

182587



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA**



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

**EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO: A LA AGRESION
SEXUAL INFANTIL**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

MARTA LILIANA PEREZ CHAVARRIA

DIRECTOR: LIC. PATRICIA VALLADARES DE LA CRUZ



LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MEX.

1992



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PO 801/93

PO 919/93

PO 741/92

A mí mamá, con cariño;
gracias por lo que me
has dado.

Para: Juana Behtsabé, Elda María,
Alfonso y Manuel; misteriosos,
alegres, optimistas, latosos y
simpáticos, entre otras; los
hermanos más maravillosos que
puedo tener, los quiero mucho.

A la maestra en Psicología:

Patricia Valladares, por

sus sugerencias y paciencia.

INDICE

	Pág
Introducción.	1
CAPITULO 1. VIOLENCIA SEXUAL INFANTIL	
1.1. Definición de violación.	5
1.1.1. Definición legal de la violación.	6
1.1.1.1. Sanción del delito de violación.	6
1.2. Definición de estupro.	6
1.2.1. Características del estupro.	7
1.2.1.1. Sanción legal del delito de estupro.	7
1.3. Definición de agresión sexual a menores. -	7
1.3.1. Características del ofensor.	8
1.3.2. Vulnerabilidad.	10
1.4. Incesto.	11
1.4.1. Definición de incesto.	11
1.4.2. Definición legal y sanción del incesto.	12
1.4.3. Características de las relaciones incestuosas.	12
CAPITULO 2. FACTORES DE TRAUMA Y SECUELAS	
2.1. Factores relacionados con el trauma en la violencia sexual infantil.	
a) Parentesco	14
b) Duración de la experiencia	15

	PÁG
c) Tipo de experiencia	15
d) Edad	16
e) Sexo del ofensor	17
f) Reacciones familiares	17
g) Sentimientos	18
h) Estado emocional	18
i) Desarrollo psicosexual	18
j) Tipo de ayuda	19
2.2. <u>Consecuencias de la agresión sexual infantil</u>	19
2.2.1. <u>Consecuencias conductuales</u>	21
2.2.1.1. Consecuencias conductuales a largo plazo	22
2.2.2. Consecuencias a nivel afectivo	22
2.2.2.1. Consecuencias afectivas a largo plazo	23
2.2.3. Consecuencias interpersonales	24
2.2.3.1. Consecuencias interpersonales a largo plazo	24
2.2.4. Consecuencias somáticas	26
2.2.4.1. Consecuencias somáticas a largo plazo	27
2.2.5. Consecuencias cognitivas	26
2.2.5.1. Consecuencias cognitivas a largo plazo	26

CAPITULO 3. TRATAMIENTOS CLINICOS

3.1. Detección de la violencia sexual infantil	32
--	----

	Pág.
3.2. <u>Tratamiento conductual</u>	34
3.2.1. Método	34
3.3. <u>Tratamiento humanista</u>	
a) Objetivo	44
b) Objetivos particulares	45
3.3.1. Método	46
3.3.1.1. Técnicas empleadas	47
3.3.2. Casos agudos de ansiedad	49
3.4. Intervención en crisis	
a) Objetivo	51
3.4.1. Método	52
3.5. <u>Psicoterapia breve</u>	
a) Objetivo	55
3.5.1. Método	55
3.5.2. Eliminación de la ansiedad	60
3.6. <u>Terapia cognitivo conductual</u>	62
3.6.1. Tratamiento cognitivo conductual en el PIAV	66
3.6.2. Método	67
3.6.3. Entrenamiento en inoculación de estrés	70
3.7. Acciones que se deben evitar durante el tratamiento	71
3.8. Aspectos a contemplar durante la terapia	73

3.9. Obstáculos en el tratamiento.	Pág.
a) Familiares	74
b) Sociales	75
c) Tiempo	76
d) Otros	76

3.10. Situación del terapeuta.	77
--------------------------------	----

CAPITULO 4. PREVENCIÓN SEXUAL INFANTIL

4.1. Objetivo.	81
4.2. Aspectos que deben contemplarse en un programa de prevención.	82
4.3. Método.	83
4.4. Rol de los progenitores en la prevención.	86
4.4.1. Entrenamiento a padres.	87
4.5. Obstáculos en la prevención.	90

Conclusiones.	91
Bibliografía.	97

Apéndice 1	I
Apéndice 2	VIII
Apéndice 3	X
Apéndice 4	XIII
Apéndice 5	XV
Apéndice 6	XVII
Apéndice 7	XVIII
Apéndice 8	XX

INTRODUCCION

Una de las características relevantes de finales del siglo XX, que se ha convertido en punto de atención es la violencia, en sus distintas formas, en esta ocasión se hace referencia a la agresión sexual infantil por los grandes transtornos que provoca tanto psicológicos como físicos, enfatizando el tratamiento psicológico.

Historia [Datos históricos evidencian que la violación y la agresión sexual hacia los infantes ha existido desde los tiempos bíblicos, la Colonia, hasta nuestros días, solo ha cambiado la forma de definir y considerar estos atentados contra los seres humanos en cada época y en distintas culturas. Estos crímenes aumentan cada vez más al igual que la impunidad.

En el caso de la violación las personas que son víctimas de ella son mujeres de distintas edades, jovencitas, ancianas, solteras, casadas, divorciadas, entre otras, de diferentes niveles socioeconómicos, algunas tienen deficiencias mentales u otras (Master y Kolondy, 1987). Por diversas causas y mitos en torno a la violación no acusan a su agresor ni dicen nada sobre lo que les ocurrió; siendo en ocasiones su primera reacción después de la agresión irse a su casa y bañarse como si nada hubiera ocurrido, mientras que necesitan atención médica de urgencia, psicológica y le

gal (Bedolla, 1986).

En cuanto a la violencia hacia los infantes es conveniente aclarar que aún no hay una palabra para especificar con claridad la agresión sexual a menores, suele denominarse "el niño abusado", "abuso sexual al menor", "victimización sexual", pero estos términos de Estados Unidos no se pueden extrapolar a nuestro país ya que no tienen un significado en nuestra cultura, en el transcurso de este trabajo se empleara "agresión sexual infantil" o "violencia sexual infantil", pues agresión y violencia denotan daño al individuo.

Ahora bien en cuanto a este tipo de maltrato, Giarreto (1980) menciona que un cuarto de millón de niños son agredidos en sus hogares cada año y 50% son víctimas de incesto. Algunos autores describen la relación incestuosa como el resultado de disfunciones familiares, mala comunicación, dificultades entre la pareja y del rol asignado a los infantes dentro de la familia como amas de casa.

Los infantes no sólo se enfrentan al incesto, sino también al estupro, a la agresión sexual que les desencadena daños graves. *Como son reforzados por los medios de comunicación los hábitos sexuales.*

Los delitos sexuales son reforzados por los medios de comunicación, cine, radio, televisión, revistas, los presentan como algo natural (Valladares, 1989), convirtiéndose en algo trivial pero que no deja de ocasionar en las víctimas daños emocionales, físicos ya sea uno o ambos bastante severos (Downeswell, 1987 y Finkelhor, 1987).

Por los intentos para denunciar este tipo de agresiones, así como el interés por su atención que no han sido fáciles, las víctimas se han enfrentado a humillaciones y a otras agresiones al denunciar al atacante.

Muchas denuncias se han logrado también gracias al apoyo e interés de quienes han luchado por abrir lugares especializados donde se brinde atención a todas aquellas personas que lo requieran como son: El Centro de Apoyo a Mujeres Violadas, A.C. (CANVAC), Centro de Estudios de la Mujer (CEM), Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas (PLAV), Centro de información y desarrollo en América Latina (CIDHAL), entre otros.

Introducción
Todo lo anterior es parte de una problemática social, los desordenes ocasionados en los infantes víctimas de agresiones sexuales requieren de atención especializada para superar esos daños, ¿qué alternativa(s) se ha(n) propuesto para brindar apoyo a estas personas?.

El objetivo del presente trabajo es describir cuál o cuáles son los tratamientos psicológicos diseñados para dar atención a los infantes.

Por lo cual en el cap. 1 se plantean las definiciones que se dan en torno al ataque sexual, clarificando varios aspectos que caracterizan estas agresiones. En el Cap. 2 se analizan las consecuencias a corto y a largo plazo producidas por la violencia sexual en cinco áreas somática, conductual, cognitiva, afectiva e interpersonal, así como aquellos factores que pueden ser determinantes de daño psicoló

gico en los infantes. Este capitulo permite visualizar claramente lo indispensable de un tratamiento psicológico especializado, exponiendo en el Cap. 3, los modelos que se han diseñado desde diferentes posturas para dar apoyo al niño, desarrollando los principales componentes que deben contemplarse en la terapia, las estrategias que han empleado y como ubican el problema y por último se plantea, lo que respecta a la prevención aspecto complementario de un programa de tratamiento y además su función que desempeña a nivel primario, con el fin de evitar la agresión sexual al menor.

Cada enfoque plantea estrategias de solución interesantes, no todas son satisfactorias sin embargo hay puntos clave que deben tomarse en cuenta.

C A P I T U L O 1

VIOLENCIA SEXUAL INFANTIL

La violencia es algo molesto que se hace en contra de una persona, obligándola hacer lo que no quiere. La forma de hacerlo entre los seres humanos ha aumentado considerablemente, con una diversidad de conductas verbales y físicas. La violencia a la que me refiero es la sexual, de ella se han dado diferentes interpretaciones y definiciones de acuerdo con el tipo de agresión y sujeto que la recibe; y más en el caso de los infantes agredidos los delitos son considerados con más incredulidad y sin embargo los índices son muy elevados. A continuación se darán las definiciones de violación, agresión sexual a menores, estupro e incesto.

1.1. DEFINICION DE VIOLACION.

Puede definirse como "un crimen de violencia sexual que la víctima no alentó y en donde su participación no fue voluntaria" (Bellak y Small, 1988), y se emplea "la fuerza física, la intimidación o el engaño" (Bedolla, 1986; Kilpatrick y Veronen, 1983).

Para González (1984, en Valladares, 1989), la violación es "una forma simbólica de poder, ejercido contra un sujeto socialmente diferenciado y expulsado del modelo jerarquizante en donde el violador descarga sentimientos de ira y enojo".

1.1.1. DEFINICION LEGAL DE LA VIOLACION .

Cuando hay cópula o introducción por vía anal, vaginal u oral del pene u otro instrumento, en una persona de cualquier sexo y se emplea la violencia física o moral, también si no tiene la capacidad de comprender el significado del hecho o por cualquier cosa no lo resiste (Codigo penal ,1991).]

1.1.1.1. SANCIONES DEL DELITO DE VIOLACION.

Si hay cópula.- se impondrá prisión de ocho a catorce años.

Si hay introducción de objetos por vía anal, vaginal u oral, prisión de tres años.

Cuando se comete el delito por más de dos personas, la condena aumenta hasta la mitad dependiendo de como haya sido su agresión.

Por otra parte, se uebe aclarar que, apesar de las posibles definiciones que se dan y de que en el código penal se especifican muy bien como es ésta, legalmente la interpretan de muchas maneras (Martínez, 1985).

Estas controversias se dan principalmente porque los abogados de los violadores siempre tratan de buscar la manera de acomodar los hechos para demostrar la inocencia del agresor.

1.2. DEFINICION DE ESTUPRO.

Porte Petit (1982) define el estupro como: "la cópula

normal cometida en mujer menor de dieciocho años y mayor de doce años sin madurez de juicio en lo sexual".

1.2.1. CARACTERISTICAS DEL ESTUPRO.

La persona afectada es:

- menor de dieciocho años y mayor de doce.
- se obtiene su consentimiento por medio del engaño y la seducción.
- es una persona inmadura de juicio en lo sexual.
- el sujeto activo es el hombre, por ende el pasivo la mujer.
- no es necesario que se dé la penetración completa para que se considere delito (Martínez, 1985; y Porte Petit, 1982).

1.2.1.1. SANCION LEGAL DEL DELITO DE ESTUPRO.

Se le aplicará de tres meses a cuatro años de prisión y sólo se procede contra el agresor por queja del ofendido o de sus representantes (Código penal, 1991).

1.3. DEFINICION DE AGRESION SEXUAL A MENORES.

Aún no hay una definición clara y precisa sobre la agresión. Pero apesar de estas dificultades Coulborn (1939); Gold (1986); Deblinger, Susan y Col. (1989); Finkelhor (1987); Marcovitch (1984) y Rubin y Kirkendall (1972), coinciden en que es una agresión de un adulto hacia un niño por su edad e

inocencia, donde se manifiesta algún comportamiento que denota aspectos sexuales, contactos sexuales como exhibicionismo (y que obligan al infante a mirar los genitales), voyerismo, tocar el cuerpo del niño, masturbación, contacto molesto uro-genital (que puede no dejar evidencias, siendo uno de los contactos más difíciles de comprobar pues la única prueba es el testimonio del niño), genital, penetración vaginal o anal del pene, objetos o dedos.

1.3.1. CARACTERÍSTICAS DEL OFENSOR.

La característica más relevante es que sienten un gran placer al tener una relación sexual con un niño, a lo cual se le denomina "pedofilia".

Por otra parte, tenemos que mucho se ha hablado sobre quién es el agresor, se han hecho historias de hombres feos, mal vestidos que andan en parques o en lugares solitarios, entre otras; además son personas consideradas ajenas a la familia y/o extraños nunca vistos; sin embargo la realidad es que son individuos conocidos o familiares cercanos o lejanos. Su apariencia típica, por lo tanto, no es específica; como tampoco lo es su estatus socioeconómico, puede ser de clase media, pobre o rico.

Aunque estadísticamente se tiene la relación de que el agresor percibe bajos recursos económicos, esto no es verdadero, ya que muchos cuentan con una posición económica alta por lo cual no son denunciados además por su reputación; por consiguiente son más detectados y denunciados los individuos de

escasos recursos.

La gran mayoría de los agresores son varones, aunque también hay mujeres que agreden a sus hijos sexualmente y, muy curioso, no se reportan porcentajes sobre las mujeres agresoras.

En cuanto a la condición mental, son individuos que no sufren trastornos cerebrales, orgánicos, no son enfermos mentales, su inteligencia por lo general oscila dentro de un promedio normal.

Es muy común considerar a estos criminales como individuos inmaduros, pasivos y débiles; hay que aclarar que esto indica rasgo de carácter y no de enfermedad (Kirkendall, 1974).

Lo que sí manifiestan son dificultades en sus relaciones de pareja y/o buscan reafirmar su virilidad; abusan de su fuerza y de su condición de nombres respetables entre la sociedad. Dentro de esta relación el atacante busca su satisfacción sin importarle lo que la víctima pueda sentir o las reacciones y daños que le ocasione, coloca a la víctima en un estatus inferior y degradante. El agresor libera sus sentimientos de rabia, desprecio hacia las mujeres o hacia la sociedad (Tordjman, 1981).

Por otra parte, cabe destacar que, los agresores cuando son detenidos y se realiza una investigación, se descubre que existen otros niños a quienes han molestado sexualmente.

Además, su tendencia sexual la establecen a una edad relativamente temprana, por lo cual algunos agresores eligen profesiones en donde tienen contacto con niños o alguna actividad para supervisarlos por tiempos cortos (Lenett, 1986).

1.3.2. VULNERABILIDAD.

Los niños empiezan a aceptar este tipo de relaciones sin darse cuenta de lo que está sucediendo, debido a que confunden el acercamiento de los adultos con lazos afectivos. Tal acercamiento suele manifestarse con caricias, besos, aceptados al principio por la necesidad de afecto, aunque más tarde la víctima se dé cuenta de que fue usada y obligada. El agresor los elige por su timidez, introversión, su apariencia ingenua o su falta de amigos; identifica a aquellos niños que pueden ser aislados con facilidad, pues los recoge tarde al término de alguna actividad o a los que regresan solos a sus casas (Lenett, 1986).

Además hay infantes que carecen de habilidades para evadir y negarse a aceptar las peticiones del agresor; si se le suma a esto el respeto a la autoridad adulta, la confianza que debe depositar en los mayores y el miedo por lo que pueda suceder si no accede, por ejemplo la amenaza de algún daño físico o emocional el infante se vuelve más vulnerable.

Por otro lado, el tratamiento de los temas relacionados con la sexualidad humana tanto en la escuela como en la familia, propicia una inadecuada información al respecto e impide al niño discernir lo que es la agresión sexual. Hay niños que sospechan cuando se ven involucrados en una actividad de este tipo, por la forma de ocultarse en los momentos en los cuales sucede el contacto y la manera en que le pide no mencionar lo sucedido. Y también es factor determinante la preparación de los padres respecto al tema: ya que de ellos depen-

de la buena o mala orientación que los hijos tengan, acerca de la sexualidad, bases que se forman en la infancia.

1.4. INCESTO.

El incesto es un tabú en México como en todo el mundo. Pero el sistema social difiere en cada cultura en cuanto a los principios que lo definen y la penalización otorgada por practicar relaciones incestuosas (Giarreto, 1982).

Iniciaron el estudio de estas relaciones, antropólogos y psicoanalistas. Para los primeros el incesto es una relación donde no es necesaria la actividad sexual, sino más bien el matrimonio entre dos familias cuya boda no es permitida; en cambio para los psicoanalistas, hasta la preocupación de la madre por el hijo la denominan incestuosa (Finkelhor, 1980).

La palabra empleada es derivada de la voz latina "incestus", que denota un acto impuro, mancillado y hace referencia entre dos miembros de una familia.

1.4.1. DEFINICION DE INCESTO.

Toda aquella relación entre dos miembros de una familia ya sean naturales o padrastros, hermanos o hermanastros cuyo casamiento no es autorizado por la ley y las costumbres (Finkelhor, 1980 y Marcovitch, 1981), donde puede darse el coito, la masturbación mutua, el contacto manual-genital u oral-genital, la manipulación sexual y el exhibicionismo.

1.4.2. DEFINICION LEGAL Y SANCION DEL INCESTO.

El incesto es considerado cuando un individuo tiene relaciones sexuales con sus descendientes y entre hermanos (art. 272 código penal, 1991) y la sanción es de seis meses a tres años de prisión, además el agresor pierde la tutela del infante en caso de tenerla.

1.4.3. CARACTERISTICAS DE LAS RELACIONES INCESTUOSAS.

Este tipo de relaciones son una amenaza social, con una connotación en esta época de anormalidad psicológica o una degeneración cultural. Fabricando burlas, bromas, chistes o publicación de libros o revistas.

Con frecuencia el incesto se inicia cuando el individuo es muy pequeño (siendo más vulnerables las niñas), en forma de juego, seguido de besos prolongados y tocamiento de genitales encima de la ropa, los cuales van aumentando.

Muchos casos son ocultados por ser la relación incestuosa la que mantiene unida a la familia y puede durar varios años.

Esta relación se da en cualquier nivel socioeconómico y cultural, el atacante no es ningún degenerado sexual, son de una personalidad introversa, aislados socialmente y con gran apego a la familia (Marcovich, 1981).

El incesto padre-niña es el más reportado, alcanza índices muy altos. En un estudio realizado por Galles (1979) en

Estados Unidos, mostró que de 100 personas el 90 % fueron víctimas de algún tipo de abuso: de ellas el 22.5% sufrió agresión de sus padres. Marcovitch (1961) reporta que, aproximadamente el 75% de casos de menores, son usados sexualmente por sus padres. También es muy común encontrar víctimas agredidas por padrastros; esto sucede probablemente debido a que no hay lazos consanguíneos entre el padrastro y su hijastra, por lo que quizá haya un deseo sexual más directo. Así mismo, el incesto es frecuente entre parientes que viven en una marcada desorganización familiar (Finckelner, 1987).

En México, de las víctimas atendidas en el PIAV (Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas) se reportaron relaciones incestuosas en un 80% de los casos; la mayoría de las víctimas tenían entre cuatro y catorce años (Valladares, 1991).

Todos estos aspectos que se han mencionado de la violencia sexual, explican las características involucradas y que la tipifican como una variante especial de violencia; la cual forma parte de la problemática social, con repercusiones considerables que se dan por diferentes factores, que se expondrán en el siguiente capítulo.

C A P I T U L O 2

FACTORES DE TRAUMA Y SECUELAS

2.1. FACTORES RELACIONADOS CON EL TRAUMA EN LA VIOLENCIA SEXUAL INFANTIL.

Las reacciones suscitadas en un individuo después de un acontecimiento de agresión sexual, son muy variables. No es posible predecir cuáles serán los cambios, pero por leves que sean tenderán a modificar las actitudes de las personas.

En los casos de agresión sexual infantil hay varias teorías que intentan dar una explicación acerca de los factores que producen el trauma , tales como:

a) PARENTESCO.- Cuando el parentesco entre el niño y el ofensor es más cercano, el trauma es mayor (Goth, en Finkelhor, 1980 y Roffiel, 1986). Finkelhor (1980) especifica que, cuando el ofensor es el padre la relación es frustrante por ser más grave el tabú violado, mientras que con otros parientes, por ejemplo tíos, abuelos, hermanos, primos, las secuelas son producto de la traición que siente el niño por parte de sus familiares, en quienes había depositado su confianza. Pero lo anterior no quiere decir que los daños disminuyan cuando el niño es agredido por un desconocido, ya que el extraño involucra más temor.

Tufts (1984 en Browne y Finkelhor, 1990), señala que la

relación con el padrastro puede ser devastadora, los niños muestran más estrés, pero por alguna razón no es el mismo grado cuando es por el padre natural.

Para Steele y Alexander (1982) todo dependerá de lo que representa emocionalmente el adulto en la vida del niño.

b) DURACION DE LA EXPERIENCIA.- Dependiendo del tiempo que dure la experiencia, será el daño de la víctima (Schultz, 1980; Roffiel, 1986) y Browne y Finkelhor (1986) mencionan un estudio de Rusells donde un 73% de quienes sufrieron el maltrato sexual por más de cinco años fue considerablemente traumática la experiencia.

También los infantes que sufren una vivencia de este tipo pueden quedar muy afectados.

c) TIPO DE EXPERIENCIA.- Las relaciones en donde está involucrada una experiencia sexual más elaborada (esto es que implica coito), tienden a dejar secuelas más graves; mientras que donde se da el exhibicionismo, son más leves (Schultz, 1980; Steele y Alexander, 1982; Roffiel, 1986 y Gotn en Finkelhor, 1980). En un estudio que señala Browne y Finkelhor (1986) un 59% de infantes reportan la experiencia cuando fue intento de coito, daños severos a largo plazo.

Otro factor que juega un papel muy importante para determinar el daño, es el empleo de la fuerza. En los casos donde se dio, las respuestas fueron totalmente negativas hacia la experiencia; este factor es el que mejor explica el porqué

del trauma, pues la negación del infante a aceptar los hechos, la presión ejercida por el compañero, la diferencia entre poder y control, marcan un contexto negativo para el pequeño. Por otra parte, en las situaciones donde no se dio la coerción, la experiencia resultó neutral y en algunos casos positiva (Finkelhor, 1980 y Browne y Finkelhor, 1986).

También se considera traumático cuando hay tocamiento del cuerpo del infante o besos (Steele y Alexander, 1982; Roffiel, 1986 y Goth en Finkelhor, 1980; Browne y Finkelhor, 1986).

Para Finkelhor (1980) las experiencias que involucran tocamiento de los genitales del infante, coito, masturbación, exhibicionismo, etc; no resultaron ser diferentes en cuanto al grado del daño provocado, tanto una relación con un acercamiento físico, como aquellas donde sólo se dio el exhibicionismo ocasionaron consecuencias negativas.

d) EDAD.- Con respecto a este factor, Brounold (1964) no encontró mucha relación entre la edad del niño y las secuelas del conflicto. Posteriormente, otros estudios indicaron cómo la diferencia de edad entre el agresor y el infante fue factor determinante del daño; al igual que la edad del infante cuando sufre la agresión. Los niños con más edad alcanzan a comprender mejor lo sucedido y sus valores ya son más definidos, por consiguiente la experiencia resulta más dañina. En el caso de infantes de menor edad, su inocencia les sirve como escudo protector contra el trauma, pues desconocen el significado de los estigmas sociales de

su medio con respecto al maltrato que recibieron (Schultz, 1900; Steele y Alexander, 1982; Finkelhor, 1980 y Browne y Finkelhor, 1986).

De acuerdo con Mc Farlane (en Finkelhor, 1980) para que se produzca el trauma, el agresor debe ser por lo menos, cinco años mayor que el agredido. Considera que mientras mayor sea la diferencia de edad entre infante-perpetrador, las secuelas en el pequeño serán también mayores.

e) SEXO DEL OFENSOR.- La relación de un niño con un varón es más negativa, que con una mujer, no importa el sexo del infante (Finkelhor, 1980 y 1984 y Russell en Browne y Finkelhor, 1986).

f) REACCIONES FAMILIARES.- Para aquellos casos donde los padres responden negativamente hacia el niño, el trauma es más grave. Cuando el niño no da mucha importancia al evento y lo cuenta pueden desencadenarse una serie de conflictos, que quizás no hubiesen sucedido si el niño no hubiera hablado. Las reacciones de los padres ante tal situación pueden ser: histeria y/o acoso del infante con muchas preguntas; pueden llegar incluso a culpar al niño, lo que podría resultar contraproducente, ya que desencadenaría en el infante conductas no existentes (Rubin y Kirkendall, 1972; Farlane en Finkelhor, 1980; Marfa, 1983-1984 y Browne y Finkelhor, 1986).

También el trauma puede darse cuando el infante escucha

a sus padres discutir sobre lo que le sucedió y puede llegar a pensar que traman algo en contra de él (Rubin y Kirkendall, 1972).

Los niños deberían contar lo sucedido y sus padres, quienes no deberían reaccionar negativamente. Pero como la gran mayoría de los adultos no están preparados para enfrentarse a estas situaciones, tienden a reaccionar negativamente hacia el niño.

g) SENTIMIENTOS.- Cuando los infantes llegan a sentir algún placer en la experiencia, sus sentimientos serán más negativos, tendiendo a sentir mayor culpabilidad por lo sucedido (Farlane en Finkelhor, 1980).

h) ESTADO EMOCIONAL.- La falta de afecto en la familia y la inestabilidad de la misma por lo cuál los infantes pueden ser emocionalmente inseguros o por alguna otra razón ya lo eran antes del ataque, puede propiciar un daño severo a largo plazo (Rubin y Kirkendall, 1972; Steele y Alexander, 1982 y Roffiel, 1986).

Otro motivo que propicia un trauma a largo plazo, es cuando el niño guarda silencio orillado por una serie de sentimientos de culpa que empieza a imaginar (Marfa, 1983-1984).

i) DESARROLLO PSICOSEXUAL.- Cuando un infante tiene una educación adecuada con respecto a la sexualidad, sus daños no serán tan severos (Roffiel, 1986 y Steele y Alexander,

1982).

j) TIPO DE AYUDA.- Si el niño no recibe auxilio profesional adecuado, el trauma será mayor (Roffiel, 1986).

Los factores que se mencionaron, las reacciones familiares, los sentimientos de la víctima y la educación sexual que recibe, son aspectos que deben contemplarse en los programas de prevención, para disminuir el trauma en quienes llegan a ser agredidos.

2.2. CONSECUENCIAS DE LA AGRESION SEXUAL INFANTIL.

Las consecuencias de la violencia sexual no pueden soslayarse; unas más severas y otras menos, pero siempre se presentan. Es impredecible el grado y la forma en que pueden afectar a cada individuo. Entre las múltiples consecuencias citare las conductuales, afectivas, somáticas, interpersonales y cognitivas (CASIC. Clasificación propuesta por, Slaikeu, 1989). Las cuales, a largo plazo, pueden agravarse o hacerse más agudas, sobre todo si la persona es violada en su vida adulta; ya que, seguramente, revivirá la situación provocando respuestas marcadas (Bellak y Small, 1988).

Para describir las consecuencias acerca del perfil de la personalidad (CASIC), primero hay que aclarar, que se entien de por cada uno de sus componentes.

CONDUCTUAL.- Patrones de trabajo, juego, pasatiempos,

ejercicio, dieta (hábitos alimenticios y de bebida), conducta sexual, hábitos de sueño, uso de drogas o tabaco presencia de cualquiera de las siguientes conductas: suicida, homicida o actos agresivos.

APECTIVA.- Sentimientos sobre cualquiera de las conductas mencionadas, presencia de sentimientos como ansiedad, cólera, alegría, etc., afectos apropiados a las circunstancias de la vida (los sentimientos se expresan u ocultan).

SOMATICA.- Funcionamiento físico general, salud. Incluye dolores de cabeza, malestares estomacales, estado general de relajamiento, tensión, sensibilidad de la visión, tacto, gusto, oído.

INTERPERSONALES.- Naturaleza de las relaciones con la familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, dificultades en su relación con otras personas, cantidad y frecuencia del contacto con amigos y conocidos, papel asumido con diversos íntimos.

COGNITIVA.- Sueños actuales de día y noche, imágenes mentales del pasado o futuro, auto-imagen, propósitos de la vida y razones de su validez, creencias religiosas, filosofía de la vida, presencia de catástrofe, sobregeneralización, delirios, alucinaciones, diálogo interno irracional, racionalizaciones, ideación paranoide, actitud general (positiva/negati-

va) hacia la vida.

En el cuadro 1 se muestran esquemáticamente las respuestas de los infantes agredidos sexualmente en las cinco categorías (para mayor información bibliográfica de la descripción que se hace a continuación, remitirse al cuadro 1, todas las alteraciones que se describen son el resultado de investigaciones, no sólo de especulaciones, en algunos daños no se reportan datos o porcentajes, pues no todos los autores los mencionan.

2.2.1. CONSECUENCIAS CONDUCTUALES

El comportamiento de los niños se ve seriamente afectado de distintas formas se convierten en infantes agresivos, violentos, hiperactivos, rebeldes en el hogar, en la escuela, son crueles hacia los demás, tienen intentos de suicidio, desconcierto ante lo sucedido, dificultad en sus aptitudes, al dormir presentan insomnio o sueño agitado. Por otra parte manifiestan llanto, temblores incontrolables, pérdida de peso por anorexia nerviosa (inapetencia por tensión emocional), reugnancia, no controlan sus impulsos, inclusive pueden llegar a imitar la ofensa recibida con otros niños; se dedican a la vagancia, su rendimiento escolar baja, presentan conductas hostiles, se auto castigan con quemaduras y golpes.

Mientras unos manifiestan sus reacciones más activamente ante lo sucedido, otros son pasivos y limitados en sus respuestas. Otros despiertan un interés repentino y

excesivo por la sexualidad o se masturban compulsivamente.

2.2.1.1. CONSECUENCIAS CONDUCTUALES A LARGO PLAZO.

Algunos continúan teniendo comportamientos autodestructivos; se convierten en personas muy agresivas y violentas, por lo cual pasa a formar parte de un problema social pues manifiestan conductas delictivas, de promiscuidad, consumo de drogas, alcohol, dedicarse a la prostitución, hasta llegar a ser posibles violadores.

Gold (1986) considera a la prostitución no sólo como consecuencia del daño sexual, sino también de graves desórdenes familiares; tanto a la prostitución como a la promiscuidad las clasifica como patrones desarrollados de la delincuencia.

También presentan problemas de identificación de género, hay quienes se convierten en homosexuales, manifiestan repugnancia, frigidez, no son capaces de controlar sus impulsos, siendo los varones muy compulsivos con las mujeres.

2.2.2. CONSECUENCIAS A NIVEL AFECTIVO.

Otro tipo de consecuencias se manifiestan a nivel afectivo; las víctimas se convierten en seres retraídos, inseguros, ansiosos, depresivos, manifiestan miedos, impotencia, odio. Entre los miedos más comunes están: a que llegue la noche, a salir sola (o) a la calle, a adquirir una

enfermedad venérea, a un posible embarazo, a las reacciones que puedan tener otros al enterarse de lo que les sucedió. Además desconfían de sus sentimientos y de ellos mismos.

2.2.2.1. CONSECUENCIAS AFECTIVAS A LARGO PLAZO.

En general hay gran probabilidad de presentar disturbios afectivos, la depresión es muy común que persista en su vida adulta, así como temores y ansiedad. Deblinger, Mcleer, Atkins y Col. (1989) interesados en el aspecto "ansiedad", evaluaron las situaciones estresantes de víctimas de agresión sexual y encontraron que debido a éste, el 20.7% manifiestan conductas sexuales inapropiadas, algunas conductas desorganizadas, de evitación y una gran incapacidad para manejar cualquier situación que pueda provocar estrés.

Otras consecuencias negativas que duran en su vida son la ira; los varones la manifiestan abiertamente, mientras que las mujeres la dirigen hacia ellas mismas. Además las mujeres sienten repulsión hacia los hombres y una gran soledad, estigmatización, abandono, dolor por la experiencia y aumenta su tristeza y odio.

En el aspecto sexual, personas que sufrieron intento de violación, incesto o maltrato sexual de otro tipo, muestran disfunción hacia el deseo sexual, disfunción en la excitación y miedo al sexo; estos trastornos pueden convertirse en crónicos; pueden alterar sus respuestas fisiológi

cas de la víctima al percibir la estimulación sexual con ansiedad, interrumpiendo su funcionamiento adecuado (Becker, Skinner, Gene y Cichon, 1986).

Un aspecto muy confuso para la víctima y sobre todo para aquellas que no reciben ningún tipo de atención psicológica, es cuando la persona siente algún tipo de gratificación en el momento de la relación, provocando sentimientos de culpa, pues como es algo incorrecto debería de haber sido por completo desagradable.

2.2.3. CONSECUENCIAS INTERPERSONALES.

En general se da un trauma emocional; se manifiesta a través de aislamiento, incapacidades sociales, dificultades familiares, son muy sensibles, muestran desconfianza, agresividad hacia los adultos e inseguridad; todo esto impide un desarrollo óptimo del niño agredido.

2.2.3.1. CONSECUENCIAS INTERPERSONALES A LARGO PLAZO.

Con su pareja.- Es probable: que los infantes dañados, al convertirse en adultos, tengan problemas con su pareja. Las personas que llegan a establecer una relación de pareja e integran un matrimonio, tienen diversos conflictos, pueden llegar hasta el divorcio. Hay quienes no pueden tener una relación sexual con su pareja o se inhiben, evitando algunas la actividad sexual por completo, otras llegan

al orgasmo solo por medio de la masturbación y a pesar de eso no es del todo confortable porque no logran tener ^{pac} confianza en su pareja.

La relación de noviazgo también es muy negativa. Algunas evitan las relaciones íntimas o cualquier relación con un varón, a pesar de desearlo.

Relación con su comunidad.- Brunold (1964) encontró que quienes estudiaron o se dedicaron a una actividad laboral fuera de casa, su vida social era igual o parecida a la de otras y que sólo pocas alcanzaron un buen estatus social.

Por otro lado hay quienes son rechazadas por su comunidad (Giarretto, 1980).

Relación con sus familiares.- Un ejemplo de las dificultades familiares es el caso de las madres, a quienes se les dificulta separarse de sus hijos: sin embargo, les proporcionan un rol adecuado para alcanzar relaciones sociales y sexuales positivas. A pesar de que se ha identificado esto, aún no se ha esclarecido la relación madre-hija, lo cual requiere de una mayor investigación (Golden, 1986).

Relación con otras personas.- Se agudiza la incapacidad para establecer relaciones sociales, se alejan de las personas, desconfían de ellas, son agresivas con otros.

Algunos se convierten en personas dependientes e inseguras.

2.2.4. CONSECUENCIAS SOMATICAS.

Los males somáticos aumentan considerablemente como: enuresis, fiebre uterina, asimismo incrementa el riesgo de contraer alguna enfermedad venérea como: gonorrea gonocócica, flujo constante, inflamación, abrasión (ulceración de las membranas), roturas de himen, laceración (magulladuras, heridas), riesgos de embarazo cuando las niñas son preadolescentes y dificultades para orinar.

Para todos los casos cuando se da el coito ano-rectal sin consentimiento causa lesiones, unas más graves que otras. La reacción en el momento es una contracción esfinteriana y cuando se logra la penetración origina excoriaciones o equimosis o desgarramientos en distinto grado.

También se puede observar parálisis antológica esfinteriana (dilatación del esfinter) que oscila de un diámetro de uno a dos punto cinco centímetros.

Además se pueden evidenciar erosiones causadas por uñas, alrededor de la mucosa lo cual les dificulta caminar, defecar, el tacto rectal o desgarramientos profundos por el rompimiento del orificio, estos signos aparecen cuando fue más agresivo el coito y por lo tanto si no hay proporcionalidad entre el tamaño del pene y el orificio anal.

Al respecto las lesiones en la región ano-recto tienden a acentuarse en el infante entre menos edad tenga, ocasiona la rubicandez (desgarramiento en la región esfinteriana), laceraciones que son severas y la deformación in-

fundibuliforme del ano. Cuando los atentados se agudizan, la retracción tiene posibilidad de cambiar arriba del ano, haciendo un infundíbulo anal, que provoca dolor, ardor y quemazón de la parte herida (Kuitko, 1986).

Además de las escoriaciones en el ano y los otros da-
ños ya mencionados, originados por una penetración vaginal
en un organismo inmaduro, puede ocasionarle hasta la muer-
te.

La muerte también puede ser producto de golpes. Cuan-
do se emplea este tipo de agresión para maltratar al niño
sexualmente, la primera reación del infante es de pánico.
Quedan en su cuerpo, magulladuras, mordeduras en piernas,
muslos, pecho, a veces se encuentran quemaduras de cigarro
Palomares (1983) menciona que los golpes pueden llegar a
propiciar daños cerebrales que ocasionan a su vez dificul-
tades en el aprendizaje, perceptivos, pérdida de la memo-
ria, alteración de sus nociones espacio-temporales, en la
formación de las ideas objetivas e impiden por ende la re-
flexión.

2.2.4.1. CONSECUENCIAS SOMATICAS A LARGO PLAZO.

Durante el transcurso de su vida adulta, sino es aten-
dida la víctima, lo anterior se complicará, principalmente
se manifestará con una diversidad de problemas sexuales;
relaciones sexuales insatisfactorias, evitación, disfun-
ción sexual, dolor en la relación, disgusto, cambios en la

estimulación sexual, se pueden convertir en hipocondriacos, presentar eyaculación precoz.

Golden (1986) detectó que el funcionamiento sexual en la vida adulta de una víctima no es adecuado cuando cerca de los doce años las niñas quedaron embarazadas.

Por reprimir los recuerdos de la experiencia desarrollan: úlceras, colitis y/o migrañas.

2.2.5. CONSECUENCIAS COGNITIVAS.

El funcionamiento cognitivo del infante dañado sexualmente, manifiesta preocupación por los aspectos sexuales, por su vida, baja auto-estima, angustia por guardar silencio de lo ocurrido, por estigmatización, vergüenza, culpabilidad, estados de chok, comportamientos esquizofrénicos, psicosis, consideran que son malos, se ven tristes, afligidos, con recuerdos perturbadores, tienen pesadillas por la noche, reacciones y pensamientos aislantes, fobias, aflicción, piensan que son inferiores por lo que no tienen confianza en ellos mismos.

2.2.5.1. CONSECUENCIAS COGNITIVAS A LARGO PLAZO.

Las niñas que fueron víctimas de maltrato sexual, cuando son adultas, el dato más severo se da a nivel de auto-estima, lo manifiestan diciendo que no valen nada ni como persona, ni como mujeres. Piensan que están destrui-

das, que son sucias e inferiores, se afligen demasiado y creen que lo mejor es alejarse de los demás.

Disminuye su optimismo y perspectivas respecto a su visión de integridad de una mujer; se sienten diferentes a las demás por una agresión que les ha marcado la vida para siempre; decrementa su sentido moral al cuestinarse respecto a su virginidad, pues creen que están deshonradas para siempre: se preocupan por las opiniones de los demás.

Además presentan síntomas psiquiátricos: psicosis o histeria compulsiva. En sus sueños aún tienen pesadillas y sus recuerdos infantiles son muy perturbadores.

También piensan que es incorrecto tener relaciones sexuales, por lo cual, cuando llegan a hacerlo, se sienten culpables. Sus pensamientos de culpa en general aumentan; el testimonio de una víctima es "quienes sobrevivimos al incesto sabemos que los efectos de este abuso son para siempre" (FEM, 1986); se culpan constantemente por no haberse defendido, por no haber comentado a nadie lo sucedido y por haber "confiado" en el agresor.

Es fundamental mencionar que las consecuencias mencionadas en los diferentes niveles no necesariamente se presentan en todos los casos; sino que dependen: del estado emocional del individuo, las reacciones de los familiares, la seguridad del individuo, la situación en la cual fue agredido, entre otros factores.

Las consecuencias a largo plazo suelen ser las que más perjudican el desarrollo adecuado de la persona en to-

dos los niveles: conductual, somático, interpersonal, cog
nitivo e afectivo.

Para lograr desaparecer aquellas perturbaciones, presentadas cuando el infante es agredido sexualmente, se han diseñado alternativas de atención psicológica como las que se desarrollan en el siguiente capítulo.

CONDUCTUAL	AFECTIVO	INTREPERSONAL	SOMATICA	COGNITIVA
.comportamientos destructivos (15,22)	.retraidos (1)	.incapacidad (6,15,16)	.diversidad de problemas sex. (9,16,18,22)	.preocupación sexual (1,3)
.quemaduras (22)	.confusión personal(2)	.dif. relaciones familiares (3,4)	.disfunción sex.17% (14)	.síntomas psiquiátricos
.golpes (22)	.placer 8% (2)	.dif. emocionales (1,4,12,15,22)	.dolor en la relación disgusto (14)	.esquiosfrenia (1,4)
.suicidio (1,4,9)	.dolor de la experiencia (3)	.alejarse de las personas (6)	.cambios en la estimulación sex.	.histeria (4,16)
.intento (22)	.mayor interés y placer por el momento (3)	.desconfianza (3,6,8)	.inhibición al placer sexual.	.psicosis (4,10,16)
.se castigan (10)	.inseguridad (8)	.sensibles adultos	.evitación sex.	.psiconeurotico (13)
.tendencias a ser posibles violadores (11,15)	.estrés(1,3,15,16,24)	.relaciones negativas con sus parejas (15)	.insatisfacción (6,21)	.auto-estima (1,6,15,16,17,18)
.abuso de sustancias tóxicas (15)	.estrés postraumático 20.7% (7,1)	.evitan relaciones íntimas (22)	.eyaculación prematura fisiológicas	.angustia (1,6)
.drogas (9,17)	.ocurrencia de cond. de carácter disociativo/evitación.	.aislamiento (16)	.enfimía (fiebre uterina) (16)	.estigmatización (3)
.alcohol (17)	.incapacidad para manejar situaciones estresantes (4)	.dependientes (18)	.úlceras (22)	.piensan que están destruyéndose por invitaciones sexuales (9,10)
.delincuencia (4,16)	.depresión (1,6,14,15,16,17,22)	.rechazo comunidad(16)	.colitis (22)	.remordimientos por su actividad sex. actual (16)
.imitación de la ofensa con otros niños (12)	.dif. para adaptarse (11)	.inseguridad. (16)	.migráneas (22)	.fobias (4)
.exhibicionismo (varón) (16)	.temores 56% (2,5,9,10,14,15,16,22,24)		.enuresis (24)	.estados de shock 56% (5)
.compulsivo hacia una conquista sexual (16)	.a que llegue la noche (3)		.embarazo (4,12,21,26)	.se considera indigno de ayuda (9)
.género (6)	.a salir sola a la calle (5)		.lesiones vaginales (19)	.despreciable (9)
.homosexualidad (21)	.a embarazo (4)		.flujo constante (19)	.vergüenza(10,13,16,21,22)
.promiscuidad (nunca prostitutas) (4,12,16)	.a adquirir una enfermedad venérea (4)		.inflamación (19)	.disminución de su sentido moral (11)
.prostitución 22% (4)	.a reacciones de otros (3)		.rotura himen (19)	.duda sobre la virginidad (23)
.coerción sex. 65% (16)	.enojo (15)		.laceración (24,25)	.cree que es malo (13)
.violación 57% (16)	.sentimientos de soledad (15)		.dif. para orinar(24,25)	.cree que es sucia y diferente (23)
.9, 44% (10)	.estigmatización (15)		.enfermedades venéreas (24)	.desonrada (16)
.frigidez (4,16,21)	.explotación (16)		.gonorrea (4,21,22)	.recuerdos infantiles perturbadores (3)
.anorexia nerviosa (4,23)	.abandono (16)		.monocócica	.pesadillas (5,22)
.perdida de peso (4)	.impotencia (16)		.físicas de alto riesgo (22,24)	.fijaciones (11)
.hiperactividad (1,24)	.ira (16)		.desgarradura vaginal (4,24,25)	.pensamientos aislantes (6)
.agresividad(1,15,13,16)	.desprecio (24)		.desgarradura de pezón (4)	.aflicción (10)
.crueldad (1)	.repulsión (21)		.escoriaciones en el ano (13,25)	.preocupación por lo que piensan los demás (3)
.desconcierto 26% (3)	.odio (3,10)		.abrasiones (22,24,25)	.piensan que son inferiores (21)
.dificultades para dormir (3,4)	.tristeza (3)		.danos cerebrales	.reducen sus perspectivas (16)
.sueño agitado (23)	.dolor de la experiencia (3)		.dif. de aprendizaje	
.insomnio (23,24)			.dif. perceptivas	
.rebelión (4)			.dif. conceptualización	
.hogar (12)			.perdida de memoria (16)	
.escuela (12)			.nociónes espacio temporales	.percepción (16)
.temblor incontrolable(5)			.formación de ideas objetivas	
.llanto (5)			.emitir juicios (13)	
.pasividad (3,16)			.quemaduras (13)	
.tímidos (4)			.muerte (13,20)	
.repugnancia (10)			.mordeduras (13)	
.vagancia (12)			.magulladuras (13)	
.dificultades en su aprovechamiento escolar (1,12,16,18,24)				
.agresividad (13)				
.conduc. sex. inapropiadas (15)				
.masturbación (24)				
.mucho interés repentino por la sexualidad(23,24)				
.juego sexual precoz (24)				
.hipocondriacas (16)				
.identificación (16)				

1)Einbender y Friedrich (1989)
2)Alvarado (1979)
3)Finkelhor (1987)
4)Marcovich (1981)
5)Rubin y Kirkendall (1972)
6)Gold (1986)
7)Deblinger, Mcleer, Atkivs, Ralphe y Foæ (1989)
8)Green (1981)
9)Master y Kolondy (1987)
10)Giarreto (1980)
11)Karpman (1974)
12)Bromsmiller(1975)
13)Palomares (1983)

14) Becker, Skinner, Gene y Cichon (1986)
15) Browne y Finkelhor (1986)
16) Steele y Alexander (1981)
17) FEM (1986)
18) Beezley (1982)
19) FEM (1982)
20) Hernández (1989)
21) Brunold (1964)
22) Roffiel (1986)
23) María (1983-1984)
24) Brant y Tisza (1977)
25) Kuitko (1986)

CUADRO 1. Consecuencias inmediatas y a largo plazo que se pueden presentar en los infantes en cinco niveles (conductual, afectivo, interpersonal, somático y cognitivo) por la agresión sexual.

C A P I T U L O 3

TRATAMIENTOS CLINICOS

Como se sabe, la atención psicológica se requiere para ayudar a los individuos a resolver y a superar las perturbaciones no deseadas, siempre y cuando él lo demande. Así mismo, el tratamiento no es una serie de recetas que se puedan proporcionar, para resolver las dificultades presentadas por los seres humanos. Sin embargo, sí se pueden especificar pautas o líneas como guías de intervención.

En el caso de la agresión sexual infantil, el impacto es tal que la atención psicológica es esencial, desgraciadamente, como no todos los casos son reportados es necesario identificarlos.

3.1. DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL INFANTIL.

Se requiere especial atención para investigar qué ha sucedido, cuando el niño no explica abiertamente lo acontecido, es su actitud la que nos dará la pauta, ya que puede: *(nota)*

- a) mostrar antipatía hacia su maestro o conocido.
- b) no come normalmente.
- c) el niño no quiere estar con ciertas personas.

- d) Presenta malestar (es) físico (s), sin motivo aparente.
- e) Tiene sueños agitados.
- f) Padece insomnio.
- g) Manifiesta un interés repentino por la sexualidad.
- n) Quizá padezca alguna infección genital.
- i) Presenta cambios de comportamiento repentinos y de actitud. (María, 1983-1984 y Branzl y Tisza, 1980).

Dravoz
 Cuando se detecta la agresión, *se puede el* para *realizar* determinar la forma adecuada de tratamiento *o sea* es indispensable efectuar una evaluación cuidadosa y eliminar la ansiedad del pequeño como primer paso, *o sea* pues esta puede interferir negativamente en el tratamiento.

Para asignar el tipo de tratamiento es importante tomar en cuenta: quién agredió al niño, de qué tipo fue la ofensa, así como los reportes del servicio social, policía y médico (Beezley, 1982).

A continuación se explica, a partir de cinco aproximaciones distintas, *correcta* la manera como se ha dado tratamiento psicológico a los niños víctimas de agresión sexual.

3.2. TRATAMIENTO CONDUCTUAL.

OBJETIVO.- Su principal objetivo es eliminar las conductas perturbadoras y la protección del infante. Este tratamiento se deriva de las teorías del aprendizaje y modificación de conducta.

3.2.1. METODO.

En general la atención del infante requiere comprensión y evitar demostraciones excesivas de admiración. Durante la primera entrevista es fundamental creer todo lo que dice el infante (Rubin y Kirkendall, 1972; Roffiel, 1986 y Green, 1981) y además que así lo sienta él.

Lo más difícil de describir es el acto violento; se convierte en el primer paso, para superar la crisis. Para lograr la revelación de los acontecimientos, se debe dejar hablar al niño sin presionarlo a contar lo sucedido; si se le obliga, lo único que se puede lograr es estimular sus fantasías (María, 1983-1984 y Roffiel, 1986).

María (1983-1984) se basa en el juego; por medio de juguetes permite al niño expresar los acontecimientos, que le son difíciles de comunicar o aquellos que se renusa a manifestar con palabras.

Los juguetes empleados son muñecas de trapo, con genitales y estamores que representan el vello púbico, que sirven para escenificar la agresión sexual. Así mismo, al utilizar

al muñeco como títere puede hablar, sin que necesariamente, declare que a él le sucedió la escena representada.

Otro recurso, revelador de la experiencia, es que el niño realice un dibujo para desahogar sus vivencias. También es necesario enseñarle quiénes lo pueden tocar y cual es la manera adecuada.

Roffiel (1986) sugiere que a todos los infantes reportados como víctimas, aunque no presenten ninguna conducta típica de maltrato, deben de recibir atención de cuatro a seis semanas, básicamente un programa de prevención.

Cuando son víctimas de incesto, la atención debe ser más intensa y prolongada. Porque la niña queda desprotegida de los padres, quienes le podrían brindar afecto más directo (su propia familia).

A los padres se les debe enseñar a respetar los sentimientos de la víctima hacia su agresor, independientemente de su punto de vista. Para Rubin y Kirkendall (1972) la ayuda terapéutica es más necesaria cuando el ataque fue estupro y coercitivo. Por otra parte, no se debe platicar sobre la agresión en presencia del niño o en sitios donde pueda escuchar, pues el pequeño podría malinterpretar los comentarios, que generalmente se fundamentan o explican con base en mitos, lo cual provoca un desborde en la fantasía del infante que imagina lo sucedido como algo terrible. Podría pensar también que se planea algo en su contra. Tampoco es conveniente dejar a la niña con el victimario.

También a la niña se le debe de proporcionar información.

acerca de sus derechos, guiarla en sus decisiones en relación con su vida y brindarle apoyo para una atención médica, psicológica, legal y social.

Mientras Karpman (1974) solo considera adecuadas distintas formas de cuidado institucional, como hogares o albergues provisionales para ayudar al niño. Propone atención inmediata cuando hay enfermedades venéreas que pueden ser de extrema gravedad, esto implica un trabajo multidisciplinario.

Por otra parte, entre los proyectos presentados para dar asistencia a los infantes, se encuentra el de Nelki y Watters (1989), donde implementaron un programa, con seis niñas entre cuatro y ocho años de edad; quienes sufrieron tocamiento genital, contacto oral-genital o cópula, durante un lapso de entre un mes y un año; la terapia fue impartida a niños y madres, por dos terapeutas, un varón y una mujer, durante nueve sesiones de 1hr., y la colaboración de dos trabajadores sociales.

Los objetivos de esta terapia fueron:

- Proporcionar seguridad.
- Involucrar a un adulto que brinde seguridad durante la exploración.
- Enumerar las consecuencias del "síndrome de acomodación" (eventos traumatizantes que pueden convertirse en consecuencias severas en su vida), tratando de disminuir el daño.
- Que el niño exprese sentimientos (culpa y enojo) entendiendo lo difícil de hacer esto.

- Lograr improvisar la comunicación entre niños y cuidadores.
- Que el niño aumente su auto-estima.
- Prevenir posibles agresiones sexuales a futuro.
- Disminuir en lo posible las secuelas a largo plazo.

Para cumplir estos objetivos el programa estaba estructurado con actividades respectivas cada semana. También se utilizaron doce tarjetas Vizard's con dibujos que ilustraban la anatomía de una muñeca, en blanco y negro, reflejaban el origen racional de los niños y episodios de una película " los niños no pueden decir no".

En la primera semana.- Se reunió a los niños con extraños y fueron aprendiendo los nombres de cada miembro por un juego de pelota.

2a. semana.- Se enseñaron los conceptos de bueno y malo, utilizando muñecas y tarjetas con dibujos del cuerpo humano y los niños colorearon las partes públicas y privadas.

3a. semana.- Se les enseñó a decir si y no, a expresar sus sentimientos y el sentido de los secretos.

4a. semana.- Tenían que dirigirse a la persona en la que confiarán más para mostrarles las tarjetas.

5a. semana.- Los infantes narraron, a quien ellos quisieran, algún acontecimiento, por medio de un juego de roles.

6a. semana.- Los pequeños expresaron su enojo; en qué situaciones se enojaban sus familiares y cómo se enojaban. Después se realizó un juego de roles en el cual la mamá y el niño estaban enojados, se remarcaron las consecuencias de

de ambas respuestas, enfatizando el terapeuta que ellos no tenían la culpa de lo sucedido.

7a. semana.- Se enfatizó, en la niña por medio de un juego de roles, que no era culpable ni responsable de lo sucedido.

8a. semana.- Se les enseñó la función y el reconocimiento de su cuerpo.

9a. semana. Se reunió a todo el grupo y se destacaron los aspectos educativos de los videos.

En general los resultados concontrados mostraron una reducción significativa de los problemas presentados por los infantes, a pesar de algunos disturbios presentados durante la terapia, como incrementos de enojo al recordar la agresión
excitación de los niños al ver los videos, lo que dificultó a los terapeutas el control de esto último, así como enseñar
les a los más pequeños lo relacionado con el cuerpo humano.
En lo que se refiere al video y juego de roles, sirvieron a los infantes para expresar sentimientos bastante fuertes.

En otro programa elaborado por Fox y Scherl (1972, en Turner y Frank, 1981) diseñaron un modelo para trece jóvenes solteras víctimas de asalto sexual; dividieron el trabajo en tres fases:

SERVICIOS QUE SE BRINDARON A
LA VICTIMA.

1. Fase aguda
Técnica empleada,
guía anticipatoria.

- Atención médica.
- Servicio legal y policiaco.
- Notificación a la familia o



U.N.A.M. CAMPUS
METACOLA

amigos.

- Proporcionar asesoría sobre sus preocupaciones actuales.
- Clarificación de los acontecimientos.
- Apoyo a la respuesta emocional.
- Consulta psiquiátrica.

En esta fase, es importante trabajar las respuestas emocionales de la persona, enfocarlas hacia aspectos reales; pues esto es la base esencial de preparación, para continuar con las fases siguientes.

IZT.

2. Fase de aguste exterior.
Técnica guía anticipatoria.

- Es una fase que debe ser breve, pues a menudo la gente la rechaza.
- Es importante rescatar todos los aspectos negativos de la experiencia y evaluar sus reacciones y las de sus amigos, respecto al ataque.

3. Fase de integración y resolución del problema.

- Aquí es importante la identificación de dos puntos:
- a) Los sentimientos de la víctima hacia ella misma; y
 - b) la identificación de los sentimientos acerca del violador.

Disminuye sus sentimientos negativos cuando expresa la culpa y la vergüenza que sienten; concluyen ellas mismas cuál fue su función en el ataque.

hicieron una evaluación cuidadosa, cuando se notó alteración en los patrones de sueño y conductas compulsivas, los autores no especificaron sus resultados.

También Turner y Frank mencionan el método de Burges y Holmstroms (1974), el cual consiste en una entrevista que evalúa datos relacionados con el asalto, respuestas emocionales, sexuales, hicieron una valoración con la evaluación policiaca y médica. Así como las implicaciones de la violación y finalmente las situaciones estresantes.

Dando el tratamiento por consulta telefonica o en un lugar apropiado, dependiendo de las necesidades de la víctima. Con la combinación del modelo médico esencial en la fase aguda y el social, que se apoya en las actitudes de la agredida con el fin de eliminar los sentimientos que la perjudican, el estrés y la ansiedad, mejorando su auto-estima y confianza en sí. Valorará las necesidades de atención, de control y propósitos a alcanzar. Los autores no especificaron cómo se lleva a cabo el tratamiento que plantean.

Por otra parte la desensibilización sistemática y la terapia cognitivo conductual (ver apartado 3.6) han resultado efectivas, en las víctimas de violación disminuyeron las quejas principales y como prevención para posibles ataques.

Otras estrategias conductuales son la inoculación de estrés, la inundación o implosión, ensayo conductual, empleadas para disminuir la ansiedad.

Para las dificultades interpersonales, entre más rápida sea la atención, la recuperación también lo será preparando a la víctima para cualquier encuentro con otras personas que pueden ser importantes en la terapia, se entrena por medio de juego de roles o ensayo conductual, estas técnicas le permiten identificar reacciones posibles de otros. Además se puede implementar la relajación y la detención del pensamiento y contemplar en el programa habilidades de auto-defensa (Turner y Frank, 1981).

Así como estas propuestas, se han planteado varias más por lo que Keller, Ciccinelli y Gardner (1989) realizaron un estudio con el fin de identificar las diferencias relevantes entre los programas, para lo cual elaboraron un cuestionario de 25 ítems; incluía puntos relevantes del maltrato sexual, preguntó la filosofía del programa, estrategias de intervención, técnicas de evaluación y características generales del cliente.

Encontraron respecto al tipo general de servicios terapéuticos, que ofrecieron en los programas lo siguiente:

Asesoría individual 93%, asesoría familiar 90%, evaluaciones al cliente 89%, de intervención en crisis 8%, terapia de grupo 84%, asesoría marital 73%, ayuda de grupo 70%, otros 57% y asesoría de alcohol y de drogas 33%.

En cuanto al tipo de instituciones que prestan el servi

cio, 43% son afiliadas-privadas, 30.4% afiliación pública, 15.2% pertenecen a una asociación independiente privada, 5.4% independiente público y otras 6%.

Con respecto a la naturaleza de la agencia:

Los servicios de protección al niño se brindan en 9.2%, servicio social en un 23.9%, de salud mental 25.5%, hospital 10.7%, otras agencias de salud 1.3%, escolar 1.1%, legal 1.6%, policía 0.4%, religioso 0.9%, otros 25.3%.

Por lo que se refiere a quien se dirige al programa, los hallazgos fueron: al violador 4.2%, al violador y a sus familias 2.9%, niños víctimas 15.2%, víctimas adultas 6.1%, víctimas, violadores y familias 35.3%, a la comunidad en general 4.7% y 28.2% de los programas se centraron en un tipo específico de violencia al niño, dan mayor énfasis a los casos de incesto: también se notó la atención en puntos específicos, cuando la agresión fue por un miembro ajeno a la familia. La aplicación de los programas vario de acuerdo a las características particulares de cada cliente, como edad, sexo y la habilidad para su funcionamiento normal.

Los violadores solo recibieron algún tratamiento cuando lo ordeno la corte, por sanciones legales formales o si fue voluntario, quienes más acuden al tratamiento son las víctimas y sus familiares.

Por otra parte, los servicios adicionales que brindaron los programas fueron: información 98%, reportar el daño 94%, consulta 92%, de protección 90%, educación 87%, coordinación de servicios 83%, educación a progenitores 83%, educación

sexual 72%, servicios de diagnóstico 71%, asistencia técnica 43%, auto afirmación 37%, ayuda a progenitores 30%, servicio médico 27% y servicio legal 18%.

El uso de los programas estandarizados y empleo de herramientas fue de 13.6% sólo antes del tratamiento, 18.8% sólo cuando se indicó durante el tratamiento, 29.6% durante y antes del tratamiento, 11.2% antes y después y 0.8% únicamente posterior al tratamiento. *Se discute*

En lo que respecta a las técnicas empleadas es común que se convinen varias terapias: terapia de juego, modificación de conducta, terapia de arte y una gran variedad de aproximaciones educacionales, entrenamiento de habilidades heterosociales, prevención y reestructuración cognitiva.

Las pruebas más empleadas en la evaluación fueron el MMPI, TAT, Test de la personalidad, la prueba de Rorschach, el WISC-R y el inventario de personalidad del niño y sólo 38% evaluaron los efectos pos-traumáticos.

Concluyen Keller, Cicchinelli y Gardner (1989) que la efectividad del programa depende de la organización del servicio y cuando el trabajo es multidisciplinario se contribuye a la eficacia del tratamiento y no hay características especiales en los programas.

Sin embargo, vale la pena remarcar el juego, el dibujo y la explicación del sentido de los secretos que da el terapeuta, al igual que las concepciones sobre lo bueno y lo malo como elementos valiosos que clarifican puntos relevantes de las perturbaciones.

A continuación se plantea la propuesta de tratamiento,

desde una aproximación humanista.

3.3. TRATAMIENTO HUMANISTA.

A partir de una perspectiva humanista Henry Giarreto (1980 y 1982) aborda los casos de agresión sexual en Estados Unidos.

Esta
El modelo de tratamiento se compone de tres componentes separados: apoyo profesional, un grupo de voluntarios y un grupo de ayuda propia, formado por grupos organizados en cada cuadra donde se reúnen las familias afectadas, para comentar entre sí lo sucedido; la discusión gira en torno a los siguientes puntos:

1) Comprender a los demás y no juzgarlos, para ayudar a sus hijos con ayuda profesional, eliminando de ésta manera sentimientos de destrucción y cólera.

2) Entender el proceso de recuperación.

3) Recordar que somos humanos.

4) Transmitir a los padres deseos de ayuda a otros.

Así mismo
Este programa cuenta con el servicio profesional de trabajadores sociales, de salud mental, abogados, jueces, un terapeuta de rehabilitación y además miembros de la comunidad.

a) OBJETIVO.

se enuncia brevemente
El tratamiento que ~~planteamos~~ ^{planteamos} para niños víctimas de incesto, ^{debe ser} su principal objetivo es facilitar armonía dentro del

sistema familiar, cuando éste no se ha destruido.

*además de esto
señalar los obj. particulares
de los casos*

b) OBJETIVOS PARTICULARES.

- Brindar ayuda inmediata de un terapeuta hacia el niño y sus familiares, pero principalmente a la víctima.

- Agilizar la reconstrucción de la familia y del matrimonio cuando sea posible.

- Los responsables del niño, tanto legales como terapéuticamente, en colaboración deben ver por la seguridad de las familias y niños.

- Fomentar el desarrollo del manejo de sí mismo, hacia aspectos positivos.

- Fomentar la ayuda propia, la comunicación intrafamiliar e identificar los medios de asistencia médica, legal, financiera y educacional adecuados, existentes en la comunidad.

- Proporcionar información a las agencias profesionales a donde puede acudir, alentando a los familiares abusivos a solicitar voluntariamente el servicio.

- Mejorar el modelo de los programas de tratamiento, para prestar un mejor servicio.

Dado de esta ayuda terapéutica no sólo se conciben los grupos

comichudos
A parte de sus objetivos, también toma en cuenta algunas premisas importantes para la asistencia psicológica, las cuales son:

- Considera a la familia como un sistema orgánico.
- Tiene en cuenta todos los comportamientos incestuosos.
- Considera la relación marital como el punto clave para

el equilibrio familiar, así como de su desarrollo.

Adams de Henry, Guawahi (1982)

Marcovich (1981) sólo parte de tres objetivos fundamenta

les:

También Marcovich usa esta enfoque en casos de lapso sexual por ésta sólo cuando 3 objetivos

- 1) La detención de las relaciones incestuosas.
- 2) Brindar atención profesional y de grupo para cada uno de los padres y de la víctima.
- 3) Proporcionar la ayuda indispensable a la víctima para que logre su integridad, así como gozar de una vida sexual normal.

3.3.1. METODO.

los objetivos expresados han de cumplir con:

Para alcanzar sus metas es necesario:

a) La valoración de sí y concentración.- Para lo cual se puede hacer un listado de características familiares, del cliente, en la exploración inicial, enfaticando las características positivas y señalando las conductas no deseadas (empleo de drogas, alcohol, cigarros, conductas agresivas, hostiles) (que impiden el desarrollo escolar, familiar, laboral, así como la habilidad de comunicarse con personas importantes en su vida.)

Cuando los recuerdos son causa de sufrimiento, deben detenerse de inmediato, buscando la forma más adecuada de abordar el caso.

Antes e hijos

b) Identificación de uno mismo.- Hay que transformar los

sentimientos del cliente, pues al identificarse y transformar su razonamiento podrá ^{dejar esto} eliminar sentimientos fuertes que le impiden estimarse. Este cambio debe ser para cada miembro de la familia.

c) Dirección de uno mismo.- Si el paciente asume que todos pueden aprender a controlarse, comportarse y especialmente a elegir el curso de su vida, cada miembro de la familia puede proponer aspectos positivos que mejoren su futuro.

d) Para conseguir el equilibrio familiar es indispensable: fomentar un alto concepto de ellos mismos, pero no de su perioridad, el aumento del primero, a su vez, ayuda a los progenitores a ver a los infantes como personas individuales valiosas; la importancia de fomentar una valoración más positiva de uno mismo es, eliminar las conductas destructivas hacia ellos mismos y hacia otros.

El desarrollo de los pasos debe de ser paralelo.

3.3.1.1. TECNICAS EMPLEADAS.

Se empleó la aproximación de la Gestalt, aproximaciones experimentales, el psicodrama y el analisis transaccional.

A los clientes más hábiles, se les asignaron tareas que practicaron en sus casas que no requerían de ayuda y les sirvió para integrar y ampliar su espíritu.

En su programa de (1982), Giarreto manejó la enseñanza

Bajo este prospecto, Giarreto amplió en un programa de interacción la enseñanza →

del amor y el respeto para los niños. Primero, si la niña corre peligro se recoge y manda a custodia provisional; si no, se le regresa a su casa y posteriormente se designa un tratamiento para la familia. Antes de reunir a la familia se da asistencia profesional a cada miembro; después de una consulta:

- madre-hija.
- marital en caso de que la familia pueda reunirse nuevamente.
- padre-hija.
- familiar y de grupo.

El orden de estos pasos puede variar, pero todos estos pasos son necesarios para la reconstrucción familiar. Cuando el padre es puesto a disposición de las autoridades, si no se detecta que tenga algún disturbio psicológico o depresivo, que sea un maniático, o presente algún otro disturbio, se manda a prisión y no tuvo derecho al programa.

de esta información se accede que
Los resultados han sido exitosos; en la mayoría de los casos, 90% de los niños regresaron a sus casas durante el primer mes de tratamiento, además reporta un gran avance en los infantes cuando se enteraron que el agresor lo habían encarcelado. *por ahí todo para ellos* También menciona que el tratamiento dependerá de qué tan humanistas sean los miembros del grupo y que no es suficiente la motivación de la terapia para el restablecimiento de la familia, ni para los padres, pues hay padres que después continúan sus relaciones incestuosas; finalmente hace mención de que la sociedad Norteamericana no responde

de una manera responsable a este problema y que los programas de atención para todas las víctimas de violencia sexual no son efectivos. *Henry Giannab dera qe*

Para concluir el tratamiento se deben notar cambios en la comunicación entre los miembros de la familia, principalmente de los progenitores, así como sus habilidades para auto-dirigirse y que los miembros no sientan la necesidad de ayuda profesional.

Por otro lado
Marcovien (1981) considera que para el éxito del tratamiento es importante:

- que el tribunal de justicia apoye a la víctima.
- Para la reconstrucción de la familia se requiere de un gran esfuerzo de ésta.
- El tratamiento individual debe orientarse hacia una valoración propia y la eliminación de sentimientos de impotencia e inseguridad.
- Planear sesiones donde se evalúe a los miembros las consecuencias a más largo plazo, y
- Mientras más se retrase la atención surgirán más dificultades tanto en la persona como en el tratamiento.

3.3.2. CASOS AGUDOS DE ANSIEDAD.

Por otro lado en cuanto a los casos agudos donde se reporta ansiedad, Brant y Lizza (1977) indican que se requiere de:

- se reporta ansiedad se requiere además para casos agudos donde*
- 1) Un sistema de apoyo, primordialmente interdisciplinaria

rio con los niños y familiares por el alto nivel de ansiedad y sentimientos fuertes, además de las dificultades para diferenciar la realidad de la fantasía.

2) Determinar el rol del infante dentro de la familia y los valores transmitidos por las generaciones pasadas.

3) Para lograr seguridad y control se deben valorar las posibilidades de la familia, para brindarla ella misma. Así como la capacidad de los progenitores para controlar sus impulsos y participar con la familia que, seguramente, carece de habilidades de protección para con los infantes. Con estas familias se debe de intervenir de inmediato y trabajar en colaboración, siempre que sea posible, con el tribunal de justicia. (siempre que sea posible)

4) Las soluciones al problema deben ser sencillas y seguras, no convertirse en parte del problema o empeorar la situación para la víctima y otros miembros de la familia.

La terapia familiar en estos casos es interesante rescatarla, pues cuando la relación fue incestuosa, sería absurdo darle atención solo a la víctima, ya que de alguna manera la familia influye en gran medida en el tratamiento.

Por otro lado, la intervención en crisis es un aspecto esencial en un tratamiento, y se contempla en seguida.

3.4. INTERVENCION EN CRISIS.

El modelo de intervención en crisis parte de los trabajos de Eric Lindeman y Caplan (1964) donde crisis significa " estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo" (Slaikeu, 1989, pág. 11).

Como no siempre consiguen resolver sus problemas por medio de sus métodos cotidianos, por el impacto del suceso que altera algunas áreas de su vida que no saben cómo manejar, entonces se estructura la intervención en crisis para ayudar a superar el periodo de crisis; la terapia debe de estar bien definida.

a) OBJETIVO.

Su objetivo principal es brindar apoyo de inmediato al paciente y lograr que el individuo se integre funcionalmente en su ambiente y pueda estructurar el futuro positivamente.

Además se pretende:

- Facilitar la comunicación de la persona en crisis con otros.

- Ayudar al individuo y/o familia a entender correctamente la situación.

- Y, ayudarlos a manejar sentimientos y emociones, obteniendo el dominio cognoscitivo de ella.

3.4.1. METODO.

El servicio de intervención en crisis está diseñado para entrenar a personal, no necesariamente especializado, que pueda brindar ayuda de emergencia durante tiempos cortos. Lo cual facilitara la asistencia de la víctima, ya que se atiende más directamente la crisis por la que atraviesa el individuo.

Se realiza una evaluación, basada en los cinco aspectos del CASIC (respuestas conductuales, afectivas, somáticas, interpersonales y cognitivas, ver cap. 2), del individuo; además se consideran aspectos familiares, sociales, comunitarios y culturales.

La terapia se estructura en dos niveles, apoyo de primer orden y ayuda de segundo orden. Brindar apoyo de primer orden consiste en salir de la crisis por el momento. La atención pueden darla los padres, el servicio policiaco, el clero, abogados, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, etc.; en la comunidad: en la casa de la víctima, escuela, agencias, etc., con el fin de reducir la mortalidad y el maltrato del infante y se evalúan los componentes del CASIC. El tiempo que se lleva casi siempre es de una sesión y no hay límite de tiempo. Esta primera intervención consta de cinco componentes:

Primero, establecer la relación psicológica, con el objeto de que la víctima se sienta escuchada y que alguien la apoye, ayudándola a relajarse en lo que sea posible.

Segundo, evaluación del problema, para definir dónde se debe intervenir de inmediato, y lo que se puede dejar para después.

Tercero, establecer las posibles soluciones, a corto y largo plazo, tarea que concierne tanto al paciente como al terapeuta.

Cuarto, se toma una decisión concreta, de las ya mencionadas, para cubrir las necesidades más inmediatas. Cuando la persona tiene pocos riesgos de mortalidad y puede actuar en su propio bienestar, se definen las medidas a tomar entre el paciente y el terapeuta. Y cuando el cliente no puede actuar positivamente hacia él mismo y corre grandes riesgos de muerte, hay que ponerse de acuerdo con la familia u otras personas dispuestas a colaborar.

Quinto, finalmente, el seguimiento, donde se elabora la forma de trabajo y el programa de tratamiento, especificando claramente cómo se llevará a cabo todo. Se hace una revisión de si se han cumplido todas las metas planteadas en la primera ayuda psicológica, la cual no se considera terminada si no se han cumplido los objetivos.

Después de la primera ayuda se brinda la de segundo orden: " enfoca al paciente a enfrentar la crisis obteniendo mejores niveles de funcionamiento que antes del ataque"

(slaikeu, 1989, pág. 72).

Esta terapia la pueden brindar psicoterapeutas y asesores preparados en este tipo de ayuda, en sus respectivos centros de servicio, con el fin de darle una solución a la crisis; enfrentarla, organizarla, con el compromiso de planear una vida futura, evaluando más específicamente cada componente del CASIC.

La duración de las sesiones puede ser de semanas o meses.

Por otra parte, con un sistema que se modifique, pueden propiciarse cambios efectivos en general, en la víctima.

Con los niños la reestructuración puede ser más sencilla debido a que se encuentran en un proceso de aprendizaje, de esta manera pueden integrarse nuevos conocimientos, que son más verídicos.

Lo más interesante del modelo es la forma estructurada para intervenir en aspectos específicos y bien definidos que de alguna manera son los que más dificultan el desarrollo de un individuo; además buscar estrategias bien específicas y estructuradas de intervención es de gran ayuda para el tratamiento.

A continuación se plantea, a partir de la psicoterapia breve, la forma como han abordado la terapia psicológica aplicada al problema de la agresión sexual infantil.

51

3.5. PSICOTERAPIA BREVE.

La ^{esta} psicoterapia breve parte de la teoría psicoanalítica ortodoxa, sólo que trata de ser más concreta en sus aplicaciones y en menor tiempo, dependiendo del estado emocional del paciente. (Bellak y Small, 1988).

a) OBJETIVO.

La psicoterapia considera el apoyo psicológico necesario, inmediatamente después del ataque, y de manera ininterrumpida. Pretende guiar al paciente hacia la disminución de sus conflictos intensificados, a la reconstrucción de una relación de confianza con los nombres; a superar la ira, la agresión y eliminar todos aquellos sentimientos que les hacen sentirse vulnerable (Bellak y Small, 1988); así como a entender algunos de sus comportamientos, situaciones familiares, y a relacionar sus experiencias anteriores con el presente y cómo ellos perciben y responden a situaciones actuales (Gottlieb y Dean, 1982).

3.5.1. METODO.

Bajo esta etapa, también el rol de los otros involucrados también se sigue en mente, por lo así

Beezley (1982) recomendó buscar alternativas para que los niños de educación primaria recibieran atenciones adecuadas a sus problemas emocionales, causados por la agresión sexual y la negligencia; reconoció que la literatura

sobre estos aspectos es muy limitada.

Presentó una alternativa de tratamiento con niñas de cuatro a siete años, todas ellas experimentaron acercamientos afectuosos inapropiados y estimulación manual en los genitales por sus padres biológicos. Se evaluaron aspectos sociales, académicos, de lenguaje, cognitivos y afectivos. La información se obtuvo a partir del discurso de los niños por asociación libre, interpretación de sueños y deseos; se completó la información con la proporcionada con los padres, durante las visitas a la vivienda de las niñas, y a sus escuelas. Después de ocho meses se realizó una evaluación tanto de los padres como de los profesores.

La terapia se impartió semanalmente, de 1hr. a 1hr. y media, por seis semanas; guiada cada sesión por el terapeuta que construye el método de intervención y un coterapeuta varón. En cada una de ellas se proyectó un video y la otra parte se dividió en una actividad estructurada, donde la niña expresó sus perspectivas futuras, realizaron algún juego, elaboraron objetivos individuales para cada niña, a parte de cumplir con los del grupo: estos últimos fueron:

1.- Se les proporcionó un ambiente seguro con el fin de que las niñas pudieran hablar de sus sentimientos individuales y dificultades familiares.

2.- Se les asignó el rol de adultos a mujeres y a varones, para que diferenciaron lo que experimentaron en sus roles biológicos (esta relación se hace sin exploración, además

más puede producir agitación).

3.- Se les brindó la oportunidad a las niñas de narrar con quiénes tuvieron experiencias sexuales similares.

4.- Que las niñas mejoraran sus relaciones sociales.

5.- Entender porqué se dio la violencia sexual.

6.- No castigar al infante durante las sesiones.

7.- Cuando es necesario romper el vínculo que une a la niña con su progenitor, se planearon visitas supervisadas entre ella y el padre (en ocasiones hay que deshacer el vínculo entre ambos progenitores).

8.- Crear nuevas perspectivas futuras.

En cuanto a los progenitores, se les proyectó una película sobre el maltrato sexual y, al igual que las niñas, los padres deben narrar sus acciones y todo lo sucedido en relación con sus hijas.

Un punto importante con el que hay que tener cuidado, es con el de las conductas de las niñas, pues algunas aparentan ser muy maduras, las cuales se basan en relaciones dependientes solidas o estrechas, estas conductas engañosas disminuyen al sentir la niña confianza en el terapeuta.

tanto de este

de los de los obtenidos

Del programa puesto en marcha, se encontró alta deserción de los progenitores, negación de éstos, (al inicio de la terapia), de haber cometido la agresión. Además, después de la evaluación final, se detectaron dificultades emocionales; debido a esto se consideró indispensable proporcionar herramientas que les sirvieran en un futuro y si era posible continuar dos o tres días más con la terapia, cinco de las niñas pronosticaron dificultades a largo plazo, en las áreas de autoestima, sexualidad y dependencia.

Esta investigación nos muestra cómo la autoestima es una de las áreas más relevantes que se deben trabajar, ya que permite un gran avance en la superación del problema. Así mismo la sexualidad y el tratar de hacer que el individuo sea independiente.

Por su parte Gottlieb y Dean (1982) trabajaron con dos grupos de niñas agredidas sexualmente: uno cuyas edades oscilaron entre doce y catorce años, y el otro de trece a catorce años, de diferente estrato socioeconómico, canalizadas por el departamento local de servicio social, se guió a las jóvenes por medio de la reflexión de los siguientes puntos:

- Puntos de vista social y religioso hacia el sexo.
- Responsabilidad del sexo masculino y femenino.
- Masturbación.

En otra entrevista con esta autora, realizado por Gottlieb y Dean (1982), trabajaron con 2 grupos de niñas agredidas sexualmente, cuyas edades oscilaron entre 12, 13 y 14 años, donde por medio de este tratamiento se guio a las jóvenes a la reflexión sobre: ○

- - Forma adecuada para dirigir su sexualidad.
- - Desviación sexual.
- - Actos y sentimientos incestuosos.
- - Introducción de definiciones sexuales y términos.
- - Sentimientos y fantasías sexuales posibles hacia el coterapeuta.
- - Fantasías en general de la adolescente en relación con la vida privada, tanto de ella como de otros.

Con las adolescentes que no fueron tan inhibidas se trabajó en grupo.

Desde Los autores no especifican el proceso de tratamiento, ni los resultados; se enfocan más a describir la relación paciente-terapeuta. Lo único que concluyen es que, a pesar de tener las adolescentes experiencias parecidas, tipos de explotación ambos física y psicológicamente, las necesidades de tratamiento pueden ser distintas y que los terapistas cuya actitud fue estar en contra del sexo opuesto, fue perjudicial al grupo, esto impidió a las jóvenes observar la dinámica positiva que se puede dar en la relación mujer-hombre.

Además mencionan que algunas adolescentes tienen dificultades durante la terapia pero no aclaran cuáles son.

Estos autores, Gottlieb y Dean (1982), se enfocaron más

*Pero
aprovechó de que*

a trabajar un programa sobre sexualidad y olvidaron trabajar otros factores de igual importancia. A pesar de ello, se puede rescatar lo indispensable que es la preparación acerca de sexualidad que debe tener el terapeuta y detectar el tipo de población con la que está trabajando.

3.5.2. ELIMINACION DE LA ANSIEDAD.

Speier (1970) señala cómo puede disminuir ésta, causada principalmente por las perturbaciones emocionales:

a) Temores; distinguir bien hacia qué está enfocado el temor y clasificarlo para poder enfrentarse a otros más elevados.

b) Sentimientos y situaciones difíciles que causan confusión y hacen sentir responsable al niño, esto sólo se puede solucionar si se soluciona la culpa.

c) Vivencias que le causan confusión, la manera de disminuir la ansiedad, por este motivo es proporcionar información apropiada y real de los acontecimientos que fortalecen el yo.

d) Cuando la personalidad del individuo es inmadura, la ansiedad puede ser difusa y generalizada. Para esto hay que fortalecer el yo, primero se deben superar todos los temores, reales (esto es que si existen y tienen razón de ser), y des

pués lo que le produce tensión durante la psicoterapia.

e) Ansiedad, provocada por una serie de acontecimientos acumulados, se elimina al aclarar las ideas confusas por medio de una representación de imágenes adecuadas, que representan la experiencia que origina la confusión, al hacer esto el niño podrá comunicarse y aclarar los aspectos que, lo perturban, también es necesario que el paciente sienta la confianza del terapeuta.

En el texto se pide que se haga otro trabajo es

Al pasar por todos estos puntos se guía al infante hacia un proceso de maduración, lo cual le permitirá superar la ansiedad, temores, y agresiones induciéndolo a ver las cosas dentro de la realidad.

La siguiente propuesta de atención a partir de un enfoque cognitivo conductual, es una alternativa que bien vale la pena mencionar.

3.6. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.

Esta terapia es un proceso dinámico, estructurado, directivo y con límite de tiempo, que se basa en cómo el individuo percibe y estructura los hechos y qué piensa de ellos. A partir de esta evaluación pueden darse cuenta de los avances positivos o negativos y lograr un control de ellos (Beck y Rush, 1983 y Meichenbaum y Jeremko, 1987).

El término "cognición" hace referencia a uno de los mecanismos menos específicos (pensamientos privados del ser humano), que funcionan como mediadores de conducta con una relación recíproca, que se organizan en un sistema casi autónomo que opera con base en una serie de normas de conducta evidentes que influye en los procesos complejos (Schwartz, 1982 y Beck y Rush, 1983).

Para identificar las imágenes y el lenguaje interno del individuo, el terapeuta procede con acciones determinadas hacia el paciente, centra el problema en el aquí y ahora y de esta manera logra clarificar los pensamientos y sentimientos respecto a los hechos actuales que afectan al paciente (Beck y Rush, 1983).

Schwartz (1982) menciona que la terapia Cognitivo Conductual se basa en las siguientes premisas:

a) Forma de procesar la información.- Que se refiere a la manera de estructurar, almacenar y utilizar la información del lenguaje, la percepción, la atención y la memoria.

b) **Sistemas de creencias y opiniones.**- Aquí se incluyen las ideas, las actitudes, las experiencias propias y otras experiencias.

c) **Relato de sí mismo.**- Esto es, su diálogo interno (monólogo) sobre aquellas conductas que influyen en sus sentimientos.

d) **hacer frente y resolver el problema.**- Incluye procesos simbólicos y conceptuales para alcanzar las respuestas efectivas que le ayudara afrontar situaciones problemáticas.

Por medio del enfoque se pretende guiar al individuo para que:

1) Se haga consciente de los estilos de pensamiento negativos que le impiden su desempeño y lo guían a una preocupación emocional.

2) Genere con apoyo del terapeuta, un conjunto de auto-verbalizaciones concretas, estrategias, formas y todo aquello que sea necesario para utilizar y/o manejar sin dificultad; y

3) Aprenda habilidades adaptativas, cognitivas y conductuales bien específicas (Meichenbaum y Genest, 1987).

La aplicación de la terapia Cognitivo Conductual, se limita a las respuestas verbales acerca de las cogniciones de sus expectativas del paciente (Schwartz, 1982).

Con los niños una de las maneras de implementar el tratamiento es por medio del juego. El entrenamiento inicia con un grupo de tareas (juegos), donde el niño es un poco eficiente y no existen las historias de fracaso ni frustraciones. Las tareas que emplea el terapeuta guían al paciente por sí mismas a un enfoque de autoinstrucción; tienen un gran vínculo con el empleo de estrategias cognitivas.

Existen dos características relevantes, que vale la pena mencionar, que permiten una mejor interacción paciente-terapeuta: por un lado, la clave del entrenamiento es considerar al infante como un colaborador en el momento de generar y aplicar las tareas. Por otro lado, la flexibilidad con la que se puede manejar el tratamiento (Meichenbaum y Genest, 1987).

Por su parte estos autores también consideran que los programas deben:

- a) Detectar estrategias distintas donde cada una sea funcional para diferentes situaciones de aprendizaje.
- b) Entrenar a los niños en dichas estrategias asegurándose de que aprendieron cómo y cuándo aplicarlas.
- c) Entrenar en el paquete de instrucción para que los

elementos comunes al entrenamiento y a la generalización, sean evidentes, y los distractores mínimos.

d) Desarrollar rutinas de investigación en el niño, por medio de la autoinstrucción, que le anime a analizar una tarea, a explorar su repertorio de estrategias, a emparejar las demandas de la tarea y a restablecer el plan.

c) Fomentar en los niños el desarrollo de sus habilidades, para proporcionarles conciencia de la ventaja que tiene el control y la toma de decisión en la solución de problemas, y

d) Reforzar de manera muy explícita, el rendimiento satisfactorio para lograr que éste se sitúe bajo el control de contingencias ambientales naturales, tales como los sentimientos positivos que tiene cuando resuelve un problema difícil.

Estos puntos son eficaces para enseñar habilidades de planeación y auto-evaluación: así como supervisar la solución de problemas para mejorar los procedimientos de modificación cognitivo conductual.

En México, una de las alternativas que se han dado partiendo de este enfoque, para atender a las víctimas de una agresión sexual, es la que se da en el PIAV (Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas), se trata de un proyecto de investigación sobre violencia sexual, que toma cuenta la revisión constante de publicaciones relevan-

tes acerca del tema; dichas publicaciones se clasifican en tres subniveles: teórico, epidemiológico y tratamiento vinculado con la investigación y la docencia (Valladares, 1990).

3.6.1. TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL PIAV.

a) Objetivo.

brindar atención integral: médica, psicológica, social asesoría legal a víctimas de la violencia sexual, a través de un equipo multidisciplinario, para que las víctimas enfrenten el evento crítico, lo integren a su estructura y enfren--ten el futuro de manera adecuada (Valladares, 1990).

b) Objetivos específicos:

1.- Proporcionar información sobre la violación, partiendo de que es un problema social relacionado más con la violencia que con la sexualidad.

2.- Lograr relajar al paciente en las situaciones vinculadas con el asalto.

3.- Ayudar a clarificarle todas aquellas cogniciones erróneas ocasionadas por el maltrato (sobregeneralización, catastrofización, auto-etiquetación negativa).

4.- Lograr que adquiera habilidades para eliminar las cogniciones negativas, y las substituya por perspectivas racionales y realistas.

5.- Que pueda relatar abiertamente el acto de agresión padecido, con quien lo crea apropiado.

6.- Que adquiriera la habilidad de iniciar, mantener y finalizar conversaciones con individuos con características similares al agresor.

7.- Que logre enfrentarse en vivo a las situaciones causantes de la ansiedad.

8.- Ayudarla a disminuir y analizar las situaciones peligrosas y a proponer sus propias alternativas.

9.- Proporcionarle información sobre medidas de seguridad que puede tomar en su casa, calle, transporte público y ante extraños.

10.- Brindar a los padres la información necesaria.

3.6.2. METODO.

El proyecto consta de tres fases:

FASE I. Evaluación.

1a. sesión.- Dependiendo de las necesidades del paciente se da apoyo ginecológico y psicológico. Haciendo la primera evaluación. Además se da intervención en crisis (ver apartado

3.4).

2a. Sesión.- Se realiza una evaluación detallada de las conductas vinculadas con el ataque.

FASE II. Incluye de las sesiones tres a la ocho que se subdivide en tres etapas.

1.- Fase educativa.- Se da información acerca de todo lo relacionado con la violación y se enseña a reflexionar al paciente.

2.- Fase de entrenamiento.- El paciente adquiere habilidades para enfrentarse a las consecuencias sufridas, en tres niveles:

- . fisiológico.
- . cognitivo.
- . motor.

3.- Fase de aplicación de habilidades de afrontamiento.- Aquí el paciente debe ser capaz de poner en práctica todo el repertorio de habilidades adquiridas en escenarios naturales.

FASE III. Post-Evaluación.- Se aplican nuevamente los inventarios de la evaluación inicial.

Los inventarios de la evaluación y algunos ejercicios del tratamiento aparecen en los apéndices del uno al siete.

Los resultados del programa fueron de 127 casos de incesto, estupro, tentativa de violación y violación, el 95% han sido mujeres y el 5% varones, donde un 64% son menores de 18 años. La edad promedio del agresor fue de 28 años, con un rango de 13 a 45 años, siendo el 45% conocidos por sus víctimas.

Con respecto al lugar donde ocurrió la agresión el 70% fue en lugares cerrados, el 7% con luz natural, el 83% violencia individual, en 68% de los casos se emplearon armas y en un 86% se empleo la intimidación y coerción.

Por otra parte un 100% de las víctimas reportó síndrome postviolación y un 30% resultó embarazada. A todas se les dio terapia de emergencia y al 80% especializada; iniciaron la denuncia legal el 80%, sólo el 40% de los violadores fueron consignados.

El trabajo inter y multidisciplinario ha resultado una estrategia de apoyo efectiva; al mismo tiempo ha permitido a las víctimas superar la crisis y enfrentarse de una manera más adecuada en su futuro.

Se puede decir que a partir de esta alternativa, por su flexibilidad, permite ayudar al paciente en las áreas prioritarias y sirve para que termine con éxito el tratamiento y adquiera las habilidades indispensables.

3.6.3. ENTRENAMIENTO EN INOCULACION DE ESTRES.

Veronen y Kilpatrick (1987) diseñaron un modelo llamado "Entrenamiento en Inoculación de estrés" (EIE), especial para víctimas de violación que mostraban temor, ansiedad y evitación fóbica; el objetivo de este entrenamiento es controlar la ansiedad y adquirir nuevas habilidades para enfrentarla, por medio de una amplia reflexión sobre sus cogniciones.

Las reacciones de ansiedad las especifica como "una respuesta normal que se puede manifestar a través de tres canales: conductual o motriz, cognitivo o mental, y físico o autonómico". Estos tres canales pueden relacionarse en distinta forma y se deben de identificar las respuestas de cada canal; se le explicaron al paciente las fases en las que se da la ansiedad.

Aquellas habilidades que debe adquirir la persona para afrontar la ansiedad son:

- La relajación muscular.
- El control de la respiración.
- Escenificación de comportamientos (rol-playing)
- Modelado encubierto. Se lleva a cabo después de que la paciente maneja las tres anteriores.
- Detención del pensamiento.
- Y auto diálogo guiado.

Concluye que el tratamiento no es adecuado para personas con altos niveles de ansiedad, por la repetición constante de

las actividades. Por otro lado, piensan los autores que puede ser más apropiado en quienes muestran secuelas a largo plazo, desarrolladas y específicas.

Si no se pueden seguir todos los aspectos de la técnica "inoculación de estrés", los primeros sí podrían manejarse para aquellos pacientes que estén tensos: o se pueden practicar ejercicios rápidos y sencillos de respiración y relajación muscular con los pacientes de altos grados de ansiedad.

En general, el nivel de análisis y flexibilidad de este enfoque permite al individuo adquirir una serie de habilidades para enfrentarse a la situación difícil que atraviesa y superar las secuelas a largo plazo.

Hasta aquí se han planteado algunas formas de asistencia psicológica, pero en cada una de ellas hay aspectos generales que deben tenerse presentes, ellos se mencionan a continuación.

3.7. ACCIONES QUE SE DEBEN EVITAR DURANTE EL TRATAMIENTO.

Los puntos que deben tenerse presentes para no perjudicar al niño durante la terapia son los siguientes:

- 1.- Dejar solo al paciente durante la revisión médica.
- 2.- Obligar al niño a hablar sobre los hechos.
- 3.- Regañar al infante.
- 4.- Hacer sentir a la víctima que su vida ha sido destruida.

- 5.- Decirle que terminará como una prostituta.
- 6.- Lamentar los hechos como algo criminal.
- 7.- Hacerla sentir que le ha pasado lo peor.
- 8.- Dirigirse hacia ellos con lástima y cuidados exagerados. (María, 1983-1984).

Por su parte Slaikeu (1989) señala otros aspectos que complementarían los anteriores:

- 9.- Repetirle su propia historia.
- 10.- Ignorar hechos o sentimientos.
- 11.- Juzgar o tomar partido.
- 12.- Atenerse a respuestas de sí/no.
- 13.- Permitir abstracciones continuas.
- 14.- Ignorar signos de peligro.
- 15.- Permitir la visión en tunel.
- 16.- Dejar obstáculos inexplorados.
- 17.- Tolerar una mezcla de necesidades.
- 18.- Intentar resolver todo en el momento.
- 19.- Tomar decisiones obligatorias para el paciente, a largo plazo.
- 20.- Ser tímido.
- 21.- Retraerse de tomar responsabilidad cuando sea necesario.

22.- Dejar detalles al aire, o suponer que el paciente continuará bajo su propia responsabilidad las acciones del programa.

23.- El terapeuta no debe dejar la evaluación a alguien.

3.8. ASPECTOS A CONTEMPLAR DURANTE LA TERAPIA.

Slaikeu (1989) señala algunos puntos generales a seguir durante la terapia:

- 1.- Escuchar cuidadosamente al paciente.
- 2.- Reflejar sentimientos y hechos, en la medida de las posibilidades.
- 3.- Comunicar aceptación.
- 4.- Formular preguntas abiertas, concluidas.
- 5.- Pedirle a la persona que sea concreta.
- 6.- Evaluar la mortalidad.
- 7.- Estimular la inspiración repentina.
- 8.- Abordar directamente los obstáculos.
- 9.- Establecer prioridades.
- 10.- Tomar una medida a un tiempo.
- 11.- Establecer objetivos específicos a corto plazo.
- 12.- Confrontar cuando sea necesario.
- 13.- Ser directivo, si y sólo si debe serlo.
- 14.- Evaluar etapas de acción.

3.9. OBSTACULOS EN EL TRATAMIENTO.

Hay algunos aspectos que interfieren en el tratamiento de los infantes, como son:

a) FAMILIARES.

-Cuando hay una negación, por parte de la familia, de la existencia de las relaciones incestuosas; sobre todo si el agredido representa el soporte familiar. El terapeuta debe tener cuidado, no dejarse influir por la familia y resolver los problemas familiares.

-Si la madre se rehusa a aceptar los acontecimientos y prefiere continuar su relación con el agresor y no ayudar a su hijo (a), a tal grado que provoque un daño emocional más grave en el infante.

-Las opiniones familiares respecto a lo sucedido (Roffiel, 1986).

-Decidir quién recibirá la atención y cómo.- Los terapeutas se guían por su juicio clínico, intereses profesionales y por ende aproximación teórica que maneje. Para los casos donde se presenta patología anormal intrapsíquica, es probable que el tratamiento sea individual. Cuando la agresión resulta de la interacción familiar, el tratamiento se da a toda la familia como una unidad, el peligro es que los miembros de la familia esperen ser tratados de la misma forma.

-Si por lo sucedido se ven afectados amigos y/o familiares, que pueden ser recursos eficaces para el tratamiento, e interfieren en la atención de la víctima, pues también requieren de atención, no se puede contar con ellos, recurso que podría ver sido valioso.

-La dependencia del cliente y sus familiares.- El que la gente esté acostumbrada a que cuando acuden a un centro les resuelvan sus dificultades, viene a interferir; ya que demandan fórmulas y/o recetas para el tratamiento (Alvarado, 1979 y Beezley, 1982).

b) SOCIALES.

-Las actitudes hacia la sexualidad y la agresión sexual; enfrentarse a las ideas de algunos adultos, sobre las relaciones sexuales entre niño-adulto, dificulta al terapeuta llevar a cabo su intervención. Así como la educación moralista represiva interfiere en la construcción del modelo de trabajo, respecto a cómo abordar los aspectos sexuales hacia el niño, involucrándose también su ética profesional y personal.

-Hacer frente a la resistencia de la comunidad.- La falta de conocimiento de esta agresión, por parte de la comunidad, los lleva a rehusarse a aceptar que existe, su renuencia llega a tal grado que hay quienes consideran a las víctimas peor que leprosos y los desprecian.

-El mejor soporte se da gracias a la colaboración interdisciplinaria, pues al discutir y evaluar los casos, los di-

versos puntos de vista ayudan a esclarecer los acontecimientos para evitar la destrucción emocional.

Por un lado, contribuyen a la resistencia los medios publicitarios y la educación pública inadecuada, por otro, el aprendizaje inmerso en la cultura de que la virginidad es lo más importante en una mujer; la mujer-virgen es digna, nonorable, inspira respeto. Cuando una paciente otorga tal valor a la virginidad, este hecho la lleva a desmoralizarse y a padecer un gran sentimiento de vergüenza por la pérdida sufrida. Lo anterior constituye el principal conflicto en una violación; además, la familia comparte ese sentimiento de culpa y vergüenza de la víctima (Alvarado, 1979 y Beezley, 1982).

c) TIEMPO.

Mientras más se retrase la atención, la persona tendrá más dificultades y la crisis se hace más aguda. Por eso es recomendable la asistencia psicológica a la brevedad posible.

d) OTROS.

-Solicitud de atención por causas no relacionadas con el daño sexual.- El solicitar solución a problemas anteriores a la agresión, hace difícil el tratamiento e inclusive puede desviar al terapeuta si no está alerta.

-Dejar sola a la niña con el atacante.

-La extrapolación de programas diseñados para el maltra-

to físico interfiere en el tratamiento.

-El terapeuta debe ser una persona ajena a la familia.

-Comasión y control externo.- Para algunos profesionales no es fácil brindar compasión hacia los niños, por la ira y la impotencia de comunicarse en ese momento. En ocasiones es necesario hacer uso de la autoridad para controlar situaciones externas; pero algunos no pueden, aunque sea adecuado, ya que los pacientes lo sienten como un castigo.

-Reacciones personales específicas.- Algunos sentimientos y respuestas emocionales, tanto de los terapeutas como de los pacientes, en ciertas ocasiones se transfieren de uno al otro y pueden interferir en el trabajo del terapeuta; también cuando se involucran otros problemas internos del centro de atención se corre el peligro de crear expectativas irreales en el paciente.

Las expectativas irreales además, se pueden crear cuando el terapeuta parte de un exagerado optimismo hacia el trataamiento y se olvida de las cosas negativas que pueden ocurrir, lo cual provoca que una vez terminada la terapia, el infante y los familiares puedan estar inseguros y generar duda y culpa.

3.10. SITUACION DEL TERAPEUTA.

El terapeuta, como punto primordial de la terapia, debe lograr establecer una interacción de simpatía para propiciar

más rápido un ambiente de confianza entre ambos; dada esta situación, es muy factible preguntar y hablar sin temor; el terapeuta no debe olvidar que la víctima no desea ser en ningún momento, agredida.

Además, para abordar estos problemas, es indispensable que el terapeuta esté capacitado para brindar el apoyo correcto, de acuerdo con las dificultades que se presentan por la violación (Bellak y Small, 1988). Así mismo, debe de ser claro en sus sugerencias.

Gottlieb y Dean (1982) indican que puede ser más benéfico por las reacciones ante el ataque, que la persona que imparta la atención sea del sexo opuesto, sobretodo para identificar mejor la sexualidad del paciente en tratamientos grupales.

Esto podría nacerse cuando el paciente ya está superando la crisis, incluso como una manera de motivar sus relaciones interpersonales, ayudándola para que se integre con las personas del sexo opuesto.

Estos últimos autores mencionan además, que si la actitud tomada por el terapeuta, varón o mujer, durante las sesiones se manifiesta contra el sexo opuesto, perjudicará el proceso del tratamiento y no permitirá distinguir la dinámica positiva que puede darse con una relación entre la víctima e individuos del sexo opuesto.

Es conveniente para el terapeuta manejar sin dificultad los temas de la terapia y estar alerta de sus respuestas, ya que puede mandar mensajes inadecuados, verbales y no ver-



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

bales, al paciente, los cuales son captados de inmediato por el estado de sensibilidad en que se encuentra.

A veces puede confundirse el terapeuta cuando un infante reporta experiencias positivas, por ser contrario a lo que se espera (Sculztz, 1980).

Por otra parte, es bastante difícil para el terapeuta dar atención a un padre incestuoso, más que a la madre, pues los sentimientos del terapeuta muchas veces interfieren en el tratamiento del atacante. **IZT.**

Otro aspecto importante: el terapeuta, debe contar con un espacio propicio de terapia para él, con el fin de evitarle algún daño emocional (Giarreto, 1980); ya que después de tantos puntos en los cuales tuvo que estar alerta, de intentar controlar sus sentimientos (respecto al ataque) y de escuchar a una persona con daños emocionales tan graves, no se puede considerar que esto no le afectará; por lo cual se requiere, dentro del programa, contemplar al terapeuta como soporte elemental en la recuperación.

Además, el terapeuta debe de ser cuidadoso y evitar cometer errores que puedan perjudicar al paciente. Cuando la postura adoptada por el terapeuta es psicoanalítica, un error causa consecuencias serias sobre todo con los preadolescentes (Beezley, 1982).

Con todo lo expuesto hasta aquí; se puede ver cómo en el tratamiento psicológico para la agresión sexual se tienen que contemplar aspectos que, parecería carecen de importancia; sin embargo, no es así y la reestructuración y supera---



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

ción de la crisis se da por etapas, donde la habilidad del terapeuta juega un papel determinante.

En el siguiente capítulo se plantea otra parte que viene a complementar la atención psicológica y sobre todo a prevenir posibles ataques sexuales.

C A P I T U L O 4

PREVENCIÓN SEXUAL INFANTIL

La prevención se puede dar en tres niveles: prevención primaria.- son todas aquellas acciones llevadas a cabo antes de suceder algún acontecimiento que pueda conducir a una crisis; prevención secundaria.- la atención que se presta para resolver las consecuencias inmediatas ante un suceso de crisis; y la prevención terciaria.- es el tratamiento dirigido hacia la rehabilitación de las víctimas (Blaikeu, 1989).

[Los programas y materiales para prevenir la agresión sexual al menor, surgieron por la necesidad de protegerlo, dado los altos índices de maltrato.

Cabe mencionar que, por un lado las carencias de las investigaciones sociales limita la literatura psicológica en cuanto a la prevención; y por otro la falta de un fundamento científico sólido (Budín y Jonson, 1990).]

Los materiales existentes, señalan Roberts, Alexander y Fanurik (1990), no cuentan con el material adecuado (folletos, libros, películas, programas de t.v., juegos) para educar a los infantes y a sus progenitores.

4.1. OBJETIVO.

Los programas pretenden proporcionar habilidades para discriminar a los posibles agresores; así como estrategias

de seguridad personal que los proteja contra la violencia sexual (Wurtele, Saslawsky y Col., 1986; Harvey, Forehand y Col., 1988 y Budin y Johnson, 1989).

4.2. ASPECTOS QUE DEBEN CONTEMPLARSE EN UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN.

Se les debe enseñar a los niños:

- Que su cuerpo es propiedad privada y personal.- son ellos quienes deciden si pueden ser tocados, por quién y cuándo.
- Determinados acercamientos y tocamientos no los deben de aceptar.
- A diferenciar entre secretos buenos y malos.
- A decir no.
- A narrar los acontecimientos que les suceden, principalmente cuando son acontecimientos nocivos y desagradables.
- A guiarse por su propia intuición.
- A respetar a los demás para adquirir el derecho a ser respetado.
- Tener presente que los adultos pueden causarles daño (Har-

vey, Forenand, Brwn, Holmes, 1988 y Budin y Johnson, 1989).

- Enseñarles a que tienen derecho a dudar de la autoridad y que no tienen por qué confiar en cualquier adulto (Lenett, 1986).
- Además es importante que aumenten su auto-estima, adquieran habilidades para resolver problemas y discriminar situaciones de peligro (Corder, Haizlip y DeBoer, 1990).

4.3. METODO.

Algunos programas empleados son:

Wurtele, Saslawsky y Col. (1986) compararon varias aproximaciones educativas de la siguiente manera: un grupo de 61 niños no dañados de nivel preescolar, se dividió en tres secciones: una de ellas vio un programa filmado que incluía escenas representativas de agresión y enseñaba habilidades de prevención: decir no, gritar para pedir ayuda, huir, confiar en alguien que lo pudiera proteger, y al final se discutió la película durante 15min. A otra sección se le enseñaron habilidades conductuales por medio del modelado, ensayos conductuales y reforzamiento social con una duración de 50 min., a los niños se les especificaron habilidades de autoprotección (como decir fuerte no, huir); finalmente en la tercera sección se hizo una combinación de los dos programas y se incluyó una evaluación de dos prue--

bas WISF y PSQ. Los resultados fueron más efectivos, y los niños mejoraron notablemente sus habilidades, cuando se empleó el programa combinado, y comprendieron mejor lo que es la violencia sexual. No se encontraron diferencias en los resultados, con respecto al sexo, ya fueran niñas o varones; pero sí en cuanto a la edad, los infantes mayores respondieron mejor al programa.

En otro programa con 71 niños de Kinder de, medio rural, clase media baja y clase baja, los niños fueron divididos en tres grupos de 20 niños cada uno: se trabajo con ellos en sesiones de media hora; uno de los terapeutas se encargó de valorar todo el tratamiento y otros dos implementaron el programa. Para diferenciar las caricias buenas de las inadecuadas se les presentaron dibujos, donde aparecían relacionados infantes con adultos y/o adolescentes, cinco de los dibujos se utilizaron para identificar los tocamientos adecuados y en otros cinco se distinguía la violencia sexual.

También se les enseñó cómo evitar agresiones, esto a través de modelamiento, juego de roles y reforzamiento social; además se les leyeron historias de agresión. Encontraron, al igual que los autores anteriores, que los infantes a esta edad pueden aprender muy bien habilidades para su protección (Harvey, Forehand, Brown y Holmes, 1988).

María (1983-1984) señala que a los pequeños se les debe enseñar con palabras simples y repetir varias veces cómo se guía para que aprendan a comer, por ejemplo; y sugiere para aprender la propiedad del cuerpo: "tu cuerpo es tuyo es para

trabajar y para gozar, sólo tu puedes decidir qué es lo que vas a hacer con él; cuando te quemas un dedo te retiras rápidamente y gritas, y si alguien te hace algo que te asuste o no te guste, retírate rápidamente y grita; y si no puedes, entonces, cuando puedas nos lo platicas, siempre te vamos a entender".

Por su parte Budin y Jonnson (1989) evaluaron la efectividad de los programas empleados para la prevención de la violencia sexual infantil, con 72 presos de 23 a 63 años agresores de menores, los cuales describieron cuál fue su víctima ideal: infantes introvertidos, con pocos amigos, que pasaban mucho tiempo solos, poco sociables; los métodos que emplearon para envolver a los infantes: el chantaje, el engaño, muestras de afecto y finalmente concluyeron que toda la información que los perpetradores pueden proporcionar es valiosa para mejorar los programas, propusieron algunas alternativas para los padres y para los niños. Para los niños que se les enseñe a: no dejar que un extraño los toque, no temer a los extraños pero sí ser cuidadosos en sus relaciones amistosas con ellos, no mencionar sus apellidos a cualquier persona, que procuren no estar solos y que tienen derecho a tener privacidad. Para los padres que: se aseguren que hay buena vigilancia en las escuelas, involucrarse más en la vida de sus hijos, ser cariñosos y cuidadosos a tiempo con los niños, para que no lleguen a ser víctimas; que pregunten a sus hijos continuamente si han sido atacados o si han estado cerca de serlo.

4.4. ROL DE LOS PROGENITORES EN LA PREVENCIÓN.

[Los progenitores juegan un papel esencial en la implementación de estos programas, tanto con los niños dañados como con los que no lo han sido.

Para poder iniciar un programa se requiere de la aceptación de los padres; en Estados Unidos algunos, preocupados por lo que puede sucederles a sus hijos, sensibilizados por los medios masivos de comunicación, han retomado algunos materiales publicados para proteger a sus hijos (Robets, Alexander y Fanurik, 1990), a pesar de no estar bien estructurados, ni especificar con claridad la agresión.

[Además es conveniente la participación activa de los padres y de las personas que cuidan infantes, a la vez que expresan las cosas que consideran inadecuadas para los niños, se les cuestiona sobre el tema, facilitan la discusión dentro del grupo familiar hacia el tópico (Wurtela, Saulawsky y Col., 1986), y también disminuye la posibilidad de que se involucren en el cuidado de infantes o en una relación incestuosa (Budin y Johnson, 1989).)

Se puede iniciar la educación de prevención sexual con los progenitores en talleres, por medio de una invitación a todos aquellos que quieran participar y de ésta manera ir motivando a la población a tomar conciencia de la problemática.

4.4.1. ENTRENAMIENTO A PADRES.

Lenett en (1986) presentó un programa para padres, que ayuda a disminuir la violencia sexual infantil, lo esencial es indicarles a éstos que la comunicación con sus hijos es fundamental para crear un ambiente de seguridad y que el niño pueda expresar sus inquietudes; empezar a ganar confianza y establecer comunicación, es prestar atención a todos aquellos pequeños problemas que el niño tiene, por insignificantes que puedan parecer.

A los niños, los padres les deben enseñar:

- Que nadie tiene derecho a tocar su cuerpo y que si alguien tuviera la intención, el pequeño tiene derecho a negarse.

- Ante situaciones incómodas puede decir no, y no tiene porqué dar explicaciones.

- A no acercarse, ni entrar a un coche si alguna persona los llama, o contestarle si les preguntan algo; es importante indicarles que los adultos cuando quieren ayuda no recurren a un niño.

- Se les debe señalar que cuando los adultos dan cosas, les toman fotografías o hacen dibujos, no realizan estas acciones sin un motivo de por medio; y que si alguien lo hace, tiene que contarle sea quien sea esa persona.

- Si el niño llega a casa con cualquier obsequio, los padres indagarán el motivo y quién se lo dio.

- Que los adultos no acuden a los niños para que éstos les guarden secretos (solo en casos especiales, como una sorpresa a un miembro de la familia, por ser su cumpleaños, entre otros).

- Explicarles los motivos por los cuales no deben de aceptar invitaciones a casas de otras personas, aun familiares, sin el permiso de sus padres.

- Enseñarle a marcar el número telefónico de su familia o de alguna otra persona, a quien el niño pueda solicitar ayuda en caso necesario.

- Que si se encuentra solo en casa, no debe de abrir la puerta; pues se le explicará que, quizás, la persona que toca no lo busca a él.

- Que nunca debe decir por teléfono que se encuentra solo en casa o si es alguien que se equivocó al marcar, no debe decir a qué número llamó.

- Debe contar todo aquello relacionado con el sexo o el amor cuando otra persona le hable de ello.

- Los adultos deben motivar un ambiente de confianza para que el niño pregunte lo que se le hace raro o no entiende.

- No hay que obligar a los infantes a tener un contacto físico con alguien, si no quieren.

- Evitar dejar solo al niño en casa.

- Evitar dejar al niño con cuidadores.

El apéndice 8 incluye algunas historias que pueden leerse a los niños y explicárselas para que vayan comprendiendo mejor el significado de la prevención y al mismo tiempo planteen alternativas de lo que podrían hacer (tomadas de Lenett, 1986), o se pueden plantear otras situaciones o ejercicios.

Todos estos puntos, en general, sirven para prevenir la agresión sexual por parte de extraños y/o tíos e inclusive de los padres. Al someter a los padres a un entrenamiento se les hace reflexionar acerca del daño que causarían a sus propios hijos si los agredieran y que, de alguna manera, también ellos se hacen daño; en estos términos, el entrenamiento puede funcionar para evitar una relación incestuosa.

4.5. OBSTACULOS EN LA PREVENCIÓN.

Uno de los mayores obstáculos en los programas de prevención que puede interferir es, cuando los intereses comerciales influyen en la ética profesional de los terapeutas y no tienen el cuidado de elegir materiales que enseñen y satisfagan las necesidades de la población (Roberts y Col., 1990).

Por otra parte, ninguno de los programas trata abiertamente el tema " relaciones incestuosas ", cuando es una de las agresiones más frecuentes: la falta de esta información se justifica en base a que, puede ocasionar conductas inadecuadas o quitarle la inocencia a los niños: esto no es más que un mito. El ocultar el incesto se convierte en parte del problema de la violencia sexual infantil (Mulher, 1990), y que debe ser contemplado en los programas de prevención.

Lo que respecta a la prevención primaria, uno de los aspectos más sobresalientes a contemplar para disminuir en general la violencia sexual; los mensajes que se laboren con éste fin deben tener claridad, para evitar interpretaciones incorrectas y/o que provoquen respuestas inadecuadas.

Otro factor que, puede ser un obstáculo es restarle importancia al problema y sobretodo cuando se trata de infantes.

CONCLUSIONES

El tratamiento y la prevención de la agresión sexual infantil son dos aspectos relevantes que no pueden dejarse a un lado. La violencia hacia los niños no es más ni menos importante que la violencia hacia una persona adulta; las secuelas indican que los efectos, en ambos casos, son muy semejantes y para superar la crisis requieren de atención psicológica. Si bien es cierto que, si se detecta a tiempo el caso, se detiene la agresión y se brinda la atención necesaria, la situación puede ser más favorable; también lo es el hecho de que, en los casos donde no sucede esto, las secuelas a lo largo de la existencia de la víctima pueden convertirse en verdaderas torturas; las cuales obstaculizarían el desarrollo de una vida normal; pues cuando el agredido considera que padece una devaluación personal por una serie de pensamientos irracionales, una gran cantidad de ansiedad, y/o adopta comportamientos destructivos, no solo se afecta así mismo, sino a la comunidad en general.

Las consecuencias se manifiestan con respuestas conductuales, afectivas, interpersonales, somáticas y cognitivas que, aunque distintas en el infante, se relacionan unas con otras. A largo plazo, donde más se ve afectado el individuo, en términos generales, es en su funcionamiento sexual, lo que hace ver la importancia de la educación sexual dentro de los modelos de tratamiento y de inducir al individuo a reflexionar respecto a los aspectos negati-

vos que tienen las personas hacia este tipo de educación, negativa que es producto de sus valores morales, que determina en gran medida parte del tratamiento.

Varias teorías e investigaciones que se han propuesto y realizado, se contradicen con respecto a los factores relacionados con la violencia sexual infantil; y cada autor se inclina por cierto tipo de variables. Esta disputa, en este tipo de problemática, no debería ser tan significativa, el hecho real es que si en algún momento se identificaron determinados factores, es porque se pueden dar y hay que tenerlos presentes; pueden ser de utilidad para el tratamiento.

Sería interesante efectuar una investigación con una amplia especificación de categorías multidisciplinariamente y nos daría un panorama más amplio y opciones para determinar qué hacer y cómo intervenir, de manera más eficiente, ante el problema, en distintos aspectos.

Además es importante cuestionarse, cuántos niños en México son víctimas de una agresión sexual, si hay muchos casos encubiertos bajo el maltrato físico y en varias escuelas reportan un alto índice de niños agresivos, con bajo nivel académico, entre otros, que son algunas consecuencias del maltrato del niño; estos infantes son corregidos por medio de castigos, con regularizaciones forzadas, entre otras medidas y quien recibe primero el reporte de ese mal comportamiento son los padres posibles victimarios en el caso de incesto. Sería por lo tanto interesante realizar una investigación en México que indicara el porcentaje de agresión

sexual al menor (se tienen datos elevados en cuanto a esta problemática, pero la mayoría de las publicaciones son de estudios realizados en el extranjero), así como proporcionar información adecuada sobre el tema a profesores, padres de familia y a la población en general.

El incesto es un aspecto de preocupación en nuestra sociedad mexicana, porque el índice de víctimas es muy elevado y no existen los medios indispensables para enseñarle al infante que también debe cuidarse de sus padres; la pregunta es cómo hacerlo, si gran parte del cuidado y educación la dan los padres y además son figuras de poder significativas en el infante?.

Una posible solución podría ser implementar en las escuelas programas de prevención primaria, por medio de campañas apoyadas por los medios de comunicación, donde se mencionen aquellos aspectos más sobresalientes que ponen alerta al niño ante una situación de peligro, el niño tendría la alternativa de discernir cuando sus padres, a pesar de serlo, lo están agrediendo y evitarlo en la medida de sus posibilidades y en el mejor de los casos poder confiar en otro familiar o persona que le pueda brindar ayuda, tomando en cuenta que muchas de estas agresiones ocurren en la preadolescencia.

Por otro lado, los diferentes enfoques de tratamiento conductual, cognitivo conductual, psicoterapia breve, intervención en crisis, humanista, tienen planteamientos interesantes.

En cuanto al modelo conductual y cognitivo-conductual son muy semejantes, la diferencia radica en que el conductual es más sistemático, lo cual impide que la interrelación con otros puntos enriquezcan a la terapia. Sin embargo, presta un servicio tan integral, quizá, como el cognitivo conductual, y son de los enfoques donde se ha puesto más interés para dar atención a niños agredidos, que a su vez cuentan con un análisis más completo.

Por otra parte, el tratamiento humanista, enfoque que también ha demostrado un gran interés por la agresión sexual infantil, presenta estrategias muy efectivas, solamente que pone mucho interés en que se reconstruya la familia; es decir su propuesta esta planteada, principalmente, para víctimas de incesto; apesar de reportar que gran número de infantes regresan a sus casas, no se puede dar la reconstrucción de la familia y el padre no vive con ellos. Aunque pretende la integración familiar, se enfoca mucho a lo que se determina legalmente, pues si se detecta que el padre no requiere de tratamiento y éste no lo solicita voluntariamente, no se le da atención. Lo más interesante de esta propuesta es que trabaja en conjunto con la comunidad, informándola de lo más sobresaliente de la agresión; además, su intento de trabajo multidisciplinario da por resultado un trabajo eficaz, lo cual se aprecia en los diferentes enfoques de tratamiento psicológico.

La intervención en crisis es una alternativa que debe tenerse presente, pues como se mencionó, hay personas que

acuden una sólo vez a solicitar ayuda; desafortunadamente es una propuesta que muy pocos tienen en cuenta cuando acude la víctima por primera vez, en la cual debería trabajarse más, motivando al paciente para que se dé cuenta de los beneficios que puede obtener si acude a un tratamiento.

Un aspecto que es importante mencionar, es que ningún modelo plantea cómo dirigirse a las infantes que llegan a quedar embarazadas; como tampoco se plantea un modelo bien estructurado de educación sexual.

Por otro lado, el desarrollo creativo de los materiales en los programas, tanto de prevención como de atención a la violencia sexual, es indispensable al igual que una evaluación constante de los programas, con la finalidad de detectar sus fallas y presentar un mejor servicio de acuerdo a las demandas del paciente.

Finalmente se ve cómo la familia es un punto clave, no sólo en el tratamiento de la víctima, sino para evitar la violencia.

Así mismo, las normas de una cultura influyen drásticamente en las reacciones y comportamientos de los individuos como ya se sabe, y que limitan, además, el desarrollo y aprendizaje de muchos aspectos necesarios para el cambio, para lograr una sociedad más positiva, de la cual estamos muy lejos, por las relaciones de poder que siempre están presentes, se requiere adoptar una actitud positiva.

La violencia sexual infantil se acentúa por la negligencia de abogados, médicos e intereses políticos inmersos,

para lograr evitarla se requiere de un gran trabajo multidisciplinario.

BIBLIOGRAFIA

ALVARADO, M.R. (1979). "Violencia contra la mujer, violación, incesto y maltrato en la experiencia Puerto Riqueña". Ponencia presentada en la primera conferencia nacional sobre la violencia contra la mujer.

BECK y Rush (1983). Terapia Cognitiva de la depresión. En: Como ayudar al cambio en psicoterapia. Ed. (Kadfer y Goldstein) Ed. D.D.B. p. 3. 13-19.

*BEEZLEY, M.P. (1982). "Group psychotherapy with sexually abused children". En: Sexually abused children and their families. Ed. (Beezley y Kempe). University of Colorado, health sciences center Denver. Cap. 15.

BEEZLEY, M.P. (1982). "Special problems in the treatment of child sexual abuse". En: Sexually abused children and their families. Ed. (Beezley y Kempe). University of Colorado, Health sciences center Denver. Cap. 12.

BECKER, J.V., Skinner, L.J., Gene, G.A. y Cichon, J. (1986). "Nivel de funcionamiento sexual en víctimas de violación y de incesto". En: Archives of sexual behavior. Vol. 15. No.1.

BEDOLLA, P. (1986). Violencia contra las mujeres: Centro de estudios de la mujer. CENI. Facultad de Psicología. U.N.A.M. PSICOLOGIA.

BELLAK y Small (1988). Psicoterapia breve y de emergencia. México. Ed. Pax. p.p. 312-316.

BRANT, R. y Fiszka, V.B. (1977). "The sexually misused child". En: The sexual victimology of youth. Ed (Schultz, L.G. 1980) Springfield. Illinois. U.S.A. Cap. 5.

BROMSMILLER, S. (1975). Contra nuestra voluntad. Barcelona. Ed. Planeta.

BROWNE y Finkelhor, D. (1986). "Impact of child sexual abuse: A review of the research". En: Psychological Bulletin. Vol.99 No. 1. pp. 66-77.

BRUNOLD, H. (1980) "Observations after sexual traumata suffered in childhood". En: The sexual victimology of youth. Ed. (Schultz). Illinois, U.S.A. Cap. 6.

BUDIN, L.E. y Johnson, Ch. F. (1989). "Sex abuse prevention programs: Offenders attitudes about their efficacy". En: Child abuse y neglect. Vol. 13. pp. 77-87.

Código Penal (1991). México. Ed. Delma.

CORDER, B.F., Haizlip, T. y DeBoer, P. (1990). "A pilot study for a structured, time-limited therapy group for sexually abused pre-adolescent children". En: Child abuse y

neglect. Vol. 14. No. 2. pp. 243-251.

COULBORN, F.K. (1989). " Characteristics of clinical sample of sexually abused children". En: Child abuse y neglect. Vol. 13 No.2. pp. 281-291.

DEBLINGER, E. ;Susan, V. y Col. (1989). "Post-Traumatic stress in sexually abused, physically abused and nonabused children". En: Child abuse y neglect. Vol. 13. No. 3. pp. 403-408.

DOWNESWELL, J. (1987). La violación nablán las mujeres. Col Relaciones humanas y sexología. Barcelona. Ed. Grijalvo.

EINDENVER, A.J. y Friedrich, W.N. (1989). "Psychological functioning and behavior of sexually abused girls". En: Journal of consulting and clinical psynology. Vol. 57. No.1 pp. 155-157.

FEM (1986). "Qué es y cómo se da al abuso sexual de menores" Vol. 10. No. 47. agosto-septiembre. pp. 31-38.

FINKELHOR, D. (1987). Abuso sexual al menor. México. Ed. Pax.

GALLES, J.R. (1979). Family violence. London. Beverly Hills. Vol. 84. Parte 1.

GIARREPO, H. (1930). " Humanistic treatment of father-

daughter incest". En: The sexual victimology of youth.
Ed. (Schultz). U.S.A. Springfield illinois. Cap. 12.

GIARRETO, H. (1982). "A comprehensive child sexual abuse
treatment program". En: Sexually abused children and their
families. Ed. (Beezley y Kempe). University of Colorado.
health sciences center denver. pp. 180-197.

GOLD, E.R. (1986). "Long-term effects of sexual victimiza-
tion in childhood". En: Journal of consulting and clinical
psychology. Vol. 54. No. 4. pp. 471-475.

GOTTIEB, B. y Dean, J. (1982). "The co-therapy relationship
in group treatment of sexually mistreated a adolescent
girls". En: Sexually abused children and their families.
Ed. (Beezley y Kempe). University of Colorado. Health
Sciences Center Denver. Cap. 16.

GREEN (1981). Sexualidad humana. México. Ed. Interamericana.

HARVEY, P.; Forenand, R.; Brown, C. y Holmes, T. (1988).
"The prevention of sexual abuse". En: Behavior therapy.
Vol. 19. pp. 429-435.

KARPMAN, B. (1974). El crimen sexual y sus motivaciones.
Buenos Aires. Ed. Paidós.

KELLER, A.R.; Cicchinelli, F.L. y Garaner, M. (1989).
"Characteristics of child sexual abuse treatment programs"
En: Child abused y neglect. Vol. 13. No. 3. pp. 361-368.

KUITKO (1986). La violación. México. Ed. Trillas.

LENETT, R. (1986). Di que no. México. Ed. Grijalbo.

MARCOVICH, J. (1981). El niño maltratado. México. Ed. Editores mexicanos. pp. 113-134.

MARIA, M. (1983-1984). "El abuso sexual de niños". En: FEM
Vol. 31. No. 31. diciembre-enero. pp. 60-63.

MARTINES, R.M. (1985). Delitos sexuales. México. Ed.
Porrúa. Cap. 1.

MASTERS, W.J. y Kolondy (1987). "La relación sexual coerci
tiva". En: Sexualidad humana. Barcelona. Cap. 18.

MEICHENBAUM y Genest (1987). "Modificación de conducta
cognitiva". En: Como ayudar al cambio en psicoterapia.
Ed. (Kadfer y Goldstein). Ed. D.D.B. Cap. 11.

MULHERN, H. (1990). "Incest: a laughing matter". En: Child
abused y neglect. Vol. 14. No. 2. pp. 265-271.

- NELKI, S.J. y Watters, J. (1989). "A group for sexually abused young". En: Child abuse y neglect. Vol. 13. No. 3. pp. 369-377.
- PALOMARES, A. (1983). Niños maltratados. México. Ed. Editores Unidos Mexicanos. pp. 19-97.
- PERIT, P.C. (1982). Ensayo dogmático sobre el delito de estupro. México. Ed. Porrúa. pp. 9-65.
- ROBERTS, M.C.; Alexander, K.; y Faburik, D. (1990). "Evaluation of commercially available materials to prevent child sexual abuse and abduction". En: American Psychologist. Vol. 45. No. 6. pp. 762-783.
- ROFFIEL, R. (1980). "Algo para siempre". En: Fem. Vol. 10. No. 47. agosto-septiembre. pp. 39-41.
- RUBIN, I. y Kirkendall, L.A. (1972). Cuando el niño pregunta. México. Ed. Pax. Cap. VI.
- SCHULTZ, L.G. (1980). The sexual victimology of youth. U.S.A. Springfield Illinois. Cap. 4.
- SLAIKEU, K.A. (1989). Intervención en crisis. México. Ed. Manual Moderno.

SPEIER, A. (1970). Psicoterapia de grupo en la infancia. Buenos Aires. Ed. Proteo. pp. 121.144.

SPEELE, B.F. t Helen, A. (1982). "Long-term effects of abuse in childhood". En: Sexually abused children and their families. Ed. (Beezley y Kempe). University of Colorado. Health Sciences Center Denver. Cap. 17.

SCHAWARTZ, R.M. (1982). "Cognitive-behavior modification". En: Clinical psychology reviu. Vol. 2. pp. 267-293.

TURNER, S. y Frank, E. (1981). "Behavior therapy in the treatment of rape victims". En: Behavior therapy. Ed.(Michelson; Turner y Hersen). New York. Plenum Press.

VALLADARES, C.P. (1989). Necesidades de tratamiento psicológico sistemático para personas violadas. Memorias de Foro sobre delitos sexuales. Camara de Diputados LXI Legislatura. México. D.F.

VALLADARES, C.P. (1989). "Manejo terapeutico de personas violadas". Educación Continua. ENEP-Iztacala. U.N.A.M.

VALLADARES, C.P. (1990). "Programa interdisciplinario de atención a personas violadas". ENEP-Iztacala. U.N.A.M.

VERONEN, L. y Kilpatrick, D.G. (1987). "Control de estrés

en víctimas de violación". En: Prevención y reducción de estrés. Ed(Meichenbaum, P. y Jeremko). Bilbao. Ed. Descleé. Cap. 10.

WURTELE, K.S.; Saslawsky, D.A.; Miller, C.L. y Col. (1986). "Teacning personal safety skills for potential prevention of sexual abuse". En: Journal of consulting and clinical psychology. Vol. 54. No. 5. pp.688-692.

APENDICE I

ENTREVISTA INICIAL SOBRE VIOLENCIA SEXUAL PIAV

Nombre _____ Fecha _____

Dirección _____

Teléfono particular _____ Teléfono de su trabajo _____

Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Sexo _____ Estatura _____ Peso _____

Complexión: Robusta _____ Medio robusta _____ Media _____

Delgada _____ Muy delgada _____

Usa anteojos Si _____ No _____

señas particulares _____

Incapacidad física (especificar) _____

Incapacidad mental (especificar) _____

Aspecto físico: Muy desagradable _____ desagradable _____

Normal _____ Muy agradable _____ Agradable _____

Estado civil: Soltera _____ casada _____ unión libre _____

separada _____ divorciada _____ Viuda _____

Si vive usted en pareja, mencione de su compañero(a) lo

siguiente: Edad _____ Ocupación _____

Si tiene hijos, por favor enliste su nombre edad y ocupación. (hacerlo en orden cronológico)

Nombre	edad	ocupación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Escolaridad: Kinder__ Primaria__ Secundaria__ Bachillerato__
Profesional__ Otra(favor de especificar)_____

Si ha dejado de estudiar favor de mencionar el motivo:

Horario escolar actual_____

Estado laboral:

Ocupación_____ Horario_____

Breve descripción del trabajo_____

Ingreso familiar total (en salarios mínimos)_____

Referencias

Quien le trajo aquí_____

Cómo se entero del servicio_____

Planteamiento del problema.

Qué quejas presentes tiene usted_____

Explicación del ataque.

Fecna del asalto_____ Lugar_____

Detalles_____

Cuántos asaltantes eran?_____

Tiempo transcurrido desde el salto hasta hoy_____

Tipo de ataque: Abuso de menores____ Incesto____ Estupro____

Intento de violación____ violación____

Hubo: violencia física____ violencia moral a menores____

violencia verbal____ Uso de armas____ cuál_____

¿ Conoce usted al violador? _____ Tipo de relación _____

Tiempo de conocerse _____

¿ Que hizo usted durante el ataque ? (p.e. llorar, obedecer, suplicar, correr, pelear, paralizarse) Favor de especificar:

¿ Resulto dañado el violador ? _____

¿ Que hizo o que dijo ante sus reacciones? _____

Describa lo más ampliamente posible al violador o violadores, (ropa, vehiculo, etcétera,) _____

Describa ampliamente como iba usted vestida _____

Describa la forma de agresión (paso a paso como ocurrió el ataque, p.e. el uso de otros objetos). _____

¿ Hubo algún tipo de presión ? p.e. presión moral, favor de describirla.

¿ Qué hizo y que dijo el violador ?.

¿ Qué hizo usted después del asalto ? (p.e. se fue a su casa, se bañó, etc.).

: Hablé con alguien acerca de lo ocurrido ?.

: Hizo la denuncia legal ? _____ ; Por qué? _____

: hay alguna otra cosa importante que se relacione con el ataque y quiere mencionar ? Hágalo por favor: _____

: Qué pensaba antes del ataque, con respecto a la violación p.e. causas, tipo de atacantes, a qué mujeres, etc. ?.

: Había considerado antes la posibilidad de ser atacada ?

Si _____ No _____ ; Por qué ? _____

: Cómo la hace sentirse el hecho de haber sido atacada ?

: Ha hecho algún intento para solucionar su problema ?

: Qué resultados obtuvo ?

: Ha notado cambios en su estilo de vida desde que ocurrió el ataque ? Favor de indicar en base a la siguiente relación:

- Hábitos de sueño () Más sueño () Menos sueño.
Hábitos alimenticios () Más apetito () Menos () Otra dieta
Consumo de tabaco () Más tabaco () Menos tabaco
Consumo de alcohol () Más alcohol () Menos alcohol
Consumo de drogas () Más drogas () Menos drogas
Abuso de medicamentos () Sí () No
Dependencia de radio o televisión () Sí () No
Siente que su trabajo ha aumentado ? () Sí () No

¿ Hay ausencia al trabajo o escuela ? , _____

¿ Desde cuando ? _____

¿ Cambio de domicilio ? _____

¿ Cambio su número telefónico ? _____

Antes de la violación, ¿ estaba contenta con su vida ? _____

¿ Por qué ? _____

¿ Cuáles eran sus actividades preferidas ?

¿ Han cambiado por el asalto? _____ ¿ De que manera?

¿ Cuáles son sus expectativas para el futuro ?

¿ Qué espera de la relación terapéutica ?

¿ Cuales son sus metas a corto, mediano, y largo plazo?

¿ Desea agregar algo que usted considere importante?

Por favor dibuje en este espacio una figura humana, (con lápiz y sin borraduras) gracias.

	Nunca	aveces	regularm.	generalm.	siempre
22. A encontrarse con un grupo de jóvenes tipo "cnavos-banda"					
23. Ver que se aproxima un auto de policías secretos(judiciales).					
24. Quedarse al final, sola, en un camión de pasajeros ó pesera.					
25. A ser agredida verbalmente por un grupo de nombres					
26. A no poder gritar para pedir ayuda.					

Anote por favor, si existe alguna situación que le produzca miedo u otros sentimientos desagradables:

APENDICE 3

INVENTARIO DE RESPUESTAS FISIOLÓGICAS.¹

I. DATOS GENERALES.

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____

II. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

¿ Ha padecido o padece alguna (s) de las siguientes enfermedades?

- hipertensión arterial diabetes úlcera gástrica
 gastritis colitis neurodermatitis
 dolor de espalda migraña impotencia.
 contracturas musculares de cuello frigidez
 asma ansiedad sin causa aparente
 miedo sin causa aparente.

III. RESPUESTA FISIOLÓGICA.

Tensión arterial _____ Pulso _____

Frecuencia respiratoria _____ Temperatura _____

IV. REACCIONES FISIOLÓGICAS.

1. Presencia de palpitaciones: Interrogar ¿ ante que situaciones (estimulación verbal, auditiva, visual, etc.) (describir las situaciones).

Intensidad _____

Duración _____

Ante que situaciones desaparece _____

2.- Sudoración de manos ante situaciones diversas: interro--

gar : ante que situaciones? (estimulación verbal, auditiva, visual, etc.). Describir las situaciones, la duración y la intensidad. ;Ante que situaciones desaparece:

3.- Sensación de latido de las arterias temporales sin causa aparente :ante que situaciones, duración, y ante que situaciones desaparece?.

4.- Escuchar el latido del corazón sin causa aparente, ante que situaciones.

5.- Presencia de manos y/o pies fríos sin causa aparente. ;ante que situaciones, duración y ante que situaciones desaparece?.

6.- Temblor de manos cuando se está enojado o con miedo. Duración y situaciones.

7.- Presencia de cefalea sin causa aparente. Frecuencia de aparición, situación, duración, como desaparece:

8.- Sensación de frío sin correlación con la temperatura ambiente. Situación, duración, como desaparece:

9.- Sensación de cansancio o dolores musculares sin causa orgánica aparente (no asociada a esfuerzo). Situaciones, cómo desaparece, duración:

10.- Sensación de náuseas o mareo (inclusive vómito) sin alteraciones digestivas previas, no asociada a ingestión de alimentos. Situación, duración.

11.- Insomnio. Situaciones, duración, frecuencia de aparición (veces al mes):

V.- MEDICION Y REGISTRO DE RESPUESTAS FISIOLÓGICAS. Toma de:

- | | |
|-----------------------|------------------|
| - Electro cardiograma | - Pulso arterial |
| - Temperatura cutánea | |

APENDICE 4

EVALUACION DEL NIVEL AFECTIVO.1

Instrucciones: Las siguientes preguntas nos servirán para comprender los sentimientos más característicos para usted, en este momento de su vida.

1.- Repase la lista de sentimientos y marque aquéllos que describan el modo en que ud. se ha sentido últimamente:

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> excitada | <input type="checkbox"/> agobiada | <input type="checkbox"/> vital |
| <input type="checkbox"/> enojada | <input type="checkbox"/> tensa | <input type="checkbox"/> culpable |
| <input type="checkbox"/> sola | <input type="checkbox"/> alegre | <input type="checkbox"/> complacida |
| <input type="checkbox"/> feliz | <input type="checkbox"/> optimista | <input type="checkbox"/> cómoda |
| <input type="checkbox"/> triste | <input type="checkbox"/> intranquila | <input type="checkbox"/> aburrida |
| <input type="checkbox"/> entumecida | <input type="checkbox"/> temerosa | <input type="checkbox"/> exhausta |
| <input type="checkbox"/> relajada | <input type="checkbox"/> celosa | <input type="checkbox"/> otro. cual |
| <input type="checkbox"/> contenta | | |

2.- Repase otra vez la lista de sentimientos y seleccione cinco que fueron característicos para usted antes del suceso de crisis.

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | |

3.- Escriba tres sentimientos que quisiera experimentar con menos frecuencia.

- | |
|----------|
| 1. _____ |
| 2. _____ |

3. _____

4.- Mencione tres sentimientos que quisiera experimentar con más frecuencia.

1. _____

2. _____

3. _____

5.- Por favor complete estas frases:

me siento bien cuando _____

Me siento muy mal cuando _____

1. Tomado de cuestionario de crisis. Slaikeu y Striegel (1982).

APENDICE 5

Edad _____ Ocupación _____ Edo.Civil _____
 Horario _____ Escolaridad _____

Este inventario pretende investigar la forma en que usted piensa y siente acerca de varias cosas. Marque si ha tenido alguno de estos pensamientos ultimamente y con que frecuencia. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas; solo marque el número que mejor describa sus pensamientos:

	nunca	aveces	frecuentemente
1. Necesito alguien fuerte en quien apoyarme.			
2.-Estoy sola.			
3. El futuro carece de interés			
4. Quiero que todos me estimen.			
5. Si yo cometí un error, merezco lo que me pasa,			
6. Siento que me estoy matando a mí misma.			
7. Generalmente no me gusta la gente.			
8. Soy muy equivocada			
9. Me voy a desmayar.			
10.Independientemente, de lo que yo haga, siempre resulta mal.			
11.Voy a tener un ataque de pánico.			
12.Las cosas mejoran con el tiempo.			

	nunca	aveces	frecuentemente
13. Debo ser apta y eficaz en todos los aspectos			
14. El pasado es de total importancia			
15. Nadie cuida de mí			
16. La gente y las cosas deberían de ser diferentes de como son			
17. Todos los hombres son iguales			
18. Las personas malvadas deberían ser castigadas severamente			
19. Es terrible que las cosas no marchen como uno quisiera			
20. Soy culpable de lo que me pasa			
21. No me gusta tomar decisiones			
22. Hay cosas que nadie puede cambiar			
23. Creo que estoy enloqueciendo			
24. La vida carece de esperanza			
25. Todo me sale mal			

APENDICE 6

EJERCICIOS DE HABILIDADES SOCIALES.

- 1.- Identificar las conductas metas y analizar situaciones.
- 2.- Estructurar la escena con la mayor exactitud posible.
- 3.- Pedir a la paciente que visualice la forma como responde típicamente ante la situación. (ensayo encubierto).
- 4.- Se describen los componentes básicos de la habilidad.
- 5.- La entrenadora demuestra o modela.
- 6.- La paciente visualiza la misma situación y utiliza los componentes modelados.
- 7.- Se hace un ensayo conductual abierto.
- 8.- Se repite el ensayo conductual hasta que la paciente emite la respuesta deseada.
- 10.- Se discute la ejecución y se corrigen los problemas y dificultades encontradas.
- 11.- Se programan tareas en el medio ambiente natural de la paciente que le permitan ensayar las nuevas respuestas que ha adquirido.

APENDICE 7

EJERCICIOS DE AUTO ANALISIS RACIONAL

Se inicia con una breve descripción de los objetivos del ejercicio y las tareas específicas a desarrollar. Se pide a la paciente que describa alguna situación ante la cual se siente ansiosa y que escriban los pensamientos negativos que tiene con respecto a esa situación. Estos pensamientos deben ser aquellos que le ocasionan sentimientos negativos. A continuación se le enseña como desafiar o poner a prueba esos pensamientos y así cambiar su mensaje. Pasos a seguir:

1. Identificar el defecto de la idea:

- ¿ Es 100% cierta la idea?
- La consecuencia que temo, va a ocurrir definitivamente.
- ¿ Qué es lo que se acerca de mi mismo y de los otros que me dice que esto no va a ocurrir?.

2. Las implicaciones que tiene mi conducta.

- ¿ Aunque sucediera lo que tanto temo, es catastrófico?
- ¿ Puedo enfrentarlo?.
- ¿ Qué implicaciones tiene este evento negativo para mí?.
- ¿ Me hace una persona mala o poco valiosa?, ¿ hace esto mala a la otra una persona?. Si no es así, que es lo que pasa conmigo y con la otra persona?.

Es importante que las ideas alternativas que se plan-

teen sean realistas, ya que en los desafíos racionales se evalúa cuidadosamente la situación y se reconoce de manera razonable los posibles resultados.

CARACTERISTICAS DEL PENSAMIENTO RACIONAL

1. ¿ Es verdadero?.
2. ¿ Me lleva a proteger mi vida?
3. ¿ Me ayuda a conseguir lo que quiero?
4. ¿ me ayuda a sentirme como quiero?
5. ¿ Me evita problemas con los demás?.

APENDICE 8

LA HISTORIA DE LAURA

La asignatura que más le gustaba a Laura era la geografía. Conocía los nombres de todos los países de América y de Europa. Le gustaban los mapas, pero lo que le encantaba de verdad eran los libros con fotografías de lugares lejanos con nombres atractivos.

El señor Ruiz era el profesor de música de Laura y sabía que a ella le interesaba mucho la geografía. Un día, en el colegio, le dijo:

Laura, tengo en casa un precioso libro con fotografías de muchos países. Si vienes conmigo después del colegio, te dejaré mirarlo.

Laura sabía que no tenía que ir a casa de nadie sin permiso de su mamá y se lo dijo al señor Ruiz. Este le contestó:

Oh, no te preocupes, será un secreto entre tú y yo.

Laura sabía que los adultos no tienen que compartir secretos con los niños.

No, no puedo ir a casa de nadie sin el permiso de mi mamá dijo Laura.

Cuando llegó a casa, le contó a su mamá lo que había pasado con el señor Ruiz.

¿Y tú que harías?

LA HISTORIA DE ALBERTO

Alberto trabajaba de repartidor de periódicos. Iba con su bicicleta por la ciudad y colocaba los periódicos en los busones de los clientes.

El señor Quintana era el jefe de Alberto. Le daba los periódicos que había de repartir cada día y le pagaba cada semana.

Un día Alberto estaba solo con el señor Quintana, esperando a que le diera los periódicos, éste empezó a tocarle.

Primero, el señor Quintana le dijo a Alberto que quizá no le diese ningún periódico para repartir, y luego le amenazó.

Alberto sabía que si la gente del periódico se enteraba de lo que el señor Quintana estaba haciendo, lo echarían del trabajo. Y también sabía que si le pegaba, el señor Quintana se metería en un buen lío.

-NO, no quiero que me toque -le dijo Alberto.

Luego tomó sus periódicos y se fue a hacer el reparto, y, cuando llegó a casa, contó a sus padres lo que había pasado con el señor Quintana.

¿ Y tú qué harías ?.

LA HISTORIA DE JUANITO

Una tarde, Juanito se quedó solo en casa. Su papá estaba en el trabajo y su mamá había salido a comprar unas cosas para el cumpleaños de un amigo de Juanito, que era al día siguiente.

Sonó el teléfono y Juanito contestó. Tal vez le llamara su amigo Lucas. Pero no, era un hombre que dijo que quería hablar con el padre de Juanito.

Juanito le dijo que su padre estaba en el trabajo. Entonces el hombre preguntó si estaba solo en casa.

La mamá le había dicho a Juanito que nunca tenía que decirle a alguien que estaba solo en casa. Juanito le dijo al hombre:

- Mi mamá no puede ponerse al teléfono ahora. Si quiere dejar algún mensaje, ya le llamará luego ella.

¡ Y tú qué harías ?.

LA HISTORIA DE CARMEN

Carmen iba un día caminando por el parque. Miraba a una ardilla que corría por la hierba y que luego empezó a subir por el tronco de un árbol. Un hombre se le acercó y le dijo que estaba buscando a un perro que se le había perdido. Le ofreció dinero si le ayudaba a buscar el perro.

Carmen es una niña muy lista y sabe que los adultos no se dirigen a los niños cuando necesitan ayuda. En ese

caso, buscan a otros adultos.

Carmen dijo no y se fue a toda prisa. Cuando llegó a su casa le contó a su papá lo que había pasado.

¿ Y tú qué harías?.

LA HISTORIA DE TERESA

A Teresa le gustaba mucho su tío Carlos. Era muy simpático y siempre le gastaba bromas. Cuando iba a visitarlos a casa, a veces le llevaba un regalo.

Un día, el tío Carlos fue a la casa cuando los padres de Teresa estaban fuera. Dijo que estaba buscando al papá de Teresa, y ella le comunicó que su papá no estaba.

-Bueno, esperaré a que venga -decidió el tío Carlos.

Luego se sentó en la sala de estar y se puso a hablar con Teresa.

Al cabo de poco, empezó a decir unas cosas que hicieron sentir incómoda a Teresa; además, la tocó de una manera extraña. Teresa se encontraba muy a disgusto.

Pero Teresa sabía que si un adulto decía o hacía cosas que la hiciesen sentir incómoda, tenía que decir que No.

Teresa le dijo que no al tío Carlos, y cuando sus padres llegaron a casa, les contó lo que había pasado.

¿ Y tú qué harías ?.