



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
CAMPUS IZTACALA



400282  61060

U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

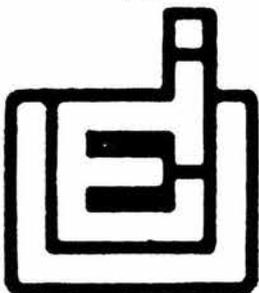
UNA PROPUESTA DE TRATAMIENTO
PARA EL INCESTO TOMANDO COMO
MARCO TEORICO EL ENFOQUE
CENTRADO EN LA PERSONA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N

ROSA ELENA ALCANTARA GONZALEZ
LILLIAM NEGRETE ESTRELLA



TLALNEPANTLA, EDO. DE MEX.



1996

U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA



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.

A. Lic. Roque, Jorge Olivares Vázquez
Quien durante el proceso de este trabajo
fue crítico, paciente, y exigente;
permitiéndonos al mismo tiempo
trabajar desde nosotras mismas,
impulsando nuestras ideas y ayudándonos
a centrar el tema.

Quien nos brindó su tiempo libre,
acceso a su material bibliográfico
y todos sus conocimientos sin reservas.

A la Lic. María de los Angeles Campos Ruichan
Quien fue de gran apoyo para la metodología
y técnica, captando errores fáciles
de ignorar, mejorando así
la calidad global de esta tesis.

A la Lic. Rosa Isabel García Ledesma
Quien se mostró comprometida, y decidida
a aprender junto con nosotras,
evitando ponernos, y ponerse
límites teóricos absurdos.
Para quien el fondo fue la esencia
y la forma el vehículo.

Profundamente Agradecidas

Rosa Elena Alcántara González

y

Liliam Negrata Estrella.

Dedico este trabajo

*A mis padres Anita y José
quienes me han acompañado
y apoyado para ser
lo que en este momento soy.*

*A mis hermanos
Ulyses, Erika,
Edwin y Elizabeth
que han estado conmigo
siempre.*

*A Blanca
apoyo y compañera
en mi adolescencia.*

*A todos mis compañeros
y amigos de preparatoria
que de alguna manera
influyeron para mi carrera.*

*A mis maestros
de preparatoria
y licenciatura
que contribuyeron
en mi formación
y gusto por mi trabajo:
Alberto Santarita,
Ma. Luisa,
Marco E. Marmeta*

*A mis amigos
y compañeros
tan especiales
que vivieron
la aventura de formarse
como psicólogos
junto conmigo:
Erika, Miguel,
Rosa, Gris, Lutz,
Lino, Guy,
Magnolia, Elizabeth.*

*Además de aquellos
que se quedaron en el camino,
pero que siguen luchando:
Cinthia, Angeles.*

*A mis amigos
y compañeros de trabajo
Rocio, Ricardo,
Lourdes, Rosaura,
Nachito, Elena, Fere*

*Así como a la persona
que me dio la oportunidad
de desarrollarme como profesionalista
y con su ejemplo me enseñó
a querer mi trabajo
y luchar día a día por la gente
que necesita apoyo
Nancy.*

*A mis asesores
por su paciencia y apoyo.*

*A todas las personas
que compartieron conmigo
parte de su vida y sobre todo
a las que me permitieron
contar su vida
para la elaboración de este
mi y su trabajo.*

*A todos los miembros de la familia
Alcántara González que me adoptó
desde antes y durante
la elaboración del presente trabajo
convirtiéndose en mi segunda familia.*

*Y por último, a esa gran mujer,
compañera, y amiga invaluable,
quien me ha permitido
compartir conocimientos,
tiempo, tristeza y alegrías
para todo lo que se ha necesitado
Rosa.*

*Agradezco a la vida
el haberme dado tanto
para lograr mis objetivos
a nivel profesional,
pero ante todo
como ser humano.*

Lilliam.

A esa Energía Cósmica que llamamos Dios.

A mi Madre

*Por levantarme cada mañana,
llorar mis penas y gozar mis alegrías,
engrandecer mis virtudes
y empequeñecer mis defectos.
Por ser la mujer que me dio la vida,
mi mejor amiga, mi confidente y mi guía.
Por levantarse a atenderme
cuando ella misma estaba enferma.
Porque sin ella no sería quien soy,
ni estaría en donde estoy.*

A mi Padre

*En quien durante los últimos años
he descubierto a un gran amigo.
Por quien he aprendido a ser
responsable, entregada y constante.
Mi velador, mi protector y mi supervisor,
sintiendo que mis triunfos
y mis fracasos son los suyos.
Quien está conmigo cuando lo requiero,
a costa de lo que sea.
Quien ha aprendido con dolorosas
experiencias a ser padre
al tiempo que yo aprendo a ser yo misma.*

A Norma, mi hermana

*Porque ha crecido conmigo y a pesar de mí,
fiel reflejo de lo que no soy,
siendo ella misma sin opacarme y sin someterse.
Mi compañera y mi más implacable crítica.
La justa medida cuando soy el exceso.
Única, irrepetible, indispensable.*

A mi tía Coneselo
Porque su espíritu de lucha y de entrega
es un ejemplo constante en mi vida.
Mi mayor orgullo.
La dignidad de la vida larga y productiva
Porque a pesar de los obstáculos
esté aquí y esté bien.
Porque su vida y la mía se entrelazaron
en una afortunada vuelta del destino.

A mi Abuelo Ramón
Por haberle dado la vida a mi padre.
y tenerme presente siempre.

A mi tía Elena
Por haber sido una de mis tantas madres,
y porque de ella siempre he tenido
el mejor regalo de Navidad: su amor por mí.

A Alfredo, Arturo, Margarita,
Estela y Rosa María
Porque juntos conformaron mi niñez,
y ahora contemplan mi vida adulta.

A Elena y Arturo
Por ser como mis hermanos.

A todos mis primos y sobrinos.

A mi Abuela Francisca
Porque su herencia fue la fuerza de su carácter.
Por los recuerdos maravillosos
y los recuerdos dolorosos que me conforman.

A mi Abuelita María
Porque me legó a la Mosca.
Porque quisiera que en estos momentos
estuviera conmigo y no contándole
cuentos maravillosos a los ángeles del cielo.
Porque fue como mi madre
y sin ella yo no estaría aquí.

A Lilliam Negrete

*Porque sin ella
nunca hubiera terminado la carrera.
Porque sin su compañía
y aceptación incondicional
yo me hubiera perdido a mi misma.
Por haberme dado la oportunidad de
conocer el trabajo con las víctimas de
violencia sexual y violencia intrafamiliar.
Pero sobre todo por ser
la maravillosa mujer que es
y por ser mi mejor amiga.*

A Nancy Herrera

*Por ser exigente y brindarme la confianza
de ser parte de PPAV en dos ocasiones.
Por ser la mujer maravillosa y completa que es.
Por enseñarme que el trabajo es importante,
pero que no se pelea con la amistad.
Por ser mi amiga.*

A la Lic. Gloria Muciño

*Porque es un ejemplo para mí
en el camino de la lucha por los demás.*

A Roque Olivares

*Porque pasó de ser mi profesor
a ser mi maestro.
Porque me entrenó como psicoterapeuta
sin obligación ni pago.
Porque fue exigente, demandante, y paciente.
Porque, gracias a él soy una profesionista
con una formación más sólida.
Pero sobre todo, porque
aunque inconstante, es mi amigo.*

A Angeles Campos

*Por ser una docente comprometida,
trabajadora y constante.
Porque me enseñó el valor
de la mujer independiente pero no aislada.
Porque su ejemplo como madre me vale más
que cualquier libro de psicopedagogía.*

A Rosy García

*Porque como profesional es envidiable,
como amiga incondicional,
como madre valiente
y porque su dulzura es inmensurable.*

*A Ricardo Vivanco
Por ser diferente
y al mismo tiempo igual.
Por sus defectos y virtudes.
Por su mala memoria.
Por ser mi mejor regalo.*

*A Mary Luna
Porque con su ternura
me enseñó que el ser humano
es mucho más
que inteligencia o fuerza.*

*A Rocio Zapata
Por estar en el lugar en que está
y por su amor
a los niños de la calle.*

*A Nora, Olga, y Sergio
Por su calidad humana.*

*A Ruth
Por su afecto, honestidad, valentía,
inteligencia, y aires de conocimiento.*

*A Alvaro Alvarco Novoa
y José Mireles,
por apoyarme
tanto con conocimientos
como con trámites
para ingresar a la Universidad.*

*A Reni
Porque su dulce recuerdo
vive en mí
y me impulsa a seguir
en mi propio camino
mientras él sigue en el suyo.*

*A Skott
Por ser como mi alma, gemela.*

A Marco Murueta.
A Claudia Saucedo.
A Leticia Maldonado.
A Alejandro Marroquín.
A Norma Yolanda.
A Laura Leña.
A Alfonso Valdez.
A Dina María.
A Francisco Hernandez.
A José Velasco,
por sus valiosos conocimientos.

A Patty Diaz Vero,
Miguel Lara.
Salvador Salazar.
Araceli Blanco.
Claudia Guadarrama.
Guillermina Fones.
Patty Ruiz.
Ana María Galván.
Elizabeth López.
Beatriz Navarro.
César Chavez.
Marcela Tiburcio.
Luis Enrique Díaz.
y Magnolia Orozco.
por su amistad

A Marco Antonio Alcántara

*A todas las prestadoras
de prácticas profesionales
que se han comprometido
con su trabajo.*

*A las víctimas de incesto
Por el dolor que sufren
y por su valor para vivir
y enfrentarlo.
Porque quisiera tener la respuesta
a sus preguntas
y la solución a sus problemas.
Porque ellas y ellos
me han enseñado
lo más importante de mi carrera:
mis limitaciones.*

*A la Mosca,
por darme voz.*

*A la Gosa,
por darme la oportunidad de la psicosis.*

*A Pandora,
por hacerme humana.*

*A Rosa Alcántara,
por haberme puesto en este camino.*

Rosa Alcántara

RESUMEN.

La presente tesis tiene como objetivo proponer un tratamiento psicológico para las personas que vivieron durante la niñez y/o la adolescencia una experiencia incestuosa y que por diversos factores, presentan secuelas durante la adolescencia o la adultez. Los tres primeros capítulos se realizaron a través de una revisión teórica del incesto, de diversas escuelas psicológicas y del Enfoque Centrado en la Persona; el capítulo cuatro está dedicado a la exposición de cuatro casos de incesto atendidos en la práctica profesional.

En el primer capítulo se revisan los antecedentes históricos y legales del incesto, su definición legal y psicológica, las causas, las teorías explicativas de la génesis del incesto, las características de la familia incestuosa, ideología, perfiles del victimario, el coagresor y la víctima, la caracterización, las consecuencias para la víctimas y los factores que influyen en la gravedad de las mismas.

En el segundo capítulo se contemplan las propuestas psicológicas que se han dado para el tratamiento del incesto desde la escuela Gestalt, la escuela Sistémica y la Cognitivo-Conductual, y las instituciones en México que trabajan con violencia sexual en general.

En el tercer capítulo se habla del Enfoque Centrado en la Persona, sus antecedentes históricos y los conceptos básicos.

Finalmente en el cuarto capítulo se hace una propuesta de tratamiento para el incesto tomando como marco teórico el Enfoque Centrado en la Persona y diversas técnicas de las escuelas tratadas en el segundo capítulo, exponiendo cuatro casos atendidos en la práctica profesional en el Estado de México, tomando en cuenta los datos generales del paciente, su historia de incesto, las consecuencias familiares, secuelas para la víctima, el momento de cambio durante la psicoterapia, los resultados reportados por el paciente y los cambios observados por la psicoterapeuta.

**UNA PROPUESTA DE TRATAMIENTO
PARA EL INCESTO TOMANDO COMO
MARCO TEORICO EL ENFOQUE
CENTRADO EN LA PERSONA.**

INDICE.

IZT.

PAG.

1	CAPITULO I. EL INCESTO
1	1.1. Antecedente Históricos y Legales.
6	1.2. Definición.
7	1.2.1. Definición Legal.
7	1.2.2. Definición Psicológica.
9	1.3. Causas del Incesto.
9	1.3.1 Teorías Explicativas de la Génesis del Incesto.
12	1.3.2. Características de la Familia Incestuosa.
12	1.3.3. Aspectos Culturales e Ideología.
13	1.3.4. Perfiles.
26	1.4. Caracterización del Incesto.
28	1.5 Consecuencias del Incesto.
31	1.5.1. Consecuencias del Incesto para la Víctima a Corto Plazo.
34	1.5.2. Consecuencias del Incesto para la Víctima a Largo Plazo.
37	1.5.3 Factores que Influyen en la Gravedad de las Consecuencias a Secuelas.
40	NOTAS.

41 CAPITULO II. PROPUESTAS PSICOLOGICAS PARA EL TRATAMIENTO DEL INCESTO.

- 41 2.1. *Psicoterapia Gestalt.*
- 42 2.1.1. *Antecedentes Teóricos.*
- 43 2.1.2. *Características de la Psicoterapia Gestalt en el Trabajo con el Incesto (Metodología).*
- 46 2.2. *Psicoterapia Sistémica.*
- 46 2.2.1. *Antecedentes Teóricos.*
- 47 2.2.2. *Características de la Psicoterapia Sistémica en el Trabajo con el Incesto.*
- 49 2.3. *Psicoterapia Cognitivo-Conductual.*
- 49 2.3.1. *Antecedentes Teóricos.*
- 51 2.3.2. *Características de la Psicoterapia Cognitivo-Conductual en el Trabajo con el Incesto.*
- 51 2.4. *Instituciones en México que Trabajan con Violencia Sexual.*
- 52 2.4.1. *Asociación para el Desarrollo Integral para Mujeres Violadas A.C. (ADVAC).*
- 54 2.4.2. *Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas (PIAV).*
- 56 2.4.3. *Centro de Terapia de Apoyo (CETATEL).*
- 58 2.4.4. *Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual (AVISE).*

60 CAPITULO III. EL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA.

- 60 3.1. *Antecedentes Históricos.*
- 62 3.2. *Carl Rogers: Las Condiciones Necesarias para el Cambio.*
- 66 3.3. *La Naturaleza del Ser Humano.*
- 69 3.4. *Conceptos Básicos en el Enfoque Centrado en la Persona.*

**71 CAPITULO IV. PROPUESTA DE TRATAMIENTO PARA EL
INCESTO UTILIZANDO COMO MARCO TEORICO EL ENFOQUE
CENTRADO EN LA PERSONA Y DIVERSAS TECNICAS DE OTRAS
ESCUELAS PSICOLOGICAS (ESTUDIO DE CASOS).**

72 4.1. Historia de caso de la Sra. A.

78 4.2. Historia de caso de la Srta. B.

86 4.3 Historia de Caso de C.

95 4.4 Historia de Caso de la Srta. D.

103 CONCLUSIONES.

122 BIBLIOGRAFIA.

El incesto es quizá la más cruel y la más incomprensible de las experiencias humanas. Representa la traición de la confianza más básica entre el niño y el padre o la madre, y es emocionalmente devastador. Las pequeñas víctimas están en una situación de dependencia total de sus agresores, de modo que no tienen a dónde ir ni a quien recurrir. Los protectores se convierten en perseguidores, y la realidad, en una prisión llena de sucios secretos. El incesto traiciona el corazón mismo de la niñez, su inocencia.

Susan Forward.

CAPITULO I. EL INCESTO.

1.1 Antecedentes Históricos y Legales.

Diversas fuentes históricas se remontan casi cinco mil años en el tiempo describiendo la conducta y actitud sexual en diversos pueblos. Con anterioridad al año 1000 a. C. se ha encontrado evidencia de que ya desde entonces el incesto estaba rigidamente proscrito (Tanahill, 1981; cit. en Masters, Johnson y Kolodny, 1992; Malinowski, 1975; y Vázquez, 1986).

El incesto ha sido considerado desde tiempos antiguos como un tema tabú y para explicarlo se ha retomado el punto de vista de la Antropología en estudios de étnias y grupos, así como en la Psicología a través de estudios realizados en las áreas social y clínica.

A este respecto se encontró que uno de los científicos que se dedicaron a dar una explicación a este fenómeno fue Sigmund Freud, (1988a) quien en su famoso desarrollo de la teoría psicoanalítica habla en su ensayo "Tótem y Tabú" de las prohibiciones y creencias mágico-religiosas de las relaciones padres-hijos en las tribus.

En la interpretación de Freud (1988a), el tótem y el tabú son partes constitutivas de un todo más amplia: el animismo, considerado una concepción del mundo perfectamente sistematizada. Esto tiene sus inicios cuando supone que el jefe del clan en la horda primitiva es un ser tiránico y despótico del que descienden la mayoría de los miembros del clan. El es el dueño y señor de las mujeres. Sus hijos, los hermanos, deben vivir en permanente celibato o en relación polándrica establecida con una mujer perteneciente a otro clan, que hará suya mediante el rapto. Los hijos tienen una relación de amor (temeroso respeto) -odio hacia el padre despótico, así como una posible envidia, lo que

provoca que se unan, maten al padre y lo devoren poniendo así fin a la existencia de la horda paterna. Al devorarlo se identificaban con él y se apropiaban de una parte de su fuerza. De esta manera es posible que la reproducción conmemorativa de este acto criminal y memorable constituya el punto de partida de las organizaciones sociales, de las restricciones morales y de la religión. Así, adoptan a un animal doméstico como su tótem y cualquiera que trate de comerlo o violar el respeto a éste obtendrá un castigo automático.

Freud considera que a consecuencia del proceso afectivo por el cual pasaron la ambivalencia afectiva (odio, deseo de identificación con él y a la vez sentimientos cariñosos) hacia el padre, surgió el remordamiento y nació la conciencia de la culpabilidad, confundida aquí con él y el padre muerto adquirió un poder mucho mayor del que había poseído en vida. Lo que el padre había impedido anteriormente, por el hecho mismo de su existencia, se lo prohibieron luego los hijos a sí mismos en virtud de aquella **"obediencia retrospectiva"**, desautorizaron su acto, prohibiendo la muerte del tótem sustitución del padre, y renunciaron a recoger los frutos de su crimen rehusando el contacto sexual con las mujeres accesibles para ellos. De este modo es como la conciencia de culpabilidad del hijo engendró los dos tabúes fundamentales del totemismo:

- La prohibición del incesto considerada importante para salvar la organización que los había hecho fuertes y mantenerlos unidos, ya que de no ser así, se hubiera dado la división de la horda o clan, trayendo consigo las discordias por poseer a las mujeres deseadas, móvil principal del parricidio (Vázquez, op. cit.).

Más tarde Freud (1988c), en el desarrollo de la teoría sobre el complejo de Edipo, explica que todo ser humano vive una etapa de enamoramiento donde el vínculo amoroso entre el niño y su madre aparece como la prolongación del lazo biológico en otro plano. La sexualidad infantil y la carga emocional que se apoya en ella hacen que el niño seleccione a

su madre como primer objeto en el que fija su sexualidad; pero el niño ama además a su padre a la vez que reconoce en él a su rival y competidor en su afecto hacia la madre. Siente rechazo hacia su padre, que después se convierte en odio, puesto que el niño también le teme, temor que está relacionado a la castración que no es sólo simbólica sino que se refiere en concreto a su pene.

En esta etapa, tanto el niño (complejo de Edipo) como la niña (complejo de Electra) deberán superar este apego con el progenitor del sexo opuesto y reconciliarse con éste al identificarse con el progenitor de su propio sexo para llegar a un desarrollo sexual "normal" (Vázquez, op. cit.).

A partir de conocer los estudios que hace Freud sobre *"Totem y Tabú"*, así como *"El Complejo de Edipo"*, Vázquez (op. cit.) comenta que la censura social con respecto a tal complejo es equivalente a la ley de prohibición del incesto en los pueblos sin escritura, ya que la amenaza de castración que implica rivalidad con el padre y amor hacia la madre es también el equivalente de la prohibición obsesiva del tabú, prohibición que generara verdaderamente neurosis obsesivas.

***"El odio hacia el padre y la represión del deseo sexual, con los remordimientos que le son inherentes y la relación emocional ambivalente, están presentes de la misma manera en ambas concepciones"* (p. 33).**

Esta es solo una perspectiva explicativa sobre el incesto en dirección hijo-padre, mas no en dirección padre-hijo, que es la que captará el interés de esta tesis en relación al fenómeno de incesto.

En cuanto a las relaciones incestuosas madre-hijo y padre-hija, Vidrio (1991) dice que la primera es histórica y universalmente prohibida, y sin aclarar sobre la segunda, menciona que ambas son consideradas patológicas, donde se conjuntaban tres personalidades inadecuadas: una hija seductora, un padre psicópata y una madre cómplice,

que no sabe proteger a la niña; en cambio asegura que el incesto entre hermanos es considerado en muchos lugares como algo normal.

Por su parte, Malinowski (op. cit.) desde un punto de vista antropológico, con respecto a la relación de la exogamia con el incesto realizó varios estudios con tribus triolandesas asiáticas, encontrando que los matrimonios entre hombre y mujeres del mismo clan, son absolutamente imposibles, y por lo tanto las relaciones sexuales en estas condiciones están consideradas altamente inconvenientes y sufren la censura implacable de una opinión pública indignada. Agrega que la exogamia es un tabú tan absoluto que la comunidad lo censura tajantemente y quien transgreda esta regla, al ser descubierta, puede llegar al suicidio, de no ser así irremediablemente habrá un castigo sobrenatural que puede conducir a la muerte.

Otros investigadores como Radcliffe-Brown (cit. en Vázquez, op. cit.) retomaron la concepción lacaniana para decir que el incesto está vinculado a los términos lingüísticos de la clasificación del parentesco y sus relaciones con la exogamia. Para Radcliffe-Brown (cit. en: Vázquez, op. cit.) las relaciones entre parientes son establecidas fundamentalmente en relación a los lazos sociales que unen tanto a hermanos como hermanas de una misma familia elemental. Para Malinowski (op. cit.) estas relaciones también están formadas por los padres con los hijos y principalmente con las hijas, considerada como una de las relaciones más castigadas del clan.

Con este tipo de estudios realizados, autores como Levi-Strauss (cit. en: Vázquez, op. cit.) mencionan que el incesto como tabú, es universal, de manera que todas las sociedades evitan y condenan las relaciones sexuales y matrimonios entre miembros de una misma familia. Pero si es cierto que ***"se descubren prohibiciones contra el incesto en todas las sociedades humanas... Sin embargo, lo riguroso de la prohibición varía de una cultura a otra... en algunos casos, se prohíben las relaciones entre los vástagos de***

dos hermanos, pero las relaciones entre los niños de una hermana y un hermano tal vez no son sólo aceptable, sino que de hecho se aliente" (Davenport, 1977; cit. en: Gotwald, 1983; p. 462).

La afirmación de Levi-Strauss resulta inexacta al compararla con información que proporciona Gotwald (op. cit.); sobre algunas sociedades en las que no se dio la prohibición del incesto ni se convirtió en tabú, pues en algunas tribus se acostumbra la iniciación sexual del nuevo adulto por otros miembros de la misma tribu; por ejemplo, el incesto no es castigable en Turquía, Portugal y Luxemburgo. De hecho en Japón el 5% de los matrimonios son entre primos-hermanos (Mc Cary, 1983).

Otros ejemplos de la excepción del tabú del incesto son citados por Katchadourian y Lunde (1983) quienes mencionan que el tabú en algunos grupos abarca las relaciones padres-hijos, madre-hijo y entre primos, aunque esta última no es en todos. **"Las iglesias católica romana y ortodoxa griega prohíben el matrimonio entre primos-hermanos, pero tales matrimonios se permiten en muchas iglesias protestantes; así como en el judaísmo y el islamismo"** (p. 396). Estos autores refieren un estudio importante realizado por Ford y Beach en 1951, en el que encontraron que en algunas culturas a las madres o padres se les permite estimular o masturbar a sus hijos pequeños. Otra excepción refenda es la de la tribu Azand de Africa en donde se insiste en que aquellos de más alto rango cohabiten en una sociedad sexual con sus propias hijas. Katchadourian y Lunde (op. cit.) citan excepciones similares para el matrimonio entre hermanos hechos entre los incas y en los antiguos faraones egipcios.

Como se puede observar, la afirmación de Levi-Strauss y otros autores como Freud acerca de la universalidad del incesto se ve parcialmente anulada con base en los estudios de otros investigadores, especialmente antropólogos y psicólogos, quienes se dieron a la tarea de estudios profundos tanto en sociedades antiguas como en

sociedades actuales. Este análisis es relevante para la comprensión de las consecuencias que el incesto deja en sus víctimas en la actualidad dentro de nuestra sociedad.

Antecedentes legales.

A pesar que existen sociedades donde no se tiene al incesto como un tabú, en la mayoría de las sociedades el incesto es considerado una problemática que puede traer consecuencias irreversibles tanto en víctimas como en las personas que las rodean. Esto ha provocado que sea fuertemente castigado no sólo en la actualidad, sino desde la antigüedad de diversas formas.

Probablemente la disposición legal más antigua que podríamos citar sea la que se encuentra en el código de Hamurabi, en 1726 a. C., en el que se ordenaba desterrar al incestuoso (Vidrio, 1991). Posteriormente en el antiguo testamento el castigo para el incesto era la muerte por lapidación.

Actualmente, en México, el incesto se castiga por medio de procedimientos penales por ser considerado un delito contra la familia que varía la sentencia de acuerdo al estado de la República en el que sucede. Por ejemplo, en el Código de Procedimientos Penales para el Estado de México (1995), en el artículo 227 se contempla:

"Se impondrán de tres a seis años de prisión y de veinte a doscientos días multa, a los ascendientes que tengan cópula con sus descendientes.

"La pena aplicable a estos últimos será de uno a tres años de prisión. "Se impondrá esta última sanción en caso de incesto entre hermanos" (pp. 176-177).

1.2 Definición.

El incesto por lo general se ha considerado dentro de los maltratos infantiles. Aunque efectivamente es una forma de maltrato, el hecho de que esta situación tenga

características tan específicas hace necesaria la creación de una definición especial para el mejor manejo y tratamiento de la problemática.

Etimológicamente el término "**incesto**" se deriva de la voz latina "**incestus**" que significa "**impuro**", "**manchado**", haciendo referencia a las relaciones sexuales entre familiares, siendo el más común el realizado entre hermanos. Actualmente el término se utiliza principalmente para designar las relaciones sexuales entre un adulto y un menor pertenecientes a una misma familia (Masters, Johnson y Kolodny, 1992; y Katchadourian y Lunde, 1983).

Se ha hecho necesario para el mejor tratamiento del incesto en la sociedad definirlo de tal manera que sirva para tener un castigo como delito cometido en contra de las normas establecidas y por otro lado para entenderlo como una problemática y dar un tratamiento oportuno para disminuir sus consecuencias.

1.2.1 Definición legal.

En los Códigos de Procedimientos Penales para el Estado de México (1995) y para el Distrito Federal (1995), el incesto es definido como la cópula de los ascendientes con sus descendientes y entre hermanos.

1.2.2 Definición Psicológica.

Diversos autores como Vidrio (1991), Masters, Johnson y Kolodny (1992), Beezley y Kempe (1983) y Shultz (1980) definen el incesto como el contacto sexual entre miembros de una sola familia. Beezley y Kempe (op. cit.) extienden esta definición a cualquier contacto de tipo sexual como tocamientos e incluye como familiares a aquellos que lo son por adopción.

Por su parte Forward y Buck (1994) consideran que el incesto es difícil de definir porque la concepción legal es muy diferente de la psicológica. Su crítica se dirige a que muchas personas no se percatan del incesto en sí mismas porque no hubo penetración

(incesto consumado). Estamos de acuerdo con estos autores en que la perspectiva psicológica debe considerar que el incesto abarca una gama muy amplia de comportamientos y relaciones. Cualquier contacto físico con la boca, pecho, genitales, ano o cualquier otra parte corporal del niño, se debe considerar un comportamiento incestuoso cuando el objetivo del agente activo (es decir, quien impone la relación incestuosa, a quien también llamaremos agresor) es excitarse sexualmente. Además el agresor no tiene que ser necesariamente un consanguíneo, puede ser cualquiera que el niño considere como parte de la familia; por ejemplo, un padrastro o un pariente político. También otros comportamientos que no implican contacto físico pueden resultar incestuosos; por ejemplo, la exhibición, la masturbación en presencia de niño, la exposición a cualquier tipo de pornografía, o la persuasión a posar para fotografías sexualmente insinuantes. Debemos aclarar que la diferencia entre un incesto consumado y un comportamiento incestuoso es sólo en cuanto a las conductas emitidas por el agresor, pues las consecuencias psicológicas para la víctima, pueden ser las mismas en cualquiera de los dos casos (Forward y Buck, op. cit.).

Estos autores también definen el "incesto psicológico" como aquella situación en que las víctimas han **"... tenido la vivencia de una invasión como pueden serlo el espiar a un niño mientras se viste o se baña, o dirigirle repetidos comentarios seductores o sexualmente implícitos. Aunque ninguno de estos comportamientos se ajuste a la definición literal del incesto, es frecuente que las víctimas se sientan violadas y que sufran muchos de los síntomas psicológicos que presentan las víctimas de un incesto consumado"** (p. 171).

Como podemos observar ya tenemos el concepto de "incesto", de cual se derivan los términos "incesto consumado", "comportamiento incestuoso" e "incesto

psicológico". Ahora a continuación revisaremos las teorías explicativas sobre la etiología de estos fenómenos desde diferentes perspectivas.

1.3 Causas del incesto.

Consideramos que el incesto es una problemática de etiología multifactorial pues influye lo biológico, lo psicológico, lo social (cultura, valores, costumbres, normas, etc.) y lo económico.

Existen teorías que procuran explicar la génesis del incesto desde diferentes perspectivas, las cuales mencionaremos a continuación.

1.3.1 Teorías explicativas de la génesis del incesto.

Teoría Sociobiológica.

Gotwald (1983) menciona que los sociobiólogos sustentan que el tabú del incesto tiene su origen en la formación de las sociedades humanas que establecieron sus relaciones sociales y de poder a partir del intercambio de las hermanas e hijas. Otra línea teórica de la sociobiología implica la posibilidad de que el tabú surgiera por la inconveniencia económica de que nacieran bebés antes de que se presentara un hombre económicamente maduro para sostener a los neonatos. Una línea más de esta rama considera que el tabú tiene un origen precultural, es decir, biológico, basándose en que algunos primates evitan el incesto e incluso existen inhibiciones en algunas especies de vertebrados o primates; esto implicaría que la evitación del incesto ocurre de manera "natural".

Teoría Antropológica.

Por otra parte Katchadourian y Lunde (1983) así como Vázquez (1986) consideran que el tabú del incesto surgió en los principios de la humanidad como una forma de integrar la unidad familiar evitando la competencia sexual, sirviendo al mismo tiempo

como una forma de establecer lazos sociales más grandes que la familia, manteniendo los del parentesco.

Teoría Genética.

Esta teoría pretende demostrar que el tabú del incesto surge porque la endogamia puede dar como resultado niños de tamaño corporal reducido, baja coordinación muscular, desempeño académico deficiente y concentración de genes recesivos portadores de enfermedades (Garwold, op. cit.; Katchadourian y Lunde, op. cit.).

Teoría Multifactorial.

Con respecto a las organizaciones sociales actuales, el punto de vista sociológico asocia la clase socioeconómica baja, la pobreza, el nacimiento, el aislamiento social, los valores subculturales (disvalores) y la tensión extrema con el incesto. Beezley y Kempe (1983) observan que algunos trabajos han demostrado que un gran número de familias incestuosas pertenecen a la clase media, aunque no mencionan qué trabajos. Con respecto a la teoría de los valores subculturales explican que los padres incestuosos en algunos casos son considerados individuos sobresexuados o "**machos**" desinhibidos, y no son juzgados como "**desviados sexuales**". Como eventos externos tensionantes numeran la pérdida del empleo, las pérdidas financieras, las enfermedades y los accidentes, que implican que el padre pasará más tiempo en casa y probablemente incrementará su consumo de bebidas embriagantes y decrementará su control de impulsos. Estas autoras hacen el acertado comentario de que el punto de vista sociológico necesita investigación adicional, pero que es valioso para tener un panorama amplio e integral del fenómeno de incesto, junto con las perspectivas psicodinámica y orgánica.

La primera de ellas se refiere a los roles que juega cada una de los miembros de la familia incestuosa: la víctima, el agresor y otros miembros de la familia, tal como a

esposa. La explicación de esta teoría es que la familia es como un sistema en el cual cada miembros juega un rol específico en donde se incluyen una variedad de factores para la génesis del incesto: desórdenes de la personalidad del individuo, discordias maritales con alejamiento sexual, desintegración familiar, deprivación emocional en que el afecto paternal es substituido por la sexualidad.

Teoría de la Psicopatología Orgánica.

Finalmente el punto de vista de la psicopatología orgánica se refiere a los efectos del alcoholismo y la **"subnormalidad mental"**. Diversos estudios se encuentran tanto a favor como en contra de esta teoría. Algunos de ellos reportan porcentajes muy altos de incidencia del alcoholismo en padres ofensores, mientras que otros encuentran que el alcoholismo no solo influyó para la comisión del incesto, sino que también en otros actos de violencia y criminalidad.

Para Beezley y Kempe (op. cit.) el mayor problema de estos estudios son las definiciones tan dispares entre unos y otros, siendo algunas de ellas incluso absurdas, poniendo como criterios de definición para el alcoholismo, el que el individuo hubiera bebido diariamente y largos períodos durante muchos años. Pero lo más importante de estas investigaciones es que se encontró que el alcohol puede funcionar como un desinhibidor y gatillo de la situación incestuosa. Estos mismos efectos se le atribuyen a drogas que inducen la psicosis y otras formas de tóxicos, aunque ni para el efecto del alcohol o de las drogas existe suficiente explicación aún.

En cuanto a la subnormalidad mental las autoras mencionan diferentes investigaciones en las que el incesto se atribuye a **"deficiencia mental"** del agresor o de la víctima. Con referencia a la **"deficiencia mental"** del agresor se teoriza que desconoce que sus acciones son ilegales o **inmorales"**. Por lo que respecta a la víctima, los investigadores lo relacionan especialmente a las situaciones de incesto madre-hijo en que

la primera estimula o gratifica sexualmente al deficiente. Nosotras consideramos también que la discapacidad que posee la víctima para defenderse es la que posibilita el incesto. (1)

A continuación presentaremos algunos de los factores que parecen influir en la aparición del incesto.

1.3.2 Características de la familia incestuosa.

Diversos autores afirman que el incesto es un fenómeno de cuya aparición no es responsable únicamente el agente activo, sino todo el universo familiar. Mencionaremos las principales características que se han encontrado en las familias en las que se da el incesto.

- Familias sin límites definidos y donde existe agresión continua (explícita o encubierta) contra los niños (Rivera, 1992; y Vidrio, 1991).
- Familias que viven en incomunicación, supervisión escasa, privación emocional, aislamiento social y abandono. El aislamiento puede llegar a fomentar que los miembros de la familia abusen unos de otros, ya sea porque se desarrollan disvalores que promueven la victimización o porque se impide que la comunidad supervise a la familia (Vidrio, op. cit.; Valladares, 1993; y Finkelhor, 1981).
- Familias con reglas rígidas, donde hay aislamiento emocional, secretos, necesidades afectivas, estrés y falta de respeto (Vidrio, op. cit.; Forward, 1994; y Rivera, op. cit.).
- La muerte de uno de los cónyuges, el divorcio o la separación; en general, una familia desintegrada. Se incluyen en este rubro también las familias reconstituidas, es decir, aquellas que surgen de un nuevo matrimonio (Vidrio, op. cit.; Valladares, op. cit.; y Finkelhor, op. cit.).
- Disfuncionalidad en el sistema familiar que consiente el establecimiento de relaciones incestuosas. El incesto en estos casos es un síntoma de conflictos parentales también (Aicántara, 1989). Se considera además que una vez que el tabú de incesto se ha roto

en una familia, es probable que se transgreda frecuentemente entre los miembros que lo iniciaron, incluyendo a otros más. Berry, Ralphing et. al. (cit. en Beezley y Kempe, 1982), consideran que el incesto debe contemplarse como un fenómeno transmisible.

- Una relación de pareja (marital) conflictiva o poco gratificante es considerada también como un factor de riesgo (Alcántara, op. cit.; y Beezley y Kempe, op. cit.).

- El manejo de dobles mensajes (Alcántara, op. cit.; y Rivera, op. cit.).

- Familias de tres generaciones donde cohabitan abuelos, hijas y nietas; todos apoyan y cooperan en las tareas familiares, el abuelo suele ser la cabeza de familia, abusando de su autoridad y ejerciendo su poder (Rivera, op. cit.).

1.3.3 Aspectos Culturales e Ideología.

Como vimos anteriormente, el sistema familiar se encuentra bajo una múltiple influencia social, cultural, económica, etc. Algunos autores como Hernández (1994), Alcántara (1989) y Vidrio (1991) consideran que otro factor de gran importancia en la incidencia del incesto es la ideología. En nuestra sociedad la ideología que prevalece en la mayoría de la población es la cultura de género, de la cual el modelo valoral es representativo de la misma (Hernández, op. cit.). Este modelo valoral es expuesto en términos de dominio físico, social, político y económico del **"macho sobre la hembra"** o **"sobre el macho de menor edad"**, en donde la sexualidad masculina se propicia y la femenina se reprime, dando a la virginidad un valor de cambio económico. Por otro lado, las cuestiones de dominio y poder también son analizadas por Díaz (1993), quien asegura que todas las relaciones humanas son relaciones de poder que dejan al descubierto -nuevamente- diferencias sexuales, económicas, profesionales, lingüísticas y, finalmente, generacionales. En este sentido, Alcántara (op. cit.) afirma que las relaciones de poder **son las que propician que se presenten y mantengan las conductas abusivas**, siendo aquellas de dos tipos principalmente: **"las que se dan entre sexos (hombre-mujer) y las**

establecidas entre generaciones (adultos-infantes)" (p. 43). Como podemos ver esto coincide con una parte del modelo valoral de Hernández (op. cit.). Valladares (1994) encuentra que la ideología es un valor determinante en la presencia de fenómenos de violencia sexual en general, pues se nos educa de tal manera que las mujeres asumimos el rol de víctimas y los hombres el de agresor. Los factores que, según la autora, influyen en esta educación son: 1) que la organización social es patriarcal y 2) que en la educación de género la mujer y los niños son considerados ciudadanos de segunda, sin derechos, con la obligación de satisfacer las necesidades y deseos del hombre adulto. No resulta muy difícil establecer una relación directa entre la cultura de género de la que hablan estas autoras y la educación que niños y niñas (posibles víctimas de incesto o posibles victimarios) reciben de sus padres, de sus familiares y de la sociedad en general; esto sin tomar en cuenta los medios masivos de comunicación que también influyen a los infantes y a los adultos.

De acuerdo a todo lo revisado anteriormente, coincidimos en que las relaciones de poder entre géneros y entre generaciones son importantes factores a tomar en cuenta en la incidencia del incesto; esto lo vemos confirmado revisando estadísticas en donde encontramos que el incesto contra la hija es de un 85%, siendo el agresor el padre en un 44%, el padrastro en un 33% o el abuelo en un 5%; madre en un 4% y el 6% restante de este dato estadístico pertenece a otros tipos de incesto, como tío-sobrino, tío-sobrino- entre hermanos, entre primos, etc. Esto en cuanto a las relación de poder entre géneros, en cuanto a la relación de poder entre generaciones, encontramos que la edad de mayor incidencia en la víctima es de 0 a 25 años de edad, mientras que la del agresor es de 25 a 34 años de edad (Ferré Martí et. al.: 1993; pp. 565 y 567).

La explicación que Alcántara (op. cit.) da al abuso de género es que la mujer, de manera histórica-cultural, va adquiriendo un papel de subordinación por lo que se abusa de

ella en una situación de supremacía del más fuerte contra el más débil. Con referencia al abuso generacional, la autora argumenta que tal jerarquización tiene sus bases en diferencias biológicas "*naturales*", ya que el adulto posee una estructura física y de aprendizaje que le otorgan el poder y movilidad en el mundo, a diferencia del niño, que con limitaciones físicas y sociales, debe aprender del adulto, lo que le conduce a asumir la dirección y superioridad de lo que éste le indique. ***"La relación de poder que se establece en la jerarquía fuerte-adulto, débil-infante, otorga la investidura de autoridad al mayor.***

"En esta relación el mayor podrá ejecutar sobre el menor la acción que mejor le plazca, pues no habrá nada que se lo impida (a no ser otro adulto), ya que socialmente es bien aceptado, y además fortalecido el hecho de que el adulto ejerza su autoridad sobre el menor. La autoridad la otorga al mismo tiempo, la propiedad del niño" (pp. 46-47).

Finalmente la autora señala que la transmisión de estas relaciones de poder se realiza a través de los mitos y tabúes, es decir, creencias erróneas y temas prohibidos, que la sociedad maneja, y aunque no explica cómo, nosotras creemos que el aprendizaje social es el elemento portador de estas reglas implícitas y, en ocasiones, explícitas. En el mismo rubro, Hernández (op. cit.) declara que otra regla del modelo valoral que permite el establecimiento de las relaciones abusivas adulto-infante, es el del respeto al padre por encima de todos sus disvalores, ya que él tiene el poder económico, político y físico.

En relación a los mitos a los que hace referencia Alcántara (op. cit.) encontramos que en su mayoría los autores refieren mitos acerca de la violación en general, y sólo un artículo difundido por el "Colectivo contra la violencia hacia la mujer" (COVAC, 1987) se refiere al abuso sexual contra menores, pero no encontramos ninguna con referencia a mitos sobre el incesto en particular. Por esta razón citaremos los mitos que revisa COVAC (op. cit.) y algunos que hemos encontrado referidos por las víctimas del incesto

y sus familiares, ya que consideramos de gran importancia estos como parte de la ideología en torno al incesto.

La persona que abusa sexualmente de una menor es generalmente un extraño" (COVAC, op. cit.). Este mito propicia que la familia no le crea al niño cuando este reporta el incesto.

Siempre que una niña es víctima de abuso sexual presenta señales de trauma físico (moretones, sangre, etc.)" (COVAC, op. cit.). Como vimos en la definición de incesto, la violencia física no necesita estar presente para que se dé un incesto consumado.

"Muchas niñas inventan historias en las que relatan haber sido abusadas sexualmente" (COVAC, op. cit.). Con respecto a este mito, tal vez tendríamos que preguntarnos primero si una niña de, por ejemplo, 7 años de edad, es capaz de imaginar que una persona tocó sus genitales y le pidió que lo masturbara; aunque no fuera expresado por la niña en estos términos, resulta muy difícil que una niña o un niño imagine una historia de esta naturaleza sin tener una experiencia previa, haber visto o escuchado algo. Aún así, cabe la posibilidad de que ella no haya vivido la experiencia, sino que otro pequeño se la hubiera relatado; en cualquier caso, siempre vale la pena investigar para saber si quien lo relata lo vivió o fue alguien más, y de ser así, ayudar a ese otro pequeño, pues de igual manera podría sufrir consecuencias o ya estaría viviendo.

"Si las niñas dijeran desde el principio lo que les está ocurriendo, se evitarían males mayores" (COVAC, op. cit.). En relación a este mito hay dos aspectos a analizar; en primera, si una niña (o) pudiera descubrir desde el primer acercamiento de adulto que habrá un incesto, probablemente se evitaría. Como veremos más adelante en la caracterización del incesto, la situación incestuosa se da en fases, y no hay un acercamiento sexual explícito desde el principio, por lo que es difícil detectarlo antes de

que se dé. En segunda, cuando la niña decide hablar del incesto, la reacción de la familia puede no ser la más adecuada, pues ninguno de nosotros se encuentra preparado para escuchar que nuestro hijo está siendo víctima de incesto (o abuso sexual). Además, si el agresor amenaza física o verbalmente a su víctima, cómo podremos esperar que hable de ello. Finalmente, debemos agregar que aún cuando la víctima no hable del incesto desde el principio, sí da señales de que algo le sucede, y el adulto es quien debe detectar e interpretar estas señales, que más adelante revisaremos como consecuencias o secuelas del incesto.

"Muchas niñas después de haber denunciado una situación de abuso sexual cambian su historia y niegan el hecho. Esto demuestra que mentían" (COVAC, op. cit.).

Nuevamente debemos mencionar que el incesto (y el abuso sexual) es un fenómeno en el que se presentan fases. Una de ellas es la negación, en que la víctima niega los hechos, no porque haya mentado, sino porque tiene miedo, se siente sola, asustada, culpable de la desintegración familiar y aturvida. También podemos ver que este mito se relaciona con el tercero que mencionamos aquí.

"La mejor manera de corroborar un caso de abuso sexual a una menor es mediante un buen examen médico" (COVAC, op. cit.). Este mito se relaciona con el segundo que se mencionó anteriormente. El abuso sexual no siempre deja huella en el cuerpo de la víctima, y en los casos de comportamiento incestuoso e incesto psicológico, el examen médico no serviría de nada. Aunque una cantidad considerable de casos de abuso sexual e incesto es descubierto en el consultorio de un médico general, ginecólogo o pediatra, cuando un niño (a) presenta secuelas que hacen sospechar de un abuso sexual o incesto, la mejor opción es una entrevista realizada por un profesional especializado y con experiencia en el campo de la violencia sexual.

"Las niñas, especialmente prepúberes, púberes y adolescentes, son seductoras, y provocan el incesto"(2). Cualquier persona de cualquier edad puede buscar el afecto en otra, las adolescentes pueden buscar y desear el contacto físico-erótico con una persona que le atraiga, pero en estos casos, ni hay violencia, ni hay amenazas, ni la adolescente sufre consecuencias que lleguen a paralizar su vida cotidiana. Este mito pierde su valor con mayor razón, cuando es esgrimido a favor de un agresor de 26 años de edad y contra una adolescente que empezó a ser víctima del incesto a los 8 años de edad, 5 años antes de la denuncia.

"El incesto sólo ocurre en familias pobres"(3). El incesto puede darse en cualquier familia, sin importar su nivel socioeconómico o cultural.

"El incesto ocurre cuando el agresor ha estado mucho tiempo sin tener relaciones sexuales"(4). El agresor puede haber estado o no en abstinencia sexual al momento de ocurrir el contacto genital, pero recordemos que en el comportamiento incestuoso y en el incesto psicológico, no hay tal. El incesto no es un fenómeno relacionado con la sexualidad, sino con el poder.

"Sólo las niñas son vulnerables al incesto"(5). Tanto niños como niñas pueden ser víctimas del incesto.

"Los niños (varones) víctimas de incesto, serían homosexuales"(6). Consideramos que la homosexualidad es una decisión que toma el individuo, haya sido o no víctima de incesto o abuso sexual. En algunos casos la víctima se autoestigmatiza por lo que sucedió durante su infancia, y esto la lleva a tomar la decisión de relacionarse sólo con personas de su mismo sexo, pero en este caso, la autoestigmatización es la consecuencia o secuela, no la homosexualidad.

Como vemos, los mitos pueden ser determinantes en el descuido de los niños, en el apoyo al agresor y en la incredulidad hacia la víctima. Finalmente debemos insistir en

que la ideología no es determinante pero sí un factor de gran relevancia en la etiología del incesto, pues las familias que lo presentan, al igual que los individuos que las conforman, están inmersos en una sociedad que los influye, reprime, aliena y modifica en diversos grados y niveles. Esto se refleja en los papeles que asume cada uno de los individuos involucrados en la relación incestuosa. Para la mejor comprensión de su inserción en este fenómeno, revisaremos los perfiles de cada una de estas personas.

1.3.4 Perfiles.

a) Perfil del victimario.

Tal vez la primer persona que intentó crear un perfil del victimario, fue Freud (1988a), quien procuró limitar a quienes abusaban de menores sólo entre los enfermos mentales. Sin embargo, encontró que las conductas abusivas contra los niños no sólo las presentaban estos individuos, sino también otros considerados **"sanos y en razas y clases sociales enteras"** (p.1180).

En relación a estos intentos por crear un perfil del victimario desde Freud hasta nuestros días, se han levantado muchas polémicas. Se ha dicho que no se puede crear un perfil, dado que, precisamente como lo encontró Freud, el victimario puede ser un individuo bien adaptado socialmente, con un coeficiente intelectual muy variado; con una posición económica indistinta, de cualquier profesión o sin ella, etc. (Valladares, 1994). Sin embargo, creemos que es muy importante presentar aquí los estudios realizados al respecto, no sólo a un nivel preventivo, que bien puede ser muy cuestionada, sino porque además las características de la persona agresora pueden influir en la intensidad de la situación incestuosa y, por ende, en la gravedad de las consecuencias para la víctima, que es principalmente el interés de nuestro trabajo.

En la revisión bibliográfica llevada a cabo se encontró que la mayoría de los autores hablan del agresor como el padre o exclusivamente varones. Nosotras

contemplemos como posibles agresores tanto a hombres como a mujeres, pudiendo ser los padres o cualquier otro familiar (primos, hermanos, tíos, abuelos, etc.) o cualquier otra persona sin un lazo sanguíneo con la familia, que la familia considere como parte de la misma, por ejemplo, un pariente político, por adopción o un amigo muy cercano a la familia.

Masters et. al. (1992) mencionan que la mayoría de los hombres que incurren en el incesto son tímidos, convencionales y pegados a su familia. Por su parte, Vidrio (1991) y Beezley y Kempe (1982) establecen que las características de los padres incestuosos no responden a un perfil específico; sin embargo, proporcionan algunos datos acerca de las características más recurrentes de los agresores; entre ellas enumeran al alcoholismo, conductas antisociales o una personalidad inadecuada, sociopatología, pedofilia, una personalidad dependiente, desórdenes de la personalidad paranoica, y rara vez psicosis. Otra característica común a la mayoría de los casos es que se trata de hombres casados, dominantes y que no ponen límites en los roles hijo-esposa. Asimismo, Vidrio (op. cit.) cita datos estadísticos de diferentes fuentes en que la edad de los agresores va de los 27 a los 37 años. También se refiere a que los ofensores fueron víctimas de alguna forma de abuso físico o sexual cuando niños, lo cual también es reportado por Forward y Buck (1994). Se dice que los agresores se odian a sí mismos, desconfían de sus capacidades, evitan relacionarse sexualmente con personas de su edad y sufren pánico después de varias relaciones con la víctima, lo que les lleva a hacer prometer a éstas que guardarán silencio, logrando que se sientan culpables o nieguen lo que está sucediendo (ver 1.4 Caracterización del incesto). Además el individuo agresor frecuentemente ha perdido su trabajo, sufre problemas conyugales que afectan la relación de pareja, su esposa trabaja, y él se encuentra con un autocontrol dañado (Vidrio, op. cit.; Alcántara, 1989; y Beezley y Kempe, op. cit.). Se añaden como posibles predictores de una situación incestuosa, un bajo autoconcepto de agresor, una deficiente identificación

sexual, creencias en tabúes religiosos en cuanto a las relaciones extramaritales, necesidad de ser aprobado por todos incluyendo a los niños, inmadurez, expectativas irreales, falta de conocimiento de los roles paternos, necesidades emocionales no satisfechas, privación emocional en la infancia, problemas legales y drogadicción (Vidrio, op. cit.; y Beezley y Kempe, op. cit.); el agresor suele ser desconfiado, suspicaz, con pocos amigos y una vida social limitada, autoimagen de un hombre tranquilo, buen proveedor, con una familia sólida y una vida religiosa regular (Alcántara, op. cit.; Finkelhor, op. cit.; Forward y Buck, op. cit.; Valladares, 1993; y Beezley y Kempe, op. cit.).

En general, y resumiendo, comúnmente el agresor es un varón, más frecuentemente el padre o padrastro, tiene una baja autoestima, problemas de adicciones, bajo control de impulsos, desempleo, malas relaciones de pareja, una personalidad inadecuada, conductas antisociales fuera de su comunidad, pues dentro de ella es visto como un buen padre, es respetado y considerado religioso. Tiene tabúes con respecto a las relaciones extramaritales, considera que sus hijos son de su propiedad y suele infligir daño físico a su esposa e hijos al mismo tiempo que abusa sexualmente de ellos. Pudo haber sido víctima de abuso sexual cuando niño, tener tendencias homosexuales reprimidas y una vida social poco activa. Menos frecuentemente tiene problemas legales y psicosis.

En las conductas del agresor influyen, además de sus propias características, otros factores externos, como el desempleo y, muy particularmente, el desempeño de su pareja, en caso de ser el padre o padrastro de la víctima y, en caso de ser otra persona distinta de estos, el individuo encargado del niño (la víctima). En el sistema familiar, los individuos se influyen unos a otros, por lo que consideramos que, además del perfil del agresor, hay otros individuos que afectan el establecimiento de las relaciones incestuosas. A este individuo le llamaremos **"conagresor"**.

b) Perfil del coagresor.

Para efectos teóricos en la presente tesis se considerará con el término **"coagresor"** a aquella persona cercana a la víctima que pudiendo o debiendo evitar, detectar y/o detener el incesto o las situaciones incestuosas, no lo haga, teniendo conocimiento o sospechas de lo que está sucediendo en la familia.

Prácticamente la totalidad de los autores revisados se refiere a la madre como la coagresora. Particularmente Forward y Buck (1994) hacen una clasificación de ésta, a la que llaman **socia silenciosa**:

"Hay tres tipos de madre en las familias incestuosas: las que automáticamente no lo saben, las que quizá lo saben, y las que efectivamente lo saben.

"¿Es posible que una madre viva en una familia incestuosa y no lo sepa? Varias teorías sostienen que no, que cualquier madre percibiría de alguna manera el incesto en su familia. Yo no estoy de acuerdo; tengo la convicción de que algunas madres verdaderamente lo ignoran.

"El segundo tipo de madres es la clásica <<socia>> silenciosa, que lleva autojefes. Los indicios del incesto están ahí, pero ella prefiere no hacer caso de ellos, en un intento erróneo de protegerse y de proteger a su familia.

"El tercer tipo es el más reprensible. La madre a quien sus hijos cuentan lo que les están haciendo, pero no interviene para impedirlo. Cuando esto sucede, la víctima es doblemente traicionada" (p.91).

Estamos de acuerdo en que hay madres que sospechan del incesto y madres que lo conocen, pero no estamos de acuerdo en que haya madres que ignoren por completo el incesto. En su exposición Forward y Buck (op. cit.) hablan de indicios del incesto, es decir, actitudes, conductas y situaciones **"de alarma"** que le dan a la **<<socia silenciosa>>** la pauta para sospechar que algo sucede. ¿Cómo puede haber una madre completamente

ignorante de los cambios de su hijo? Tal vez puede ignorar el incesto en sí mismo, pero el no investigar lo que le sucede a su hijo es ya en sí una falta de cuidado, lo que para efectos de definición la convierte en una coagresora. En este sentido, Adams-Tacker (cit. en: Alcántara, op. cit.) dice que las actitudes de el (la) coagresor (a) **"incluyen el no hacer nada cuando se conoce el hecho, aliarse con el perpetrador, hostigar y culpar al niño, e incluso -según Cohen-, consentir en la relación incestuosa, ya que ello lo relevará de su papel al asumir la hija el rol sexual"** (p. 38). Con respecto a esta cuestión, Beezley y Kempe (1982) mencionan que ha habido un considerable debate en cuánto a la relevancia de la madre en el incesto padre-hija en particular. Se dice que ella es incapaz de mostrar amor a su esposo y a sus hijos a causa de su propia privación emocional durante la infancia. Ella también pudo haber sido abusada sexualmente cuando niña, invierte roles con su hija, es dependiente, infantil, masoquista, rechazante y hostil (Beezley y Kempe, op. cit.: Forward y Buck, op. cit.; y Valladares, 1993).

En otro tipo de incesto, entre madre e hijo, Beezley y Kempe (op. cit.) mencionan respecto al padre, que pudo haber estado ausente del hogar físicamente o, estando en él, es incapaz y pasivo frente a una esposa rígida y controladora. En el incesto padre-hijo, la madre es considerada poderosa, con una actitud castrante frente a los hombres y manipuladora. Principalmente se dice que cuando ella descubre el incesto, reprime completamente para sí misma lo que ha visto y escuchado, por este motivo se considera que se colude con el incesto. El último caso presentado por las autoras, es el incesto hermano-hermana, en el que ambos padres son coagresores, considerados como descuidados, ausentes, incapaces de restringir el incesto. El padre puede estar enfermo, incapacitado emocionalmente o ser de edad avanzada. La madre es rígida y puritana con respecto a la sexualidad, aunque podría darse casos en que ambos padres sean excesivamente permisivos y acepten que sus hijos los observen durante sus intercambios

sexuales. Por su parte Valladares (op. cit.) menciona algunas otras características muy dísimiles, como el que las madres sean sumamente sumisas, por lo que sus hijos aprenden tales comportamientos. Aquí la autora hipotetiza una indefensión aprendida de generación en generación.

Como se ve puede haber una gran diferencia para la víctima entre si hay una coagresora o no la hay, principalmente en cuanto a la duración del incesto, que influirá en las consecuencias que sufrirá la víctima. Además, a partir del perfil del (la) coagresor (a), se puede ir conformando el perfil de la víctima, dado que casi en su totalidad, los comportamientos presentados por una (a), pueden ser aprendidos por la otra (a).

c) Perfil de la víctima.

Como mencionamos en apartados anteriores el aprendizaje social es el vehículo de herencia para algunos fenómenos como el incesto. Autoras como Beezley y Kempe (1982), Alcántara (1989), Vidrio, (1991), Valladares (1993), Díaz (1993) y Hernández (1994), simpatizan con la hipótesis de la indefensión aprendida, que incluye sentimientos de incompetencia, sumisión, dependencia, inhabilidades cognitivas y sociales, baja autoestima, etc. Diversos estudios epidemiológicos realizados en México de 1985 a 1991, fueron revisados por Valladares (op. cit.), encontrando que la mayoría de las víctimas de violencia sexual en general, fueron mujeres jóvenes y menores de edad, en las que se incluyen las víctimas de incesto. La autora desarrolló un esquema del perfil de la mujer violada en el que destacan como características la indefensión económica, social y laboral, sentimientos de indefensividad, deficiencia cognitiva y asertiva, desconocimiento de los derechos humanos, indefensión física y relaciones de poder del agresor sobre la víctima. Este perfil enumera características que podemos encontrar en cualquier niño, no por una deficiencia de la personalidad, sino como la naturaleza inherente de niño y por no haber desarrollado aún algunas habilidades. Adicionalmente, existen características que hacen

vulnerables a los niños ante el incesto, como una condición física desventajosa, dependencia económica, falta de presencia social (pues no hay una cultura de los derechos del niño) y otras.

Beezley y Kempe (op. cit.) encontraron que en el incesto padre-hija en particular, la hija mayor de la familia es la más vulnerable, especialmente cuando hay inversión de roles y aprendizaje de actitudes y/o conductas pasivas, dependientes y masoquistas. Se siente asustada y solitaria cuando descubre que la madre permite el incesto. Tiene una inteligencia promedio, pero bajo rendimiento escolar, aunque al parecer las autoras no consideraron esto en particular como una consecuencia del incesto. En el incesto madre-hija, el hijo tiene pesadillas en las que es perseguido, bajo rendimiento escolar, problemas de conducta y delincuencia, ya ha tenido experiencias sexuales, incluyendo las incestuosas (homosexuales y heterosexuales); y siente miedo a la homosexualidad; en el incesto padre-hijo, este tiene disturbios emocionales; todas estas observaciones nuevamente sin ser consideradas como consecuencias del incesto.

Como podemos ver, no hay mucha investigación acerca del perfil de la víctima, sino más bien de las secuelas del incesto. La mayor parte de información acerca de este perfil en particular se tiene sobre las mujeres adolescentes y adultas violadas, entre las que se incluyen un pequeño porcentaje, no determinado, de víctimas de incesto.

Aunque no tenemos un estudio serio ni profundo al respecto, en el trabajo con víctimas de incesto, hemos encontrado que son personas a las que no se les ha proporcionado educación o información sexual, que piensan que la obediencia y el respeto a los adultos está sobre cualquier otra cosa, que desconocen sus derechos, tanto de niños como de adultos, que las mujeres en particular le dan un gran valor a la virginidad, que tienen una gran necesidad de afecto, que no saben decir "no", que no tienen habilidades asertivas y que se han visto obligadas a asumir roles de responsabilidad en la

familia a una corta edad, haciendo a un lado sus propias necesidades y sentimientos. Consideramos de gran importancia esta información, ya que de esto dependen en gran medida también, las consecuencias del incesto para la víctima.

1.4 Caracterización del incesto.

Para exponer la forma en que se desarrolla una relación incestuosa, retomaremos la explicación que Finkelhor (1981) da acerca del abuso sexual contra menores, ya que la sustentación teórica de este autor es también válida para el incesto, pues independientemente de la definición teórica psicológica, el incesto es una forma de maltrato o abuso sexual contra los menores, cometida generalmente por personas cercanas al menor o familiares. Esta sustentación está explicada en cinco fases, las cuales presentamos a continuación.

a) Fase de seducción o engaño. En un primer momento el agresor se gana la confianza del niño o lo engaña dándole regalos o haciéndole promesas, sin iniciar un acercamiento sexual explícito con él. En esta fase es especialmente importante la confianza de quienes cuidan al niño hacia el agresor, ya que por ser de la familia o considerado como parte de ella, las sospechas acerca de su comportamiento no existen, pues se considera natural e incluso deseable este acercamiento.

b) Fase de interacción sexual. Aquí es donde se concretiza el incesto, ya sea consumado, como comportamiento incestuoso, o en forma de incesto psicológico. En el momento de la interacción, el agresor puede ocupar argumentos acerca de que es natural en todas las familias el tocamiento de esta naturaleza o las conductas específicas que sean emitidas o solicitadas. Esto es muy común cuando el niño se encuentra en una edad en la que es difícil que tenga contacto con familias ajenas a la suya o en caso de aislamiento social, el cual fue explicado en las causas del incesto. Finalmente debemos

agregar que la interacción sexual no se da una sola vez casi nunca, sino que se da en varias ocasiones. Esta fase puede durar de un mes a varios años (Brigass et. al.,1966; cit. en: Gotwald, 1983).

c) Fase del secreto. Según el autor, llega un momento en que el agresor siente pánico de que el niño vaya a revelar lo que está sucediendo y solicita al niño que no lo comente con nadie. Esto puede hacerlo de dos maneras: 1) dándole un atractivo al secreto; o 2) amenazando al niño de cualquier manera, por ejemplo: **"... si dices algo te voy a matar... si le dices algo a tu mamá te voy a dejar de querer... si le dices algo ya no te va a querer y se va morir... si dices algo le voy a hacer lo mismo a tus hermanos (as)..."**(7), etc.; y en el caso de que el agresor sea el padre, padrastro o proveedor: **"... si dices algo me van a meter a la cárcel y ustedes se van a morir de hambre... si le dices algo a tu mamá no te va a creer a ti sino a mí... si dices algo yo me voy a morir... si dices algo tú vas a ser el culpable de que nos separemos..."**, etc.(7). Es importante tomar en cuenta el discurso que maneje el agresor, ya que de esto dependerán las consecuencias y su grado para las víctimas y sus familiares. Además, es importante que aclaremos que el momento en que el victimario solicita el secreto, puede ser antes, durante y/o después del contacto sexual, en una sola o en varias ocasiones.

d) Fase del descubrimiento. Cuando el secreto es roto por la víctima o se descubre accidentalmente la situación incestuosa, tanto la familia como la víctima entran en crisis. Si la situación es revelada por la víctima es más sencilla para ella el enfrentamiento, pues tiene la oportunidad de pensarlo, ensayar su discurso y prever las reacciones de su familia, además de tener la oportunidad de elegir en quién confiará primero. En cambio, cuando es descubierta por la familia, esta preparación no tiene lugar. Al igual que en la fase anterior, es importante la reacción que tenga la familia al ser revelada o descubierta la situación, ya que también de esto dependen las consecuencias

para la víctima. En este momento puede tener lugar una reestructuración del esquema familiar o una desintegración, o pueden darse ambas en orden indistinto y sin ser mutuamente excluyentes, incluso pueden darse subnúcleos familiares en alianza y/o fricciones.

e) **Fase de la negación.** Después de la primera crisis, la familia y la víctima procuran reestablecer lo más pronto posible la forma de vida que llevaban antes del descubrimiento, fingiendo que nada pasó, tratando de olvidarlo, o negando francamente que nada haya ocurrido. La víctima en especial puede entrar en negación para sí misma imaginando que el incesto le ocurrió a otra persona o reestructurando la historia de tal forma que los eventos que recuerda o que comunica fueron menos significativos o dolorosos que los reales. Esto es natural, puesto que la víctima puede sentirse culpable de la desintegración familiar, puede estar asustada por la reacción de la familia, puede sentirse sola y rechazada, etc. En esta fase la familia suele interrogar constantemente a la víctima en un intento por descubrir una mentira, un error o una omisión. El agresor generalmente niega todo cuando es la víctima quien revela el secreto; en el caso de ser descubierto, intenta culpar a la víctima, fingir que nada había sucedido, decir que fue la primera vez, etc.

Como mencionamos al principio de este apartado y como lo hemos estado repitiendo a lo largo de todo el capítulo, diferentes situaciones se van sumando para dar como resultado las consecuencias para la víctima. En el siguiente apartado haremos una revisión de ellas, procuramos enfatizar al final todos los factores que influyen nuevamente.

1.5 Consecuencias del incesto.

Comenzaremos aclarando que hay consecuencias tanto para la familia como para la víctima, no sólo a nivel de estructuración familiar, sino también a nivel económico, social,

afectivo, cognitivo, conductual y físico. Por ejemplo, el que una madre descubra a su esposo abusando de su hija y le reclame, puede resultar en una golpiza (consecuencias físicas), un divorcio (consecuencias familiares, económicas y sociales), depresión, ideación suicida (consecuencias afectivas y cognitivas) y alcoholismo (consecuencias conductuales). Sin embargo, el objetivo de esta tesis está primordialmente dirigido a la víctima, por lo que nos abocaremos por el momento sólo a ella, y posteriormente en la exposición de casos en el capítulo IV revisaremos brevemente algunos ejemplos de las consecuencias para la familia.

Otra observación importante, es que las consecuencias que aquí mencionaremos son sólo algunas de las muchas posibilidades que existen, ya que una pequeña variación puede ser una gran diferencia entre un caso y otro, y debemos recordar que cada persona es única, y nunca dos historias son iguales. Este es el motivo por el cual decidimos presentar una gama amplia de las posibles consecuencias; las que presente una víctima pueden ser una o varias de ellas, y además pueden presentarse primero unas, desaparecer éstas y presentarse otras, y así sucesivamente, a lo que comúnmente se le denomina Síndrome Postviolación, que los teóricos como Valladares (1993) exponen en dos fases: una aguda en que la víctima sufre reacciones somáticas y emocionales; y otra de reorganización, en que se modifica la actividad motora de la persona, sufre pesadillas y traumatofobias. El término "Síndrome Postviolación" ha sido utilizado en esta tesis debido a la aceptación internacional que de él se ha tenido, pues se puede encontrar en libros y revistas de psicología y victimología latinoamericanos y europeos. El enlistado que se presenta a continuación fue tomado de diversos autores que hablan de abuso sexual en general sin hacer alguna distinción entre éste y el incesto; sin embargo, en la práctica profesional se ha encontrado que las personas que han sido víctimas de incesto, presentan las mismas secuelas que las que han sido agredidas sexualmente por personas

ajenas a su familia o desconocidos. La peculiaridad en las víctimas de incesto, es que el enfrentamiento al evento es más difícil pues el agresor es una persona que pertenece a la familia, lo que social y culturalmente implica que debe respetarla y quererla.

El orden en que se presentarán las consecuencias se divide en dos momentos: a corto plazo, que comprende desde la inmediata reacción posterior al primer contacto o acercamiento incestuoso, las consecuencias que se presentan a todo lo largo de la relación incestuosa, hasta el momento en que es descubierto el incesto; y a largo plazo, que se presenta a partir de la fase de negación y puede durar por muchos años e, incluso, toda la vida. Además de esta división, haremos otra en cada uno de los dos momentos, que consiste en la organización de las consecuencias en diferentes niveles o áreas: **afectivo**, referente a las emociones, sentimientos y sensaciones; **cognitivo**, que incluye pensamientos, ideas y consecuencias que afecten la vida y desempeño intelectual del individuo; **conductual**, en cuanto a conductas emitidas o evitadas, modificaciones del comportamiento (aumento o disminución en la frecuencia de una conducta), y todo aquello que se pueda observar como algo hecho por el individuo; **fisiológico**, en relación a sucesos corporales de funcionamiento biológico interno, fuera del control de individuo, pero relacionados directamente con el suceso; **físico**, que comprende toda aquella lesión o enfermedad visible que afecte la imagen corporal de individuo; **social**, que es aquello que afecta el desarrollo y desempeño social del individuo, sus relaciones interpersonales y su presencia y autoimagen como parte de su familia y de su comunidad; **sexual**, referente a conductas, ideas y sentimientos del individuo con respecto a su propia sexualidad y su desempeño con miembros del mismo sexo y del sexo opuesto; y finalmente, consecuencias a nivel de **conductas compuestas**, que implican no sólo comportamientos, sino actitudes, ideas, sentimientos, fisiología y otros niveles en un mismo supuesto teórico, por ejemplo, las fobias. A continuación presentamos las posibles consecuencias en el orden expuesto.

1.5.1 Consecuencias para la víctima a corto plazo.

a) A nivel afectivo.

Aversión a diversas situaciones y personas; sensación de indefensión física y emocional; sentimientos de tristeza y humillación; deseos de venganza; temor a la violencia y a la muerte; miedo a la autoridad (Valladares, 1993); sentimientos de enojo y vergüenza, pues se siente sucio, malo o tonto (Valladares, *op. cit.*; y Alcántara, 1989); miedo a la desintegración familiar y a perder el amor del agresor; choque de sentimientos; distanciamiento emocional del padre abusador y de la madre no protectora (Alcántara, *op. cit.*); sentimientos de culpa (Valladares, *op. cit.*; Alcántara, *op. cit.*; Finkelhor, 1981; y Ferré Martí, 1993); sensación generizada de aturdimiento, irrealidad, extrañeza acerca de sí misma (o) y de lo que le rodea (Ferré Martí, *op. cit.*); sensación de ser rechazada (o); miedo a perder el amor de los seres queridos, al cumplimiento de las amenazas de las que fue objeto, a que alguien cercano muera irremediablemente, se aleje o lo abandone (B).

b) A nivel cognitivo.

Inseguridad en sí misma (o) y/o en otras personas (a partir de la percepción); ideas irracionales (catastrofización, sobregeneralización, expectativas negativas sobre el futuro, etc.); negación del suceso (incredulidad); desamparo; preocupación por la opinión de los otros (Valladares, *op. cit.*); pensamientos autodevaluatorios; autoconcepto y autoimagen negativos (Valladares, *op. cit.*; y Alcántara, *op. cit.*); evocación obsesiva acerca de(los) ataque(s) (Valladares, *op. cit.*; y Ferré Martí, *op. cit.*); dificultades de concentración (Ferré Martí, *op. cit.*); fantasías acerca de lo sucedido; e ideas acerca de que el agresor pueda hacer daño a otros niños (B).

c) A nivel conductual.

Dependencia a la TV y radio; ausencia a la escuela; hostilidad hacia los hombres (Valladares, *op. cit.*); modificación de los hábitos alimenticios (comer más o comer menos);

escapar de casa para no enfrentar la situación; comportamientos autodestructivos; rebeldía; agresividad; conductas de regresión a etapas del desarrollo anteriores (Valladares, op. cit.; y Alcántara, op. cit.); modificaciones conductuales como inhibición extroversión, ensimismamiento, mutismo, etc.; excesiva sumisión, apatía (Alcántara, op. cit.); irritabilidad (Ferré Martí, op. cit.); y llanto (B).

d) A nivel fisiológico.

Infecciones en genitales; embarazo; somatizaciones como dolor de cabeza y de estomago; dolor en área genital; ganancia o pérdida de peso; fatiga o cansancio generalizada; vómito; alergias (Valladares, op. cit.); náuseas; mareos; prurito; trastornos genitourinarios e intestinales; enfermedades venéreas como gonorrea, sífilis, herpes y verrugas (Valladares, op. cit.; y Alcántara, op. cit.); contracciones vaginales; escozor al orinar; sangrados y dolor en el recto (Alcántara, op. cit.); eneuresis y encopresis (B).

e) A nivel físico.

Afasia temporal; en casos extremos muerte por rompimiento de órganos (Valladares, op. cit.); lesiones en genitales y otras partes del cuerpo como mamas, glúteos, ano, etc. (Valladares, op. cit.; y Alcántara, op. cit.); contusiones del cuero cabelludo; hematomas en rostro y cuello; desgarrros perineales; contusiones y desgarrros vesicales; desgarrros del himen, vagina y ano; quemaduras; lesiones incisivas; trastornos causados por aplicación de inyecciones; despegamiento de uñas y estrangulamiento (Alcántara, op. cit.).

f) A nivel social.

Vagancia (Valladares, op. cit.); alteraciones en las relaciones interpersonales, tanto dentro como fuera de la familia; aislamiento social; desconfianza hacia las personas del mismo sexo de su agresor, autoculpabilización por la desintegración familiar o esculpada (o) por la familia, también en el caso de que el padre o el familiar sea arrestado

(Valladares, *op. cit.*; y Alcántara, *op. cit.*); pandillerismo; comportamiento delictivo (Alcántara, *op. cit.*); y bajo desempeño académico (Valladares, *op. cit.*; Alcántara, *op. cit.*; y Ferré Martí, *op. cit.*).

g) A nivel sexual.

Escenas retrospectivas del suceso; masturbación compulsiva; erotización excesiva; exposición de genitales; homosexualidad -lo cual reiteramos que es cuestionable como consecuencia, salvo en casos muy específicos- (Valladares, *op. cit.*); promiscuidad (Valladares, *op. cit.*; y Finkelhor, *op. cit.*); conducta sexual inapropiada (Alcántara, *op. cit.*; y Finkelhor, *op. cit.*); verbalizaciones sobre preocupaciones sexuales; confusión de identidad sexual; precocidad en conocimientos sexuales; acercamientos sexuales hacia adultos y otros niños (Alcántara, *op. cit.*).

h) A nivel de conductas compuestas.

Baja autoestima; intentos de suicidio; tensión física; ataque histéricos y suicidio; neurosis depresiva; tics (Valladares, *op. cit.*); depresión; ansiedad; psicosis; trastornos en la alimentación, como: el comer compulsivamente, la pérdida de apetito, aversión a algunos alimentos, etc. (Valladares, *op. cit.*; y Alcántara, *op. cit.*); alteraciones del ciclo sueño-vigilia, consistentes en insomnio, pesadillas, sonambulismo, hablar dormidos, dormir demasiado (narcolepsia en casos agudos), despertar con sobresaltos y/o llorando, etc.; desarrollo de fobias a la obscuridad, a estar solo (a), a la calle, a personas del sexo opuesto o del mismo sexo (dependiendo de quien sea el agresor), a animales, a situaciones específicas, etc. (Valladares, *op. cit.*; Alcántara, *op. cit.*; y Ferré Martí, *op. cit.*); comportamiento pseudomadura, asumiendo roles inapropiados a causa de pensamientos, actitudes y valores que ha desarrollado durante la situación incestuosa; adaptaciones neuróticas como conductas obsesivo-compulsivas o fóbicas como defensa ante la ansiedad; y alucinaciones (Alcántara, *op. cit.*).

Es importante observar que hay consecuencias que son mutuamente excluyentes, por ejemplo: si el individuo presenta pérdida de apetito, no habrá ingesta de alimentos compulsiva, y si hay narcolepsia, no habrá insomnio; sin embargo, sí puede suceder que una persona sufra narcolepsia una semana y a la siguiente insomnio, y cuando pueda dormir nuevamente, pesadillas. La combinación de posibilidades es infinita, por lo que, repetimos, cada caso es diferente, único.

Por otro lado, alguna o todas las consecuencias que a víctima haya presentado a corto plazo, pueden permanecer y mantenerse aún después de la fase de negación, en la cual marcamos la diferencia de los momentos 'a corto plazo' y 'a largo plazo', por lo que parte de las consecuencias que acabamos de citar pueden numerarse en el segundo momento, incluyendo otras más específicas, que presentamos enseguida.

1.5.2 Consecuencias para la víctima a largo plazo.

a) A nivel afectivo.

Sentimientos de ansiedad; depresión; (Ferré Martí, 1993); miedo a ser violado (a), a la pareja; repulsión y miedo a las relaciones sexuales (Valladares, 1993); miedo o temor generalizado (Ferré Martí, op. cit.; y Valladares, op. cit.); e hipersensibilidad afectiva, es decir, cambios bruscos de temperamento y/o estado de ánimo y aparición de sentimientos de tristeza y enojo fácilmente disparados por distintas situaciones y/o personas, sin una aparente justificación o razón de ser (parecen reacciones muy exageradas en relación con el estímulo que las provoca) (9).

b) A nivel cognitivo.

Imágenes y pensamientos obsesivos acerca del abuso sexual; pensamientos sobre no poder controlar las situaciones; autorechazo (Valladares, op. cit.); desconfianza (Ferré Martí, op. cit.); y autoestigmatización (Acántara, 1989).

c) A nivel conductual.

Hostilidad hacia la madre (Valladares, op. cit.); intentos suicidas (Alcántara, op. cit.; y Masters et. al., 1992); comportamiento delictivo; y comportamiento autodestructivo (Alcántara, op. cit.).

d) A nivel fisiológico.

Dispareunia (dolor al coito); estado general de la salud deteriorado; dolor crónico en la pelvis (Valladares, op. cit.); embarazos precoces y/o no deseados; migraña (Alcántara, op. cit.); y vaginismo (Valladares, op. cit.; y Ferré Martí, 1993).

e) A nivel físico.

Hipertrofia en labios menores y/o cicatrices de lesiones en regiones genitales y extragenitales.(10).

f) A nivel social.

Dificultad para mantener relaciones cercanas; tanto con hombres como con mujeres (Valladares, op. cit.); introversión; alteraciones en el funcionamiento social que puede llegar a continuar la cadena víctima-victimario de incesto o abuso sexual contra menores; problemas maritales; pandillerismo (Alcántara, op. cit.); conflictos interpersonales como trastornos de la relación de pareja, de relación con los padres o parientes, y aislamiento social (Ferré Martí, op. cit.); siendo madre, la víctima se muestra fría y poco protectora -o sobreprotectora- con sus hijos, pudiendo desarrollar con su (s) hija (s) conflictos que contribuyan a la victimización para el incesto de su propia hija (Valladares, op. cit.; y Alcántara, op. cit.); y dependencia en las relaciones interpersonales (11).

g) A nivel sexual.

Ausencia de satisfacción sexual; ninfomanía; exhibicionismo en los hombres; eyaculación precoz; impotencia (Valladares, op. cit.); cambios en la respuesta sexual (Alcántara, op. cit.); pedofilia (Ferré Martí, op. cit.); falta de deseo; problemas en el ajuste

sexual adulto como disfunciones sexuales (Ferré Martí, op. cit.; y Valladares, op. cit.); menosprecio al tocamiento físico; aversión al acto sexual; frigidez (Valladares, op. cit.; y Alcántara, op. cit.); anorgasmia (Valladares, op. cit.; Alcántara, op. cit.; Ferré Martí, op. cit.; y Masters et. al., op. cit.); prostitución (Valladares, op. cit.; Alcántara, op. cit.; Ferré Martí, op. cit.; y Finkelhor, 1981); homosexualidad (Valladares, op. cit.; y Alcántara, op. cit.), la cual no consideramos como consecuencia salvo en casos muy específicos.

h) A nivel de conductas compuestas.

Cuadros psicopatológicos, como trastornos de ansiedad, depresión crónica y baja autoestima (Ferré Martí, op. cit.; Alcántara, op. cit.; y Valladares, op. cit.); adicción a alcohol y/o a drogas (Valladares, op. cit.; Alcántara, op. cit.; y Masters et. al., op. cit.); esquizofrenia; fobias; neurosis histérica y depresiva; personalidad "borderline" (límitrofe); procesos psicóticos; tendencia a la revictimización (Valladares, op. cit.); trastornos en la alimentación como anorexia nervosa, bulimia, obesidad, anemia, etc.; e hipocondrías (12).

Es interesante observar que el mayor número de consecuencias inmediatas y a corto plazo que los víctimas presentan es a nivel afectivo, a largo plazo se encuentran estas mismas recrudescidas, pero de manera más acentuada las consecuencias a nivel social y sexual; esto nos sugiere que el incesto no sólo influye en el niño de manera inmediata, sino que lo afectará en su vida adulta; además, las secuelas irán más allá de lo individual y repercutirán en la sociedad, tal vez lo más grave de esto sea la cadena víctima-victimario de abuso sexual o incesto que puede llegar a establecerse. Además, debemos hacer notar que algunas consecuencias a nivel de conductas compuestas, son tan graves y aparentemente irreversible como los procesos psicóticos y las adicciones. Claro está que la gravedad de las consecuencias a estos extremos no se presentará en todos los casos, tanto a corto como a largo plazo, aunque no es azarosa,

pues dependerá de muchos factores, tanto internos como externos a la víctima, los cuales mencionaremos a continuación.

1.5.3 Factores que influyen en la gravedad de las consecuencias o secuelas.

Como mencionamos anteriormente, hay factores internos y externos al individuo, de manera que con esta división los presentaremos.

a) Los factores internos que influyen en la gravedad de las consecuencias para la víctima del incesto son: la forma en que el niño (a) perciba el incesto, su sexo, su edad al iniciar la relación incestuosa (las mujeres resultan más afectadas, y a menor edad mayor daño), si llegara a sentir placer físico (Alcántara, 1989); las habilidades de la víctima y sus condiciones psicológicas anteriores al suceso (Valladares, 1993). Aunque seguramente hay más factores internos no tomados en cuenta por estas autoras, parece ser que estos son los de mayor relevancia en las secuelas del incesto. Sin embargo, estamos convencidas de que se necesita más investigación al respecto, que implica que al inicio y a lo largo de la atención psicológica a la víctima de incesto, se conforme una anamnénesis profunda y confiable, con datos proporcionados tanto por la víctima como por sus familiares. El problema metodológico hasta ahora encontrado, es la cantidad de población que debe ser atendida por quienes se encuentran en los programas y organismos a los que con más frecuencia acuden las víctimas de incesto, y que los psicólogos a nivel privado no realizan investigación exhaustiva con sus pacientes víctimas de incesto o no la publican. Sin embargo hay casos más completos con respecto a los factores externos, ya que son más accesibles y no implican problemas éticos ni de presión de interrogatorios a la víctima.

b) Los factores externos que influyen en la gravedad de las consecuencias para las víctimas del incesto son: el tipo y las características del incesto y la cercanía del agresor con la víctima (entre más cercano sea el familiar, mayor será la gravedad de las

consecuencias); la respuesta y/o reacción de la familia al conocer el incesto (Valladares, op. cit.; y Alcántara, op. cit.); si el agresor utilizó la fuerza física, violencia verbal o física y/o amenazas; cuando el incesto ha durado mucho tiempo (aunque se van desarrollando mecanismos de defensa o estrategias de enfrentamiento, a mayor duración, mayor daño); cuando el incesto fue perpetrado repetidamente (Valladares, op. cit.; Alcántara, op. cit.; y Ferré Martí, op. cit.); la respuesta de la primer persona en quien confía la víctima para revelar el secreto (si es culpada, no lo cree o se le oísia o rechaza, mayores serán las secuelas) (Alcántara, op. cit.); el apoyo social (de la comunidad, de la escuela, de la iglesia a la que pertenezca); cuando hubo contacto genital y/o penetración (Valladares, op. cit.; y Ferré Martí, op. cit.); y cuando la víctima decide denunciar al agresor y éste no es encarcelado (Valladares, op. cit.); y la participación en pornografía infantil (Ferré Martí, op. cit.). Además, en casos especiales como el incesto entre hermanos, Tiefer (1980) asegura que el incesto en sí mismo no provoca secuelas, sino que **"el daño a largo plazo es producto del impacto y del castigo dado por los adultos más que por las actividades mismas"** (p. 43), lo que nos confirma la importancia de una reacción de apoyo no culpabilizante por parte de la familia. Adicionalmente hemos encontrado que influye de manera importante el que la víctima sea atendida psicológicamente por persona profesional especializada de manera oportuna, pues al menos a corto plazo, las secuelas se ven atenuadas. También hemos notado que cuantas más personas sean informadas de suceso sin consentimiento de la víctima, ésta recibe más rechazo o se oísia más.

Por otra parte, tiene gran relevancia el conocimiento de la gama de consecuencias para el psicólogo que va a atender a una víctima de incesto, pues facilita el establecimiento de estrategias de intervención, aún cuando se sea partidario de un estilo psicoterapéutico no directivo. Aún más, el conocer parte de las consecuencias de incesto, tanto a corto como a largo plazo, permite la detección del mismo a evaluar a un

pequeño que nos llevan a consulta, o a un adulto que llega por cualesquiera de las secuelas que aún arrastra. Aunque el objetivo de este trabajo no es el análisis de las consecuencias del incesto, son parte importante de este fenómeno, y son las que nos mueven precisamente a la creación de una propuesta de tratamiento.

Por otro lado, al revisar una larga lista de secuelas **"que pueden o no estar presentes"**, se corre el riesgo de perder de vista el lado humano de este fenómeno: el dolor y sufrimiento de la persona con quien trabajaremos, las dificultades que ha debido enfrentar solo, el silencio que probablemente después de muchos años se atreve a romper, la intensidad de sus sentimientos y la ansiedad al mostrarlos, el miedo a ser rechazada, etc. Si socialmente el incesto no fuera considerado un acto abominable y condenable, no habría necesidad de atenderlo, no habría **"víctima"**, ni **"victimario"**, ni **"coactantes"**, ni **"tratamientos"**. Sin embargo, nuestra sociedad requiere de reparar sus propias creaciones, por lo que se hace necesario el desarrollo de tratamientos cada vez mejores para fenómenos como el incesto. En el siguiente capítulo revisaremos algunas propuestas que se han hecho desde diferentes escuelas psicológicas.

IZT.



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

NOTAS.

(1) No se toman en cuenta los casos en que los padres o cuidadores consideran necesario el desahogo sexual de su hijo por estos medios, como es el caso de los sujetos con parálisis cerebral, pues el objetivo no es la excitación o gratificación sexual del agente activo.

(2) Hermana de una víctima de incesto, su esposo era el agresor.

(3) Madre de una víctima de incesto, su cuñado era el agresor, él con recursos económicos, ella sin ellos.

(4) Madre de una víctima de incesto, su esposo era el agresor, la víctima era varón.

(5) Tía de una víctima de incesto, su esposo era el agresor, la víctima era varón.

(6) Hermana de una víctima de incesto, su tío era el agresor, la víctima era varón.

(7) Extractos tomados del discurso de las víctimas y sus familiares en la práctica profesional.

(8) Tomados del discurso de las víctimas y/o sus familiares.

(9) Observado en víctimas de incesto y referido por ellas mismas como "estar muy sensible", "explotar sin razón" o "ser voluble".

(10) Referido por víctimas de incesto.

(11) Observado en víctimas de incesto.

(12) Reportado por víctimas de incesto adultas.

Cuando los adultos asumimos la responsabilidad que nos toca en el armonioso desarrollo de niñas y niños, sí podemos hablar de tal etapa como la más feliz. Pero cuando se piensa que, estos, como seres inmaduros física e intelectualmente, no son impactados por la violencia que -disfrazada o abierta- se ejerce sobre ellos, hablamos de la época más tenebrosa en la vida de cualquier ser humano. Hablamos de la cultura del no amor. Y una de las más terribles expresiones de desamor es la violencia sexual.

Un menor que aprende de sus mayores que él, por sí mismo, es valioso, importante, digno de amor y respeto, será un niño o niña que tendrá más elementos para defenderse cuando alguien intente lastimarlo, será capaz de exigir su derecho a crecer libre de agresiones.

Educarlos en la libertad, en el amor a los demás y a sí mismos, es una de las más grandes herencias que podemos dejarles, si en verdad deseamos su felicidad.

CAPITULO II. PROPUESTAS PSICOLOGICAS DE TRATAMIENTO PARA EL INCESTO.

Como vimos en el capítulo anterior, dada la etiología, desarrollo y consecuencias de incesto, las víctimas requieren de una atención especializada (Forward, 1994), que comúnmente es proporcionada por cualquier psicoterapeuta entrenado en psicoterapia familiar o en atención a víctimas de violencia sexual. En diferentes países la atención que se da a las víctimas de violencia sexual está estructurada en función de diversas escuelas psicológicas, pero muy pocas de éstas tienen un programa de atención para las víctimas de incesto. En México esto también sucede, por lo que en el presente capítulo hablaremos de las diferentes teorías que proponen un programa de tratamiento para el incesto específicamente, referirnos a las instituciones que, aunque no tengan una especialización en incesto (pues en México no encontramos ninguna), atienden la violencia sexual en general y como parte de ella, al incesto. Asimismo, se presentarán las instituciones que fueron visitadas sólo hasta después de la exposición de todas las teorías, mencionando en cada caso las técnicas que utilizan ya que ninguna trabaja con una sola escuela psicológica de manera rigurosa, sino de manera básica, auxiliándose de otras técnicas dependiendo del caso. A continuación presentaremos dos de las escuelas psicológicas que encontramos relacionadas con el trabajo con víctimas de incesto: Gestalt y Sistémica, y una relacionada con el trabajo con víctimas de violencia sexual en general: Cognitivo-conductual.

2.1 Psicoterapia Gestalt.

Comúnmente la psicoterapia Gestalt se confunde con la teoría Gestalt, que nació en Alemania y se ocupa de los fenómenos perceptuales y comportamentales a nivel de

campo mental. Aunque la teoría Gestalt le da su nombre a la psicoterapia y ésta toma algunos de sus principios teóricos, la psicoterapia gestalt coincide otras formas de pensamiento con las cuales se enriqueció.

2.1.1 Antecedentes teóricos.

Aunque mucho se ha discutido su autoría, la mayoría de los teóricos consideran a Friedrich Perls (de formación Psicoanalítica freudiana) el fundador de la psicoterapia Gestalt. También es difícil definir el momento de su nacimiento, de su consolidación, pero se sitúa aproximadamente entre 1950, año en que Perls tiene contacto con la teoría Gestalt; y 1952, año en que publica 'Gestalt Therapy' en coautoría con Hefferline y Goodman (Pettit, 1987).

Las bases teóricas de la terapia Gestalt, retoman elementos de diversas teorías, corrientes filosóficas y escuelas de psicología, tales como: la propia teoría gestalt de Goldstein y Lewin; el psicoanálisis de Freud, Jung, Adler, Rank, Reich y Sullivan; el existencialismo de Binswanger y Frankl, las teorías filosóficas de Maslow y Friedlander, filosofías orientales como el Budismo Zen, el psicodrama de Moreno, el humanismo de Rogers, el análisis transaccional de Berne, la semántica general de Karsyosky y el holismo de Jan Samuts. Estas bases teóricas se refieren a conceptos concretos de personalidad, comportamiento, consciente e inconsciente, gestalt inacabada, persona sana, neurosis, mecanismos de prevención y otros más. Su filosofía se basa en vivir el aquí y el ahora, la autorrealización, la toma de conciencia y la responsabilización, la integración de pensamientos, sensaciones, emociones y formas de actuar, el crecimiento y la trascendencia.

La metodología se basa en ejercicios con objetivos congruentes a la ideología y la psicoterapia puede ser individual, de pareja, familiar o grupal, pudiendo cualquier persona ingresar a un grupo y tomar sesiones individuales, por ejemplo. Algunos de los técnicas

utilizadas en la psicoterapia Gestalt son las siguientes: los diálogos, ya sea consigo mismo, con personas ausentes o con síntomas; juegos imaginarios que el mismo psicoterapeuta inventa y que lleve a cerrar gestales; la proyección, el develar secretos; jugar a los contrarios; amplificar o disminuir; y el trabajo con sueños; cualquier técnica puede ser combinada con otras de la misma Gestalt, con otras teorías, y emplear una misma con diversos objetivos. También es recomendable que el psicoterapeuta modifique la técnica tanto como él considere necesario en beneficio del paciente, y la única condición es que respete los lineamientos básicos de la psicoterapia Gestalt. Por ejemplo, los psicoterapeutas Gestalt de la segunda generación ya no ocupan técnicas como trabajar en la frustración o suprimir el paríeteo, y prefieren dejar que la satisfacción de una necesidad se desarrolle sin intervenir (Pett, 1987; Van De-Riet, Kara y Gore, 1980, y Corey, 1977).

2.1.2 Características de la psicoterapia Gestalt en el trabajo con el incesto (Metodología).

El incesto es visto desde la Gestalt como un fenómeno en el que la familia se integra en una coalición de hecho incestuosa, por lo que, aunque los principales tratamientos propuestos desde la Gestalt se dirigen a la atención individual y no familiar, se trabaja también con los parientes cercanos y lejanos involucrados tanto de manera directa como indirecta, es decir, si el padre fue el agresor, se trabaja con la víctima, el padre y la madre; si el agresor fue un tío, se trabaja con la víctima, el tío y la tía; etc.

El tratamiento para el incesto más estructurado y completo que encontramos, fue ideado por Forward (1994), quien no especifica ser psicoterapeuta desde la Gestalt, pero de quien identificamos elementos que buscan la integración del ser humano, cambio en la percepción de los sucesos y, principalmente, un trabajo dirigido de lleno a cerrar gestales, consistente en ayudar al paciente a terminar experiencias inacabadas.

La autora propone que el trabajo con Víctimas de Incesto (adultas) debe llevarse a cabo en grupos de autoayuda dirigidos por un profesional especializado en el trabajo con el incesto. En estos grupos no habrá límite de edad (aunque ella siempre ha trabajado con adultos), ni de sexo, pues se integrarán tanto hombres como mujeres en un mismo grupo de psicoterapia: **"El sexo puede ser diferente, pero los sentimientos y los traumas son los mismos"** (p. 322).

Tanto más importante aún, es la característica de grupo abierto, en el cual ingresarán nuevos miembros y saldrán los que hayan terminado su trabajo en cualquier momento. Esto, según la autora, dará a los nuevos integrantes la oportunidad de verificar los beneficios de la terapia en los miembros que estén a punto de **"graduarse"**, y estos a su vez, sentirán los beneficios de ayudar a otros en el principio de un camino que ellos saben de antemano que será difícil pero también que valdrá la pena.

En el grupo de psicoterapia, los integrantes que inicien deberán contar su experiencia después de escuchar la experiencia de otros. Esto tendrá dos objetivos a la vez: el que ingrese sabrá que no está solo y que otros han vivido lo que él; y que los participantes que cuenten una vez más su propia historia, tendrán la oportunidad de desensibilizarse de sus propios sentimientos de culpa y vergüenza con la repetición cotidiana en un ambiente seguro, de aceptación y compañía.

Después de la integración del nuevo miembro, se inicia un trabajo de integración de la experiencia a partir de una técnica indirecta: la escritura de cartas a diferentes personas que han sido relevantes en la experiencia del incesto. Forward (op. cit.) propone el siguiente orden para la escritura de las cartas, aunque menciona que éste no es obligatorio:

1a. Al agresor o agresores. Dejando salir todo el coraje que sienta.

2a. Al otro progenitor o a ambos si ninguno de ellos fue el agresor. Expresando el coraje por no haber sido protegido.

3a. Del adulto de hoy al niño dañado. Rescatando al niño que lleva dentro, protegiéndolo y amándolo.

4a. Un «cuento de hadas» sobre su propia vida. Usando e "él" o "ella" en vez de "yo", para que tome distancia de su mundo interior. La regla más importante es que haya un final feliz o de esperanza.

5a. A su pareja (si la tiene o a la pareja que hubiera querido tener o que tendrá), explicándole cómo es que afecta el incesto la relación de pareja, o cómo la afectó.

6a. A cada uno de sus hijos (a los que quisiera tener o que hubiera deseado tener). Esta carta es una forma de fortalecer la capacidad de amar.

Las etapas de tratamiento que según Forward (op. cit.) estas cartas y otras técnicas utilizadas por ella ayudan a pasar, son tres: el ultraje, que se refiere a coraje y el rencor que la víctima guarda hacia el agresor y el (los) coagresor (es); el duelo por las pérdidas que sufrió la víctima, como **"la fantasía de la <<familia buena>>, de la inocencia, del amor, de la niñez, de años que de otra manera podrían haber sido felices y productivos"** (p.325); y finalmente, la liberación y el fortalecimiento, en donde se reconstruye la autoimagen y la forma de vida utilizando la energía que se gastaba en el ultraje y el duelo no trabajados, dejando de conducirse como **"víctima"**.

Finalmente, la autora trabaja de manera individual con los miembros de grupo que así lo requieren y en el momento en que es apropiado, se llevan a cabo sesiones en las que deberán estar presentes en orden indeterminado y cada uno por separado: el agresor (a), el coagresor (a), y la pareja. En esta etapa final o en el momento en que se requiere, en sesiones individuales o en sesiones grupales, la autora utiliza técnicas como la silla vacía; el

psicodrama; reescribir la historia (tener la oportunidad de decir "no"); la opción de ser niño, la opción de ser adulto; y el juego de roles.

2.2 Psicoterapia Sistémica.

La psicoterapia sistémica surge de la psicoterapia general de los sistemas propuesta por Von Bertalanffy (1986; cit. en Rivera, 1992), en donde la familia se considera como un sistema que tiene relación con otros sistemas de organización que funcionan como engranes en macro (suprasistemas) o micro (subsistemas). En el sistema interesan tanto los elementos como las interrelaciones que mantienen entre sí, centrándose en el aquí y ahora y no en el pasado (Renero, 1984; cit. en Kamihara, 1992; Fishman, 1990).

2.2.1 Antecedentes Teóricos.

La psicoterapia sistémica tiene como representante a Salvador Minuchin (1974; cit. en Kamihara, op. cit.), quien considera la estructura familiar como **"un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia"** (p. 14). Una de sus principales reglas es considerar que la familia está sujeta a variaciones internas y externas que regulan la conducta de sus miembros, que los clasifica como sistemas abiertos y cerrados, y subclasifica a los subsistemas u holones como individual, conyugal, parental y fraterno (Alexander, 1985; y Minuchin y Fishman, 1981; cit. en Kamihara, op. cit.).

En el análisis de la estructura familiar, Minuchin (1974; cit. en Kamihara, op. cit.) considera que hay demandas funcionales y funciones de cada miembro; se utilizan conceptos claves para determinar conflictos o disfunciones en áreas tales como: roles, límites, jerarquía, patrones de interacción y comunicación, y alternativas de solución a sus problemas. Las disfunciones se presentan principalmente en los sistemas cerrados,

creando elementos con conductas patológicas y llevándolos a la destrucción de ellos y de sistema mismo (Kamihara, op. cit.).

El objetivo de la psicoterapia sistémica es transformar las altas transacciones disfuncionales entre individuos y fuerzas sociales significativas en la vida de una persona, así como inducir un cambio en la organización familiar, contribuyendo a cambios en procesos internos de los miembros del sistema, relacionándose activamente con el psicoterapeuta, quien manejará el caso en base a las acciones y relaciones interpersonales que percibirá dentro de la sesión psicoterapéutica (Fishman, op. cit.; Kamihara, op. cit.).

La evaluación inicial que se lleva a cabo utiliza el modelo cuatramensional que consta de presiones evolutivas, historia, estructura y proceso, identificando al mantenedor homeostático y los patrones de transacción claves. A partir de la evaluación se determinan problemática y tratamiento a seguir, en cual se pueden utilizar técnicas como: establecimiento de límites, representación de elementos, cesequilibrio, reencuadre, búsqueda de competencia e intensidad (Fishman, 1990).

2.2.2 Características de la psicoterapia sistémica en el trabajo con el incesto (Metodología).

El fenómeno del incesto no puede ser estudiado de una manera individual, ya que involucra a dos personas, que participan íntimamente, y el resto que de una manera encubierta apoyan y/o mantienen la situación. Por esta razón consideramos que el enfoque sistémico es valioso, pues permite examinar las reacciones que se dan en una familia incestuosa clarificando la participación de los miembros en la misma.

La teoría de la psicoterapia familiar basada en la necesidad de que existan fronteras, se centra sobre todo en el tema de la transgresión sexual dentro de las familias. El aspecto central para el psicoterapeuta, es la incapacidad de la familia para

crear coaliciones apropiadas a fin de defender al menor, y ésta debe ser la primera intervención que debe tener el psicoterapeuta. La segunda es la transformación del sistema familiar, de tal modo que la familia deba atomizarse, es decir, crear las coaliciones indispensables para la protección del niño y el inicio de la transformación del sistema familiar; esta intervención lleva a la unión de la familia o a la desvinculación de alguno de sus miembros.

La transformación del sistema familiar se busca a través de la reparación o creación de fronteras protectoras; hacer que la familia tome la iniciativa para mantener el control absoluto de su vida y decisiones vitales, a esto lo llama Carl Whitaker **"la batalla por la iniciativa"** (Fishman, 1990). También se busca en este tipo de casos fomentar la cólera y la indignación, que son absolutamente necesarias para motivar un verdadero cambio y eliminar las falsas esperanzas.

Hay que tomar en cuenta que se debe realizar un tratamiento individual para ayudar a la víctima a elaborar su sensación traumática. También puede ser necesario tratar individualmente a otros miembros de la familia, en especial a la madre, ya que un rasgo de toda patología resultante del incesto es un estado psíquico de detargamiento ante la coacción. Es importante por lo tanto tratar a todos los miembros de la familia que hayan sido coaccionados para reparar el daño. Por último, Fishman (op. cit.) considera que al abordar un caso de incesto es importante tener en cuenta que se puede estar tratando con personas que son sumamente astutas para proteger los premisos del sí mismo, y que no están dispuestas a cambiar. Cuando encontramos una familia de este tipo, a la que se llama refractaria, es importante tomar con cuidado la decisión de dejar al agresor de la familia, pues de este modo, solo llevaremos el problema a otro lugar.

2.3 Psicoterapia Cognitivo-conductual.

La psicoterapia conductual según Corey (1977) tiene como base la filosofía de que los humanos son formados y determinados por condiciones socioculturales. Su perspectiva es básicamente determinista, ya que la conducta es vista como el producto del aprendizaje y condicionamiento.

2.3.1 Antecedentes Teóricos.

Bochner, Grager y Laduceur (1981) consideran que es muy difícil saber la fecha de aparición de esta psicoterapia. Mencionan que es a partir de 1913 cuando Jhon B. Watson da una concepción en forma sistemática del enfoque conductual, definiéndolo como una ciencia natural relacionada íntimamente con la fisiología, y cuyo propósito es describir el comportamiento en términos de estímulo y respuesta, para poder después, con base en el condicionamiento de los mismos, determinar la conducta futura de los sujetos (González, 1987). Watson fue influenciado por Beechtheren y Pavlov, y después de él, surgieron varios teóricos como Lindsey, Wolpe y Skinner, quien es el primero en abogar por un ambientalismo estricto, enfoque que basa toda la explicación de la conducta únicamente en acontecimientos observados. De estas bases surgen dos grandes vertientes, según González (op. cit): la modificación de conducta y la psicoterapia conductual.

La modificación de conducta tiene procedimientos derivados de los hallazgos experimentales de laboratorio con animales y humanos y estos son aplicados a condiciones de tipo clínico en ambientes naturales.

Por otro lado, las psicoterapias conductuales son **"adaptaciones de ciertos procedimientos experimentales a métodos científicos utilizados anteriormente, sin una especificación directa de las variables participantes que justifiquen su aplicación, es decir, las razones son más bien de tipo teórico"** (González, op. cit.). La autora considera que **"el conductismo basado en la teoría del aprendizaje, contribuye con la psicoterapia,**

aunque no se podría hablar de una sola terapia conductual, sino de diversos procedimientos y técnicas englobadas bajo el nombre genérico de psicoterapia conductual"
(p.27).

Los principios básicos son que todo acontecimiento depende de sus antecedentes y produce consecuencias que pueden a su vez convertirse en antecedentes de otros acontecimientos, los cuales tendrán otras consecuencias; clasificándolos en comportamientos respondientes y comportamientos operantes.

Las características de la psicoterapia conductual según González (op. cit.) y Corey (op. cit.) son:

- El objeto de estudio es el comportamiento específico.
- Las metas de tratamiento psicoterapéutico se precisan en forma detallada.
- Se formula un tratamiento específico para cada problema en particular.
- Se realizan evaluaciones objetivas de los resultados obtenidos.
- Las metas son lograr un nuevo comportamiento y eliminar los comportamientos no adaptativos.

La evaluación inicial consta de un análisis conductual en base a técnicas de observación directa e indirecta, autorregistros, entrevistas, juegos de roles, medidas fisiológicas, cuestionarios e inventarios.

En el tratamiento a seguir se utilizan las técnicas de desensibilización sistemática, psicoterapia de implosión e inundación, entrenamiento asertivo y de habilidades sociales, psicoterapia de aversión, condicionamiento operante, condicionamiento encubierto, detención del pensamiento, biorretroalimentación o biofeedback, entrenamiento en solución de problemas, toma de decisiones, autocontrol y relajación.

2.3.2 Características de la psicoterapia cognitivo-conductual en el trabajo con el incesto (Metodología).

Se encontró que la Escuela Cognitiva Conductual no ha desarrollado ningún programa específico para la atención del incesto, pues este se ha tratado tradicionalmente de la misma manera que cualquier otro tipo de violencia sexual, tanto con adultos como con niños.

Las técnicas que se utilizan en la atención de la violencia sexual desde la Psicoterapia Cognitiva-Conductual son principalmente la Terapia Racional Emotiva, cuyo objetivo es la modificación de los pensamientos, yendo de lo irracional a lo racional y modificando así a los sentimientos, que se presupone son generados a partir de pensamientos; Modificación de Conducta, a partir de el manejo de contingencias; eliminación de conductas indeseables, aumentando la frecuencia de las deseables y reduciendo la frecuencia de otras; Entrenamiento en Asertividad, para que la persona aprenda a defender sus derechos y comunicar sus necesidades; etc.

2.4 Instituciones en México que trabajan con violencia sexual en general.

Se investigaron diversas instituciones que en el área del Distrito Federal y el Estado de México se encargan de atender a víctimas de violencia sexual e intrafamiliar. Se encontró que las instituciones que se encargan de la atención a la violencia intrafamiliar exclusivamente, no atienden casos de incesto, y cuando alguno de ellos llega hasta sus oficinas, lo canalizan a las instituciones encargadas de la violencia sexual. De estas últimas, ninguna se dedica exclusivamente a la atención de víctimas del incesto. Los casos de este tipo que llegan a solicitar atención, son tratados como cualquier otro caso de violencia sexual, para lo que, de las instituciones que nos proporcionaron información, sólo el Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Validas P.I.A.V. cuenta con una

serie de puntos a cubrir dentro de la psicoterapia de manera sistemática. A continuación se presenta la información proporcionada por las diferentes instituciones visitadas: ASOCIACION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LAS PERSONAS VIOLADAS, ACCION CIVIL (ADIVAC), PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO DE ATENCION A PERSONAS VIOLADAS (P.I.A.V.), CENTRO DE TERAPIA DE APOYO (CETATEL) y ATENCION A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SEXUAL (AVISE). Cabe mencionar que en todas estas instituciones, el personal que tiene contacto con las víctimas, son exclusivamente mujeres, como Trabajadoras Sociales, Psicólogas, Médicas, y Abogadas.

2.4.1 ASOCIACION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LAS PERSONAS VIOLADAS A.C. ADIVAC.

ADIVAC es una asociación civil que nace de la propuesta de cinco mujeres víctimas de violación que estuvieron en psicoterapia. Con su ayuda y sus propuestas se crearon las agencias especializadas en la atención a los delitos sexuales en el Distrito Federal. En el año de 1990 se conformó esta asociación civil, y en 1991 se instituyó legalmente, ya que, según la Informante, los organismos gubernamentales no atendían, ni atienden a las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual.

ADIVAC ofrece servicios de psicoterapia a corto, mediano y largo plazo de manera sistematizada, orientación legal, atención médica, cursos, talleres, seminarios y pláticas. Cuentan con cuatro psicólogas, dos trabajadoras sociales, una médica, una abogada y una secretaria. Además, las cinco mujeres que propusieron la creación de ADIVAC apoyan a la asociación en conferencias, talleres y programas de radio y T.V. a dar su testimonio.

El proceso de atención a la víctima se inicia haciendo una cita por teléfono, momento en el cual explican el servicio que se proporciona. En la entrevista inicial se hace

una valoración **"mental"** de la persona, y se aplican las pruebas DARE, IMAFE, (las cuales fueron designadas por la informante con este nombre sin especificar su uso) y un cuestionario psicológico. Posteriormente se inicia la atención psicológica, se crea el **"perfil de la agresión"** y se abre una historia clínica. La atención psicológica se proporciona una hora, una o dos veces por semana, a partir de las necesidades de la víctima.

La informante dijo que se atiende violencia sexual en particular, pero que también se le da atención a otro tipo de casos, siendo el único requisito que se trate de mujeres con alteraciones emocionales.

La asociación se sostiene con donativos voluntarios y cuando se le informa esto a la víctima, no se establece una cuota, siendo ella misma quien determinará, a partir de sus posibilidades económicas, el desembolso que puede hacer.

El trabajo psicoterapéutico se lleva a cabo desde una perspectiva de género, y se utilizan técnicas de psicodrama, conducta, relación y Gestalt a partir de cada paciente. Primeramente se proporciona psicoterapia individual; después se lleva a la víctima a psicoterapia ocupacional en la que, de manera espontánea, se relaciona con otras mujeres que han sido también víctimas de violencia sexual, cuenta su propia experiencia y escucha a las demás, lo que convierte estas sesiones de psicoterapia ocupacional en una forma de psicoterapia grupal; finalmente se integra a las víctimas a grupos de discusión de diversos temas, sin especificar alguna informante.

La atención se proporciona tanto a víctimas, como a familiares, pareja y amigos que así lo requieran; a niños, adultos, hombres y mujeres.

En el tiempo de funcionamiento de la asociación se ha tenido solamente un caso de incesto, al que se le dio el mismo tratamiento que al resto de los casos.

a) **Ventajas y limitaciones.**

La informante dijo que las ventajas obtenidas con este sistema de trabajo con las víctimas es la interacción con otras víctimas, en donde se tiende al grupo de autoayuda.

Según la informante la "única" limitación en su trabajo ha sido la distancia geográfica, los bajos recursos económicos de la población que solicita la atención y el poco apoyo familiar que reciben las víctimas.

b) **Resultados obtenidos.**

La informante dijo que se obtienen buenos resultados con las víctimas que sí llegan a permanecer en psicoterapia por largos períodos (de tres a seis años ininterrumpidos). Sin embargo, dijo que el nivel de deserción es de aproximadamente el 40%, lo que se planea investigar por medio de seguimiento de casos.

2.4.2 PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO DE ATENCION A PERSONAS VIOLADAS P.I.A.V.

El P.I.A.V. nace en Mayo de 1986 en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, perteneciente a la U.N.A.M. y, a través de un convenio U.N.A.M.-Procuraduría General de Justicia del Estado de México, el 8 de Marzo de 1991 en esta última, ofreciendo servicios de atención psicológica especializada, orientación legal, apoyo a familiares de la víctima, canalizaciones a instituciones o centros de atención cuando se requiere, apoyo en el trámite de aborto y canalización para la atención de parto en embarazos productos de violación, abuso sexual o incesto, impartición de conferencias, cursos, talleres e impresiones psicodiagnósticas.

En el P.I.A.V. se cuenta únicamente con psicólogos (17 distribuidos en 15 Centros de Atención en el Estado de México), cuyas funciones son proporcionar atención psicoterapéutica, apoyar a las víctimas durante todo el proceso legal en caso de haber denuncia y, en general, cubrir todos los servicios que ofrece el programa.

El proceso de atención al usuario se inicia con una entrevista dirigida por un psicólogo que, en caso de ser necesario, canalizará a otra institución a la persona. Posteriormente se inicia el tratamiento psicoterapéutico y apoyo en el proceso legal de manera paralela.

El Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas se especializa en atención a la violencia sexual, y además se da atención a casos de violencia intrafamiliar en general, siendo el servicio completamente gratuito.

La psicoterapia se proporciona desde el enfoque cognitivo-conductual a niños, adolescentes y adultos, hombres y mujeres, víctimas, familiares, amigos, pareja y agresores. Se proporciona psicoterapia individual, de pareja y familiar cuando se requiere y, esporádicamente, se ha trabajado la psicoterapia de grupo únicamente con mujeres maltratadas.

El trabajo con víctimas de violencia sexual en particular está sistematizado en los siguientes términos:

- Se eliminan mitos y se habla de las creencias y los valores de la persona, haciendo una reestructuración cognitiva en los casos que se requiere.
- Se procura el desarrollo de habilidades sociales particulares, como la asertividad.
- Se trabaja con la autoestima de la víctima, sentimientos de culpa y secuelas postraumáticas.
- Se entrena en diversos tópicos que le sean de utilidad a la víctima, como relajación, solución de problemas y toma de decisiones.

Todo esto a partir de las necesidades inmediatas de la víctima, pudiendo tomar cualquier orden el trabajo que se hace primero y el que se hace después.

En el P.I.A.V. no existe un programa especial para el trabajo con las víctimas de incesto, y las víctimas de éste que llegan a solicitar el apoyo psicoterapéutico se atienden con la misma perspectiva que el resto de casos de violencia sexual.

a) Ventajas y limitaciones.

Las principales ventajas que la informante mencionó fueron, que la Psicoterapia Cognitiva-Conductual, lleva a cambios en la concepción del suceso y a la modificación de las actitudes que las víctimas tienen con respecto a su futuro. También es mencionado el cambio a corto plazo en emisión de conductas inadecuadas y aumento en habilidades sociales básicas (asertividad, solución de problemas, toma de decisiones).

b) Resultados obtenidos.

Según la informante, el trabajo con violencia sexual desde la Escuela Cognitivo-Conductual, es en la mayoría de los casos exitoso, pues las personas se recuperan y vuelven a su estilo de vida acostumbrado a corto plazo.

2.4.3 CENTRO DE TERAPIA DE APOYO. CETATEL.

El Centro de Terapia de Apoyo surge hace seis años con la supervisión de Gloria Cazoria, quien vislumbra la necesidad de atender a las víctimas denunciantes de delitos sexuales. CETATEL pertenece a la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal y cuenta con servicios de atención psicológica, orientación legal, visitas domiciliarias, apoyo durante el proceso legal y canalizaciones a otras instituciones cuando se requiere.

Cuenta con psicólogos, abogados y personal administrativo. El personal de psicología tiene cinco funciones en las que son rotados de manera periódica: atención psicoterapéutica, control estadístico, prevención, investigación y atención de emergencia vía telefónica (CETATEL). Además se proyecta la contratación de trabajadores sociales para apoyo al personal de psicología.

El proceso de atención a la víctima inicia en la Delegación en que se denuncia el delito, en donde se les da un pase para CETATEL. Al llegar al Centro de Terapia de Aboya, se les abre un expediente con la psicóloga directamente y, en los casos en que se requiere, se manda a asesoría legal con una abogada y/o a atención médica al hospital que corresponda. En psicoterapia se inicia con un contrato psicoterapéutico en el que el paciente se compromete a asistir puntualmente a sus citas, cumplir con sus tareas, etc. La psicoterapia comprende aproximadamente 12 sesiones y se trabaja a partir del paciente. Se atiende a niños y adultos, víctimas, familiares y amigos. Se trabaja de manera individual, aunque cuando la población crece mucho, se forman grupos de dos o tres personas, trabajando en cualquiera de los dos casos una hora cada sesión, una vez por semana.

La Terapia Racional Emotiva (TRE) es ocupada por la mayoría de los psicoterapeutas en prácticamente la totalidad de los casos, aunque con niños es una **"consigna"** la terapia de juego, en donde el psicoanálisis es utilizado para la interpretación. La informante en particular usa también técnicas de la Gestalt en el trabajo con adolescentes y adultos.

En CETATEL no existe un programa especial para el trabajo con víctimas de incesto, y en los casos que han llegado con este tipo de violencia sexual, se ha trabajado como con cualquier otro caso. La informante consideró que sí se requiere un programa especial para el trabajo con la víctima de incesto, ya que, según su experiencia, las secuelas con que llegan se encuentran más recrudescidas y hay más silencio que con la víctima de otros tipos de violencia sexual, que generalmente llegan de manera inmediata después del ataque.

a) Ventajas y limitaciones.

La informante encuentra que la Terapia Racional Emotiva es muy rápida, atiende las necesidades actuales de la persona, propicia cambios rápidos y es focal.

Su limitación es que cuando el paciente requiere mayor apoyo terapéutico, es decir, por un tiempo más prolongado, es necesario canalizarlo.

b) Resultados obtenidos.

Los pacientes que no requieren ser canalizados para continuar en psicoterapia, regresan a su vida normal.

2.4.4 ATENCIÓN A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SEXUAL. AVISE.

El Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual AVISE es una dependencia del Partido Revolucionario Institucional PR. Se contactó a esta institución vía telefónica. Durante la llamada se informó que la cita con el director de la institución estaba confirmada para unos días después.

La primera visita a AVISE fue atendida por una trabajadora social, quien en todos los casos hace una entrevista social. Ella misma hace una preevaluación y canaliza cada caso a Jurídico y/o a Psicología. Cuando es necesario, también da intervención en crisis, y si el caso es muy delicado o la persona se encuentra en muy mal estado emocional, entonces lo manda a psicología, en donde entonces recibe la atención por parte de ésta.

La psicoterapia en psicología consta de varias sesiones, sin que la informante pudiera determinar un mínimo o máximo de las mismas.

En psicología se atienden a niños, adolescentes y adultos, de manera individual, familiar y de pareja.

Además de la orientación legal y psicológica, se hacen canalizaciones a instituciones psiquiátricas en casos que lo ameritan.

El centro se sostiene con donativos de instituciones particulares y de los usuarios, a quienes se les cobra una cuota de \$10.00 por una entrevista con la trabajadora social y \$20.00 a \$25.00 cada sesión psicológica o asesoría jurídica respectivamente. Si la persona no tiene recursos económicos, se hace un estudio socioeconómico y se cobra menos o se exenta el pago.

Después de recibir esta información, se solicitó entrevistar a una psicóloga para que proporcionara datos específicos sobre los tipos de atención, escuela psicológica que maneja y tratamiento específico al incesto, a lo que se respondió que se debería de requerir por escrito al director del centro. Así se hizo, y después de una semana de entregada la petición, al no obtener respuesta, se insistió vía telefónica durante aproximadamente dos meses, tres veces por semana, a lo que respondía a persona que atendía la llamada, que no estaba enterada de la solicitud que se había hecho y que se llamara después para saber la respuesta. Caba decir que nunca se obtuvo una respuesta.

Como se puede observar, en México no existe una institución dedicada específicamente a la atención de víctimas de incesto, y aunque éstas son atendidas en otros centros o a nivel privado, se considera que existe la necesidad de una atención especializada.

En el siguiente capítulo se exponen los principios básicos del Enfoque Centrado en la Persona, escuela que se considera posee la filosofía y características adecuadas para la atención de las personas que han sido víctimas de incesto.

Las pasiones humanas son un misterio, y a los niños les pasa lo mismo que a los mayores. Los que se dejan llevar por ellas no pueden explicárselas, y los que no las han vivido no pueden comprenderlas. Hay hombres que se juegan la vida para subir una montaña. Nadie, ni siquiera ellos, puede explicar realmente porqué. Otros se arruinan para conquistar el corazón de una persona que no quiere saber nada de ellos. Otros se destruyen a sí mismos por no saber resistir los placeres de la mesa... o de la botella. Algunos pierden cuanto tienen para ganar en un juego de azar, o lo sacrifican todo a una idea fija que jamás podrá realizarse. Unos cuantos creen que sólo serán felices en algún lugar distinto, y recorren el mundo durante toda su vida. Y unos pocos no descansan hasta ser poderosos. En resumen: hay tantas pasiones distintas como hombres distintos hay.

Michael Ende.

CAPITULO III. EL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA.

3.1 Antecedentes Históricos.

La psicoterapia de Enfoque Centrado en la Persona es desarrollada por Carl Rogers hacia la década de los cuarentas y autores como González (1987) y Lafarga y Gómez (1992c) consideran que este enfoque es consecuencia natural de la formación profesional y personal de su autor, por lo que es importante revisarlos para reconocer las experiencias significativas que anteceden el nacimiento del enfoque.

Al cumplir 12 años Carl Rogers, su padre adquirió una granja. Rogers aprendió en este medio a conocer y respetar los métodos científicos que él mismo aplicaba a los animales de la granja de manera práctica.

En sus primeros años universitarios, y a partir de algunas conferencias religiosas que tuvieron en Rogers una intensa resonancia emocional, se decidió por el sacerdocio. Sin embargo, a raíz del fin de la Primera Guerra Mundial, se vio en la necesidad de ampliar su pensamiento y aceptar que personas sinceras y honestas pueden tener posturas religiosas diferentes. Se emancipó del pensamiento religioso de sus padres, lo que le causó un gran dolor y tirantez en las relaciones con ellos; esto le llevó a convertirse en una persona independiente.

En 1924 tuvo contacto en el Union Theological Seminary con el Dr. A. C. McGiffert, quien creía devotamente en la libertad de cuestionar y esforzarse por encontrar la verdad, cualquiera que fuese el destino a que se condujese.

En el UTS tuvo la oportunidad de dirigir junto con sus condiscípulos, un seminario sin instructor, y el plan de estudios estuvo integrado por los propios integrantes del grupo.

Este seminario le impulsó a desarrollar su propia filosofía de vida y abandonó el ministerio sacerdotal, pues las preguntas relacionadas con el sentido de la vida y sus creencias se modificaron radicalmente, y pensó que no podría desarrollarse y desenvolverse en un campo en el que se veía obligado a creer en una doctrina religiosa determinada. Su deseo era encontrar un ámbito en él que pudiera sentirse seguro de que nada limitaría su libertad de pensamiento.

Comenzó a asistir a cursos en el Teacher's College y se dedicó a la orientación infantil. Empezó a pensar en sí mismo como un psicólogo clínico, y simplemente se dedicó a las actividades que más le interesaban.

Obtuvo una beca en el Institute for Child Guidance. Se familiarizó con los enfoques freudianos dinámicos de los profesores Levy y Lowrey, quienes entraban en conflicto con el punto de vista estadístico riguroso.

Posteriormente ingresó y permaneció en el Child Study Department de la Society for the Prevention of Cruelty to Children en Rochester, Nueva York, los siguientes 12 años. Durante los primeros 8 estuvo dedicado por completo a la prestación de servicios psicológicos prácticos con niños delincuentes y desvalidos. Comenzó a formular sus propios puntos de vista a partir de su experiencia diaria y vivió tres acontecimientos que le llevaron a diferentes conclusiones, significativas y clarificadoras, aunque decepcionantes:

1a. Las enseñanzas de las autoridades pueden ser erróneas. Aún quedaban conocimientos por descubrir.

2a. El enfoque coercitivo o agresivo no aporta beneficios duraderos en las relaciones clínicas. El comprender esto no sólo se sustentó en motivos filosóficos, sino en que la experiencia le indicaba que tales enfoques nunca pasan de ser sólo superficialmente eficaces.

3a. Es el cliente quien sabe qué es lo que le afecta, a dónde dirigirse, cuáles son sus problemas fundamentales y cuáles son sus experiencias olvidadas. La dirección del cliente en el proceso es más valiosa que la inteligencia y los conocimientos del facilitador (Rogers, 1993).

Como puede verse, Rogers descubrió a lo largo de su experiencia en la clínica sus propios objetivos, desarrolló sus propios conceptos y adoptó una postura personal frente a la actividad profesional.

En cuanto a los orígenes científicos y filosóficos del Enfoque Centrado en la Persona, éste se alimenta principalmente por la Psicología desarrollada en Estados Unidos, con sus definiciones operacionales, medición objetiva, método científico e hipótesis sometidas objetivamente a la verificación o refutación. También es influido fuertemente por el Psicoanálisis de Freud y las perspectivas de Horney, Sullivan, French, Alexander, Rank y el grupo de Filadelfia. Otra corriente importante integradora del enfoque es la Gestalt (Rogers, 1993; Uribe, 1990).

3.2 Carl Rogers: Las Condiciones Necesarias para el Cambio.

El objetivo básico de la terapia según Rogers (1957, cit. en Lafarga, 1992a), es el cambio constructiva de la personalidad, que el autor define de la siguiente manera:

"Es el cambio en la estructura de la personalidad del individuo, en los niveles superficial y profundo, en una dirección en que los clínicos estarían de acuerdo en que

***significa mayor integración, menor conflicto interno, más energía utilizable para una vida efectiva; cambio en la conducta, que se aleja de conductas que generalmente se consideran inmaduras y que va hacia conductas consideradas más maduras"* (p. 78).**

Para llegar a cubrir este objetivo, Rogers (1993) postula que son necesarias ciertas condiciones, las cuales deberán existir y permanecer durante cierto tiempo. Las condiciones son las siguientes:

"1. Dos personas están en un contacto psicológico.

"2. La primera, a quien llamaremos paciente, se halla en un estado de incongruencia, siendo vulnerable o ansioso.

"3. La segunda persona, a quien llamaremos terapeuta, es congruente o integrada en la relación.

"4. El terapeuta experimenta un aprecio positivo incondicional por el paciente.

"5. El terapeuta experimenta una comprensión empática del marco de referencia interno del paciente y se esfuerza por comunicar a éste tal experiencia.

***"6. La comunicación al paciente de la comprensión empática y el aprecio positivo incondicional del terapeuta se logra en un grado mínimo"* (p. 79).**

Como se puede observar en la cita anterior, se habla de *incongruencia*, que Rogers (op. cit.) define como ***"una discrepancia entre la experiencia real del organismo y el cuadro del self del individuo en tanto representa a esa experiencia"* (p. 80)**, es decir, que la percepción que se tiene del self (el sí mismo) y de la experiencia no concuerdan con la experiencia real.

Además Rogers (op. cit.) habla de tres condiciones más que son indispensables por parte del psicoterapeuta. Son actitudes básicas que no pueden ser fingidas, sino realmente vivenciadas para que se dé el cambio psicoterapéutico.

1. Congruencia.

"... el terapeuta debe ser, dentro de los confines de la relación, una persona congruente, genuina e integrada. Esto significa que, dentro de la relación, él es libre y profundamente él mismo, con su experiencia real exactamente representada por su conciencia de sí mismo. Esto es lo opuesto a la presentación de una fachada, ya sea dándose cuenta o sin darse cuenta" (Lafarga y Gómez, 1992a: p. 81).

La mayor autenticidad o correspondencia entre lo que una persona percibe o lo que dice de sí misma, indica un buen funcionamiento psíquico. Esto se debe generar en la persona que acuda a psicoterapia. Rogers ha demostrado que la relación en psicoterapia es sobre todo de comunicación entre dos personas. Para la persona que recibe ayuda, únicamente los aspectos de la conducta del psicoterapeuta que le dan la cualidad de persona a éste, tendrán influencia predominante y directa en aquella.

La congruencia implica que el psicoterapeuta se acepte a sí mismo tal como es, y se dé a conocer así, mostrando sus sentimientos con honestidad.

2. Aceptación incondicional.

"Hasta el punto en que el terapeuta se encuentra a sí mismo experimentando una aceptación cálida de cada aspecto de la experiencia del paciente como parte de éste, está experimentando un aprecio positivo incondicional... Significa que no existan condiciones de aceptación, ningún sentimiento de 'te quiero solamente si eres esto y esto otro'... Implica el mismo sentimiento de aceptación de la expresión por parte del paciente, de sentimientos negativos, 'malos', dolorosos, de temor, defensivos y anormales, así como por la expresión de sentimientos 'buenos', positivos, maduros, de confianza, sociales, la misma aceptación de las formas en que es incongruente como de las formas en que es congruente. Significa un interés por el paciente, pero no (...) para satisfacer las propias

necesidades del terapeuta. Significa un interés por el paciente como persona aparte con permiso de tener sus propios sentimientos, sus propias experiencias" (Lafarga y Gómez, op. cit.: p. 82-83).

La actitud positiva incondicional o valoración positiva implica que no se emiten juicios de valor, explícitos o implícitos, sobre la persona o lo que hace. Además es una actitud de interés por lo que la persona es, hace y dice, por su realidad interior y exterior.

El facilitador debe respetar al cliente, ser concreto, motivarlo sin presionarlo, facilitar su autoexploración para que llegue a la autoaceptación y en general reflejarlo efectivamente y crearle un clima cálido en donde ambos puedan crear (Lafarga y Gómez del Campo, 1992b y d; Uribe, 1990; Egan, 1992).

3. La empatía.

En la empatía el psicoterapeuta experimenta **"una comprensión empática y precisa del conocimiento que el paciente tiene de su propia experiencia; sentir el mundo privado del paciente como si fuera el propio, pero sin nunca perder la cualidad de 'como si'... Sentir el coraje, el miedo o la confusión del paciente como si fueran propios, pero sin que se mezclen con el propio coraje, miedo o confusión, es la condición que queremos describir"** (Lafarga y Gómez, 1992a; p. 84). La EMPATÍA parece esencial en la psicoterapia.

La empatía es un intento por comprender a fondo la experiencia del otro y por comunicar efectivamente esta comprensión esclarecedora. La empatía es un factor psicoterapéutico de primer orden en el proceso.

Es necesario que el paciente perciba **"en grado mínimo, la aceptación y empatía que el terapeuta experimenta hacia él. A menos que se haya logrado cierta comunicación**

***de ciertas actitudes, estas no existen en la relación en cuanto se refiere al paciente, y el proceso terapéutico... no podría iniciarse"* (Lafarga y Gómez, op. cit.: op. 85).**

3.3 La Naturaleza del Ser Humano.

En el Enfoque Centrado en la Persona, tiene una especial importancia la concepción que se tiene del hombre, pues esto implica qué actitud va a asumir el psicoterapeuta frente al paciente.

La concepción de Rogers en cuanto al hombre y su naturaleza es expuesta en dos sentidos: ***lo que no es el hombre y lo que sí es.***

LO QUE NO ES EL HOMBRE.

* Hostil, antisocial, destructivo o malo.

* Una tábula rasa.

* Un ser perfecto, tristemente desviado y corrompido por la sociedad. (Lafarga y Gómez, 1992a)

EL HOMBRE TIENE CARACTERISTICAS TALES COMO:

* Positivo, que se mueve hacia adelante, constructivo, realista y digno de confianza (Lafarga y Gómez, op. cit.).

* El hombre ***"es miembro de la especie humana básicamente digno de confianza, cuyos características mas profundas tienden hacia el desarrollo, la diferenciación, las relaciones cooperativas, cuya vida tiende fundamentalmente a moverse de la dependencia a la independencia; cuyos impulsos tienden naturalmente a armonizarse en un complejo y cambiante patrón de autorregulación; cuyo carácter total es tal que tiende a preservarse y***

a mejorarse y a preservar y mejorar su especie, y tal vez a conducirla hacia su más amplia evolución" (Lafarga y Gómez, 1992a; p. 31).

* El hombre es una criatura ampliamente sensible, responsiva, creativa y adaptable (Lafarga y Gómez, 1992a).

Por su parte González (1987) hace una revisión exhaustiva de las concepciones psicoanalítica, conductual y existencial-humanista. Sólo nos referiremos a esta última puesto que es la de nuestro interés.

González (op. cit.) posee una visión muy personal del concepto de la naturaleza del ser humano. Ella también se declara inclinada hacia el enfoque existencial humanista y dice que su modo y filosofía de vida ha sido congruente con él aún antes de conocerlo.

Deseamos presentar aquí textualmente su propio enfoque, ya que al parafrasearlo perdería mucha de la belleza que contiene y palabras diferentes a las que ella usa desmerecerían la esencia de su concepto.

"Los seres humanos somos como los astros del universo. Cada uno es una estrella, un sol, con energía y luz propia. Cada uno tiene un camino propio, único, particular que se transita sólo una vez. En esta órbita ningún astro puede ser sustituido, es irrepesible, y cuando éste se apaga, no existe estrella alguna, entre los millones que surcan el universo, que pueda seguir su camino.

"La luz de la estrella, me decía mi abuelo, es el amor; mientras más amor exista en ella, más brillará e iluminará. Esta luz trasciende en profundidad, se extiende más allá de sus propios límites hacia la comunidad estelar cósmica para unir la existencia individual a la existencia comunitaria. El autor solo en el universo no tendría sentido, como tampoco existiría el cosmos si no existieran los astros que lo conforman." (p. 51).

La autora presenta además la visión de May (1961), Frankl (1950), Ruitenbeek (1962), Rogers (1978) y Basave (1978). Las concepciones básicas de estos autores son las siguientes:

- El comportamiento del ser humano está en constante y continuo cambio.
- El hombre tiene la capacidad de ser consciente de su existencia dinámica, de sí mismo, de las situaciones y condiciones que lo influyen y de la influencia que tiene sobre ellas, lo que le permite decidir y elegir.
- Sus elecciones tienden hacia el desarrollo y la maduración de sus potencias innatas.
- Mediante su capacidad de elección el hombre se crea a sí mismo y a sus mundos, responsabilizándose así de su propia existencia.
- El ser humano implica vivir con otras personas, lo que tiene como resultado la conciencia de sí mismo.
- La conciencia de sí mismo le lleva a contemplar la posibilidad de la muerte física y experimentar sentimientos de vacío, soledad, aislamiento y falta de identidad y autoconciencia, que también son formas de muerte. Esta conciencia del "no ser" produce la ansiedad ontológica que, cuando no puede ser manejada y encausada constructivamente, genera sentimientos de culpa como una respuesta innata.
- Todo humano posee un movimiento hacia la realización constructiva de sus potencialidades inherentes, hacia un desarrollo más completo y complejo, es decir, el hombre posee una tendencia actualizadora.
- La tendencia hacia la actualización y a la trascendencia es innata en el hombre. La trascendencia se refiere a ir más allá de la conciencia ordinaria (real), es la necesidad de plenitud que nos lleva a rebasar los límites terrenales y proyectarnos más allá de la historia y la individualidad.
- El ser humano es digno de confianza.

3.4 Conceptos Básicos en el Enfoque Centrado en la Persona.

Como mencionamos anteriormente el concepto que se tiene del ser humano encuentra eco en la actitud y desempeño del psicoterapeuta durante la relación de ayuda, esto se refleja en las concepciones que diversos autores tienen en cuanto al paciente y al momento psicoterapéutico.

1. Se destaca la individualidad de la persona.
2. Se considera al hombre como un todo inseparable.
3. Se respeta el desarrollo autónomo del hombre.
4. Sólo se aplica la psicoterapia a las personas que acuden voluntariamente y sienten la necesidad de ayuda.
5. Se acepta a las personas incondicionalmente, no se les critica ni juzga.
6. Se crea una atmósfera de libertad, es decir, no hay directividad.
7. Se aclaran los sentimientos de la persona.
8. Se confía en la persona.
9. No se dan consejos, instrucciones, sugerencias, etc.
10. Se pone más énfasis en los aspectos emocionales que en los intelectuales.
11. Se le da más importancia al aquí y ahora.
12. Se enfatiza que la relación psicoterapéutica es en sí misma una experiencia de crecimiento.
13. La atención se centra en el individuo, no en el problema.
14. Se reconoce que el hombre es libre y responsable.
15. Se considera que el hombre tiene tendencias innatas como la actualizante (tendencia al desarrollo) y la trascendencia.

16. Se reconoce en el ser humano un potencial innato que tiende al desarrollo, la vida y el bienestar.

17. El hombre tiene la capacidad de elegir, de afrontar ciertas situaciones y de dirigir su propio proceso psicoterapéutico.

18. El individuo no responde a una realidad absoluta, sino de acuerdo a su percepción de la realidad.

19. La conducta es una satisfacción de necesidades que surge de la percepción que el individuo tiene de la realidad.

20. La persona es valiosa por sí misma.

21. La autorrealización es la motivación básica del ser humano (Rogers, 1993; Lafarga y Gómez, 1992a; Uribe, 1990; Cívares y Rodríguez, 1992).

Cada una de estas concepciones fueron tomadas en cuenta durante el trabajo psicoterapéutico en la práctica profesional en cada uno de los casos que se presentarán en el siguiente capítulo, en donde se expone la forma en que se trabajó desde el Enfoque Centrado en la Persona y los resultados obtenidos, no sólo desde el punto de vista de la psicoterapeuta, sino también del mismo paciente, punto clave centro de la filosofía humanista que subyace el Enfoque Centrado en la Persona.

Si un niño vive criticado, aprende a condenar.

Si un niño vive en un ambiente hostil, aprende a pelear.

Si un niño vive ridiculizado aprende a ser tímido.

Si un niño vive avergonzado, aprende a sentirse culpable.

Si un niño vive con tolerancia, aprende a ser paciente.

Si un niño vive con aliento, aprende a tener confianza.

Si un niño vive estimulado, aprende a apreciar.

Si un niño vive con honradez, aprende a ser justo.

Si un niño vive con seguridad, aprende a tener Fe.

Si un niño vive con aprobación, aprende a valorarse.

Si un niño vive con aceptación y amistad, aprende a encontrar el Amor en el mundo.

Los niños aprenden lo que viven.

**CAPITULO IV. PROPUESTAS DE
TRATAMIENTO PARA EL INCESTO
UTILIZANDO COMO MARCO EL
ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA
Y DIVERSAS TECNICAS DE OTRAS
ESCUELAS PSICOLOGICAS
(ESTUDIO DE CASOS).**

En el presente capítulo se expondrán algunos casos de incesto que fueron atendidos en la práctica profesional desde el Enfoque Centrado en la Persona, ya que se consideró en el momento de la atención que los marcos teórico y filosófico que el Enfoque ofrece, tienen como ventajas el darle al paciente confianza en sí mismo y el control de lo que sucede en psicoterapia, y al psicoterapeuta un contacto humano más auténtico, lo que facilita el establecimiento de la confianza básica en la relación psicoterapéutica. Esto ofrece una ventaja más de manera parecida: es que el paciente asuma la responsabilidad de su propio proceso y que el psicoterapeuta se retire del sitio del saber y el poder, asumiendo una postura de guía ante el paciente, y actuando únicamente como facilitador.

Todos estos casos se trabajaron con técnicas de diversas escuelas psicológicas y en cada uno hubo un momento decisivo durante el proceso psicoterapéutico en el que el paciente accedió al cambio. Este es el momento que se reportará en esta tesis, mencionando los siguientes elementos:

- Datos generales del paciente, exceptuando el nombre del mismo con objeto de respetar la privacidad de la persona y el secreto profesional. El paciente será designado

con una letra mayúscula que no tendrá relación alguna con su nombre, actividad o cualquier elemento que permita su identificación.

- Exposición de la historia Incestuosa, en donde se establecerá el parentesco con el agresor y el coagresor.

- Consecuencias familiares a partir del descubrimiento del incesto.

- Secuelas encontradas en el paciente al principio del proceso psicoterapéutico.

- Momento de cambio para el paciente, especificando las técnicas usadas y las condiciones del Enfoque Centrado en la Persona que consideramos fueron determinantes para ese momento de cambio.

- Trabajo colateral realizado con las personas más cercanas al paciente (pareja, familia nuclear y familia extensa) que requirieron apoyo psicológico y/o lo solicitaron.

- Resultados reportados por el paciente al final del proceso psicoterapéutico.

- Cambios observados por la psicoterapeuta en el paciente al final del proceso psicoterapéutico.

4.1 Historia de caso de la Sra. A con técnicas auxiliares de la Escuela Conductual.

Datos Generales.

La Sra. A es una mujer de 22 años de edad, cursó la escuela primaria hasta el quinto grado. Vive en unión libre desde hace 5 años con un hombre de 33 años de edad. Tienen dos hijos varones, uno de 4 años de edad y el otro de 3. Acudió a solicitar el apoyo psicoterapéutico a raíz de que su hijo mayor fue víctima de incesto, siendo el agresor un sobrino de su pareja.

Historia del incesto.

La Sra. A refiere haber sido víctima de incesto a los 9 años de edad, siendo el agresor su padrastro, de 45 años de edad en aquel momento. Ella relata que una

mañana estaba tendiendo su cama y su padrastro se acercó a ella por la espalda y tocó sus senos, diciéndole que no se moviera ni gritara, porque si lo hacía la iba a pasar mal, posteriormente el agresor le mostró su pene y ella se sintió asustada, lo empujó, le pegó y huyó. Su madre en ese momento estaba atendiendo a unos trabajadores que hacían reparaciones en su casa. El padrastro de la Sra. A la tocó en cinco ocasiones más, siempre diciéndole que no debía moverse ni decir nada, pues no le iba a creer.

A los 10 años de edad, uno de sus hermanos de 15 años de edad se metió al baño mientras ella se estaba bañando, tocó sus senos y sus genitales y le dijo que no le dijera a su mamá porque lo correría de su casa y él se moriría de hambre. En esa ocasión ni su madre ni su padrastro se encontraban en su casa. Finalmente reporta que a los 10 años también fue víctima de tocamientos cuando un hombre desconocido se metió a su casa mientras ella se encontraba durmiendo. El desconocido tenía aproximadamente 60 años de edad. La amenazó con matarla si decía algo. No había nadie en su casa.

Consecuencias familiares.

La Sra. A nunca habló con su madre sobre el incesto por parte de su padrastro, pero cuando su hermano la tocó, se lo dijo, y éste le contestó que seguramente ella había hecho algo para provocarlo, pues los hombres nunca se acercan a una mujer si ella no quiere, agregando que seguramente no sería el primer hombre de la casa que la tocaba (**"no será el primero de esta familia que te busca"**), por lo que la Sra. A sospecha que su madre estaba enterada de que su padrastro la tocaba.

Después de esta ocasión no volvió a tocar el tema con su madre, y la primera persona en quien confió para hablar del incesto con su padrastro fue su actual pareja, a los 16 años de edad, quien le brindó su apoyo y al año siguiente la sacó de su casa para protegerla.

En el momento de iniciar el proceso psicoterapéutico, su pareja continúa apoyándola incondicional y activamente.

Secuelas.

A la evaluación inicial, la Sra. A presenta un Síndrome Postviolación severo, que incluye las siguientes secuelas:

AREA AFECTIVA.

- Sentimientos de culpa por el incesto con su padrastro.
- Sentimientos de vergüenza por haber sido tocada por tres personas diferentes sin que ella pudiese haber actuado en su propia defensa.
- Sensación de estar "sucia".
- Sentimientos de indefensividad, tristeza y soledad.
- Miedo a ser atacada sexualmente por extraños.
- Sensación de no ser apoyada por ninguna persona a la que se encuentra ligada afectivamente.
- Sentimientos de coraje cada vez que su pareja intenta un acercamiento sexual con ella.
- Sentimientos de odio hacia el padrastro, su hermano y el desconocido que la agredió.

AREA COGNITIVA.

- Pensamientos de rechazo hacia su pareja porque intenta acercarse sexualmente a ella.
- Ideación obsesiva sobre "las relaciones sexuales sucias".
- Ideas irracionales sobre olvidar los episodios incestuosos con su padrastro y con su hermanos, y a agresión por parte del desconocido.
- Ideas sobre el no ser aceptada por su familia (padrastro, madre, hermanos).
- Ideas sobre ser "atacada" por su pareja cuando tienen relaciones sexuales.
- Piensa que su pareja la presiona demasiado para tener relaciones sexuales.
- Deseos de agredir físicamente a su pareja.

- Deseos de sentir placer sexual.

AREA SEXUAL.

- Rechazo a las relaciones sexuales.
- Anorgasmia.
- Dispaurenia (dolor al coito).
- Se presenta vómito cuando su pareja intenta acercarse sexualmente a ella.
- Siente asco cuando su pareja le propone tener relaciones sexuales.
- Ausencia de deseo sexual.
- Ausencia de disfrute sexual.
- Rechazo a tocamientos eróticos (senos, genitales, glúteos).
- Siente miedo al pensar en el contacto sexual con su pareja.

Momento de cambio.

Se trabajó con la Sra. A durante 8 sesiones e incesto con su padrastro y con su hermano, y el ataque del desconocido. Se utilizaron técnicas gestálticas en estas sesiones, como escritura de cartas a los agresores y a la coagresora, en las que la Sra. A expresó sentimientos de dolor, angustia, rencor y odio; la silla vacía, en la que se enfrentó a su madre reprochándole no haberla protegido, y a su pareja el no ser paciente con ella y esperar un tiempo para tener relaciones sexuales. Pero el conflicto era precisamente el rechazo a las relaciones sexuales que la Sra. A experimentaba, por lo que se dio un giro en el proceso psicoterapéutico para atender esta necesidad, dado que las técnicas de la Escuela Gestalt parecían no haber tenido el efecto deseado en la paciente.

ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA. El primer paso de la psicoterapeuta fue aceptar el rechazo a las relaciones sexuales experimentado por la paciente. Se dejó de decir que las relaciones sexuales en una pareja son naturales y una

forma de expresión del amor que siente uno por otro. En lugar de esto, se utilizó el discurso de la paciente, diciendo que las relaciones sexuales eran algo repugnante, que causa asco y que da miedo. La reacción de la Sra. A fue gritar llorando que sí, que las relaciones sexuales eran lo más asqueroso que podía existir, y que ella no necesitaba de eso en su vida. Toda la sesión fue dedicada a hablar de lo innecesario e insatisfactorio del contacto sexual entre las parejas, al final de la sesión se le pidió a la Sra. A que en su casa reflexionara sobre el trabajo de ese día y escribiera todo lo que pensara sobre las relaciones sexuales. En la siguiente sesión, la Sra. A llevó 10 hojas escritas por ambos lados sobre todo lo que le desagradaba de las relaciones sexuales. Entre paciente y psicoterapeuta, se eligieron 25 situaciones de tipo sexual que resultaban sumamente desagradables y al proponerle la psicoterapeuta a la paciente que entregara esta lista a su pareja para que evitara ponerla en estas situaciones, la Sra. A observó la lista y dijo: ***"No, no quiero que deje de hacerlo, lo que quiero es sentir lo mismo que él siente, disfrutarlo, saber lo que es hacer el amor sin miedo y sin asco"***.

Al aceptar la psicoterapeuta que la paciente sintiera asco y repulsión por las relaciones sexuales y empatizar sus sensaciones, la paciente pudo aceptar el deseo sexual en sí misma, como algo que estaba ocultando con miedo. En ese momento se le informó que existe una técnica que podría ayudarla a enfrentar y eventualmente eliminar el miedo hacia las relaciones sexuales. La Sra. A aceptó utilizar la técnica y la lista de situaciones sexuales desagradables que entregaría a su pareja, fue la guía que se utilizó para iniciar un proceso de Desensibilización Sistemática.

ESCUELA CONDUCTUAL: DESENSIBILIZACION SISTEMATICA. En esta lista, las situaciones expuestas fueron organizadas de menor a mayor grado de inaceptabilidad según la propia paciente. Se le pidió a la pareja que no intentara ningún acercamiento sexual hasta que la paciente lo indicara y éste aceptó cooperar.

A lo largo de 5 sesiones se entrenó a la Sra. A en relajación profunda con una fantasía agradable. Una vez que la paciente lograba relajarse en menos de 5 minutos, se inició el proceso de desensibilización sistemática, en el que una vez que la paciente se encontraba relajada, se le relataba una situación de tipo sexual y se le instaba a relajarse nuevamente. Cada nueva situación fue relatada sólo hasta que en la anterior la Sra. A se sentía relajada y feliz, por petición de la misma.

Psicoterapia colateral con familiares de la víctima.

Además del trabajo psicoterapéutico realizado con la paciente, se trabajó de manera paralela con su pareja y sus dos hijos. Con el más pequeño de los niños se trabajó prevención del abuso sexual infantil, mientras que con el mayor se trabajó en psicoterapia de juego el evento de incesto por parte del primo y prevención del abuso sexual infantil.

Con la pareja de la Sra. A se tuvo un trabajo prolongado de psicoterapia en cuanto a diversas temáticas que la afectaban de manera personal. También se trabajó psicoterapia de pareja.

Todo este trabajo colateral se manejó con el marco teórico del Enfoque Centrado en la Persona.

Resultados reportados por el paciente.

Al final del proceso psicoterapéutico, la paciente reportó que se sentía muy relajada cuando su pareja se acercaba a ella, aunque aún le costaba trabajo el aceptar tener relaciones sexuales, pues según ella misma **"es como si empezáramos de nuevo"**.

También observó cambios en otras áreas, dejó de sentir deseos de agredir físicamente a su pareja, dejó de reportar sensaciones de dolor o angustia al imaginar que algún día su pareja la tocaría, no se volvió a presentar vómito al acercarse a ella su pareja, habló con su pareja de situaciones de tipo sexual sin desagrado y pudo expresar

su necesidad de ser tocada en situaciones no sexuales, como el ser consolada cuando se sentía mal o tomarse de la mano al caminar juntos por la calle.

Cambios observados por la psicoterapeuta.

Al transcurrir las sesiones de desensibilización sistemática, la paciente fue capaz de relajarse más pronto en cada nueva situación. El tiempo de relajación bajó de 10 minutos en la primera situación en la que se relataba un beso acariciando la espalda, a 2.5 minutos en la última en la que se exponía una relación sexual.

Se observaron cambios a nivel de cogniciones, en los que las actitudes ante su sexualidad variaron desde el rechazo total hasta la aceptación tímida de sus propias necesidades. En el área afectiva la paciente se percibía como valiosa y aceptada, en contraste con una sensación inicial de no valer y ser ignorada.

Finalmente, al concluir el proceso psicoterapéutico, la Sra. A hablaba abiertamente de la sexualidad en general, sonreía constantemente y aceptaba que su pareja la tocara en público, tomando su mano o abrazándola. Su actitud frente a sus hijos era más paciente y cercana, los tocaba más a menudo y les sonreía. Su arreglo personal se modificó y estableció contacto visual con la psicoterapeuta de manera espontánea.

4.2 Historia de caso de la Srita. B con técnicas auxiliares de la Escuela Sistémica.

Datos Generales.

La Srita. B tiene 21 años de edad, concluyó estudios de secundaria, actualmente trabaja como obrera en una fábrica. Es soltera y vive con su familia que se compone de sus padres, dos hermanos, de los cuales una está casada y no vive con ellos y la otra es soltera y permanece en el hogar; cuatro hermanos que al inicio del proceso psicoterapéutico se encontraban solteros y viviendo con la familia; en el transcurso de la psicoterapia uno de ellos contrajo matrimonio y llevó a su pareja a vivir al domicilio familiar.



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

La Srta. B se ve muy influenciada por su religión, católica. El motivo por el cual acude a solicitar apoyo psicológico es porque su pareja se lo recomienda (él iniciaba la carrera de Psicología), se encarga de contactar a la psicoterapeuta y concierta la cita, llevándola el primer día a la misma.

IZT.

Historia del incesto.

La Srta. B refiere que cuando tenía 12 años de edad aproximadamente, se encontraba acostada con una de sus hermanas y sintió que alguien la estaba tocando. Despertó y vio que era su padre quien le tocaba las piernas y el área genital. Recuerda que esto ocurrió en una sola ocasión. Ahora, a la edad de 21 años, menciona que ha visto a su hermano mayor (24 años de edad) y a su hermano menor (19 años de edad) espiándola cuando se baña o se está cambiando de ropa, situaciones que le provocan malestar, y agrega que no cuenta con las habilidades para manejarlo y para que deje de suceder dado que se preocupa por mantener unida a su familia sin ser ella el motivo de una ruptura.

Consecuencias familiares.

A raíz de que ella se da cuenta de que uno de sus hermanos la espía, habla con su madre sólo de esta situación, y al decirle la madre que es **"una desgraciada, nadie querría a una hija como tú, toda avergonzada, toda traumada"**, la Srta. B se siente furiosa y le dice a su madre que su padre también le ha faltado al respeto, que él no es como ella cree, que no es la persona que ella cree que es. Su madre le responde que es una mentirosa, que lo creería de su hijo, pero de su esposo no. La Srta. B. refiere que nunca ha terminado una discusión de este tipo cuando toca el tema con su madre, dado que no puede controlarse y presenta una serie de reacciones enumeradas en el siguiente apartado, y que nunca se ha sentido apoyada por ella, pues se muestra indiferente ante lo que le dice.

El hermano mayor no acepta que la espía y le dice que está loca, burlándose de ella.

El padre se burla de ella en cualquier circunstancia, mostrando marcada preferencia por una de sus hermanas. Ella nunca ha hablado con su padre acerca de lo que él le hizo.

La hermana que es preferida por el padre la ha apoyado consolandola y animandola a que busque ayuda, pues está enterada sólo de lo que hacen sus dos hermanos, principalmente del mayor.

El hermano menor fue enfrentado por la Srta. B y dejó de espiarla. Actualmente su relación con él es buena.

OBSERVACIONES PARTICULARES DEL CASO. Es importante indicar que fuera de la situación de agresión sexual ante la Srta. B, la familia se une y la apoya en otras circunstancias, siguiendo las pautas socialmente establecidas de protección a la mujer en situaciones de riesgo de violencia hacia su persona por descorazonados y al tener problemas de pareja y finalmente una ruptura que la afecta profundamente; es decir, que aparentemente la familia sigue funcionando como un sistema en el que cada elemento realiza su papel independientemente del incesto, que es manejado como un tema tabú, conocido por todos pero del que nadie habla.

Secuelas.

A la evaluación inicial, la Srta. B presenta características severas del Síndrome Postviolación.

AREA AFECTIVA.

- Presenta una gran necesidad de afecto, de aceptación y de comprensión.
- Carece de autoestima.
- Presenta sentimientos ambivalentes hacia el padre y hacia la madre.

- Presenta resentimiento hacia el hermano mayor.
- Presenta celos y envidia hacia la hermana mayor.
- Presenta miedo a ser agredida sexualmente por los varones de su familia (mayores y menores que ella).
- Presenta sentimiento de culpa en situaciones de conflictiva familiar.
- Manifiesta sentimientos de dolor al hablar de la relación con su familia, la situación incestuosa y el maltrato que ha sufrido por parte de su padre.
- Presenta períodos de depresión.
- Presenta sentimientos de coraje contra sí misma por la falta de control e inasertividad que tiene.
- Refiere sentirse responsable en diversas áreas de relaciones interpersonales.
- Refiere sentimientos de autorrechazo al observarse al espejo.
- Presenta sentimiento de agresividad.

AREA COGNITIVA.

- Presenta autodevaluación.
- Manifiesta preocupación por que sus hermanos menores aprendan conductas de agresión sexual.
- Manifiesta preocupación por provocar la ruptura del núcleo familiar y gran respeto por el valor de la familia.
- Presenta ideas obsesivas sobre el ser aceptada por la familia.
- Presenta generalización de la construcción cognitiva sobre el concepto del ser varón.
- Presenta ideación suicida de manera discontinua.
- Manifiesta ideas de superación a nivel profesional y personal así como de recuperación psicológica.
- Presenta autorrechazo.

AREA MOTORA O CONDUCTUAL.

- Presenta llanto profuso al hablar de la situación de incesto.
- Refiere llanto profuso ante el volumen de voz elevado de otras personas.
- No mantiene contacto visual con la psicoterapeuta.
- Presenta frotamiento constante de manos al hablar de la situación incestuosa.
- Presenta posición corporal encorvada.
- Presentó un intento de suicidio con pastillas.
- Presenta conductas autodestructivas como: golpearse la cabeza contra la pared, tirarse al suelo, jalar el cabello y golpear las manos contra el piso.
- Presenta conductas de pateo y bajo control de impulsos ante situaciones estresantes.

AREA DEL LENGUAJE.

- Presenta volumen de voz bajo y paralingüaje contextual.
- Presenta tartamudeo al hablar sobre la situación incestuosa con el padre y voz entrecortada por el llanto.
- Presenta discurso coherente, lenguaje fluido y vocabulario extenso, al hablar de situaciones neutrales.
- Presenta tono de voz elevado en situaciones estresantes.

AREA SEXUAL.

- Presenta reacciones de rechazo ante la idea de ser tocada en una relación de pareja.
- Presenta conductas de escape ante situaciones de intimidad en la pareja.
- Presenta dificultad a hablar de sexualidad.
- Presenta ruborización y tics nerviosos al hablar de sexualidad.

AREA SOCIAL.

- Presenta retraimiento en las relaciones interpersonales.

- Presenta dificultad generalizada para establecer relaciones interpersonales, aunque es en mayor grado cuando se trata del sexo masculino.
- Carece de habilidades sociales de enfrentamiento ante situaciones estresantes e inasertividad en general.
- Carece de habilidades en resolución de problemas y toma de decisiones.
- Establece relaciones interpersonales de dependencia.
- Establece relaciones interpersonales de sumisión con varones.
- Presenta comportamiento pseudomadura.
- Establece límites rígidos entre las relaciones laborales y de amistad.
- Presenta rigidez en el seguimiento de normas sociales.
- Refiere escasa actividad social.
- Refiere nula convivencia con el núcleo familiar.

Momento de cambio.

Se trabajaron 8 sesiones con la Srta. B. Las tres primeras sesiones se dedicaron al análisis de la situación de incesto con el padre, en las que la paciente expresó toda la situación de agresión. En estas primeras sesiones se dio intervención en crisis y relajación. Posteriormente la paciente decidió comenzar a hablar de lo que sucedió con sus hermanos, y se le sugirió que escribiera cartas para el padre (carta al agresor), para la madre (carta a la coagresora) y para los hermanos (agresores), teniendo como resultado para B una visión más clara de sus sentimientos, temores, actitudes, pensamientos y secuelas resultantes de las situaciones incestuosas, y el grado de afectación hasta el momento. A partir de la clarificación de la situación que se encontraba viviendo, se le pidió que enumerara las expectativas de la vida futura y lo que esperaba del trabajo psicoterapéutico de ese momento en adelante. B refirió querer un cambio radical en su vida: ser más segura de sí misma, ser más fuerte emocionalmente, recuperar la seguridad

en su núcleo familiar, tomar decisiones, aumentar su control de impulsos y principalmente ***"poder vivir una relación de pareja como lo dicta mi corazón"***. Al hacer un análisis de la situación en la que se encontraba la Srta. B, se observó que no contaba con el apoyo necesario de la familia por lo que se indagó sobre el apoyo que pudiera recibir de algún familiar cercano a ella para que se sintiera con mayor apoyo en caso de tomar la decisión de salir del núcleo familiar. Posteriormente se entrenó a B en la toma de decisiones con Terapia Racional Emotiva.

TECNICA AUXILIAR DE LA ESCUELA SISTÉMICA: CONFRONTACION.

A lo largo de dos sesiones, B fue confrontada en cada una de sus decisiones, aunque la influencia del núcleo familiar se mantenía modificándola. Entonces inició la preocupación de B por su relación de pareja, refiriendo miedo a la intimidad y al acercamiento erótico; se le confrontó en cuanto a la confianza en su pareja, sus propios deseos y sus prejuicios.

El trabajo final que se tuvo con la paciente, fue su necesidad de separarse del núcleo familiar a raíz de la toma de conciencia de la falta de apoyo del mismo.

ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA. ATENDER LAS NECESIDADES DEL PACIENTE. En base a que la paciente es la única que puede determinar qué es lo que necesita, se trabaja de manera discontinua cada temática, retomándose en diversos momentos de la psicoterapia.

Por otro lado, el hecho de que una víctima de incesto ha sufrido agresión tanto sexual como psicológica durante la mayor parte de su vida, no es factible una confrontación directa que puede resultar agresiva (siguiendo los lineamientos clásicos de la Escuela Sistémica), por lo tanto el trabajo de confrontación que se hace con ella es de manera cálida.

Trabajo colateral con la pareja de la paciente.

El trabajo que se realizó con la pareja fue al principio de la psicoterapia de la paciente, la cual consistió en dos sesiones durante las cuales se le dio la orientación sobre la manera de tratar a B, el apoyo que podría darle, mitos existentes sobre la violencia sexual, y algunas recomendaciones sobre el acercamiento íntimo hacia B y el respeto a los límites que ella pusiera.

Las sesiones se llevaron a cabo desde una filosofía humanista.

Resultados reportados por el paciente.

Durante el transcurso del proceso psicoterapéutico, la paciente reportó el enfrentamiento con el hermano menor de manera directa para detener las situaciones de volyerismo de las cuales era objeto.

También refirió un mayor autocontrol en situaciones estresantes. Uno de los logros más apreciados por B fue el haber aceptado y disfrutado el acercamiento erótico por parte de su pareja. Inició la escuela preparatoria abierta para cubrir su objetivo de superación profesional.

Finalmente, reportó la separación del núcleo familiar, yendo a vivir con familiares que la apoyaron. Esto se motivó por el rompimiento definitivo en su relación de pareja, momento en el que hubo un nuevo intento de suicidio.

Cambios observados por la psicoterapeuta.

Durante el proceso psicoterapéutico y al final de mismo se observó un incremento en la autoestima de la paciente.

La paciente dejó de darle prioridad a la pertenencia al sistema familiar y comenzó a tomar decisiones a partir de sí misma y de sus propias necesidades.

Adquirió seguridad en sí misma y comenzó a desenvolverse sola en diversos ámbitos, como la escuela, la psicoterapia y la búsqueda de apoyo de la familia extensa y amigos.

La paciente reconoció sus necesidades sexuales y su capacidad de disfrute sexual.
Superó prejuicios y mitos con respecto a la sexualidad.

4.3 Estudio de caso de la Srta. C con técnicas auxiliares de la Escuela Gestalt.

Datos Generales.

La Srta. C es una adolescente de 13 años de edad al iniciar la psicoterapia. Vive con sus padres, la madre se dedica a atender un negocio de su propiedad y su padre es Policía de Seguridad Pública y Tránsito; 2 hermanos menores que ella, uno de 9 años de edad y el otro de 7; una media hermana mayor (esposa del agresor) y un medio hermano mayor. C es canalizada a psicoterapia porque a partir del descubrimiento del incesto, se intentó denunciar sin conseguir que la menor declarara los hechos.

Historia del incesto.

A la edad de 8 años, C comenzó a quedarse en casa de su media hermana mayor casada. El esposo de ésta la trataba bien y la consentía. Poco después de iniciar sus hospedajes en casa de su media hermana, el esposo de ésta comenzó a acercarse sexualmente a C, quien en ese momento desconocía la naturaleza de este tipo de acercamientos. Al principio, el cuñado de C tocaba sus pezones y genitales, posteriormente le pidió que lo tocara y la enseñó a masturbarlo con la mano. Cuando C cumplió 12 años, su cuñado comenzó a violarla, ya no sólo en el domicilio conyugal de la media hermana de C y él, sino también en casa de ella misma. Unos días antes de asistir a denunciar, el agresor llegó a casa de C, en donde se encontraban solos ella y sus dos hermanos menores. Pretextando que buscaba a la madre de C, el agresor se quedó en la

casa y pidió a los dos hermanos menores de C que fueran a la tienda por un refresco. Ellos salieron de la casa y él violó a C, pero como los hermanitos habían olvidado el dinero regresaron en seguida y descubrieron al agresor abusando de C. El agresor fingió que sólo estaban jugando y se marchó sin esperar a que llegara la madre de C.

Dos días después de esta última agresión, mientras la madre de C daba clases de catecismo a sus dos hijos menores, uno de ellos relacionó la clase con lo que habían visto y preguntó a la madre si esto era un pecado que estaba cometiendo C, relatándose. Fue entonces que la madre de C interrogó a ésta, quien refiriéndole todo lo sucedido a su madre y desde cuando ocurría.

Consecuencias familiares.

Al ser entrevistada, la madre de C reportó que ante todo se sentía muy mal por su hija, y que se preocupaba por ella y sus dos hijos que habían sido testigos de lo sucedido. Se encontraba temerosa de que su pareja, quien es muy violento y posee armas, fuera a matar a su yerno. También se sentía sumamente decepcionada de la conducta de éste, a quien ella y su pareja habían brindado siempre apoyo, confianza y cariño. Finalmente, se encontraba reviviendo su propia victimización, pues ella fue violada por un desconocido cuando tenía 16 años de edad, y era la primera vez que se lo decía a alguien.

La media hermana de C, según reporte de su madre, se alejó de inmediato de la familia, culpando a C de lo sucedido, diciendo que ella era quien había seducido a su marido.

El padre de C se confesaba completamente deseoso de ir a matar al esposo de su hijastra, pero conocedor de las consecuencias legales, se abstuvo de ello prefiriendo la denuncia del delito. A partir del momento en que se enteró de lo ocurrido (fue su esposa quien lo informó) se retrajo, se alejó de su familia, se encontraba en constante tensión

nerviosa, de mal humor y tentado a recaer en el alcoholismo (a la fecha tenía tres años de sobriedad en un grupo de Alcohólicos Anónimos).

De los hermanos menores de C, el mayor tenía ya algunas de las secuelas del Síndrome Postviolación, común en familiares cercanos a la víctima y en niños que han sido testigos de actos de violencia sexual. Entre las secuelas que presentaba éste pequeño, se encontraban: deterioro en el rendimiento escolar, atención dispersa, agresividad contra C, retraimiento dentro de la familia, problemas conductuales en la escuela, hiperactividad y retroceso en el control de esfínteres. El hermano más pequeño, se encontraba en buenas condiciones psicológicas debido a que no comprendía la naturaleza de lo que había visto.

El medio hermano mayor de C se encontraba muy molesto con su cuñado, pero la mayoría de sus referencias verbales despectivas, eran en relación a C, acusándola de provocativa y de desear el incesto, puesto que nunca había dicho nada a nadie.

Secuelas.

C presentaba un cuadro de secuelas sumamente severo en todas las áreas evaluadas, por lo que se determinó un Síndrome Postviolación con las siguientes características.

AREA FISICA.

- Hipertrofia de labios menores (caracterizada porque el tamaño de los labios menores en genitales excede el tamaño de labios mayores, cubriéndolos).

AREA FISIOLÓGICA.

- Infección vaginal.

AREA AFECTIVA.

- Miedo al embarazo.
- Sentimientos de odio y rencor hacia el agresor.
- Sentimientos de vergüenza para con su familia.

- Miedo a que el padre agrediera físicamente o matara al agresor.
- Miedo de que no se le creyera acerca del incesto.
- Sentimientos de culpa por no haber hablado con su madre antes de que se descubriera el incesto.
- Miedo a perder el amor de su media hermana (esposa del agresor) y de su sobrina de 3 años de edad (hija del agresor).
- Miedo a que el agresor dejara de quererla.
- Necesidad de afecto y comprensión familiar.
- Sentimientos de soledad y desamparo.
- Sentimientos de minusvalía.
- Baja autoestima.
- Miedo a ser agredida física o verbalmente por la familia del agresor.
- Miedo a volver a ver al agresor y tener que enfrentarlo.
- Sentimientos de ira difusa.
- Depresión profunda.

AREA COGNITIVA.

- Evocación recurrente de las situaciones incestuosas.
- Deseos de que ninguna persona más se enterase de lo sucedido.
- Ideación posesiva sobre ser "debilizada" por la presencia o los pasados del agresor.
- Preocupación porque su sobrina (hija del agresor) fuera tocada o violada por su propio padre o alguien más.
- Preocupación por la situación económica de su media hermana (esposa del agresor).
- Deseos de que el agresor no fuera encarcelado.
- Deseos de olvidar las situaciones incestuosas.
- Pensamientos autodestructivos.

- Deseos de morir (no ideación suicida).
- Ideas obsesivas sobre ser el blanco de las burlas de "todos".

AREA MOTORA O CONDUCTUAL.

- Llanto profuso.
- Manoteo incontrolado en situaciones estresantes.
- Comportamiento autodestructivo como darse pellizcos, arañarse, morderse los labios, jalarse el cabello y darse pequeños golpes en las manos contra los muebles o las paredes.
- Establecimiento de contacto visual sólo con la psicoterapeuta.
- Comportamiento agresivo con sus dos hermanos menores.

AREA DEL LENGUAJE.

- Discurso incoherente, con parloteo constante y cambio continuo de temática.
- Lenguaje sarcástico e irónico con respecto a sí misma y al incesto.
- Volumen de voz alto al molestarse y bajo al referir situaciones de depresión.
- Paralenguaje contextual.
- Uso de lenguaje metafórico al referir deseos de morir.

AREA DE CONDUCTAS COMPUESTAS.

- Transtornos en la alimentación, incluyendo falta de apetito, náuseas y vómito.
- Transtornos en el sueño, incluyendo insomnio y pesadillas al conciliar el sueño.
- Dormir durante el día como un forma de escape ante la presión ejercida por la familia.
- Ansiedad.
- Comportamientos destructivos (romper objetos, como lápices, platos pequeños, el forro de las sillas y rallar los muebles.
- Desconexión de la realidad (*"veo a Fernando -el agresor- que está sentado conmigo en mi recámara mientras estoy tratando de hacer mi tarea. Se sienta en mi cama, conmigo y se ríe de mí, puedo escuchar su risa, esta ahí, conmigo"*).

AREA SOCIAL.

- Alejamiento de la familia extensa.
- Retraimiento social en situación escolar.
- No establecimiento de contacto visual con desconocidos relacionados con el proceso legal (solo podía hablar con las personas observando a la psicoterapeuta).
- Establecimiento de relaciones interpersonales de dependencia.

Momento de cambio.

Se trabajaron 20 sesiones con la paciente, dividiéndose en tres fases:

1a. Aceptación de haber sido víctima de incesto. Esta fase llevó cuatro sesiones en las que se utilizó la Terapia Racional Emotiva. Tuvo como objetivo el que C comprendiera que nunca iba a olvidar el incesto y que podía empezar a recordarlo de una manera diferente, sin pensar en él como "su" problema y dejando de evocarlo constantemente.

2a. Cierre de Gestales inacabadas con su madre. C consideraba a su madre la principal culpable del incesto. La enfrentó por medio de la técnica de "silla vacía" y posteriormente se le invitó a que explorara el papel que su media hermana tenía en el incesto. C pudo recordar después de algunas sesiones de relajación que el agresor la obligaba a masturbarlo en las noches en que C se quedaba en casa de ellos. Esto sucedía estando su media hermana "dormida" a su lado. Esta fase duró cinco sesiones, y aunque ayudó a C a mejorar las reacciones con su madre, aumentó su angustia en cuanto a que su sobrina fuera víctima del agresor pues su media hermana probablemente tampoco cuidaría de su propia hija.

3a. Reducción de comportamientos autodestructivos y agresivos. Esta fase tuvo 11 sesiones de trabajo, interrumpidas dos semanas después de la cuarta sesión y reanudadas posteriormente. Se trabajó por medio de reestructuración cognitiva. Se puso en evidencia que el miedo a ser juzgada por sus hermanos la hacía agredirlos, y el

sentimiento de culpa causado por su medio hermano mayor y su media hermana (esposa del agresor) era el que provocaba los comportamientos autodestructivos. También en esta fase se utilizaron técnicas como "silla vacía", "carta al agresor", "carta a la coagresora" (en este caso su media hermana y su madre), relajación y una fantasía sobre la muerte de C, en donde pudo enfrentar su deseo de morir con su deseo de vivir.

Posterior a este trabajo, se dió la aprehensión del agresor, por lo que la preparación para careos e interrogatorios tuvo lugar en vez de las sesiones psicoterapéuticas. Después de cinco sesiones de preparación, fue que la paciente llegó a un punto de **"Desconexión de la realidad"** (reportado en SECUELAS). En esta sesión, la paciente comenzó a jalar la silla en la que estaba sentada (comportamiento que había dejado de presentar desde la cuarta sesión de trabajo), lloraba profusamente y hablaba sin cesar sobre el ser observada por el agresor en su recámara mientras hacía su tarea. Al preguntarle si ella imaginaba que estaba ahí, C respondió que no era su imaginación, que él estaba ahí, con ella, y que se burlaba y se reía, y que ella no podía dejar de escucharlo.

ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA. Primeramente, la psicoterapeuta utilizó la técnica de reflejo de ideas, repitiendo todo lo que la paciente relataba. Por ejemplo, si la paciente decía **"É estaba en mi cuarto, y se reía de mí"**, la psicoterapeuta repetía **"É estaba en tu cuarto, y se reía de ti, y eso te dio miedo"**. La paciente respondía: **"sí, me dio mucho miedo, y quise dejar de escucharlo, pero seguía riéndose"**, a lo que la psicoterapeuta decía: **"quisiste dejar de escucharlo, pero él seguía riéndose... de ti. Eso debió dolerte mucho"**. Así, a cada repetición de lo que la paciente decía, la psicoterapeuta agregaba alguna frase empática, sin tratar de convencer a C de que el agresor en realidad no estaba en su cuarto.

Esta sesión duró alrededor de 190 minutos, en los que C pasó del llanto profuso y respiración entrecortada a un estado de relajación que le permitía expresarse sin

entrecortar las palabras, y de una total seguridad de que el agresor había estado en su cuarto a una reflexión sobre lo que había imaginado. A los 120 minutos de la sesión, se hizo una pausa en la que la psicoterapeuta ofreció un poco de agua a la paciente y mientras se le servía, C preguntó si se estaba volviendo loca. A esto la psicoterapeuta respondió **"no lo creo, pero si fuera así, estoy aquí contigo"**. Después de esta pausa, la paciente comenzó a hablar sobre lo real que le había parecido que el agresor estuviera en su recámara. La psicoterapeuta dijo: **"Pero no fue así, porque él está en la cárcel, porque tú has tenido el valor suficiente para ponerlo ahí. Él no llegó hasta tu recámara, tú lo llevaste ahí, con tu imaginación"**. La paciente respondió: **"sí, pero yo pensaba en ese momento que sí estaba ahí"**. La psicoterapeuta escuchó las razones de C y finalmente le dijo: **"si hubieras pensado en realidad que estaba ahí, probablemente hubieras llamado a tu mamá, así es que en realidad, sabías que estabas imaginándolo"**. La paciente asintió.

ESCUELA GESTALT: AMPLIFICAR O DISMINUIR. Posterior a esta sesión, se trabajaron 10 sesiones más, en las que se continuó un trabajo para cambiar la percepción de la realidad. La técnica utilizada fue AMPLIFICAR O DISMINUIR, en la cual se toma cualquier deseo del paciente por cambiar su realidad actual y se amplifica o disminuye exageradamente. Esto da oportunidad a la persona de vislumbrar el verdadero alcance de sus deseos sobre cambiar su realidad si estos se cumplieran, y valorar lo que vive en el momento, aquí y ahora, con sus pros y sus contras. Esta técnica tiene dos ventajas adicionales. El psicoterapeuta acepta incondicionalmente los deseos del paciente, no los pone en tela de juicio y además, es una técnica divertida, que funciona muy bien con adolescentes, pues dejan de sentir la psicoterapia como algo dramático que deben hacer porque su vida es un desastre.

Algunos de los deseos de C que la psicoterapeuta puso en juego durante las sesiones, fueron:

- ***"Que mi familia nunca me preguntara cómo me siento o si necesito algo".***
- ***"Que mis hermanos dejaran de ser tan inmaduros, que se comportaran como adultos" (de 9 y 7 años de edad).***
- ***"Que no tuviera que dejar nunca de ser niña".***

Trabajo colateral con la familia de la paciente.

Se trabajó psicoterapéuticamente con la madre de C, no solo el incesto de la misma sino también la violación de la que fue objeto ella cuando era menor.

Se realizó un trabajo de sensibilización con el padre de C y con el hermano mayor de la misma, quien la agredía y culpaba por el incesto. Ninguno de los dos aceptó ingresar a psicoterapia.

Se trabajó prevención del abuso sexual infantil con ambos hermanos menores, y con el testigo se trabajó adicionalmente psicoterapia de juego.

Se trabajó psicoterapia de familia con C, su madre y su padre.

El trabajo colateral se realizó con el marco teórico del Enfoque Centrado en la Persona.

Resultados reportados por la paciente.

Al final del proceso psicoterapéutico, la paciente reportó que sus relaciones con su madre habían mejorado mucho, aunque aún sentía que la madre se mostraba fría con ella y tenía preferencias por sus dos hermanos menores. También dijo que en la escuela se sentía más libre de jugar y platicar con sus amigas y su desempeño escolar mejoró. Finalmente, mencionó que se sentía mucho más tranquila, aún estando en situaciones de conflictiva familiar. Se dejaron de mencionar trastornos en el sueño y en la alimentación.

Cambios observados por la psicoterapeuta.

A final del proceso psicoterapéutico se observaron cambios significativos en los diferentes áreas evaluadas. La autoestima de C se vio reforzada, respondía de manera

asertiva y comunicaba mejor sus necesidades. Su autoimagen social mejoró notablemente, dejó de pensar en que haber sido "violada" era "su" problema y en general sus cogniciones dejaron de tender a la victimización y autoestigmatización.

Se dejaron de observar comportamientos autodestructivos, el contacto social mejoró hasta el punto de que mientras esperaba pasar a psicoterapia, conversaba con los desconocidos que encontraba en la sala de espera.

Es importante hacer notar que C es una adolescente con gran capacidad de comprensión, vocabulario propio de personas con mayor escolaridad (C es alumna de secundaria), y en general lo que podríamos llamar una persona muy inteligente (nunca se le aplicó una prueba de C.I. o capacidad mental). Al inicio del proceso psicoterapéutico, C presentaba discurso incoherente, a causa de la ansiedad que la situación de descubrimiento del incesto le había ocasionado; al final ella poseía un discurso coherente y fluido, utilizando todo el vocabulario que conocía adecuadamente y con una construcción de enunciados correcta.

4.4 Historia de caso del adolescente D con técnicas auxiliares de la Escuela Humanista.

Datos Generales.

D es un adolescente de 13 años de edad, quien vive con su madre, su hermana mayor con un bebé de un año de edad, y su abuela materna. Su padre murió hace dos años (tenía 52 años de edad) y hace un año también falleció su novia. Es llevado a psicoterapia por su tía materna, esposa del agresor, pues uno de sus hijos le dijo que había visto lo que su padre le hacía a D.

Historia del incesto.

A los 9 años de edad D comenzó a ser abusado sexualmente por el esposo de su tía materna. Al principio sólo eran tocamientos en el cuerpo de D, después el agresor enseñó a D a masturbarlo y a su vez lo masturbaba. Finalmente, a partir de que D cumplió los doce años de edad, el agresor comenzó a violarlo vía anal. Todos los intercambios incestuosos fueron en casa del agresor, algunos estando ebrio, y otros sobrio. El incesto fue descubierto por uno de los hijos del agresor, quien le preguntó después a su madre si lo que había visto era malo. La tía de D interrogó a su esposo, quien aceptó el hecho y se marchó de la casa. D era constantemente amenazado por su tío, quien le decía que si llegaba a contarle a alguien sobre las agresiones, lo violaría (D no sabía que sí había sido penetrado, pues una de las características de la violación anal es la pérdida de tono muscular en el esfínter, con la consecuente pérdida de sensibilidad). Durante la primera penetración D sintió mucho dolor, pero no lo atribuía al haber sido penetrado, sino a que se había movido mucho tratando de impedirlo.

Consecuencias familiares.

La madre de D se sentía sumamente consternada, pensando sobre todo que D nunca le había dicho nada porque le gustaba. Tenía miedo de que su hijo se "convirtiera" en homosexual y se encontraba muy molesta con su hermana por no haber cuidado de su hijo.

La hermana mayor de D tenía las mismas dudas que la madre.

La abuela de D, lo apoyaba, pero no lo defendía de las agresiones de su hija y su nieta, manteniéndose al margen.

La conflictiva familiar estaba ya muy acentuada al llegar a psicoterapia; el principal problema era la situación económica y la falta de comunicación y afecto familiar. El incesto sólo fue un detonador o un factor que recrudeció la problemática.

Secuelas.

Al llegar a psicoterapia, la mayoría de las secuelas del incesto se confundían fácilmente con otras conflictivas no resueltas, y hacían parecer que el incesto era lo que menos le preocupaba a D. Entre estas conflictivas estaban:

- La desintegración familiar.
- El duelo no resuelto por el padre muerto.
- El duelo no resuelto por la novia muerta.

Sin embargo, conforme se avanzó en la psicoterapia, se hicieron más patentes las secuelas reales del incesto.

AREA AFECTIVA.

- Miedo por que sus primos fueran agredidos sexualmente por su tío.
- Miedo de ser "asesinado" por amigos de su tío (quien ya había estado antes en prisión).
- Miedo a volver a ver al agresor.
- Sentimientos de rencor y odio hacia el agresor, no aceptados.
- Sentimiento de indefensividad y vulnerabilidad.
- Sensación de estar "marcado".

AREA COGNITIVA.

- Autoconcepto pobre.
- Autoestigmatización.
- Ideas obsesivas sobre ser una persona con muchos problemas.
- Fantasías sobre morir.
- Fantasías sobre ser elegido por Dios para presentarse físicamente a él, como premio por haber sufrido tanto.
- Bajo rendimiento escolar.

- Capacidad superior de análisis y síntesis, con funciones de memoria a corto y largo plazo caracterizadas por exactitud a la evocación.

AREA SOCIAL.

- Aislamiento social.
- Autoimagen social deteriorada (soy diferente, "raro").

AREA MOTORA O CONDUCTUAL.

- Llanto profuso (reportado por la madre y hermana, nunca presentado en sesiones).
- Tensión muscular extrema en situaciones ansiógenas.
- Posición corporal aletargada.
- Comportamiento delictivo (robo).

AREA DE CONDUCTAS COMPUESTAS.

- Homofobia.
- Trastorno en la alimentación, caracterizado por períodos alternados de ingesta de alimentos compulsiva y pérdida del apetito.
- Trastornos del sueño, caracterizados por períodos alternados de narcolepsia, insomnio, hablar dormido y pesadillas.

Momento de cambio.

inicialmente se trabajó con técnicas de la escuela sistémica, intentando modificar el sistema familiar. La psicoterapeuta hizo una alianza sistémica con D durante 9 sesiones, al final de las cuales, los logros fueron mínimos, tanto para el paciente como para la familia.

Dentro de una etapa el paciente tuvo una depresión profunda y comenzó a expresar constantemente deseos de morir. Interpretando esto como ideación suicida, la psicoterapeuta asistió a supervisión de casos desde el Enfoque Centrado en la Persona, en la cual se le dijo que en lugar de establecer con el paciente empatía, estaba simpatizando con él.

ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA: LA EMPATIA Y LA CONGRUENCIA. La primera sesión posterior a la supervisión de caso, la psicoterapeuta reportó de manera honesta y directa a D las observaciones que se le habían hecho, y la respuesta de D fue positiva, pues refirió diferentes situaciones que antes no había aclarado a la psicoterapeuta. La más importante de ellas fue que cuando la psicoterapeuta le dijo que estaba preocupada por que pensaba que él deseaba suicidarse, D le aclaró que no pensaba en suicidarse, sino que más concretamente no encontraba un sentido a la vida y que pensaba que morir sería más cómodo.

Otra consecuencia positiva que posteriormente se convirtió en la promotora del cambio para D, fue que éste, al saber sobre la simpatía que despertaba en la psicoterapeuta, reconoció que su actitud frente a "ideas formales" estaba siendo cerrada al encontrar un apoyo incondicional siempre en la psicoterapeuta, por lo cual, pocas veces se preocupaba por averiguar explícitamente los motivos de las situaciones que se iban sucediendo.

ESCUELA HUMANISTA: REFLEJO DE IDEAS Y SENTIMIENTOS. El reconocimiento y establecimiento de la simpatía también dio lugar a la ruptura de la alianza sistémica que se había establecido y a la vez permitió que la relación empática psicoterapeuta-paciente se estableciera de una manera más clara (independientemente de la simpatía que la psicoterapeuta no dejó de sentir por D) lo que facilitó el proceso psicoterapéutico consecuente.

En las sesiones posteriores, la psicoterapeuta utilizó la técnica de Reflejo de Ideas y sentimientos, con la cual se clarificaron paulatinamente los metas de crecimiento de D y los recursos con los que contaba para lograrlos.

En total se trabajaron 40 sesiones de psicoterapia individual con C.

Trabajo colateral con la familia del paciente.

Se trabajó psicoterapéuticamente con la madre, la hermana y la tía materna de D, cada una de ellas por separado.

Se trabajó psicoterapia de juego con los dos primos de D (hijos de su tía materna, hijos del agresor).

Se trabajó psicoterapia de familia con D, su madre y su hermana.

Se realizó el trabajo colateral desde el marco teórico del Enfoque Centrado en la Persona.

Resultados reportados por el paciente.

Al final del proceso psicoterapéutico, D reportó cambios importantes en las actitudes hacia el núcleo familiar, hacia las obligaciones que se le imponían y hacia el papel que jugaba su madre en su vida. Admitió ante sí mismo que el haber sido víctima de un incesto no le otorgaba privilegios especiales, ni en su familia, ni en la escuela ni en el trabajo.

También reportó que el sentido de la vida que no encontraba fue creándolo él mismo a partir del reconocimiento de su propia actuación en el núcleo familiar y del análisis de la situación en la que se encontraba a raíz de los episodios incestuosos.

Cambios observados por la psicoterapeuta.

Al final del proceso psicoterapéutico, se observaron cambios en el establecimiento de las relaciones interpersonales, yendo de la dependencia total, al equilibrio entre la búsqueda de la satisfacción de las propias necesidades y la satisfacción de las necesidades del otro, principalmente en las relaciones de amistad y de pareja.

Otro cambio importante fue la reducción de la actitud homofóbica y una aceptación del amor sin reglas de género, el cual decía que nunca practicaría pero que había dejado de provocarle reacciones de asco y rechazo violento al referirlo.

Finalmente el cuadro depresivo que presentó en un momento del proceso psicoterapéutico, poco a poco cedió ante el cambio en las actitudes hacia el núcleo familiar y ante la resignificación dada a la experiencia incestuosa dentro de su vida.

Como se observa en los casos expuestos, el Enfoque Centrado en la Persona permitió que en los pacientes se diera un cambio significativo en la dirección que ellos mismos determinaban, asumiendo así su propia responsabilidad en el proceso y reconociendo su capacidad de hacer algo por sí mismos. Adicionalmente, esto proporcionó a cada persona, una elevación en la autoestima, a partir de un mejor autoconcepto, una mejor automagen y una nueva escala de valores más sencilla de respetar que las altas expectativa de casi imposible alcance que a veces se ponían a sí mismos.

En la práctica profesional se aprendió la importancia del manejo correcto de una gran variedad de técnicas y/o herramientas metodológicas de diferentes escuelas psicológicas, para un mejor apoyo al individuo que acude a solicitar la atención psicológica. Es importante recordar que cada técnica debe de ser utilizada respetando su propio marco teórico, lo cual no se contrapone con la posibilidad de ser creativo y modificar las técnicas adaptándolos a las necesidades del paciente. También se debe subrayar que en el tratamiento de estos pacientes se evitó el uso de técnicas que fueran en contra del espíritu del Enfoque, es decir, en contra de su filosofía, de la concepción del ser humano o de las actitudes básicas necesarias para promover el cambio en psicoterapia. Así, no se utilizaron técnicas gestálticas como "suprimir el parloteo" o técnicas de la escuela conductual como el uso de estímulos aversivos o tiempos fuera. Se considera que el uso de técnicas de este tipo más que ayudar al paciente lo ponen en situaciones en extremo incómodas que no le aportarán elementos positivos a su experiencia, impidiendo de esta

manera el establecimiento de un clima cálido en el que se sienta seguro para explorar sus sentimientos, pensamientos y comportamientos.

El Enfoque Centrado en la Persona es un marco teórico no-directivo, y el tener a la mano y saber manejar una serie de técnicas, no hace que esto sea directivo, sino que a partir de las necesidades del paciente, la problemática que presente y las habilidades del psicoterapeuta, se conjunte un trabajo global que facilite los procesos psicológicos del paciente.

CONCLUSIONES.

Al iniciar la redacción de la presente tesis fue difícil para nosotras elegir entre los términos "**fenómeno**", "**problema**" y "**problemática**" para hablar del incesto. Optamos por el término fenómeno, ya que posee una connotación de universo y aunque no del todo, sí elimina la connotación negativa que dan los términos "**problema**" y "**problemática**". La intención no fue restar importancia al incesto, sino ponerlo en una perspectiva objetiva para después involucrarnos con el aspecto negativo del fenómeno, como es la imposición de este tipo de relación a un menor.

Contemplamos al "**incesto**" como una forma de agresión, pero no desarrollamos el tema del "**incesto**" como una forma de amor dentro de la familia, lo cual puede suceder por ejemplo entre hermanos, primos o parientes de una edad cercana. En la literatura universal existen diversos ejemplos de amor incestuoso, que no conlleva agresión, entre padre e hijos y otros más. Sin embargo, estamos conscientes de que el amor incestuoso puede traer consigo secuelas similares al incesto como agresión para las personas involucradas en esa relación, dada la condena social que se hace de incesto en nuestra cultura. Observamos que el peso de ésta influye en las víctimas de incesto sobre las secuelas que pueden presentar, ya que al ser una relación "**prohibida**", aunque no haya sido impuesta ni llevada a cabo en una forma violenta, cuando es descubierto por quienes detentan una parte del poder dentro de la familia, lo cargan de una connotación negativa.

El incesto es un fenómeno que se puede englobar dentro de otros que abarcan universos más grandes: violencia intrafamiliar, violencia sexual y maltrato infantil, y que a menudo están relacionados o son parte de estos. El propósito de nuestra exposición es

darle un lugar especial, para evitar la invisibilidad que se le ha dado tanto a nivel popular como profesional. Esta importancia que procuramos despertar alrededor del incesto, es parte también de una necesidad de legislar al respecto, pues en los códigos penales revisados, el incesto está contemplado como un delito contra la familia, castigando a ambos participantes. Nuestra postura es que se debe tomar como un delito sexual, en donde el agente activo debe tener una penalidad mayor que la dada a otros delitos sexuales por el hecho de ser parte del universo familiar del infante, obviamente eliminando la penalidad contra el agente pasivo. Otros agravantes a tomar en cuenta son la temporalidad, la violencia moral, la violencia física y el **daño psicológico** ocasionado por el incesto, aún más que el daño físico, que en la mayoría de los casos atendidos en psicoterapia, no existe.

El término mismo de "**víctima**" conlleva un peso cultural que implica que algo "**malo**" sucedió: en esta tesis lo utilizamos porque indica una serie de secuelas. El que ha sido obligado a permanecer en una situación que no deseaba es una víctima de ese hecho.

Por otra parte, encontramos que los perfiles de víctima, agresor y coagresor, corresponden sólo en cierta medida a la realidad. Los perfiles deben ser valorados en su justa medida, y no tomados como una regla inflexible de búsqueda obsesiva de caracterología. La etiquetación es un peligro del que debemos alejarnos, contemplando los supuestos teóricos como planteamientos inacabados.

Fue sumamente difícil darle forma a la exposición de cada caso, pues en cada sesión, al trabajar desde las necesidades del paciente, se hablaba de diversos temas. Se debe añadir que cuando se dice que, por ejemplo, se trabajaron tres sesiones con x tema, nos referimos a sesiones que pudieron o no haber sido continuas en cuanto a la temática.

No se cuestionó el hecho de si el psicoterapeuta que trabaje con una víctima de incesto debe ser de su mismo sexo o de uno diferente. Algunos autores se inclinan por

indicar que el ser del mismo sexo que el paciente, facilita la identificación, la apertura y la honestidad. Otros argumentan que el sexo del psicoterapeuta no tiene tanto que ver con el sexo de paciente como con el sexo del agresor, y que el psicoterapeuta debe ser de un sexo opuesto al del agresor pues el paciente ha quedado predispuesto a las personas del mismo que sexo que el agresor. Por otro lado, se encuentra la afirmación de que los pacientes que sean atendidos por psicoterapeutas del mismo sexo que el agresor, tendrán la oportunidad de comprobar que no todas las personas de ese sexo le harán daño, sino que también habrá quien desee ayudarlo. La posición de esta tesis no se inclina hacia ninguno de estos argumentos. Se considera que el sexo de psicoterapeuta es indistinto en cuanto a la capacidad de facilitar, acompañar y apoyar. Si para el paciente tiene alguna importancia el sexo del psicoterapeuta en cualquier sentido, es decisión de él elegir trabajar con hombres o con mujeres, por ello no será juzgado ni se le forzará inclinarse a alguna decisión; otra opción es trabajar de manera introductorio como parte del proceso psicoterapéutico. La importancia de tomar en cuenta la cuestión de sexo de psicoterapeuta, es debido al hecho de que en casi la totalidad de los centros de atención a víctimas de violencia sexual, los psicoterapeutas son mujeres. Este seguramente fue, es y seguirá siendo un tema de gran polémica en el área de atención a víctimas de violencia sexual en general.

Las personas que han sido víctimas de incesto han sido dañadas en su confianza básica, pues fueron traicionadas por una persona de su familia, el lugar en que se supone serían protegidas y amadas. Es por esto que se considera que el Enfoque Centrado en la Persona proporciona un marco teórico adecuado para el tratamiento de estas personas, por la importancia que tiene la creación de un clima cálido, el respeto por la individualidad de la persona, la confianza básica en la tendencia a desarrollo de cada ser humano, la empatía que puede establecer el psicoterapeuta, la valoración positiva que da a la persona

Incondicionalmente, la congruencia de las actitudes y valores del psicoterapeuta, y el reaprendizaje significativo que la víctima le puede dar a la experiencia incestuosa.

La no-directividad que propone el Enfoque Centrado en la Persona es una ventaja que se encuentra dentro de su marco teórico, pues atiende las necesidades del paciente, partiendo del supuesto de que el paciente es quien mejor sabe lo que necesita. Lejos de restar responsabilidad al psicoterapeuta del proceso del paciente, involucra a éste activamente en el mismo y le da la oportunidad de descubrir sus capacidades y su propio potencial, lo que además, aumenta la confianza en sí mismo.

Consideramos que el Enfoque Centrado en la Persona es flexible, por lo que permite tanto al psicoterapeuta como al paciente el desarrollo pleno de sus potencialidades.

Hasta donde nuestra experiencia nos permite ver, el Enfoque Centrado en la Persona no nos ofrece logros de manera inmediata, pero sí duraderos.

Desde nuestro punto de vista, el Enfoque Centrado en la Persona exige al psicoterapeuta abandonar la postura del saber y del poder, o que probablemente para algunos psicoterapeutas resulte amenazador. Esto también puede resultar amenazante para algunos pacientes, quienes llegan a psicoterapia con la expectativa de que se les resuelva su problema, su duda o incluso su vida. Llegan en una postura de total dependencia y abandono en las manos de psicoterapeuta, y al saber que tendrán que poner también de su parte para salir adelante o mejorar su situación, simplemente no regresan a psicoterapia. Cabría cuestionarse si esto resulta una ventaja o una desventaja del Enfoque Centrado en la Persona, pues por un lado un paciente se va, pero por el otro el que se queda aprende a responsabilizarse de su propio proceso. Viéndolo bien, tal vez el que se va también lo aprenda, aunque no lo asuma.

No hablamos de la duración de la psicoterapia ya que consideramos que el paciente mismo es quien debe decidir cuanto ha de durar su estancia en ella. En la práctica profesional hemos tenido la experiencia de que las personas abandonan la psicoterapia en el momento en que se sienten mejor, luego regresan si tienen problemas o vuelven a sentirse mal. También se presentan casos en los que las personas que regresan a psicoterapia lo hacen a partir de necesidades o problemáticas diferentes al incesto. Pero en general, cuando se da término a la psicoterapia de mutuo acuerdo entre paciente y psicoterapeuta, las personas no regresan más. No consideramos que sea posible determinar un tiempo mínimo o máximo de estancia en psicoterapia. La experiencia también nos ha indicado que una víctima de incesto requiere mayor tiempo del apoyo psicológico que una víctima de cualquier otro tipo de violencia sexual, con obvias excepciones, como en los casos de violaciones tumultuarias, en violaciones con gran cantidad de violencia, y con personas que han vivido experiencias de violación en más de una ocasión.

Al iniciar el presente escrito, el reto fue proponer lineamientos generales de atención psicológica a víctimas adolescentes y adultas de incesto vivido en la niñez y/o adolescencia, sin intentar exponer **"recetas"** de tratamiento, lo cual sabemos que nunca será posible, pues cada ser humano es único, cada situación incestuosa diferente y el estilo psicoterapéutico de cada psicólogo único. Nuestro aprendizaje al respecto es que las técnicas de cada escuela psicológica deben modificarse lo necesario y suficiente para el trabajo con adolescentes y para el trabajo con adultos.

El reconocimiento de las limitaciones del propio psicoterapeuta es algo que siempre se debe tomar en cuenta en el momento de atender a una persona, pues ello nos hará también reconocer puntos débiles en la propia formación y, principalmente, nos evitará caer en la tentación de conservar con nosotros un caso que no podemos manejar. Las limitaciones se irán descubriendo a lo largo de la práctica profesional, no son algo que se

pueda determinar y definir a priori. Así, algunos psicoterapeutas pueden descubrir que les resulta difícil o desagradable trabajar con niños, o con suicidas, o con homosexuales, o con personas que además de haber sido víctimas de incesto, al momento de buscar apoyo psicológico se encuentran también en el papel de ser agresores; etc. Con esto no queremos decir que el psicoterapeuta no debe buscar la superación de sus propias limitaciones, sino que en el momento en que las descubre, debe respetar ante todo la necesidad inmediata del paciente y canalizarlo con algún otro psicólogo, para posteriormente buscar para sí mismo la atención y/o la orientación necesaria para superar esa limitación, o simplemente aceptarla, y estar alerta siempre que atienda casos similares.

El punto anterior nos lleva a la mención de la necesidad de la formación continua del psicoterapeuta, no solo de aquel que trabaje en la atención del incesto, o de la violencia sexual, o de cualquier otro fenómeno, sino a todo psicólogo que se dedique de manera comprometida a su profesión. El perfeccionamiento del psicoterapeuta se puede promover a través de supervisión de casos, psicoterapia para el psicoterapeuta (la cual consideramos necesaria por el impacto del trabajo con la violencia y por la violencia que se genera a partir del mismo en el psicoterapeuta), cursos de capacitación, talleres, y en general formación continua.

Los sentimientos del psicoterapeuta que se generan a partir del trabajo con víctimas de incesto son elementos que influyen en el proceso del paciente. El psicoterapeuta responsable de su trabajo y de sí mismo, deberá tomar en cuenta estos sentimientos, y llevarlos a supervisión de casos o a su propia psicoterapia, evitando así una interferencia con el avance del paciente y promoviendo su propio crecimiento. La posibilidad de plantear los sentimientos generados a su paciente, será una decisión que

deberá tomar a partir de las características del caso y de las habilidades que pueda reconocer en sí mismo para manejarlo.

Una de las propuestas que consideramos más importantes, es la creación de instituciones o implantación de programas de atención especializada en las instituciones ya existentes, a partir de no haber encontrado en los áreas del Distrito Federal y del Estado de México instituciones o programas dedicados al incesto. Creemos que esta ausencia se debe probablemente a que no se le ha dado la importancia que requiere como el fenómeno de alta incidencia que es. Dar estadísticas aquí, sería irrelevante, pues nos parecen falsas aquellas que son oficiales, dado el silencio que la familia y la víctima guardan alrededor del incesto.

Como vimos en este trabajo y a partir de la práctica profesional, consideramos que los principales motivos por los cuales los padres no previenen a sus hijos con respecto al incesto, son los mitos que existen en torno a la educación sexual de las niñas y los niños. Los padres ignoran o dudan cuál puede ser la edad indicada para iniciar la educación sexual de sus hijos, y temen hacerlo demasiado pronto con el argumento de que les robarán su inocencia, o los volverán seres sobresexuados, o que serán demasiado precoces. Reeducar para la sexualidad es una de las tareas más importantes a desarrollar a nivel social como prevención primaria. Nuestras propuestas en este sentido son: Talleres para padres, Talleres para maestros, Talleres para niños, Talleres para adolescentes, y que se imparta como un tema de las ciencias sociales dentro de la escuela a niveles de Educación Primaria y Educación Secundaria.

Otro de los grandes miedos que los padres presentan al hablar de prevención del incesto, es que es necesario enseñarle a los niños su derecho a decir "no" a los adultos, aún a aquellos que sean parte de la familia. El temor de los padres es que el pequeño no sabrá discriminar entre el ejercicio de un derecho y la obediencia. La posible pérdida de

poder en la relación infante-adulto, parece ser una de las principales razones por las cuales no se educa en la prevención del incesto. Esta es una línea de investigación a seguir, que probablemente aumentaría las probabilidades de educar en la prevención de manera más efectiva.

Los roles dentro de la familia tienen un papel crucial en el fenómeno del incesto, pues la pérdida de límites que se tiene en la actualidad dentro de algunos sistemas familiares, genera confusión no sólo para los hijos, sino también para los padres. Los talleres que proponemos en el punto anterior no sólo deberían contemplar la educación sexual, sino también, el papel de la familia en la sociedad, la función de cada individuo dentro de la familia así como la definición de los roles dentro del universo familiar, incluyendo el establecimiento de los límites de los que hablábamos.

Proponemos como nuevas líneas de investigación: Los sentimientos del psicoterapeuta, la modificación de esquemas en el sistema de vida del psicoterapeuta, el papel del género del psicoterapeuta y la paraprofesionalización como apoyo para la prevención primaria.

La práctica profesional indudablemente nos dió los elementos necesarios para la conformación de este escrito, no sólo por la presentación de casos que se hace en ella, o por una propuesta ya experimentada, sino porque teníamos ya un contacto con la realidad que nos dió indicadores de la dirección a seguir.

El trabajo con víctimas del incesto utilizando como marco teórico el Enfoque Centrado en la Persona, nos permitió enriquecer el ambiente psicoterapéutico, sintiéndonos más cómodas y relajadas. El saber que en cualquier momento podíamos utilizar una técnica de cualquier escuela psicológica cuando fuera necesario o aconsejable, nos dió siempre la tranquilidad de la mente abierta, en lugar de la inflexibilidad de una teoría aparentemente acabada, sin más que una línea recta; fue como tener la oportunidad

de caminar por senderos diferentes y tomar la bifurcación que el paciente eligiera, acompañándolo en su autoexploración y enriqueciéndonos con la experiencia.

A nivel personal, el Enfoque Centrado en la Persona, nos ha proporcionado una filosofía de vida en la que términos como **"trabajo"**, **"dolor"**, **"tristeza"**, **"llanto"**, **"madurez"**, **"desarrollo"**, **"felicidad"** y otros, dejaron de ser los mismos, y ahora tienen una connotación nueva. El autocorocimiento deja de ser una conceptualización obsesiva de uno mismo y se convierte en una forma de alcanzar metas, aceptando límites. El ser se convierte en un objetivo más que en una sensación, y el estar en una forma de vida más que en un estado. La permisividad y el enriquecimiento con otras teorías que ha implicado para nosotras el Enfoque Centrado en la Persona, nos ha enseñado a aprender humildemente de todo y de todos, en lugar de adoptar una postura dogmática y soberbia que limita el crecimiento.

El acercamiento al paciente desde el Enfoque Centrado en la Persona, nos permitió hacerlo de una manera más natural, eliminando la rigidez que otras escuelas a veces sugieren como lineamiento de atención.

BIBLIOGRAFIA.

ALCANTARA, N. (1989) UN ESTUDIO SOBRE LAS CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL EN MUJERES ADOLESCENTES. TESIS. ENEP IZTACALA, U.N.A.M., MEXICO.

BEEZLEY, M. Y KEMPE, C. H. (1983) SEXUALLY ABUSED CHILDREN AND THEIR FAMILIES. ED. PERGAMON PRESS, GREAT BRITAIN.

BOUCHARD, M. A.; GRANGER, L.; Y LADOUGER, R. (1981) PRINCIPIOS Y APLICACIONES DE LAS TERAPIAS DE LA CONDUCTA. ED. DEBATE, MADRID.

CAZORLA, A.; SAMPERIO, R.; Y CHRNO, I. (1992) ALTO A LA AGRESIONN SEXUAL. Consecuencias conductuales en los niños. ED. DIANA, MEXICO.

CODIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL DISTRITO FEDERAL (1995) ED. PORRUA, MEXICO.

CODIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE MEXICO (1995) ED. PORRUA, MEXICO.

COLECTIVO DE LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES A.C., (1987) EL INGESTO: LA EDUCACION EN LAS NINAS. ED. COVAC, MEXICO.

COREY, G. (1977) THEORY AND PRACTICE OF COUNSELING AND PSYCHOTHERAPY. ED. BROOKS/CO. PUBLISHING, CALIFORNIA.

DIAZ, E. (1993) SEXUALIDAD Y PODER. ED. ALMAGESTO RESCATE, BUENOS AIRES.

EGAN, G. (1992) EL ORIENTADOR EXPERTO. ED. GRUPO EDITORIAL IBEROAMERICA, MEXICO.

FERRE MARTI, J.; FORA EROLES, F.; GUEL ROVIRALTA, M.; ET. AL., (1993) ENCICLOPEDIA DE LA SEXUALIDAD. VOL. 2. ED. OCEANO, MADRID.

FINKELHOR, D. (1981) SEXUALLY VICTIMIZED CHILDREN. ED. THE FREE PRESS, NEW YORK.

FISHMAN, H. C. (1990) TRATAMIENTO DE ADOLESCENTES CON PROBLEMAS. Un enfoque de terapia familiar. ED. PAIDOS, BARCELONA, ESPAÑA.

FORWARD, S. Y BUCK C. (1994) PADRES QUE ODIAN. ED. GRUALBO, MEXICO.

FREUD, S. (1988a) TRES ENSAYOS PARA UNA TEORIA SEXUAL. EN "OBRAS COMPLETAS" VOL. 6. ED. ORBIS, BARCELONA.

FREUD, S. (1988b) TOTEM Y TABU. EN "OBRAS COMPLETAS" VOL. 9. ED. ORBIS, BARCELONA.

FREUD, S. (1988c) LA DISOLUCION DEL COMPLEJO DE EDIPO. EN "OBRAS COMPLETAS" VOL. 15. ED. ORBIS, BARCELONA.

GONZALEZ, A. M. (1987) EL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA. Aplicaciones a la Educación. ED. TRILLAS, MEXICO.

GOTWALD. (1983) SEXUALIDAD. La experiencia humana. ED. EL MANUAL MODERNO, MEXICO.

HERNANDEZ, G. (1994) LA CONDICION DE LA MUJER DESDE LA PERSPECTIVA DE GENERO. Conferencia dictada en el "CURSO-TALLER DE SENSIBILIZACION PARA LA ATENCION A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL E INTRAFAMILIAR" Impartido en la Procuraduría General de Justicia del Estado de México con sede en Toluca.

KAMIKIHARA, F. G. (1992) LA TEORIA DE LA COMUNICACION HUMANA Y SU APLICACION EN LA TERAPIA FAMILIAR DESDE UN PUNTO DE VISTA SISTEMICO. TESIS. ENEP IZTACALA, U.N.A.M., MEXICO.

KATCHADOURIAN, A. Y LUNDE, D. T. (1983) LAS BASES DE LA SEXUALIDAD HUMANA ED. CIA EDITORIAL CONTINENTAL, MEXICO.

LAFARGA, J. Y GOMEZ DEL CAMPO, J. (1992c) DESARROLLO DEL POTENCIAL HUMANO. VOL. 1. ED. TRILLAS, MEXICO.

LAFARGA, J. Y GOMEZ DEL CAMPO, J. (1992b) DESARROLLO DEL POTENCIAL HUMANO. VOL. 2. ED. TRILLAS, MEXICO.

LAFARGA, J. Y GOMEZ DEL CAMPO, J. (1992c) DESARROLLO DEL POTENCIAL HUMANO. VOL. 3. ED. TRILLAS, MEXICO.

LAFARGA, J. Y GOMEZ DEL CAMPO, J. (1992d) DESARROLLO DEL POTENCIAL HUMANO. VOL. 4. ED. TRILLAS, MEXICO.

MALINOWSKI, B. (1975) LA VIDA SEXUAL DE LOS SALVAJES. ED. MORATA MADRID.

MASTERS, W.; J-ONSON, V.; Y KOLODNY, R. (1992) LA SEXUALIDAD HUMANA VOL. 2. ED. GRUJALBO, BARCELONA.

MC CARY, J. (1983) SEXUALIDAD HUMANA. ED. EL MANUAL MODERNO. MEXICO.

OLVARES, R. Y RODRIGUEZ, M. (1992) LA IMPORTANCIA DE LA ADOLESCENCIA EN EL PROCESO DE CONVERTIRSE EN PERSONA. TESIS. ENEP IZTACALA U.N.A.M., MEXICO.