

**TRATAMIENTO PSICOLOGICO DESDE EL ARTETARAPIA A VICTIMAS DE
ABUSO SEXUAL INFANTIL QUE PRESENTAN ESTRÉS POS-TRAUMATICO**

Liced Duran Chala

Yessica Vargas Buitrago

Universidad Cooperativa De Colombia

Facultad de Ciencias Humanas

Programa De Psicología

Bogotá

2015

**TRATAMIENTO PSICOLOGICO DESDE EL ARTETARAPIA A VICTIMAS DE
ABUSO SEXUAL INFANTIL QUE PRESENTAN ESTRÉS POS-TRAUMATICO**

Liced Duran Chala

Yessica Vargas Buitrago

Universidad Cooperativa De Colombia

Facultad de Ciencias Humanas

Programa De Psicología

Bogotá

2015

TABLA DE CONTENIDO

I.	Justificación	4
II.	Objetivos	5
2.1.	General	5
2.2.	Específicos	5
III.	Marco teórico	5
3.1.	Infancia	6
3.2.	Abuso sexual infantil	6
3.3.	Categorías del abuso sexual infantil	6
3.4.	Abuso sexual como abuso de poder	6
3.5.	Arte terapia	7
3.6.	Arte terapia como método de tratamiento	9
3.7.	Consecuencias del abuso sexual infantil	10
3.8.	Trastorno por estrés postraumático	11
IV.	Metodología	15
4.1.	Muestra	15
4.2.	Procedimiento	15
V.	Resultados esperados	16
VI.	Aspectos éticos	17
VII.	Referencias	18

JUSTIFICACION

“Lo creativo suele ser terapéutico y lo terapéutico es con frecuencia un proceso creador” Natalie Rogers

El abuso sexual infantil es considerado uno de los sucesos más traumáticos que le puede ocurrir a un infante, generando consecuencias físicas, psicológicas y sociales de gran impacto a corto o largo plazo, no solo para los niños sino también para sus familias; ocasionando efectos muy severos en el desarrollo emocional del niño, especialmente en lo que respecta a su seguridad e integridad.

Es por ello, que esta investigación se enfocara en brindar el tratamiento psicológico de intervención más adecuada con las víctimas directas de abuso sexual infantil que presenten estrés post traumático desde el arte terapia.

Teniendo en cuenta los sistemas de información del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses se registraron en el año 2013 un total de 20.739 exámenes medicolegales por presunto delito sexual en Colombia con una tasa de 44,01 por cada 100.000 habitantes siendo la más baja en los últimos tres años. De acuerdo a la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes menores de 17 años esta entidad revela 11.333 casos presentados en Colombia entre enero y septiembre del 2013; indicando aproximadamente cada hora que dos niñas son abusadas sexualmente y los principales abusadores corresponden al 39% por parte de un familiar, el 9% un conocido sin ningún trato, el 9% un amigo y el 8% un vecino. Además, se estima que el 71% de los casos reportados corresponden a niñas menores de 14 años.

Con el fin de intervenir en la salud mental de las víctimas se aplicara un tratamiento psicológico enfocado en el arte terapia puesto que esta técnica se basa en un proceso creativo para la expresión de problemas psicológicos que facilita la resolución de los mismos. Por medio del arte terapia se puede mejorar e incrementar el bienestar físico, mental y emocional de los niños desarrollando habilidades interpersonales, mejorando sus conductas, incrementando la autoestima, reduciendo el estrés y alcanzando la introspección. (Covarrubias, 2006).

La investigación busca el aporte clínico en el conocimiento de nuevas técnicas y métodos terapéuticos que puedan ser aplicables a las víctimas de abuso sexual infantil que presenten estrés post traumático.

PREGUNTA PROBLEMA

¿Es eficaz el tratamiento psicológico desde el arte terapia a víctimas de abuso sexual infantil con estrés post-traumático?

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los efectos del tratamiento psicológico basado en arte terapia con víctimas de abuso sexual infantil que presenten estrés postraumático con edades de 4 y 6 años del Colegio Guillermo Cano Isaza.

Objetivos Específicos

- Aplicar la escala infantil de síntomas del trastorno de estrés post traumático a niños y niñas víctimas de abuso sexual.
- Identificar los síntomas de estrés postraumático en niños y niñas víctimas de abuso sexual.
- Implementar el tratamiento psicológico a niños y niñas víctimas de abuso sexual que permita la intervención por medio del arte terapia.
- Verificar la eficacia del tratamiento psicológico en niños y niñas víctimas de abuso sexual que presentan estrés postraumático por medio del arte terapia.

MARCO TEORICO

Para esta investigación se revisaran los siguientes temas: abuso sexual infantil, categorías, modalidades, abuso sexual infantil como abuso de poder, modelo etiológico de finkelhor y krugman, arte terapia, estrés post traumático.

Infancia

La primera infancia es comprendida desde que el embrión humano es gestado desde el embarazo hasta los ocho años de edad. Es la etapa más importante y crucial en el crecimiento y desarrollo físico y emocional del niño puesto que las experiencias de la primera infancia influyen en todo el ciclo de vida. Para la mayoría de los niños la primera infancia es significativa para preparar las bases del infante en pro de un mejor aprendizaje e independencia previniendo posibles retrocesos en su vida adulta. OMS (2013). Es decir que el trato de los padres con el niño afectan como el niño se comporta en la su cotidianidad.

Así mismo Freud (1940) indica “según la manera de ser tratados los infantes se crearán unos rasgos de personalidad para toda la vida. Propuso que hay fases críticas en el desarrollo: fase oral y fase anal, si existen dificultades estas sólo pueden ser superadas "volviendo a vivir" las experiencias más tempranas a través de una psicoterapia.

Por otro lado Eric Erikson (1963) sugirió “que los niños desarrollan un grado de confianza o desconfianza en su cuidador según sus primeras experiencias en la ingesta del alimento”

Abuso sexual infantil

El abuso sexual infantil (ASI) se considera cuando un adulto o persona mayor obliga a tener contacto sexual al niño o niña; es decir involucrado o involucrada en actividades sexuales que no llega a comprender totalmente y en las cuales no está en condiciones de dar un consentimiento y esta involutivamente inmaduro en actividades sexuales que trasgreden las leyes o restricciones sociales. Intebi (2012, p.9).

Categorías De Abuso Sexual

Abuso sexual

Cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal, con contacto y sin contacto físico realizando sin violencia o intimidación. Puede incluir: penetración

vaginal, oral y anal, penetración digital, caricias o proposiciones verbales explícitas.

Agresión sexual

Cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal, con violencia o intimidación sin consentimiento.

Exhibicionismo: sin contacto físico

Explotación sexual infantil

Se caracteriza porque el abusador persigue un beneficio económico que involucra la prostitución y la pornografía infantil; también puede estar acompañada del comercio sexual infantil. Horno & Santos (2001).

Modalidades de acuerdo a características e incidencia

- tráfico sexual infantil
- turismo sexual infantil
- prostitución infantil
- pornografía infantil

Abuso sexual como abuso de poder

Horno & Santos (2001) señalan el abuso sexual infantil no se puede concebir solo como concerniente a la sexualidad sino que además está relacionado con un abuso de poder, comprendido por dos criterios como lo son la coerción y la asimetría de edad; el primero se refiere en donde el agresor utiliza la situación de poder para interactuar sexualmente con el niño/a y le obliga a realizar algo que no desea ya sea por medio de la amenaza, la fuerza física, o el chantaje; el segundo se refiere a que el agresor es significativamente mayor que la víctima, no necesariamente debe ser mayor de edad, esta asimetría de edad determina otras como la anatómica, desarrollo, deseo sexual, efectos sexuales; entre otras, por todo ello no se garantiza una libertad de decisión.

Arte terapia

El arte terapia es una herramienta de intervención basada en el arte, en la utilización de métodos artísticos, con el fin de sacar todos los sentimientos que están de manera inconsciente a lo consciente para que sean examinados. La construcción de representaciones permite una alianza terapéutica entre el paciente, la obra y el terapeuta. Por medio de la obra se puede enunciar muchas situaciones emocionales: como frustración, rechazo, celos, placer, amor, odio, ansiedad o sentimientos de culpa, así como experiencias cotidianas y situaciones que ocurren durante el día. (Sánchez, 2011).

Varias de las asociaciones de arte terapia han dado su definición de que es el arte terapia. Para la asociación chilena de arte terapia, el arte terapia es una profesión que usa la expresión artística para comunicarse como persona. La asociación americana lo define como una disciplina de salud mental que utiliza la creatividad de “hacer arte” para tener un equilibrio físico, mental y emocional del individuo. Se basa que la creatividad conectada con la expresión artística, ayuda a la resolución de conflictos, desarrollo de habilidades, manejo de la conducta, estrés, fortalecimiento la autoestima, timidez y autoconocimiento. (Serrano, P. 2006).

La Westchester art therapy association citado por Callejón (2003) dicen que los arte terapeutas representan una gran variedad de teorías y practicas abarcados en muchas definiciones. Generalmente se encuentra como terapia artística o arte terapia, pero también tiene definiciones como psicoterapia del arte, terapias creativas, terapias expresivas o de expresión. Creemos la intervención se realiza desde el proceso creativo y la necesidad humana de expresar que se encuentran inmersos en la arte terapia. Entendemos la terapia como una “profesión relacionado con el área asistencial e interdisciplinar que utiliza la expresión artística como relación, ayuda, prevención e intervención. (Callejón 2003).

La intervención a través del arte, se ayuda en la posición del arte en querer mostrar y predecir el proceso personal y social. El arte impulsa las capacidades de la persona, el desarrollo de la creatividad y la expresión propia. En el arte terapia hay intervención

desde los diferentes enfoques de la psicología existe intervención desde el psicoanálisis, conductual, humanista y cognitivo conductual.

Arte terapia como método de tratamiento

Para enfocarse en el tratamiento con niños víctimas de abuso sexual se debe comenzar desde la premisa de que el abuso fue un evento traumático; es decir que se caracteriza por ser dañino y repentino; lo que puede producir una serie de fenómenos clínicos que manifiestan pérdida de control en las respuestas emocionales y cognitivas, puesto que pueden ser por medio de pensamientos, sueños y emociones de una realidad presente sin embargo en algunos casos cuando se intervienen niños/as víctimas de abuso sexual que encuentran que no hay manifestaciones que indiquen un evento traumático; ello se debe a que aún no logra darle un significado a la experiencia vivida. (Aldunce, 2011)

Schimek, (como se cita en Aldunce, 2011, p.28) Destaca lo siguiente “las representaciones del inconsciente mental que aparecen en los dibujos de los niños pueden, en efecto, ser hechos que son recordados en la forma sensoriomotor con cualidades visuales y kinestésicas. Se reúnen en formas discursivas, verbales o formas discursivas de pensamiento o comunicación que pueden ser contra productores para el proceso de acceder a estos tipos de memorias traumáticas”.

No obstante se proponen maneras de tratar a un niño sexualmente abusado, desde algunos arte terapeutas. No solo el arte terapia entrega a las víctimas las herramientas necesarias, sino que esto también les permite sumergirse en el proceso creativo- un poderoso antídoto para los devastadores y dolorosos efectos de este particular tipo de trauma y que en algunas ocasiones puede producir en ellos cierto grado de culpabilidad. (Brooke & Cohen como se cita en Aldunce, 2011 p.28).

Otro beneficio del arte terapia sobre la tradicional terapia hablada, es que las víctimas de abuso sexual pueden ser tratados como si ellos fueran a “contar”, entonces dibujan sus secretos, tal vez menos asustados que “contándolo” en palabras. (Cohen & Cox como se cita en Aldunce, 2011 p.28).

La capacidad del medio artístico para crear distancia o para contener las emociones, hacen que sea especialmente adecuado para su uso entre la población de niños y adolescentes víctimas de abuso sexual. Las barreras de estos niños ya han sido quebrantadas; ellos necesitan la estructura y la distancia que entrega la experiencia del hacer arte. Como Cox y Anderson (1998) señalaron, “las palabras se disuelven en el aire; la permanencia de la expresión de un trauma a través de los medios artísticos, hace que lo que ha pasado, para el niño, sea concreto”. El trabajo, ahora con una forma concreta, se puede guardar y luego sacar otra vez, tal vez cambiado, o incluso destruido. El creador es libre de negar la interpretaciones de los demás, borrar, pintar, rasgar, doblar, o quitar cualquier material que es demasiado cargado de afecto en ese momento.

Kelly, (como se cita en Aldunce, 2011, p.28) señala “el dibujo también puede disminuir la ansiedad de los niños durante las conversaciones con carga emocional. El acto mismo de participar en el proceso creativo, facilita la liberación de energía a través de la acción corporal y el movimiento”.

Teniendo en cuenta lo anterior para que un trauma de la índole del abuso sexual pueda ser elaborado es necesario que el niño/a pueda construir un relato que involucre la búsqueda de sentido, origen y causa. En donde las funciones afectivas y motivacionales tengan una interacción dinámica y se promueva la participación emocional y la empatía a través de mecanismos tales como la identificación y la proyección.

Consecuencias del abuso sexual infantil

El grado en el que el abuso afecta a la víctima depende de factores como la edad, la educación, el desarrollo de la personalidad, nivel de violencia, amenazas recibidas, frecuencia, intensidad del abuso, apoyo familiar y ayuda profesional recibidas.

Consecuencias afectivas

Se han encontrado secuencias afectivas y emocionales como la culpa y la vergüenza siendo la reacción más frecuente; es decir los niños y niñas pueden

acusarse frecuentemente por el abuso y sentirse culpables en caso de haber disfrutado de alguna forma con la relación sexual.

La ansiedad es una consecuencia frecuente en el abuso sexual infantil, puede manifestarse tanto a corto como a largo plazo: en relaciones con el sexo opuesto, síntomas somáticos y comportamentales, pesadillas, fobias que pueden estar relacionadas con la amenaza que utilizó el ofensor para prevenir el descubrimiento del abuso; en relación con la ansiedad se encuentra el miedo, depresión que pueden persistir desde preescolares hasta adultos. Casado, Díaz & Martínez, (1997).

Trastorno de estrés postraumático

El TEPT se define por la aparición de síntomas característicos que siguen a la exposición a un acontecimiento estresante y traumático en donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro para su vida o cualquier amenaza para su integridad física. Este se produce al experimentar estrés emocional tras una experiencia traumática como puede ser el abuso sexual, la víctima continúa experimentando estrés, especialmente niños que no poseen adecuados mecanismos de enfrentamiento. Valdivia (2002).

Descripción Clínica

La Asociación Psiquiátrica Americana, en su “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”, quinta versión (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-V), presenta los siguientes criterios:

Trastorno de estrés postraumático

En niños menores de 6 años.

A. En niños menores de 6, exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros, especialmente a los cuidadores

primarios.

Nota: No incluye sucesos que solamente se han visto en medios electrónicos, televisión, películas o fotografías.

3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a uno de los padres o cuidadores.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienzan después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

Nota: Los recuerdos espontáneos e intrusivos pueden no ser necesariamente angustiosos y se pueden expresar como recreación en el juego.

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

Nota: Puede resultar imposible determinar que el contenido aterrador está relacionado con el suceso traumático.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el niño siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente. la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

5. Reacciones fisiológicas importantes a los recordatorios del suceso(s) traumático(s).

C. Ha de estar presentes uno (o más) de los síntomas siguientes, que

representan evitación persistente de los estímulos asociados al suceso(s) traumático(s) o alteración cognitiva y del estado de ánimo asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s):

Evitación persistente de los estímulos

1. Evitación o esfuerzos para evitar actividades, lugares o recordatorios físicos que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar personas, conversaciones o situaciones interpersonales que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s).

Alteración cognitiva

3. Aumento importante de la frecuencia de estados emocionales negativos (p. ej., miedo, culpa, tristeza, vergüenza, confusión).
4. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas, que incluye disminución del juego.
5. Comportamiento socialmente retraído.
6. Reducción persistente de la expresión de emociones positivas.

D. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos (incluidas pataletas extremas).
2. Hipervigilancia.
3. Respuesta de sobresalto exagerada.
4. Problemas con concentración.

5. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

E. La duración de la alteración es superior a un mes.

F. La alteración causa malestar clínicamente significativo o problemas en la relación con los padres, hermanos, compañeros u otros cuidadores, o en el comportamiento en la escuela.

G. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de uno de los cuadros siguientes:

1. *Despersonalización*: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego, y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

2. *Desrealización*: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión

de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

METODOLOGÍA

La investigación que se llevara a cabo es de tipo exploratorio con un diseño experimental puesto que se pretende profundizar más a cerca de un tema poco conocido. Esta investigación busca abordar puntos que no fueron tocados con anterioridad y pueden generar resultados tanto positivos como negativos pero siempre importantes para la investigación y realizar una serie de acciones mediante la observación y así ver los efectos que se producen. Hernández, Fernández y Baptista (2003).

Muestra

Niños y niñas víctimas de abuso sexual infantil con edades entre 4 y 6 años del Colegio Guillermo Cano Isaza de la jornada mañana situado en la localidad de ciudad bolívar que tienen mayor riesgo de vulnerabilidad por el contexto social que se presenta en este sector, diagnosticados con estrés postraumático (TEPT); como requisito principal se requiere el asentimiento informado por parte de los padres para participar en la investigación, así mismo se entregaran resultados de la escala infantil de síntomas del trastorno de estrés post traumático.

Instrumento

Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (CPSS). La CPSS es un instrumento desarrollado para evaluar la presencia de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático en niños/as y adolescentes de 8 a 18 años de edad con una historia conocida de trauma. La Escala está basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV y se compone de 17 ítems con respuesta tipo Likert referidos a la frecuencia de manifestación de síntomas de este trastorno. Este instrumento puede ser utilizado como auto informé o como entrevista clínica estructurada (Foa et al., 2001).

Procedimiento

1. Se parte de la premisa de que los participantes en la investigación ya son diagnosticados según el DSM-V con estrés post-traumático; por lo que se realiza una aplicación de la escala infantil de síntomas del trastorno de estrés postraumático para evaluar la presencia de síntomas del mismo y la historia de trauma que presenta el niño/a.

2. se recolectan los datos obtenidos en la aplicación de la escala y se interviene en el tratamiento desde la arte terapia la cual consta de tres fases:

Fase inicial: objetivos del arte terapeuta, los cuales son crear y establecer un buen vínculo terapéutico también conocido como setting es decir encuadre dentro de los cuales se realizara la terapia (hora, lugar, duración) y lograr la comprensión de la problemática del paciente.

Se busca realizar un encuadre terapéutico con el cual se pueda ejecutar una adecuada alianza terapéutica puesto que con esta se puede reconocer la confianza del paciente con el terapeuta, esta se reconoce a medida que el paciente se pueda expresar durante las sesiones de terapia, siendo necesaria para alcanzar los objetivos propuestos para la psicoterapia, es decir siempre que exista una buena alianza terapéutica se pueden conseguir resultados satisfactorios. (Arredondo, M. & Salinas, P., 2005).

Fase intermedia: una vez que se establece la alianza terapéutica, aparecen resistencias y defensas; también se le permite desarrollar actividades terapéuticas como gráficas y plásticas, permite la expresión de emociones, sentimientos, deseos, conflictos e interacciones con su medio, con el fin de generar un espacio de confianza donde se desarrolle el potencial creativo por medio de la expresión visual del conocimiento que se tiene de sí mismo de sus intereses, según Covarrubias (2006), permite expresar situaciones personales que tenido a lo largo de su vida

Se busca que el niño o niña sea capaz de reconocer sus propias emociones y que

tenga la capacidad de expresarlo y canalizarlo de una forma adecuada ya que al realizar esto aumenta el bienestar psicológico, según la investigación realizada por Bermúdez, M. Álvarez, T., y Sánchez, A. (2003), existe una correlación positiva de (0.604) entre inteligencia emocional y bienestar psicológico específicamente autoestima, así mismo los autores reconocen en la inteligencia emocional la detección y expresión de emociones las cuales se relacionan con el autocontrol, la persistencia y la habilidad para motivarse a uno mismo.

Fase final: revisión total de las actividades, es decir análisis, evaluación y conclusión de las experiencias vividas y del proceso terapéutico; además se prepara al paciente para la separación terapeuta-paciente.

El cierre es un momento importante en el proceso terapéutico, teniendo en cuenta que está cargado de relaciones clínicas y emocionales que afectan tanto al paciente como al psicólogo. Al terminar un proceso terapéutico es importante “dejar la puerta abierta” para un nuevo contacto en el futuro si es necesario (Craigie 2006).

3. finalmente se realiza un análisis de los resultados que tuvo el tratamiento desde la arte terapia en los niños y niñas víctimas de abuso sexual infantil; enfocados en la relación de la pregunta problema; es decir si el tratamiento a víctimas de abuso sexual infantil con estrés postraumático desde la arteterapia surge efecto en las mismas para el sano afrontamiento de un evento traumático.

RESULTADOS ESPERADOS

con la presente investigación se espera ofrecer un tratamiento desde la arte terapia que sea de contribución para los niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual infantil con estrés postraumático, puesto que esta es una problemática que afecta a nivel emocional, social, afectivo, sexual entre otros y al normal desarrollo del niño y niña; no obstante si no se realiza una oportuna intervención puede continuar hasta la adultez de la víctima; generando consecuencias como miedo, ansiedad pánico y estrés postraumático.

teniendo en cuenta lo anterior se pretende lograr la minimización del trauma para que la víctima cuente con las herramientas necesarias y pueda enfrentar un evento traumático en este caso el abuso sexual; por medio de la arte terapia siendo esta una técnica caracterizada en ayudar a la víctima a la reparación del daño de una forma artística por medio de la expresión de su experiencia traumática en dibujos, pinturas, títeres, plastilina; este proceso de reintegración personal y psicosocial maneja técnicas en donde el dibujo libre se entiende como un método de recuperación de la víctima y facilita su reinserción social y su rehabilitación terapéutica a través de la imagen y el proceso creativo; buscando que el niño o niña no se sienta incomodo, culpable o se revictimice por medio de intervenciones que lleven a un afrontamiento directo del evento doloroso, sino que haya una reparación de hechos traumáticos que dejó el abuso sexual por medio del arte y la expresión.

Por otro lado brindar a nuestro que hacer como profesionales conocimientos que puedan ser utilizados por diferentes profesionales de esta área y por ende seguir construyendo investigaciones sobre el tema en desarrollo; además de ofrecer la intervención integral de una persona víctima de abuso sexual y garantizar el respeto y el cumplimiento de los derechos de los niños y niñas salvaguardando su seguridad e integridad.

ASPECTOS ETICOS

Para el planteamiento y desarrolló de la presente investigación, en primer lugar se tomara la ley 1090 POR EL CUAL SE REGLAMENTA EL EJERCICIO DE LA PROFESION DE PSICOLOGIA, teniendo en cuenta como referencia el ARTICULO 50 en el que la investigación estará basada en principios éticos, de respeto y dignidad en el bienestar de las personas que participen; ARTÍCULO 52 en los casos de menores de edad y personas incapacitadas, el consentimiento respectivo deberá firmarlo el representante legal del participante.

Por otro lado la RESOLUCIÓN N° 008430 DE 1993 (4 DE OCTUBRE DE 1993), en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; cuenta para esta investigación con los artículos

5,6,8,10,14,23,25,28; los cuales sustentan que se contara con la seguridad de los participantes, asentimiento informado, protección y manejo adecuado de la privacidad de los datos suministrados, que los resultados no sean utilizados en perjuicio de los individuos participantes. Además siendo una investigación con menores de edad el tratamiento representa un riesgo mínimo y la investigación busca comprender la problemática y sus consecuencias para lograr una mejoría en los sujetos.

REFERENCIAS

Abuso sexual infantil: manual de formación para profesionales. Programa de Prevención del Abuso Sexual Infantil. (2001). Ed. Save the children. Recuperado el día 09 de mayo del 2015 desde <http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/91/Manual.pdf>

Aldunce, A (2011). *Infancia quebrantada. Acompañamiento arte terapéutico a una niña de 5 años con abuso sexual*. Tesis de postgrado, facultad de artes, pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Santiago de Chile. Recuperado el día 09 de mayo del 2015 desde http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2011/ar-aldunce_a/pdfAmont/ar-aldunce_a.pdf

Casado, Diaz y Martínez (1997). *Niños maltratados*. Madrid Ed. Diaz de Santos S.A.

Callejón, D. (2003). *Creatividad, expresión y arte: terapia para una educación del siglo XXI. Un recurso para la integración*. Recuperado el día 09 de mayo del 2015 desde dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/787691.pdf

Intebi, I. (2012). *Definiciones y conceptos básicos acerca del abuso sexual infantil. Estrategias y modalidades de intervención en abuso sexual infantil intrafamiliar* (pp.9-28). Cantabria. Recuperado el día 09 de mayo del 2015 desde https://blu169.mail.live.com/mail/ViewOfficePreview.aspx?messageid=mgWQ9oYpf55B GV2njitRc_7A2&folderid=flsent&attindex=0&cp=-1&attdepth=0&n=86048778

Organización mundial de la salud. (2013). El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: un documento de debate. Recuperado el día 9 de mayo del 2015 desde http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78590/1/9789243504063_spa.pdf

Sánchez, C. (2011). Creatividad, arte y arte terapia. Una herramienta eficaz en la escuela, reflexiones y Experiencias en Educación, revista clave 21. Recuperado el día 09 de mayo del 2015 desde http://www.clave21.es/files/articulos/E15_Creatividad.pdf

Serrano, P. (2006). El arte terapia como herramienta de prevención de burnout en profesionales de la salud. Recuperado el día 09 de mayo del 2015 http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2006/serrano_p/sources/serrano_p.pdf

Valdivia, M. (2002). Trastorno por estrés postraumático en la niñez. Revista chilena de neuro-psiquiatría, (40).