcelona: Gedisa.
- Guadalupe, D. Y Chimbay, S. (2014). Psicodrama en la agresividad de los estudiantes de la Unidad Educativa “Fernando Daquilema” de Riobamba, Julio-Diciembre 2014.
- Harrington, R., Hill, J., Rutter, M., John, K., Fudge, H., Zoccolillo, M., & Weissman, M. (1988). The assessment of lifetime psychopathology: A comparison of two interviewing styles. *Psychological Medicine*, *18*, 487-493.
- Herman, J.; Russell, D. y Trocki, K. (1986). Long-term effects of incestuous abuse in childhood. *American Journal of Psychiatry*, *143*, 1293-1296.
- Hill, J., Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., & Pickles, A. (1989). Adult Personality Functioning Assessment (APFA). An investigator-based standardized interview. *British Journal of Psychiatry*, *155*, 24-35.
- Hueso, A., Sempere, C., y Josep, M. (2012). *La investigación cuantitativa: Metodología y técnicas cuantitativas de investigación*. Valencia, España: Universidad Politécnica de Valencia.
- Huyghe, R. (1977). *El arte y el hombre*. Barcelona: Labor.
- Intebi, I. (1998). *Abuso sexual infantil en las mejores familias*. Buenos Aires: Ediciones Granicas S.A.
- Jara, L. (2014). Entre héroes y monstruos: Arte terapia en niños con síntomas de ansiedad. *situArte*, *8*(15).

- Jennings, S. y A, Minde. (1994). *Art and Dramatherapy, Mask of the Soul*. London: Jessica Kingsley.
- Johnson, J. (2010). *Resilience to suicidality*.
- Jones, P. (1996). *Drama as therapy. Theatre as living*. London: Routledge.
- Jones, P. (2007). *Drama as therapy volume 1: theory, practice and research*. London: Routledge. Extraído el 2 de septiembre del 2017 desde: <https://books.google.com.ec>
- Kalbermatter, C., Goyeneche, S., y Heredia, R. (2015). *Resiliente se nace, se hace y se rehace: Talleres de resiliencia y valores para niños y adolescentes*. Córdoba: Editorial Brujas.
- Kaufman, J., Cook, A., y Army, L. (1994). Problems defining resiliency: illustrations from the study of maltreated children. *Developmental Psychopathology*, 6, 215-229.
- Kemper, H., Silverman, N., Steele, B., Droegemueller, W., & Silver, H. (1962). The battered-child syndrome.
- Kieran, P. (1995) Emotional and psychological abuse: Problems of definition.
- Kinard, E. (1998), Methodological issues in assessing resilience in maltreatment children. *Child Abuse Neglect*, 22, 669-680.
- Klein, J. P. (2017). *Teatro y dramaterapia*. Barcelona: OCTAEDRO.
- Kotliarenco, M.A., Cáceres, I. y Fontecilla, M. (1997). *Estado de arte en resiliencia*.

- Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Lanyon, R. I. (1986). Theory and treatment in child molestation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 176-182.
- Lamb, S. (2006). Sex, therapy and kids: addressing their concern through talk and play.
- Leigh, L., Gersch, I., Dix, A., & Haythorne, D. (2012). *Dramatherapy with Children, Young People and Schools: Enabling Creativity, Sociability, Communication and Learning*. Lóndres: Routledge.
- Lemoine, G. y Lemoine, P. (1979). *Teoría del Psicodrama*. Barcelona: Gedisa.
- López, N. (2003). *Curso de educacion afectivo-sexual*. España: Netbiblo.
- Loredo, A. (1994). *Maltrato al menor*. México D.F.: Interamericana McGrawhill.
- Luthar, S.S. (1991). Vulnerability and resilience: a study of high risk in adolescents. *Child Development*, 62(3), 600-616.
- Luthar, S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Luthar, S.S. y Cushing, G. (1999). *Measurement issues in the empirical study of resilience: An overview*. New York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- MacCarthy, B. W. (1992). Acercamiento cognitivo-conductual al tratamiento de familias incestuosas. *Psicosociología de la violencia en el hogar*.
- Mackay, B., Gold, M., & Gold, E. (1987). A pilot study in drama therapy with adolescent

- girls who have been sexually abused. *The Arts in Psychotherapy*, 14, 77-84.
- Malchiodi, C. A. (2011). *Handbook of Art Therapy*.
- Malchiodi, C. A., & Crenshaw, D. A. (2015). *Creative arts and play therapy for attachment problems*. New York: Guilford Publications.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J., y Cyrulnik, B. (2003). La resiliencia: estado de la cuestión. En *La resiliencia: resistir y rehacer*. Barcelona.
- Masten, A. (2001). Ordinary Magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Marchiori, H. (2005). *Victimas vulnerables*. Córdoba: Encuentro , p. 284.
- Markstrom, C., Marshall, S., y Tryon, R. (2000). Resiliency, social support, and coping in rural low-income Appalachian adolescents from two racial groups. *Journal of Adolescence*, 23, 693-703.
- Martínez, M. y Reyes, R. (s/f). Maltrato infantil: un problema inquietante.
- Marxen, E. (2011) Diálogos entre arte y terapia del “arte psicótico” al desarrollo de la arteterapia y sus aplicaciones. Barcelona: Editorial Gedisa.
- McKenna, P., y Haste, E. (1999). Clinical effectiveness of dramatherapy in the recovery from neuro-trauma. *Disability and Rehabilitation*, 21, (4), 162-174.
- Merylin, S. (2005). *La problemática del Abuso Sexual en Niños y Adolescentes*. Quito: Ecuador.

- Milner, J.S. (1990). Características familiares y del perpetrador en los casos de maltrato físico y abuso sexual infantil. *Infancia y Sociedad*, 2, 5-15.
- Morejón, J. (2002). Código de la niñez y adolescencia. Extraído el 1 de junio del 2017, desde: www.relaf.org/leg_ecuador.doc
- Mrazek, P., y Mrazek, D. (1987). Resilience in child maltreatment victims: a conceptual exploration. *Child Abuse & Neglect*, 11, 357-366.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2006). *Revista Panamericana de Salud Pública*. Ginebra: Suiza.
- Pendzik, S. (2006). On dramatic reality and its therapeutic function in drama therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 33(4), 271-280
- Pereda, N. y Gallardo-Pujo, D. (2011). Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso infantil.
- Poblete, A. y Guizar, M. (2008). “La denuncia como elemento terapéutico para el niño víctima del delito”, Tomo III. En *El niño víctima del delito frente al derecho penal*, México: Oficina de los Derechos de la Infancia.
- Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22 ed.) Rescatado de <http://www.rae.es/rae.html>
- Robin, L. N., Helzer, J. E., Cottler, L., & Goldring, E. (1989). *National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule, Version III Revised (DIS-III-R)*. St. Louis, MO: Washington University.

- Richardson, C. (2015). Expressive Arts Therapy for Traumatized Children and Adolescents: A Four-Phased Model.
- Richardson, G.E., Nigier, B.L., Jensen, S. y Kumpfer, K.L. (1990). The resilience model. *Health Education*, 21, 33-39.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta. Ed.). D. F., México: McGraw Hill.
- Seligman, M. (1981). Indefensión. Madrid: Debate.
- Sgroi, S. (1982). Handbook of clinical intervention in child sexual abuse.
- Siegel, D. (2007). *La mente en desarrollo. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser*. Bilbao: Desclée de Brauer.
- Siegel, D. (2012). *El cerebro del niño*. España: ALBA Editorial.
- Slade, P. (1954): Expresión Dramática Infantil. Madrid: Santillana.
- Slade, P. (1995). Childplay: Its importance for human development. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Steffen, H. (2007). Integrative Expressive Therapy: A Program Development for Children.
- Spaccarelli, S. & Kim, S. (1995). Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 19(9), 1171-1182

- Tarter, R.E. y Vanyukov, M. (1999). Re-visiting the validity of the construct of resilience. New York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Ungar, M., Liebenberg, L., Boothroyd, R., Kwong, W. M., Lee, T. Y., Leblanc, J., et al. (2008). The study of youth resilience across cultures: lessons from a pilot study of measurement development. *Research in Human Development, 5*, 166-180.
- Unicef. (2010). Los niños y niñas del Ecuador a inicios del siglo XXI. Una aproximación a partir de la primera encuesta nacional de la niñez y adolescencia de la sociedad civil.
- Van Westrhenen, N., & Fritz, E. (2014). Creative arts therapy as treatment for child trauma: An overview. *The Arts in Psychotherapy, 41*(5), 527-534.
- Vázquez Mezquita, B. y Calle, M. (1997). Secuelas postraumáticas en niños. Análisis prospectivo de una muestra de casos de abuso sexual denunciados. *Revista de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología, 1*, 14-29.
- Walsh, W., Dawson, J., y Mattingly, M. (2010). How are we measuring resilience following childhood maltreatment? Is the research adequate and consistent? What is the impact on research, practice, and policy? *Trauma Violence Abuse, 11*, 27-41.
- White, S. y Davis, N. (2010). Integrating the Expressive Arts into Counseling Practice: Theory-Based Interventions.
- Williams, J. & Gardell-Nelson, D. (2012). Predicting resilience in sexually abused

- adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 36, 53-63.
- Winn, L. (1994). Post-traumatic stress disorder and dramatherapy. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Wolfe, D. (1991). Programa de conducción de niños maltratados. México, D.F.: Trillas.
- Zahradnik, M., Stewart, S. H., O'Connor, R. M., Stevens, D., Ungar, M., & Wekerle, C. (2010). Resilience moderates the relationship between exposure to violence and posttraumatic re-experiencing in youth. *International Journal of Mental Health and Addictions*, 8, 408-420.

ANEXO A: CARTA DE RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES

Mi nombre es Alejandra Serrano y soy estudiante de la Universidad San Francisco de Quito. Actualmente estoy realizando una investigación para la obtención de mi título como Licenciada en Psicología. Quisiera invitarte muy cordialmente a participar de un estudio que estoy realizando acerca del psicodrama y la resiliencia. Tu colaboración me será de gran ayuda por lo que quisiera ofrecerte mi más sincero agradecimiento. Este estudio puede llegar a beneficiar a su hijo/hija debido a que recibirá herramientas que lo/la ayudarán con sus emociones. Si deseas participar no dudes en contactarme 0984361286 o ubicarme al mail ale_sergon@hotmail.com. De antemano, agradezco tu tiempo de leer esta carta y por participar.

Saludos.

ANEXO B: ESCALA DE RESILIENCIA DE NIÑOS Y JÓVENES DE UNGAR

	NO	A VECES	SI
1. ¿Tienes personas que quieres ser?			
2. ¿Compartes con personas a tu alrededor?			
3. ¿Qué le esté yendo bien en la escuela es importante para ti?			
4. ¿Sabes cómo comportarse / actuar en diferentes situaciones (como en la escuela, el hogar, la iglesia o la mezquita)?			
5. ¿Sientes que tus padres/cuidadores saben dónde te encuentras y qué estás haciendo todo el tiempo?			
6. ¿Sientes que tus padres/cuidadores saben mucho sobre ti (por ejemplo, qué te hace feliz, qué te asusta)?			
7. ¿Hay suficiente para comer en tu hogar cuando tienes hambre?			
8. ¿Tratas de terminar las actividades que comienzas?			

9. ¿Sabes de dónde viene tu familia o conoces la historia de tu familia?			
10. ¿A otros niños les gusta jugar contigo?			
11. ¿Hablas con tu familia sobre cómo te sientes (por ejemplo, cuando estás herido o tienes miedo)?			
12. Cuando las cosas no salen como lo deseas, ¿puedes solucionarlo sin lastimarte a ti mismo ni a otras personas (por ejemplo, sin golpear a los demás o decir cosas desagradables)?			
13. ¿Tienes amigos que se preocupan por ti?			
14. ¿Sabes a dónde ir para obtener ayuda?			
15. ¿Sientes que encajas con otros niños?			
16. ¿Crees que tu familia se preocupa por tu cuando los tiempos son difíciles (por ejemplo, si estás enfermo o has hecho algo mal)?			
17. ¿Crees que tus amigos se preocupan por ti			

cuando los tiempos son difíciles (por ejemplo, si estás enfermo o has hecho algo mal)?			
18. ¿Te tratan justamente?			
19. ¿Tienes posibilidades de mostrar a otros que estás creciendo y que puedes hacer las cosas tú solo?			
20. ¿Sabes para qué eres bueno?			
21. ¿Participas en actividades religiosas (como la iglesia, la mezquita)?			
22. ¿Crees que es importante ayudar en tu comunidad?			
23. ¿Te sientes seguro cuando estás con tu familia?			
24. ¿Tiene posibilidades de aprender cosas que serán útiles cuando sea mayor (como cocinar, trabajar y ayudar a otros)?			
25. ¿Te gusta la forma en que tu familia celebra las cosas (como las vacaciones o aprender sobre tu cultura)?			
26. ¿Te gusta la forma en que tu comunidad celebra			

las cosas (como festividades, festivales)?			
---	--	--	--

ANEXO C: MONOS DE RESILIENCIA

10. Do other children like to play with you?	No	Sometimes	Yes
--	-----------	------------------	------------



(Signifying "No")



(Signifying "Sometimes")



(Signifying "Yes")

Participants are asked to point to the monkey that best represents their response.

ANEXO D: CARAS DE RESILIENCIA

	No	Sometimes	Yes
1. Do other children like to play with you?			



ANEXO E: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos

Universidad San Francisco de Quito

El Comité de Revisión Institucional de la USFQ

The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Uso de la Dramaterapia para mejorar la resiliencia en niños de 7 a 12 años abusados sexualmente

Organización del investigador: *Universidad San Francisco de Quito*

Nombre del investigador principal: María Alejandra Serrano González

Datos de localización del investigador principal: 052612764, 0984361286,
ale_sergon@hotmail.com

Co-investigadores: Ninguno

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción (Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente la participación de sus hijos y despejar sus dudas. Puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea que su hijo/a participe.

Su hijo/a ha sido invitado a participar en un investigación sobre la influencia de la drama terapia para mejorar la resiliencia en niños abusados sexualmente ya que su hijo/a está entre los 7 a 12 años y ha presentado síntomas y

características de un abuso sexual.

Propósito del estudio (incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)

El estudio consta de 10 niños de un centro educativo en la ciudad de Quito entre los 7 a 12 años de edad. Se pretende analizar si la drama terapia tiene un efecto positivo en la resiliencia de estos niños, y que les ayude a desarrollar habilidades para enfrentar distintas situaciones y alcanzar un bienestar psicológico.

Descripción de los procedimientos (breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)

En primer lugar, se aplicará la escala de Resiliencia de Niños y Jóvenes de Ungar para evaluar el estado actual de resiliencia de los niños. Luego, se les aplicará la drama terapia a 10 niños que hayan demostrado tener una resiliencia baja y que serán escogido al azar. Después de 5 meses de terapia, se les aplicará nuevamente la Escala de Resiliencia de Niños y Jóvenes de Ungar y se observará si existieron cambios o no. Las sesiones de la terapia se llevarán a cabo durante la estancia de los niños en el centro y durarán una hora a la semana, por un período de cinco meses.

Riesgos y beneficios (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o

psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

Los participantes pueden tener el riesgo de experimentar sentimientos de ansiedad o de incomodidad durante la evaluación o intervención terapéutica. Por lo tanto, si los participantes son afectados negativamente por cualquier razón se les pedirá que asistan a sesiones adicionales para poder trabajar sobre estos malestares. Igualmente, los participantes pueden tener problemas con el seguimiento de la terapia, por lo que se respetará el ritmo de cada participante y no se les obligará a trabajar temas que los haga sentir incómodos o que no quieran.

Los participantes serán beneficiados al final del estudio porque la terapia les ayudará a trabajar con sus conflictos internos y a desarrollar habilidades que les ayude a enfrentar distintos problemas de su vida cotidiana. De igual manera, podrán compartir con otros participantes de su misma edad a través de interacciones positivas que les ayudará a desarrollar habilidades sociales. Por último, se espera que la terapia ayude a que los individuos construyan una mejor resiliencia y alcancen un bienestar psicológico.

Si la drama terapia tiene un efecto positivo en estos participantes, esta terapia podrá servir para intervenciones futuras con niños que sufren de una baja resiliencia consecuencia de un abuso sexual. Por lo tanto, esta terapia podría servir para fomentar el crecimiento saludable de los niños en el Ecuador.

Confidencialidad de los datos

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrá acceso.
- 2A) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio (si aplica) ó
- 2B) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo (si aplica)
- 3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante (se incluye un ejemplo de texto)

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento. Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0984361286 que pertenece a Alejandra Serrano, o envíe un correo electrónico a ale_sergon@hotmail.com

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de

Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado (Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo (si aplica)	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha