

160



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

"LA TERAPIA DE JUEGO COMO UNA TÉCNICA DE TRATAMIENTO A VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL"

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



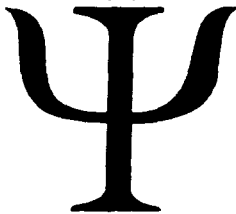
EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGÍA

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :
VERÓNICA MARTÍNEZ MEJÍA

DIRECTORA:
LIC. SELMA GONZÁLEZ SERRATOS



MÉXICO, D.F. 2002.



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.

Mi más profundo agradecimiento a la Universidad Nacional Autónoma de México, junto con su personal docente y académico, por permitirme la formación profesional y, en especial a la Licenciada Selma González Serratos por su apoyo incondicional, así como a las Licenciadas Fayne Esquivel, Cristina Heredia, Ana Lourdes Tellez y Ofelia Reyes, quienes con sus aportaciones hicieron posible la realización del presente trabajo.

INDICE

INTRODUCCION	3
CAPITULO I: ABUSO SEXUAL DE INFANTES, UN PROBLEMA SOCIAL Y DE INTERES PUBLICO	
1. Causas Sociales y Culturales	5
1.1 Teoría de la Supremacia Masculina de Finkelhorn	6
1.2 Tipología del Agresor	8
1.3 Incesto	10
1.4 Violación	12
1.5 Abuso sexual	13
CAPITULO II: DESARROLLO PSICOLOGICO INFANTIL	
2. Teoría Psicoanalítica del desarrollo infantil de Erik Erikson	16
2.1 Teoría Psicoanalítica del desarrollo de la Sexualidad Infantil de Sigmund Freud	20
2.2 La memoria de la o el infante	23
CAPITULO III: EL JUEGO Y SUS EXPRESIONES	
3. El juego	26
3.1 El objeto transicional	27
3.2 El juego de fantasía	29
3.3 El juego imitativo	30
3.4 El juego social	31
3.5 La evolución del juego en el niño o la niña	33
3.6 El juego dramático	34
CAPITULO IV: CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL	
4. Consecuencias físicas, psicológicas, emocionales y conductuales	37
4.1 Manifestaciones físicas	41
4.2 Manifestaciones psicológicas, emocionales y conductuales	42
CAPITULO V: INTERVENCION Y TRATAMIENTO	
5. Evaluación y Confirmación	45
5.1 Entrevista Clínica	45

5.2 Elementos de apoyo para la entrevista clinica	47
5.3 Confirmación	50
5.4 Terapia Familiar Enfocada hacia el Abuso Sexual	53
5.5 Terapia Grupal Enfocada hacia el Abuso Sexual	58
5.6 Terapia Individual Enfocada hacia el Abuso Sexual	60
5.7 Terapia de Juego	61
5.8 Terapia de Juego Enfocada hacia el Abuso Sexual	67
CONCLUSIONES	73
BIBLIOGRAFIA	77

INTRODUCCION

El abuso sexual infantil es un problema social y de interés público, que aqueja a la mayor parte del mundo, sin embargo, en México se desconoce el número real de personas que lo han sufrido, por otra parte, mediante estudios científicos se han analizado sus causas sociales y culturales, así como las consecuencias físicas, psicológicas, emocionales y conductuales, que se desarrollan en víctimas a partir de una agresión sexual; de ahí la importancia que dicha problemática sea reconsiderada por el medio profesional, tanto en medidas preventivas, como en tratamientos terapéuticos a víctimas, ya que al no ser tratadas estas últimas adecuadamente pueden desarrollar serios problemas a corto y/o a largo plazo.

A través de la experiencia profesional, logramos darnos cuenta de lo conveniente y necesario, que es, el que una víctima de abuso sexual infantil reciba el tratamiento psicológico adecuado y a tiempo, y que este, debe ser realizado por terapeutas especializados, con el suficiente conocimiento, experiencia, tacto y ética profesional que dicho trabajo requiere. Así mismo, se reconoce el esfuerzo y el trabajo que realiza un terapeuta infantil al tratar con dicha población, ya que debe auxiliarse de varias técnicas durante el tratamiento para establecer una comunicación adecuada con las y los menores, que le permitan el abordaje y posteriormente trabajar con el problema. A ello se debe nuestro interés por el tema "La Terapia de Juego como una Técnica de Tratamiento a Víctimas de Abuso Sexual Infantil".

Nuestro objetivo general, es analizar la Terapia de Juego como una Técnica, en la cual se puede apoyar al terapeuta para el tratamiento a niños y niñas víctimas de abuso sexual, considerando que en México no se ha trabajado lo suficiente con estas técnicas.

Mediante un análisis teórico, se revisaron y seleccionaron las aportaciones de autoras como Axline, V. (1975), y West, J. (1996), por ser unas de las principales exponentes de la técnica de Terapia de Juego, utilizada para diversos problemas en las y los infantes, además de Landreth, G. (1993), Stith, S., Williams, M. y Rosen, K. (1992), Resick y Schmieke, (1990), citados por Pérez, V., quienes se refieren a la Terapia de Juego, como una herramienta importante en el tratamiento a víctimas de abuso sexual infantil, y esto nos permitió, analizar los aspectos específicos para el desarrollo del objetivo general del presente trabajo.

En el primer capítulo, se hizo un análisis de teorías que explican las principales causas sociales y culturales, que de cierta forma propician o contribuyen a la comisión del abuso sexual infantil, expuestas por autores como Finkelhorn, D. (1980), Burgess, A. (1985), La Fontaine, J. (1990) y Perrone, R. y Nannini, M. (1997), con el fin de entender la problemática existente, desde un enfoque social, cultural, predominante en un sistema de dominio masculino, hasta las características de personalidad comunes en los ofensores. De igual forma, en este capítulo se explican los principales conceptos, con miras a conocer la clasificación del abuso sexual a la o el menor y el uso de estos.

En el segundo capítulo se analizan la teoría psicoanalítica del desarrollo infantil de Erik, H. Erikson, (1976), y la teoría psicoanalítica del desarrollo sexual de Sigmund Freud, (1976). (1971), también se revisaron a autores como Spitz, R. (1969), Piaget, J. (1981), y Maier, H., (1971) con el objetivo de exponer el desarrollo infantil, para que quede como antecedente de los siguientes capítulos donde se analizan las consecuencias del abuso sexual, y así lograr dar una visión más amplia de las repercusiones de la agresión sexual.

En el tercer capítulo, se analizan dentro del proceso del desarrollo infantil, las teorías sobre el Juego, expuestas por Winnicott, D. (1982), Millar, S. (1972), Piaget, J. (1986), que describen la importancia del Juego en el desarrollo psicológico de las y los infantes, a través del cual pueden expresar, re-experimentar y autocurar pensamientos, emociones y sentimientos, así como manifestar sus necesidades y conflictos, derivados de sus experiencias y la vida diaria.

En el cuarto capítulo, se estudian las consecuencias físicas, psicológicas, emocionales y conductuales del abuso sexual en víctimas menores, esto logrado en estudios realizados por Finkelhor, D. (1980), Sanz, D., y Molina, A., (1999), y otros, esperando como resultado la reflexión del público en general, de cuanto daño se les ocasiona a niños o a niñas con la agresión sexual.

En el quinto capítulo, se analizan las técnicas de evaluación y diagnóstico de abuso sexual a infantes, mediante la revisión de autores como Glaser, D., y Frosh, S., (1997), también se plantean algunos tratamientos terapéuticos para víctimas de abuso sexual infantil y para su familia, así como técnicas y herramientas de las cuales puede echar mano el terapeuta para el mismo tratamiento, revisando las teorías de autores como Durrant, M., y White, C., (1993), y MacCarthy, R., (1990) y otros. Por otra parte, se analiza la Terapia de Juego, como una técnica de apoyo al tratamiento para víctimas de abuso sexual infantil, con la revisión de autoras como Axline, West, Suth, Williams y Rosen.

Más adelante se plantean las conclusiones que surgieron del análisis objetivo de cada capítulo, así mismo se propone la Terapia de Juego, como una técnica de apoyo al tratamiento de víctimas de abuso sexual infantil, ya que ayuda a detectar, orientar y a tratar los efectos del abuso sexual.

ABUSO SEXUAL DE INFANTES, UN PROBLEMA SOCIAL Y DE INTERES PUBLICO.

A lo largo de su historia, nuestro país ha sufrido repetidas crisis económicas, cuyo saldo trágico son los grandes niveles de pobreza y pobreza extrema en que se encuentran muchos millones de familias mexicanas. Mientras pocas familias concentran las mayores riquezas en el país, casi la mitad de la población es pobre y muchos de estos grupos sociales no pueden cubrir las necesidades básicas para subsistir.

En este sentido, la falta de empleo, de acceso a los servicios de salud públicos, de vivienda digna, de seguridad y justicia, el analfabetismo y la desnutrición han creado un entorno social agresivo, frustrante y desesperanzador para muchos millones de ciudadanos, que conlleva, a su vez, a la comisión de diversos delitos. En este apartado, uno de los delitos relevantes y que afectan a una parte significativa de la población infantil son los ataques sexuales. Actualmente, la Procuraduría General de la Justicia del Distrito Federal, reportó estadísticas de los últimos cinco años sobre el abuso sexual que reflejan que este problema va en aumento, siendo más específicos, en lo que va del año 2002, que son los meses de enero y febrero se reportan 144 casos de abuso sexual al menor, y lo más importante es que este dato es solo del D.F., si se considerara una cifra que abarcará todo el país, se comprendería la magnitud del problema en general.

Por otra parte, existen diversos factores que intervienen para no conocer una cifra real de incidencia del abuso sexual a la o el menor, por que al mismo hecho lo rodea un ambiente de secreto y silencio forzado, ya que el adulto o adulta ejerce presión, amenazas y hasta acciones violentas sobre las víctimas para que estas callen, además, otra razón de este silencio en algunos casos se debe al cariño o amor por el agresor, es decir se ha visto que una hija o hijo no denuncie a su padre por el amor que le tiene, también podría ser la ignorancia, por temor o porque muchas veces un o una infante no puede decir "no", debido a que se le ha enseñado a obedecer a los y las adultos sin reprochar. Estos factores y otros causan que las víctimas decidan no denunciar o no hablar del hecho a nadie, de estos casos ocultos, podrían existir muchos que no están registrados en estadísticas.

Aunque difícil, es indispensable conocer la problemática del abuso sexual en toda su complejidad, la imposibilidad de tener cifras exactas sobre su ocurrencia complica a las autoridades aplicar acciones más severas. Aún sin datos precisos, la situación de delitos sexuales es alarmante, ya que significa una violación de todos los derechos del y de la menor y de cualquier otra víctima, por que se le priva de la libertad, control y poder de elección sobre su propio cuerpo y persona.

El abuso sexual a niños y niñas está considerado como un problema social y de interés público que para conocerlo es necesario, de entrada, conocer sus raíces sociales y culturales.

I. CAUSAS SOCIALES Y CULTURALES

Se tiene la falsa idea que el abuso sexual es universal y que se puede dar en todas las sociedades, siendo esta una forma de justificar este delito, porque de creerse universal, podría verse, hasta cierto punto, como "algo común".

Finkelhorn, D., (1980) a través de sus estudios comprobó que el abuso sexual infantil no es universal, ya que existen sociedades donde no se tienen datos de que esto ocurra, y hay partes en nuestra sociedad que la incidencia de este delito es menos común. Ahora, también existe el hecho de que en algunas sociedades el contacto sexual entre un o una menor y un adulto está autorizado, y no es tomado como un acto desviado, por lo cual no se diría que ocurre un abuso sexual, porque se registra en algunos tipos de rituales donde el hecho no es considerado de naturaleza sexual.

Este autor refiere, que a pesar de esto la mayoría de las sociedades prohíben el contacto sexual entre un o una adulta y un o una infante. Por otra parte, existe el tabú del incesto que es una forma de restricción y esta, es virtualmente universal. Entonces, ¿por qué si existen normas legales, sociales y culturales que prohíben las relaciones sexuales entre las o los adultos y las o los menores, son violadas y este delito del abuso sexual es cometido frecuentemente?

Tratando de encontrar una respuesta a por qué son agredidos sexualmente las y los menores de edad, se han formulado diferentes teorías que exponen algunas razones que influyen y hasta cierto punto dirigen el abuso sexual.

1.1. TEORIA DE LA SUPREMACIA MASCULINA

Desde un enfoque social y cultural, Finkelhorn, D. (1980), propone dos teorías:

En la primera, habla de la SUPREMACIA MASCULINA, que es una forma en que los hombres como grupo dominante, imponen control sobre las mujeres, para lograr este objetivo necesitan un medio con el cual puedan castigar a la mujer, ponerla en orden y socializarla en una categoría subordinada. El abuso sexual y su amenaza, mantienen intimidada a la mujer, bajo el temor de que en cualquier momento pueda ser agredida por el hombre. Este proceso inicia en la infancia, con el abuso sexual a las o los menores. Esta postura podría no ser completamente verídica, pero es más fácil la explotación sexual de mujeres e infantes dentro de una sociedad dominada por los hombres y esto es logrado por las creencias culturales que sostienen un sistema de dominio masculino. Lo anterior se da por que generación tras generación les es transmitido a niños, niñas y mujeres "obedecer al "hombre de la casa", aunado a que comúnmente los hombres consideran a las mujeres, hijas e hijos como propiedades exclusivas, esto los lleva a tomarse libertades con sus "posesiones".

Esta teoría es precisa para explicar el abuso sexual a las mujeres. Sin embargo, los niños y niñas en la mayoría de las sociedades son un grupo subordinado, y no existe la necesidad de un ataque sexual para mantenerlos dominados. Entonces, por qué con frecuencia las y los

menores son explotados sexualmente en algunas sociedades, uno de los límites de esta teoría, es precisamente, no poder responder la cuestión anterior.

Así mismo, grupos "feministas", apoyan la idea de que el abuso sexual es una forma de dominio masculino, que ha sido transmitida culturalmente. Este enfoque es apoyado por Burgess, A.W., (1985), Perrone, R., y Nannini, M., (1997), quienes hacen referencia al abuso sexual, como una forma extrema de dominación masculina, y que un factor que ayuda indudablemente es la debilidad, ausencia, enfermedad, incapacidad o la propia victimización de las madres, que les impide ayudar a sus hijos e hijas del ataque sexual.

La segunda teoría habla sobre la FRAGMENTACION SOCIAL, que explica el abuso sexual infantil como una consecuencia del aislamiento de individuos y familias, es decir el aislamiento no solo se registra en las familias sino también en los individuos, siendo el resultado de cambios bruscos en el seno familiar y en su exterior. El aislamiento facilita el abuso sexual, por que se reduce la intensidad de la supervisión social general, de modo que puedan aumentar toda clase de agresiones o abusos y también priva a las personas de formas socialmente aceptables de conducta, ya que la familia se vierte hacia dentro y lejos de tener algún modelo positivo, se encierran en si mismos y llegan a considerar estas conductas agresivas como "normales", ya que no tienen la interacción social que les permita comparar estas conductas.

Por otra parte, la distribución social donde se registran mas casos de incesto y de abuso sexual está estrechamente ligada con la hipótesis del aislamiento social, porque la pobreza por sí misma puede aislar a las personas, y acompaña otras circunstancias de aislamiento, tales como la residencia rural y el desempleo. La pobreza es un indicador de hacinamiento o de vivir muchas personas juntas en un lugar determinado, de una desorganización familiar y de una incompetencia social, y estos factores se relacionan al incesto. De igual forma, las familias de mayor riqueza tienen mas recursos sociales a su disposición y, por tanto si existe abuso sexual, pueden mantener "sus secretos" fuera del orden público y darle el cauce que ellos consideren el mas apropiado, Finkelhorn, D., (1980)

En una postura similar Burgess, A. W., (1985), refiere que el abuso sexual al menor no se da solo por que exista un ambiente de pobreza o desempleo, ya que en las familias "ricas" también existe el abuso sexual, nada mas que estas tienen los medios para mantenerlo al margen del conocimiento público.

Existen otras teorías de Finkelhorn, D., (1980), que explican otros factores que facilitan el abuso sexual a niños y niñas, como el CONTEXTO FAMILIAR, ya que se ha encontrado que el abuso sexual es cometido frecuentemente en el propio hogar de la víctima, a manos de familiares, incluyendo padres biológicos y padrastros. También, que el incesto y el abuso sexual ocurre en familias con alto grado de AISLAMIENTO SOCIAL, es decir, se apartan de la interacción social, aisladas de la vista pública y donde su vida transcurre dentro de si mismas, trayendo un clima donde la agresión o el abuso pueden surgir mas libremente

Este autor hace referencia a los PAPELES DE CONFUSION, que se dan dentro del incesto, por la confusión de un cierto papel dentro de la familia, es decir en una relación

sexual entre adulto o adulta y niño o niña, los mayores colocan a, el o la menor en un papel sexual adulto. Por ejemplo, un padre actúa con su hija como si ésta fuera su esposa, esto es una adaptación funcional a un forzamiento de papeles, en este caso la madre se encuentra incapacitada, es alcohólica, o está ausente, entonces el padre fuerza a que la hija tome el papel de la madre, en cuidados de la casa, en las responsabilidades de los niños y por extensión también la incluye sexualmente, surgiendo un intercambio de papeles entre madre e hija, producido por la tensión y el rompimiento de las relaciones familiares, esta postura es apoyada por Perrone, R. y Nannini, M. (1997)

Otro factor que menciona Finkelhorn, es el AMBIENTE DE ABANDONO, originado por que las y los menores desarrollan miedo al abandono, debido a que han experimentado cambios de personajes en la familia o el abandono dentro de la misma y como posible solución, permiten el abuso sexual, creyendo que esto los mantendrá unidos. Así mismo, puede ocurrir la situación en que la hija esté recibiendo un tipo de atención y afecto que de otro modo no podría obtener, aunado al temor de que si no accede al abuso sexual su familia se desintegrará, situación que a la postre se convierte en realidad, cuando el menor no puede denunciar lo que le está sucediendo por miedo a que su padre vaya a la cárcel y su familia se desintegre realmente

Por otra parte, se han planteado teorías que tratan de explicar los casos de abuso sexual fuera de la familia, pero que son propiciados por el ambiente familiar, que tratan los CONFLICTOS MARIITALES como causantes de la vulnerabilidad de las víctimas de abuso sexual. Es decir en matrimonios conflictivos, hijos e hijas son expuestos a mensajes contradictorios sobre el sexo, que les impide adquirir habilidades sobre la sexualidad que les permita defenderse de un ataque sexual. También, los conflictos maritales les provocan inseguridad a las y los infantes y, cuando necesitan ayuda y protección, no saben a quien recurrir, esto los hace igualmente vulnerables a una relación sexual con un o una adulta, donde el o la menor se sienten indefensos. Una segunda postura trata la SUPERVISION DEFICIENTE por parte de los padres principalmente, es decir una negligencia hacia los o las menores y como consecuencia la vulnerabilidad a ser agredidas sexualmente por otros adultos o adultas, Finkelhorn, D. (1980). En una postura similar Perrone, R. y Nannini, M. (1997) refieren que las figuras parentales son inmaduras e irresponsables en el abuso sexual de sus hijos e hijas.

Hasta el momento, hemos hablado de aspectos sociales y culturales, incluido el contexto familiar, que pueden propiciar o contribuir a la comisión del abuso sexual a niños y niñas, para así entender algunas de las causas de este problema. Pero es necesario revisar estudios enfocados más a la personalidad del ofensor, buscando la respuesta a por qué agreden a las y los menores y, con ello se derivan otras teorías que a continuación se describen.

1.2 TIPOLOGIA DEL AGRESOR

En este sentido se pueden desechar algunas de las falsas creencias respecto al abusador sexual como un enfermo mental, un psicopata o un débil mental, Finkelhorn, D., (1980) dice que el agresor sexual de menores no es un DEGENERADO, que muy pocos de los atacantes tienen algún tipo de trastorno mental. Según estudios, los ofensores son amigos

cercanos a la familia, vecinos o conocidos, por lo tanto no son sádicos ni brutales. En su mayoría utilizan su autoridad para ganarse la confianza de las y los menores y después cometer el abuso. Estos datos coinciden con los expuestos por La Fontaine, J., (1990), quien dice que la mayoría de los perpetradores son conocidos, y entre más serio sea el abuso, es más probable que sea algún conocido.

Otra postura, habla de que los agresores son producto de MADRES SEDUCTORAS, que en su momento les hicieron a éstos insinuaciones sexuales, "despertando" la ansiedad incestual, esta actitud provocó a los agresores miedo a la mujer adulta y por lo tanto a la sexualidad adulta, lo que los impulsó a fijarse en las y los menores, quienes no les representan ninguna amenaza. Una última teoría, expone la posibilidad de que el ofensor padezca una FIJACION SEXUAL, debido a una experiencia sexual infantil placentera, de tal modo que el ofensor tuviera una etapa temprana de desarrollo, una fijación o se condicionara a responder a este estímulo de la infancia temprana, así mismo una experiencia sexual negativa podría tener un efecto semejante a una experiencia positiva, desanimando al individuo de tener una maduración sexual normal y, a una repetición compulsiva de esa situación, Finkelhorn, D., (1980). Este autor a través de sus estudios encontró que muy pocos ofensores padecen algún trauma infantil.

Al respecto, estudios como los de Neidigh, L., y Tomiko, R., (1991), fundamentan que los agresores regresivos, sufren de pobres habilidades sociales heterosexuales, y molestan a niños o niñas por escape a sus vínculos negativos, sosteniendo así su baja autoestima, teniendo un pobre autodomnio de sus impulsos sexuales, además intentan manejar la anulación o escape como mecanismos para detener así sus deseos de molestar a los y las menores, pero no les da resultado, ya que es contraproducente en una situación donde es difícil o casi imposible evitar el contacto con niños o niñas menores, o el escape no es posible, por lo cual los agresores no saben como concluir con esa situación.

Por lo anterior, es necesario buscar otras posibilidades, como una tipología que pudiera explicar la personalidad y las diversas situaciones y comportamientos que rodean al agresor.

Finkelhorn, D., (1980), formuló algunas generalizaciones de los agresores sexuales de menores, importantes de tomarse en cuenta para el presente trabajo.

Que solamente una minoría de los abusadores de niños y niñas tiene un interés primordial de tipo sexual, es decir un tipo de personalidad Padofílica. En algunos hombres se trata de una gratificación sexual, pero en otros expresan una necesidad de acercamiento o de agresión. El abuso sexual no es producto de la insatisfacción sexual o la soledad, sino el perpetrador gana gratificación sexual en el detrimento a la humillación, miedo y protestas de la víctima.

El interés hacia los y las menores puede ser una forma de evitar las relaciones adultas, por un miedo hacia los adultos o adultas y/o hacia la sexualidad adulta. Al agresor le son atractivos las y los infantes debido a que estos "son inocentes", no exigentes, débiles y no poseen características físicas adultas. La motivación de la relación o el abuso hacia éstos, depende en gran medida de la edad del ofensor, la edad de la o el infante y la actividad

involucrada. Por ejemplo, puede ser que un adolescente moleste a una niña por motivos e intenciones diferentes de los que tiene un adulto para hacer la misma conducta. Al parecer, el alcoholismo tiene gran influencia para que se cometan este tipo de delitos, porque el beber puede ser una excusa o racionalización de esta actividad de abuso sexual.

Sobre la última generalización de los agresores, Burgess, A.W., (1985), rechaza que las causas del abuso sexual sean la pobreza, el desempleo y/o el alcoholismo, es decir que existen evidencias que sugieren que el abuso sexual es un acto premeditado y calculado, y no es el resultado de una súbita pérdida de control de impulsos. Así mismo Perrone R., y Nannini M., (1997), mencionan que el abusador ha alcanzado un desarrollo sexual, la capacidad de discernimiento, de aleita, de discriminación con respecto a la ley, la sociedad y la responsabilidad que involucra un abuso sexual a niños o niñas, y a ello se debe su total responsabilidad en el abuso.

Otra idea, que justifica la acción del abusador es que este fue agredido cuando fue niño y se cree que en algunos casos una víctima con el paso del tiempo se convierte en victimizador, esto no es tan cierto, ya que agredir a otro es una opción de conducta que se escoge, además por datos de estudios se sabe que una mayoría de víctimas son mujeres, y en contraste la mayoría de agresores son hombres, Cazorla, G., Samperio, R., y Chirino, I., (1992).

Por otra parte, también existe la idea de que el abuso sexual es por la fuerza y la coerción masculina, pero entonces por que la mujer no hace lo mismo, si también posee autoridad física y social sobre los menores, así que la fuerza y la coerción no son un motivo para abusar de las y los infantes. Se sabe que las mujeres están en contacto más estrecho con los niños y niñas, teniendo una mayor relación con las funciones genitales y excretorias, por lo tanto, su relación es más natural con estas áreas. Otra variante es que las mujeres tienen un grado de responsabilidad más grande con los infantes, supervisan sus actividades, buscan su seguridad y se identifican más con un sentimiento de bienestar. De aquí, que la mujer pueda entender mejor el trauma del abuso sexual en la infancia y por tanto no afectar a la o el menor, Finkelhor, D., (1980).

Lo cierto es que después de ver desfilas posibilidades que pudieran responder la interrogante de por que son agredidos, sexualmente las y los menores, podemos llegar a la conclusión de que cualquiera que sea la respuesta atinada, nada justifica una agresión a un infante, y que este no es responsable en lo absoluto en el abuso sexual, la total responsabilidad recae en el adulto o adulta que lo comete.

Después de haber retomado algunos aspectos generales sobre lo que pudiera originar el delito de abuso sexual a las y los menores, se hablara de incesto y violación, aunque el abuso sexual incluye las dos anteriores.

1.3 INCESTO

El tabú del incesto ha sido impuesto bajo dos perspectivas, la primera habla de la necesidad de prevención de un cruzamiento genético inadecuado, con las consecuencias que esto provocaría, y la segunda percibe el tabú como una protección a las relaciones familiares

incluyendo a las familias adoptivas. Entonces el tabú de incesto, es una forma de decir "no" a las relaciones sexuales entre familiares, donde existen lazos sanguíneos o no, pero que se registre dentro de la estructura familiar. La Fontaine, J., (1990).

Para entender el incesto es necesario ver no sólo el lazo sanguíneo, sino más bien el lazo emocional entre la víctima y el perpetrador, ya que es una violación del cuerpo, de la confianza y del amor. Bajo esta perspectiva, la o el menor debido a la debilidad propia de su edad, de su nivel de desarrollo y de su vulnerabilidad emocional, provocan que sean dominados y que les sea arrebatado el control de sus vidas, de sus cuerpos y de sus opciones. Eventualmente la víctima aprende a que no tiene derecho propio, por eso el incesto está considerado como un abuso de poder, donde la sexualidad es la forma en que el poder es tomado, donde la y el menor aprenden a no elegir y a no razonar, esto es la pérdida de control de sus propias vidas. Blume, E. S. (1990)

Este autor dice que en la familia incestuosa hay una unidad y no hay diferencia entre sus miembros, la víctima es mantenida dentro de la patología familiar y en contacto muy estrecho con el abusador, y le es robada su independencia, así como su libertad de decisión.

Hay estudios que demuestran que a cualquier edad de la infancia se dan experiencias de tipo incestuoso y, que en estas relaciones son comunes las de hermano-hermana incluyendo las de tipo homosexual, más que las de padre-hija. Así mismo, que el verdadero tabú del incesto es el contacto sexual entre diferentes generaciones, particularmente en la familia, por ejemplo el caso de padre e hija: es decir, cuando se da entre hermanos es más visto como una experiencia del descubrimiento de la actividad sexual natural del ser humano. También se ha encontrado que el incesto entre generaciones (es decir entre hermanos, primos, cuñados, etc.), reportan actos de agresión, amenazas, fuerza y coerción, además de existir una diferencia significativa de edad entre la víctima y el agresor. Por último, el incesto es más frecuente de lo que la gente tiene entendido o sabido, existiendo un mayor porcentaje de niñas que de niños que han sufrido este tipo de abuso. Finkelhorn, D., (1980).

Este autor refiere, que el incesto es el contacto sexual entre miembros de una misma familia, incluyendo no sólo el coito sino también la masturbación mutua, el contacto manual-genital, u oral-genital, la manipulación sexual, la exhibición y hasta las proposiciones sexuales.

Otra definición de incesto, lo refieren como la cópula, más que a otras conductas sexuales, que en la mayoría de las ocasiones es de tipo heterosexual y que es definido por la relación que ya existe entre el agresor y la víctima. Es decir, que la relación sexual se da entre ciertos tipos de familiares, más que a la actividad sexual entre un o una menor y un o una adulta. También es considerado como el sexo dentro de la familia, y se incluye a infantes adoptados. Así mismo, se refiere a aquellas actividades sexuales con los mismos parientes, pero más a la conducta en la cual sucede penetración vaginal, pudiendo incluirse la cópula oral y/o anal. La Fontaine, J., (1990).

Analizando el concepto, es obvio que la mayoría de las sociedades o culturas no verían el incesto como algo "normal", en el sentido de una aceptación, o que fuera común para el grupo social. De hecho, la mayoría de las personas y sociedades tienen una total desaprobación de tal fenómeno.

El incesto está determinado por la estructura de la familia, la cual depende de la autoridad de los padres y la obediencia de los hijos e hijas. El aparente consentimiento del o de la menor a tal abuso es un acto de obediencia hacia los padres u otras figuras adultas. Las personas adultas tienen poder sobre los infantes, ya que ellos no tienen el estatus para imponer sus deseos y carecen de la habilidad para controlar sus propias vidas. Esto sólo nos demuestra, que nosotros las y los adultos somos responsables de los niños y niñas, y nuestra obligación es protegerlos.

1.4 VIOLACION

La violación es un crimen de sexo, involucra los genitales y las regiones sexuales del ofensor y/o la víctima, donde casi siempre se da un coito o el intento de coito, acompañado de un ataque físico, frecuentemente el agresor utiliza armas mortales para amenazar y dominar a la víctima. Por otra parte, la violación se considera un crimen contra la mujer, aunque existen casos de hombres e infantes que también han sufrido esta agresión. Finkelhorn, D. (1980).

Este autor refiere que en la violación la mayoría de los agresores son hombres, y son desconocidos por la víctima. Donde la víctima se siente humillada y estigmatizada, también en ocasiones existe la culpabilidad, vergüenza e incertidumbre. Entre las consecuencias que acarrea la violación se encuentran serios problemas en el ajuste sexual de la persona agredida.

Desde un enfoque feminista, se vería a la violación como un acto de violencia y al mismo tiempo una forma de dominio masculino. Brownmiller, S., (1987) en sus estudios observó que algunos de los violadores son conocidos por las víctimas; un amigo, un vecino o un familiar. También, que puede ocurrir en cualquier lugar y a cualquier hora, y que con frecuencia ocurre en el propio hogar de la víctima. La misma autora menciona que debería ser suficiente si una mujer decide no tener contacto sexual con un hombre y, si el hombre procede en contra de su voluntad entonces este sería un acto criminal de violación. Es decir que la violación es un acto sexual contra la voluntad de la mujer, donde el hombre gana poder y control.

La violación incluye falta de consentimiento, fuerza o amenazas de fuerza y penetración, es vista como una expresión de poder, agresión, conquista y degradación, que expresa el agresor hacia la víctima, Burgess, A. W., (1985).

En la violación a las o los menores, se utiliza el chantaje emocional, la coacción y la posición de autoridad, en especial cuando el agresor es alguien con autoridad específica sobre el infante, por ejemplo un profesor o cuando es víctima por un miembro de la misma familia. A las niñas y niños se les enseña a confiar en los mayores y a no discutir lo

que dicen, entonces la violencia y la fuerza no son necesarios, ya que estos responden tal como se les ha enseñado, creyendo que eso es lo que se espera de ellos. Brownmiller, S., (1981).

1.5 ABUSO SEXUAL

Con frecuencia se habla del lugar donde se cometen los abusos sexuales a las o los menores y en su gran mayoría es en su propio hogar, donde supuestamente deberían estar más a salvo. Y a manos de los que en vez de agredirlo, los deberían de cuidar y proteger, que son sus familiares.

Lo más sorprendente es que hay estudios que demuestran que arriba del 70 por ciento de los abusos cometidos a las y los infantes, son realizados por sus padres biológicos y padrastros. Mucha gente cree que existiendo un lazo biológico aleja la posibilidad de incesto o abuso sexual, lo cual resulta no tan cierto, La Fontaine, J., (1990)

Para Finkelhorn, D., (1980), un abuso sexual puede incluir diferentes experiencias como el coito, simulación de coito entre un o una menor y una persona adulta, cualquier caso en que una persona mayor toca los genitales de un o una infante o viceversa, exhibicionismo del o la menor, es decir obligarla a mostrar sus genitales, si esta es besada, abrazada o tocada en forma sexual, hacerle proposiciones abiertas a las y los menores de mostrar sus genitales aún cuando no haya habido contacto corporal. También refiere que la conducta más común de abuso sexual a infantes es el tocamiento genital

Se ha encontrado que estas experiencias de abuso sexual a los y las menores involucren un acto de fuerza, que van desde amenazas, hasta forzarlos y, que aproximadamente la mitad de las experiencias son con personas de la familia, incluyendo padres, padrastros, hermanos, tíos, primos, abuelos, etc. Es decir que un alto porcentaje de los agresores lo ocupan parientes y conocidos.

Así mismo, se ha encontrado que a cualquier edad las y los menores son vulnerables a este tipo de ataques. La edad promedio para ambos niñas y niños es la preadolescencia, siendo más frecuente el ataque a las niñas que a los niños, pero aun así es elevado el número de niños que son abusados sexualmente. Las víctimas reportan sentimientos de estar desvalidos, de culpabilidad, ira o miedo, donde el placer a veces solo intensifica la culpabilidad o el sentimiento de sentirse desvalidos, aumentando la confusión de las y los menores, dejándolos sin control de sus acciones, Finkelhorn, D., (1980).

En síntesis, este autor refiere que en el abuso sexual a infantes, las víctimas son niñas y niños, con mayor incidencia en las primeras, y las personas que abusan sexualmente de éstas son con frecuencia amigos y miembros de la familia. Los incidentes son repetidos, donde un amigo o pariente se aprovecha de la o el infante en diversas ocasiones, donde estos últimos por sus características físicas y mentales, pueden ser sometidos sin el uso de violencia, basta con la autoridad y el poder de persuasión ejercido por el adulto para que se establezca el contacto sexual. El abuso sexual, generalmente no es un coito, sino más bien tocar los genitales, la masturbación y la exhibición de genitales frente a la o el menor.

Algo importante es que el abuso sexual a las y los menores involucran a muchas personas, debido a que se da en el contexto familiar y la complicidad por los mismos miembros.

Los datos anteriores concuerdan con estudios sobre el abuso sexual a infantes realizados en nuestro país, como el de Cazorla, G., Samperio R., y Chirino I. (1992), donde encontraron que las y los menores en promedio fluctuaban entre los 12 años, su entorno familiar era desintegrado y donde la presencia de un padrastro aumentaba la incidencia. Los agresores eran de sexo masculino y por supuesto conocidos de la víctima, principalmente padres biológicos, padrastros, amigos y vecinos. En cuanto a las víctimas en su mayoría eran niñas, y un menor porcentaje niños, la experiencia sexual de las niñas era de tipo heterosexual, y el de los niños era de tipo homosexual, que incrementaba el temor de los padres a que su hijo en lo futuro tuviera inclinaciones homosexuales o algún otro tipo de problema sexual.

Estos autores encontraron que la mayoría de las familias donde se había cometido incesto eran de bajos recursos económicos, posiblemente el vivir hacinadas varias personas en la misma habitación propicia el abuso sexual, aunado a la desorganización y falta de comunicación en la familia. Otro dato que aportan es que el delito más cometido en contra de las y los infantes, es la violación individual donde hubo penetración y violencia.

El abuso sexual a las o los menores, se ve favorecido por que la mayoría de las familias no les dan armas para defenderse de este tipo de ataques. Una medida para combatir los abusos sexuales, es que niñas y niños puedan expresarse abiertamente ante temas como la sexualidad y que exista la posibilidad de tratar estos temas con la familia. De hecho después del ataque la víctima sufre por guardar el "secreto", pues el silencio la lleva a sufrir más, sin embargo, si existiera la confianza y seguridad de poder tratar el tema con sus padres, esto le permitiría superar mejor el abuso sufrido.

No dejando de lado que el abuso sexual a niñas o niños trae serias consecuencias y alteraciones físicas, psicológicas, emocionales y conductuales, que en el capítulo cuarto se analizan ampliamente

DESARROLLO PSICOLOGICO INFANTIL

El conocimiento del desarrollo infantil nos permite entender cada una de las etapas por las que atraviesa una o un menor, por lo tanto cuando existe un problema, dicho conocimiento facilita el abordaje de tal. Por otra parte, nos ayuda a ubicar las consecuencias físicas, psicológicas, emocionales y conductuales del abuso sexual en la o el menor, por lo cual, revisaremos algunas de las teorías del desarrollo infantil que deben ser tomadas en cuenta para explicar o para darle luz conceptual al problema del abuso sexual infantil de acuerdo al momento de desarrollo que este viviendo la víctima.

El desarrollo incluye procesos físicos, psicológicos y neurológicos importantes para la formación de la personalidad del individuo. El desarrollo significa una regularidad rítmica en los procesos de crecimiento y de cambio en la vida de un ser humano.

Maier, H. W., (1971), cita la teoría psicoanalítica de Erik H. Erikson y la teoría cognoscitiva de Jean Piaget, para explicar el proceso de desarrollo infantil, que a continuación se describen brevemente

La teoría de Erikson, toma en cuenta las influencias familiares y socioculturales para el desarrollo de la personalidad del individuo. Este autor dice que la o el infante a medida que maduran influyen sobre la familia, pero que también sufren la influencia de ésta. Entonces existe influencia del ambiente físico, social, cultural e ideacional, al mismo tiempo que los procesos biológicos completan el desarrollo de la personalidad, posteriormente el individuo se ajusta a un estilo particular de vida.

Esta idea es apoyada por Piaget, al decir que la adquisición de sistemas de organización, no es el resultado solamente de lo social o la maduración, sino que se originan en pautas naturales, es decir por "ley de la naturaleza". Reconoce la influencia social, psicológica e ideacional, así como la influencia del entorno que puede acelerar, retardar y modificar la sucesión del proceso de crecimiento individual.

Erikson refiere que la "libido" aparece con el nacimiento, que abarca dos polos, uno el de los impulsos de vivir, gratificarse y sobrepasar los propios límites y, otro el de los impulsos de retornar a una condición anterior ya sea del nacimiento o una fase de menor complejidad, que podría implicar una autodestrucción. Esta polaridad estimula la conducta en todas y cada una de las fases del desarrollo del individuo. Por otra parte, que el desarrollo se funda en una secuencia de hechos biológicos, psicológicos y sociales, que implican un proceso autoterapéutico, destinado a curar las heridas provocadas por las crisis naturales y accidentales inherentes al desarrollo. Así mismo, que en cada fase de desarrollo, la o el infante se enfrentan a un problema fundamental que deben resolver, para pasar a la siguiente fase, por lo tanto, es un proceso continuo, que logran superar, porque están preparados biológica, psicológica y socialmente.

Maier, H. W., (1971), dice que el desarrollo se da en una secuencia continúa y ordenada de condiciones que lo llevan a actos, motivos y pautas de conducta. Y que este desarrollo se da gracias al aprendizaje, aunado a factores innatos, que se ven favorecidos o reforzados por el ambiente familiar y extrafamiliar. Por otra parte, habla de que en la conducta de la o el menor se refleja su aprendizaje, entonces, mediante el aprendizaje se incorporan valores sociales y culturales, siendo éste fundamental en el desarrollo y formación de la personalidad de la o el infante.

A continuación, se hace un análisis de la teoría psicoanalítica del desarrollo infantil de Erikson, que nos explica que una crisis infantil psicósomática es emocional en la medida en que responde a crisis latentes en las personas significativas que los rodean, es decir reafirma la influencia social y familiar en el desarrollo de conflictos infantiles.

2. TEORÍA PSICOANALÍTICA DEL DESARROLLO INFANTIL, DE ERIK ERIKSON, (1976).

La primera fase de desarrollo infantil para Erikson, E., (1976), es la de CONFIANZA BÁSICA frente a la DESCONFIANZA BÁSICA, que se da entre los 0 y los 2 años, donde la o el infante necesitan comodidad física y una experiencia mínima del temor o la incertidumbre. Cuando les son cubiertas estas necesidades podrán extender su confianza a nuevas experiencias. Donde al experimentar situaciones físicas o psicológicas insatisfactorias, la o el bebe crean un sentimiento de desconfianza, que los llevarán a una percepción temerosa de futuras vivencias.

La o el bebé en esta etapa tienen la capacidad de coordinar el recibir y el confiar como una sola experiencia, ya que esto se los proporciona la persona que los cuida mientras los atiende. Conforme van madurando la o el menor incluyen al recibir el alcanzar o apropiarse y comprobar oralmente todo lo que agarran. La o el bebé asocian la situación de bienestar interno con la persona que los cuida.

En esta etapa las formas de bienestar y las personas asociadas a ellas, se vuelven familiares, donde el primer logro del niño es su disposición a permitir que la madre se aleje de su lado sin presentar indebida ansiedad o rabia, ya que la ha interiorizado como algo exterior previsible. La confianza, se desarrolla al confiar en la continuidad de los proveedores, que no solo depende del cuidado materno, de las cantidades de alimento o demostraciones de amor, sino de la cualidad de la relación materna.

A esta edad, los niños o niñas son capaces de percibir los conflictos de su entorno, es decir tienden a percibir las inseguridades y las intenciones inconscientes de sus padres, así como los pensamientos conscientes y la conducta manifiesta de éstos, aunque no comprendan la causa y el significado de los mismos.

La segunda fase, es la de AUTONOMÍA frente a la VERGÜENZA Y DUDA, que se da entre los 2 y los 4 años. Al avanzar la confianza de la o el bebé en sus cuidadores y en su medio, descubren que la conducta que desarrollan es propia, es decir se da un sentido de autonomía, porque realizan su voluntad. Cuando la o el menor viven una permanente

dependencia de sus cuidadores, se crean un sentido de duda, respecto de sus capacidades y libertad, lo cual les limita afirmar su autonomía y existir como unidad independiente.

Es importante en esta fase que los padres desarrollen la habilidad para guiar a sus hijos e hijas a través de la prohibición y el permiso, buscando transmitirles la idea de que todo lo que hacen es significativo, fomentando en ellos un sentimiento de confianza y autonomía, ya que cuando no cuentan con la confianza caerán en la vergüenza y la duda. Es importante remarcar que la o el infante requieren una guía sensible y comprensiva que les proporcione un apoyo graduado, para evitar que se sientan desorientados y no se vuelvan contra sí mismos, con vergüenza o dudas acerca de sus propias existencias.

Los padres deben conceder gradual independencia a la o el menor, al menos en áreas seguras, al mismo tiempo deben mantener firmeza en otras, ya que esto repercutirá en la tolerancia y seguridad del niño o niña, hacia a un crecimiento sano. Pues de lo contrario, este desarrollo será casi inaccesible cuando se encuentren en situaciones accesibles y a su alcance, pero no les es permitido realizarlas, por lo tanto dudarán de sus capacidades para convertirse en seres independientes.

En esta etapa, el juego les brinda un refugio donde pueden desarrollar su autonomía, donde hay límites y leyes, por lo tanto les permite dominar la duda y la vergüenza. En el juego se da un deseo de obedecer a sus conductas, pues sus reglas son sagradas e intocables, donde ganar significa realizar dichas actividades eficazmente.

La tercera fase es la de INICIATIVA frente a la CULPA, que se da entre los 4 y los 8 años, donde la o el infante después de haber logrado cierto control consciente sobre su medio, dirigen sus capacidades a conquistas sociales y espaciales más amplias.

Sus sentidos de iniciativa se desarrollan cuando su medio social los estimula a actividades logrando su finalidad, es decir a dominar tareas específicas. Por lo tanto se les pide responsabilidad de sí mismos, cuidado de sus juguetes y de sus hermanos más pequeños, es decir se les toma en cuenta como personas y que existe una finalidad para ellas y ellos.

La o el menor llegan a un equilibrio donde logran una personalidad por derechos propios. Ya tienen la capacidad para incorporar a su conciencia, lo que sus padres son como personas, y no simplemente lo que les tratan de enseñar. La o el infante empiezan a darse cuenta de las diferencias sexuales, que afectan sus sentimientos, pues deben seguir el curso y concordancia que reclama la sociedad, es decir actuar conforme a los roles establecidos socialmente. Aprenden, asocian y realizan experiencias de acuerdo a su sexo, como niña o como niño.

En el otro extremo existen sentimientos de incomodidad y de culpa, por la autonomía que han alcanzado, ya que esta, es separada de los demás, de los que anteriormente dependía. La culpa, también se desarrolla por que los infantes perciben que los actos de manipulación y coacción, para el propio placer, dan origen a la culpa o miedo de que los propios genitales sufran algún daño como castigo por las fantasías relacionadas con su excitación, (complejo de castración). En esta etapa, las esperanzas más caras y las fantasías más desenfundadas quedan reprimidas e inhibidas, por la asimilación de normas y valores morales.

En esta fase, se da la complicación edípica; estos sentimientos nacen por que la o el menor se dan cuenta de que importan en la familia y que pueden expresar un afecto dirigido e intencionado. Significa que el amor se orienta a aquel progenitor que le ha demostrado existencia y accesibilidad. Posteriormente reemplazan al progenitor por otros objetos de amor más accesibles que puedan ser receptores de su inversión emocional, por que comprueban que su progenitor es inalcanzable para ellos, al mismo tiempo comprenden la desigualdad física, social y sexual. A la par, se presenta la identificación y el progenitor del mismo sexo de la o el menor se convierten en sus modelos. Cuando la o el infante han experimentado con éxito su autonomía, logran renunciar a la posesión romántica del progenitor. Y los padres deben continuar frenando y apoyando en los momentos que lo requieran la o el menor.

En esta fase la sexualidad infantil, el tabú de incesto, el complejo de edipo, el complejo de castración y la formación del superyo se unen, provocando una gran crisis en el niño o niña, por que estos deben dejar atrás su apego exclusivo y pregenital a los padres, y abrirse camino a su independencia. No hay que olvidar que la iniciativa es necesaria para cualquier acto y que niños y niñas necesitan un sentido de la iniciativa para todo lo que emprendan.

La cuarta fase, es INDUSTRIA frente a INFERIORIDAD, que se da entre los 8 y los 12 años, donde la o el menor dirigen su energía hacia los problemas sociales que pueden dominar con éxito. Hay determinación de dominar tareas que afrontan. Existe constante movimiento de energía para consagrar todo el esfuerzo posible a la producción. El niño olvida las esperanzas y deseos pasados, con el periodo de latencia, llega la "sublimación", que se da conquistando a las personas mediante el reconocimiento y la producción de cosas, ya que niños y niñas están dispuestos a aplicarse a nuevas habilidades y tareas. En esta etapa del desarrollo, se fomenta un sentido de la industria, que es completar una situación productiva que construye una finalidad que gradualmente reemplazan los caprichos y deseos del juego.

En el otro polo, esta en contra una presión continúa para retroceder hacia un nivel anterior de menor producción. El peligro del niño en esta etapa, es que desarrolle un sentimiento de inadecuación e inferioridad, que lo hagan regresar a la rivalidad familiar más aislada. Se da el temor en el niño o niña, porque todavía se sienten pequeños, es decir unas personas incompletas, que los llevan a sentimientos de inferioridad. Tratan de resolver estos sentimientos de inferioridad, aprovechando las oportunidades de aprender, haciendo y experimentando. Consideran que el aprendizaje les ayudaran a ser unas personas competentes. El desarrollo se ve truncado cuando la familia no ha logrado prepararlo para la vida escolar. Esta etapa es importante ya que la industria implica hacer cosas junto a los demás y con ello, se da un sentido de división del trabajo, este logro se ve amenazado cuando el niño en etapa escolar siente que el color de su piel, el origen de sus padres, o el tipo de ropa que lleva, y no su deseo y voluntad de aprender determinan su valor como aprendiz, y por lo tanto su sentimiento de identidad puede ser dañado.

En esta etapa, en el niño o niña hay un constante interés por el sentido de ser eficaz, fuerte, mejor, inteligente, y rápido, que son éxitos que quieren alcanzar. Evitan el fracaso a cualquier precio. Por lo tanto, hay más capacidad de relacionarse y comunicarse con sus pares, que les sirve para elevar su autoestima, por que miden con ellos el éxito o el fracaso. Sus impulsos hacia el éxito, incluyen la conciencia y amenaza del fracaso, este temor los incita a trabajar más para obtener el éxito, porque de lo contrario se acercarian a la mediocridad, a un sentido de la inferioridad, sensación que combaten para continuar seguros de sí mismos hacia la adultez

La quinta fase, es la de IDENTIDAD frente a CONFUSION DE ROL, donde el adolescente se preocupa por lo que parece ser frente a los ojos de los demás, relacionado a roles y aptitudes cultivadas previamente, buscando un sentimiento de continuidad y mismidad, dispuestos a establecer ídolos e ideales perdurables para llegar a una identidad final. El peligro en esta etapa, es la confusión de rol por una marcada duda en cuanto a la propia identidad sexual, o por una incapacidad que le perturba para decidirse por una identidad ocupacional. En esta etapa, las y los adolescentes se ayudan unos a otros, para soportar dificultades, formando grupos que compartan gustos, características en común, estereotipos, existiendo una selección para poder ser integrantes de ellos, hasta es probable que se pongan a prueba acerca de la mutua capacidad para la fidelidad. Esta etapa es psicosocial, ya que se encuentra entre la moral aprendida de niño o niña y la ética que va desarrollar como adulto o adulta, y que para no caer en la apatía tienen la obligación de ser los y las mejores.

Las penúltimas fases del desarrollo son la INTIMIDAD frente al AISLAMIENTO, y la GENERATIVIDAD frente al ESTANCAMIENTO, donde los adultos pueden disfrutar de la identidad con otros, pues ya están preparados para la intimidad, es decir son capaces de entregarse a afiliaciones y de adquirir compromisos, aun cuando estos les exijan sacrificios significativos, ya son capaces de enfrentar los abandonos a afiliaciones estrechas, y también de evitar caer en experiencias para no sufrir la pérdida, aunque en este sentido los pueden llevar a un aislamiento. El peligro de estas etapas es que las relaciones íntimas, competitivas y combativas se experimenten con las mismas personas. Lo más adecuado, sería combinar el amar y trabajar, donde la generatividad contra el estancamiento, luchan hacia una búsqueda de logros personales, tanto materiales como afectivos, en dirección de una realización individual en el área intelectual, trabajo y personal, también se busca establecer lazos afectivos duraderos, es decir se busca establecer una familia, con ello la formación de un sentimiento de producción y cuidado. Por último, se encuentra la etapa de INTEGRIDAD DEL YO contra DESESPERACION, donde la desesperación se da si las personas llegan a un renunciamento en lugar de llegar a un sentimiento de sabiduría, aquí la falta o pérdida de esta integración y/oica acumulada, se expresa en el temor a la muerte, donde no se acepta el único ciclo de vida, desarrollando un sentimiento de que el tiempo que queda es corto, demasiado corto para intentar otra vida.

Por otra parte, es necesario para el presente trabajo profundizar más en el desarrollo sexual infantil, para lo cual a continuación revisaremos las teorías psicoanalíticas de Freud, S., (1976).

2.1 TEORIA PSICOANALITICA DEL DESARROLLO DE LA SEXUALIDAD INFANTIL DE SIGMUND FREUD, (1976).

Es de relevancia tomar en cuenta los estudios realizados sobre la sexualidad infantil, por Freud, S. (1976). Los cuales fundamentan la importancia de los años infantiles para el desarrollo de la vida sexual adulta, y las influencias de adultos u otros niños, que pueden llevarlos a una perversión, a una neurosis o a una vida sexual normal. Lo cual, nos demuestra la existencia de una actividad sexual infantil, de una pulsión sexual, de las zonas erógenas, de la capacidad de autoerotismo y de satisfacción; esto comprobado por la observación de la practica sexual temprana en niños y niñas como lo es la erección, la masturbación y acciones parecidas al coito.

Este autor refiere, que la fuente de la pulsión sexual es un proceso excitador en el interior de un órgano y su meta inmediata consiste en cancelar ese estímulo, siendo una de estas clases de excitación, la sexual y el órgano afectado es la zona erógena. La zona erógena es un sector de piel o de mucosa en el que estimulaciones de cierta clase provocan una sensación placentera de determinada cualidad. La meta sexual infantil, es producir la satisfacción mediante la estimulación apropiada de la zona erógena, que de un modo u otro, se ha escogido. La necesidad de repetir la satisfacción nace por un sentimiento de displacer que se elimina con la repetición e implica una satisfacción.

La teoría de Freud, expone diferentes fases por las cuales atraviesa el desarrollo sexual infantil, así mismo, afirma que la o el menor tienen una sexualidad de la cual puede obtener satisfacción en cualquiera de estas etapas, siendo parte del propio desarrollo.

Desde el nacimiento, el neonato trae consigo "gérmenes" de mociones sexuales que continuarán desarrollándose durante cierto tiempo. La primera fase es la ORAL, en la cual la o el lactante no ha separado la actividad sexual de la alimentación. Por lo tanto, el objeto de la actividad es el mismo (el pecho materno); por ende la meta sexual es la incorporación del objeto, donde la alimentación le produce la satisfacción. El "chupeteo", son los restos de esta fase. El "chupeteo" aparece en el lactante y puede conservarse hasta la madurez o persistir toda la vida, este es el contacto de succión con la boca (los labios), repetido rítmicamente, que no tiene por fin la nutrición, donde una parte de los labios, la lengua, un lugar de la piel, hasta un dedo, puede ser tomado como objeto sobre el cual se ejecuta la acción de succionar.

Así, el "chupeteo" es una muestra de autoerotismo, con el cual se llega a la masturbación, y a un máximo goce. El "chupeteo" que es succionar con "fricción", que no tiene como fin la nutrición, cautiva la atención de la o el infante y lo llevan a un adormecimiento, a una reacción matriz y a una sensación de satisfacción. Cuando se combina el "chupeteo" con el frotamiento de ciertos lugares sensibles del cuerpo, como pecho o genitales externos, se puede dar la masturbación, y por ende llegar a una satisfacción.

Lo anterior se debe a que la o el infante es capaz de un autoerotismo, es decir la pulsión sexual no se dirige a otra persona, se satisface en el propio cuerpo. Así se asocia la satisfacción de la zona erógena con la satisfacción de la necesidad de alimentarse. Posteriormente buscará una parte propia del cuerpo para succionar, y a la postre encuentra

en otra persona la parte correspondiente, por ejemplo, "los labios" para besar. En el caso de que exista una represión en esta fase, vienen los ascos frente a la comida, vómitos histericos, y la represión invadirá la nutrición.

La segunda fase es la ANAL, aquí los trastornos intestinales (hemorroides, catarros intestinales) o simplemente la defecación, se encargan de que no falten excitaciones intensas en esta zona. Las y los menores que acumulan las heces provocan fuertes contracciones musculares, y al pasar por el ano, ejercen estímulo sobre la mucosa, y se da una estimulación masturbatoria, por lo cual hay una satisfacción. La estimulación erógena de la zona anal, provoca una ganancia colateral de placer que puede conseguirse con la defecación, ejerciendo sensaciones voluptuosas junto a las dolorosas.

En niñas y niños mayores no es raro la estimulación anal con la ayuda del dedo, que es provocada por una picazón originada periféricamente, que también los lleva a experimentar cierta satisfacción. Esta, es otra muestra de un autoerotismo anal en las y los menores.

La tercera fase es la FALICO-URETRAL, en donde tanto niñas como niños obtienen satisfacción de la estimulación por secreciones en las zonas erógenas (glándula y clitoris). Para que se elimine el estímulo y desencadene la satisfacción hay un contacto de frotamiento, con la mano o apretando los músculos, esta última acción es más frecuente en niñas, donde los niños prefieren la mano, reflejando ya la importante contribución que la pulsión de apoderamiento esta destinada a prestar a la actividad sexual masculina.

El desarrollo sexual infantil da elementos de la existencia masturbatoria en tres fases, que son la oral, la fálica y la genital. En la etapa fálica, la pulsión sexual despierta en la zona genital y dura un lapso de tiempo o puede continuar sin interrupción, a ello se debe que queden huellas en la memoria de la persona de esta fase, por otra parte, esta etapa determina el desarrollo y el carácter de la o el menor si permanece sana, o se refleja en síntomas en caso de enfermar. Por ejemplo, la enuresis nocturna corresponde a una perturbación sexual cuando no responde a un ataque epiléptico. Otro ejemplo, es cuando los niños o niñas tratan con particular crueldad a los animales y a los compañeros de juego, mostrando así una probable práctica sexual prematura e intensa, proveniente de las zonas erógenas.

También en la fase fálico-uretral se da la excitación sexual mediante sacudimientos mecánicos del cuerpo, de carácter rítmico, que provocan sensaciones placenteras en las y los menores, que consiste en movimientos pasivos de algunos juegos, como ser hamacados, ser arrojados por el aire, etc. Cuando en esta fase son reprimidos las y los menores, más tarde sentirán náuseas si son mecidos o hamacados.

Debemos mencionar que a pesar de que en la vida sexual infantil, imperan las fuerzas de las zonas erógenas, los menores muestran componentes que desde el comienzo involucran a otras personas en calidad de objetos sexuales, como lo muestra el complejo de Edipo, que se da en esta fase fálico-uretral. Queremos explicar primero de donde nace la inclinación de la o el menor por el progenitor del sexo opuesto, ya que la primera satisfacción esta conectada a la nutrición (pecho), con el retiro, se da cuenta el niño que su objeto pertenece a un todo, que es la madre, donde el trato del niño con la persona que lo cuida es para el

una fuente continua de excitación y de satisfacción sexual a partir de las zonas erógenas. Aquí, la madre dirige sobre el niño sentimientos que brotan de su vida sexual, como son acariciarlo, besarlo yocerlo, es decir lo toma como sustituto del objeto sexual, pero la pulsión sexual no es despertada solo por excitación de la zona genital, sino por un exceso de amor. Así la angustia del niño es la expresión de su añoranza por la persona amada, cuando los padres dan amor desmedido, crean niños con pulsiones sexuales prematuras, donde el menor elige a las personas amadas como objetos sexuales.

Por otra parte, la barrera del incesto, las inhibiciones sexuales, tras los preceptos morales que excluyen a los parientes consanguíneos, a las personas amadas de la niñez, cumplen su trabajo protegiendo del incesto. Así también, la atracción del niño hacia el progenitor del sexo opuesto, puede provocar una fijación, cuando no se logra superar la autoridad de los padres y no se les retra su ternura o lo hicieron solo de modo parcial. De hecho quien no domina el complejo de Edipo, caera en neurosis, por que en él culmina la sexualidad infantil. Esto refleja que el amor a los padres no sexual en apariencia y el amor sexual se alimentan de las mismas fuentes.

Así mismo, es necesario analizar que cualquier deseo incestuoso se da por el factor del vínculo, es decir el factor incestuoso es el que motiva la evitación mediante la prohibición, que se ha impuesto culturalmente en forma de reglas o tabues, para evitar cualquier tentación. Estas prohibiciones existen como protección frente al incesto posible, es decir, la primera elección del objeto sexual en el varón es incestuosa, recae sobre los objetos prohibidos, madre y hermana, existiendo las apertencias incestuosas. En el niño la prohibición no logra cancelar la pulsión sexual, debido a la constitución psíquica primitiva, sólo logra reprimir la pulsión, al placer en el contacto y desterrarla a lo inconsciente, y ambas permanecen en lo inconsciente prohibición y pulsión hasta la adultez, Freud, S., (1980).

La cuarta fase es de LATENCIA, que puede ser parcial o total, donde se da una inhibición en el camino de la pulsión sexual, de sus metas y es orientada a metas nuevas. En donde la energía desviada del uso sexual es aplicada a otros fines como a actividades recreativas, deportivas, culturales y otras, es decir, se da una sublimación.

Durante el periodo de Latencia, total o parcial, se edifican los poderes amícos, que más tarde representan las inhibiciones (el asco, el sentimiento de vergüenza, los reclamos ideales en lo estético y en lo moral) y que disminuyen el camino de la pulsión sexual por obra de la educación y o lo heredado. Estas desviaciones de las fuerzas pulsionales sexuales de sus metas y su orientación hacia metas nuevas (sublimación), permiten al niño o niña adquirir poderosos compenes para obtener logros culturales.

El mismo Freud, S (1976), dice que en el desarrollo sexual infantil se puede dar la influencia de la SEDUCCIÓN, y que esta puede provenir de adultos o de otros menores, que se da cuando se trata prematuramente al infante como objeto sexual, provocando en él una fuerte impresión. Por que se le enseña a conocer la satisfacción de las zonas genitales. Al mismo tiempo se le aporta prematuramente el objeto sexual, del cual la pulsión sexual infantil no muestra al comienzo necesidad alguna.

Por otra parte, este autor dice que en el infante existe una disposición polimorfa a todas las perversiones, y que bajo la influencia de la seducción puede desencadenar en el futuro practicas de las posibles "trasgresiones", por ejemplo la prostitución, la exhibición, el sadismo, el masoquismo, u otras, ya que no cuentan con las resistencias que son la vergüenza, el asco y la moral, que son "diques" que apenas se están formando.

Freud, S. (1976) menciona, que cuando la o el menor son expuestos a un acto sexual, por parte de sus progenitores u otros adultos, éste tendrá una percepción de maltrato, inclinada a un sentido sádico de la sexualidad. Esta impresión en la infancia traerá como consecuencias que en un futuro tenga inclinaciones sádico-masoquistas.

También hace referencia a las alteraciones en las funciones del cuerpo o físicas, de donde se pueden deducir conflictos en el proceso del desarrollo sexual. Por ejemplo: la o el infante en etapa oral, donde se encuentra unida la zona erógena de los labios a la alimentación, generando en ellos satisfacción sexual, puede transformarse en el caso opuesto, donde se observe la alteración de la alimentación que nos haría suponer la perturbación de la zona erógena en común. Concluyendo que las perturbaciones en los procesos sexuales, se exteriorizan en alteraciones de otras funciones no sexuales del propio cuerpo.

Queremos mencionar que la vida sexual infantil es esencialmente autoerótica, su objeto se encuentra en el cuerpo propio, y sus pulsiones parciales singulares aspiran a conseguir placer cada una por su cuenta desconectadas entre sí. Por lo cual, el punto de llegada es la vida sexual adulta llamada normal, donde la obtención del placer se pone al servicio de la reproducción, y donde las pulsiones parciales bajo una zona erógena, forman una organización sólida para lograr la meta sexual, que es el coito con un objeto ajeno, llegando con ello a la ETAPA GENITAL. En esta etapa, entrada la pubertad, se halla al objeto sexual, se da el crecimiento de los genitales externos e internos, con la capacidad de procrear un nuevo ser, se da la excitación sexual, consigno sentimientos anímicos de tensión, la erección del miembro masculino y la humectación de la vagina en las mujeres, que son procesos de la excitación y de satisfacción con la culminación en el coito. La tensión producida por los procesos sexuales va acompañada de placer, la acumulación de los materiales sexuales crea y sostiene la tensión sexual, por medio de la estimulación de las zonas erógenas. Ya, en esta etapa la meta sexual es el coito, y con ello la máxima satisfacción sexual.

2.2 LA MEMORIA DE LA O EL INFANTE.

Un objetivo del presente trabajo y dentro del continuo del desarrollo infantil, es resaltar la importancia de la memoria de las y los menores, ya que en algunos estudios de evaluación del abuso sexual infantil ponen en entre dicho la capacidad de recordar de la o el menor la agresión sufrida, debido a los pocos años con los que cuentan, nosotros trataremos de explicar que no es del todo cierto, pues a través de estudios esta comprobado su capacidad de memoria, que desde los primeros meses las y los bebés ya cuentan con rastros mnémicos.

Estudios realizados por Spitz, R. (1969), aportan información referente a la o el lactante, afirmando que en sus primeros meses de vida ya se dan indicios de rastros mnémicos, que estos son dados por las experiencias afectivas de placer y displacer. Estas experiencias se dan cuando las necesidades de la o el bebé son cubiertas o no, de ello depende una satisfacción o una frustración, según sea el caso. Por ello tales experiencias van acompañadas de una carga de afecto de satisfacción o insatisfacción, lo cual refuerza que sean almacenadas y posteriormente recordadas.

Este autor menciona que los afectos de placer -displacer, se perciben fácilmente en la o el bebé, por que lo expresan a través de su risa o llanto y esto los lleva a establecer conexiones afectivas con las figuras que les proveen estos afectos. Por estas conexiones la o el bebé pueden tener recuerdos del rostro humano, que a los ocho meses se hace evidente con la "angustia de los ocho meses", que es ocasionada en la o el lactante cuando es separado de su madre, expresada en el llanto. Esta angustia es un reconocimiento afectivo por la diferenciación de atributos de la persona.

Por otra parte, Piaget, J. e Inhelder, B. (1984), refieren que la o el lactante son capaces de reconocer el objeto seguido con los ojos y que lo ha perdido de vista por un instante, lo que nos hace suponer el inicio de la memoria de reconocimiento. Que a los 7 u 8 meses el lactante tiene la capacidad de reconocimiento, después se da la anticipación y posteriormente se da la evocación, lo que nos demuestra la organización de la memoria y la capacidad de evocación del recuerdo. En cuanto a la memoria de evocación, inicia junto con la aparición del lenguaje. Por otra parte, mencionan que el lenguaje refuerza el inicio de un pensamiento más organizado.

Piaget, J. (1981), refiere que la aparición del lenguaje en la o el infante trae consigo cambios afectivos e intelectuales. Por un lado se abre paso a una mayor comunicación y de ahí a una socialización. Esta nueva capacidad que se da a partir de los dos años, es importante debido a que les da la posibilidad de verbalizar experiencias pasadas y presentes. Por otra parte, les permite expresar sus afectos y emociones, que para esta edad ya son diferenciales y dirigidos, pues la simpatía o la apatía es dirigida, según las experiencias de la o el menor.

Para Piaget, la o el bebé antes de los dos años ya es capaz de tener conocimiento de las relaciones entre los objetos y las acciones (incluido su uso), en ello se ven los primeros indicios de memoria. También, que el objetivo de la retención es llegar a la finalidad de actividades como: sacudir, empujar, o arrastrar. Que la o el infante son capaces de imitar y esto los lleva a la repetición. Por lo tanto, toda nueva capacidad desarrollada se convierte en juego, con la repetición. Según el mismo autor, el juego es una actividad que divierte y estimula, que solo tiene sentido en el mundo ficticio y personal de la propia niña o niño.

Para concluir este capítulo, queremos mencionar que cualquier teoría del desarrollo infantil retoma la importancia y los elementos indispensables que ambos progenitores deben cumplir para que niños y niñas tengan un desarrollo óptimo, como: cubrirles sus necesidades básicas de alimentación, seguridad y protección, como darles afecto y cariño,

propiciando en ellos confianza, seguridad, independencia, es decir, las figuras parentales deben ser responsables y guías hasta que las y los menores puedan tener control de sus propias vidas. La o el infante merecen y necesitan permisividad, libertad, confianza y respeto, para que puedan abrirse camino hacia una independencia y control.

En otras aportaciones, Coon, D. (1999) y Craig G. (1994) explican la importancia de los estilos de cuidado y que estos tienen efectos importantes en el desarrollo de los infantes. Por lo tanto, un desarrollo óptimo en infantes se da cuando los padres son sensibles a sus hijos e hijas y participan activamente en su progreso. Y que tales estilos de cuidado tienen un impacto en el desarrollo emocional e intelectual de la o el menor.

Por lo anterior, no se puede dejar fuera la importancia de la relación de apego entre niño o niña y la figura proveedora, ya que ésta le da las bases para un buen desarrollo, en la que ambos progenitores satisfacen las necesidades biológicas y además establecen una relación de comodidad, familiaridad y de intercambio de sentimientos. Esta relación lleva a la o el menor a ser competente y social en la escuela, por el cariño y atención que los padres y cuidadores le proporcionan. También se les debe brindar una combinación de autoridad y libertad que les permita adquirir un sentido de control, para que desarrollen una imagen positiva de sí mismos y lo lleven a un buen comportamiento social, Myers, D. (1999).

EL JUEGO Y SUS EXPRESIONES

Debido a que el presente trabajo trata la técnica de Terapia de Juego, como una alternativa de tratamiento terapéutico a víctimas de abuso sexual infantil, en este capítulo se analiza el papel del juego en el desarrollo psicológico de las y los menores, así como sus diferentes expresiones. Iniciaremos por tratar de definir lo que es el juego.

3. EL JUEGO

El juego no es sólo recreación y entendimiento, es el recurso de niños y niñas para socializarse, para aprender nuevas pautas de comportamiento, para imaginar y para crear, así mismo para enfrentarse a sus conflictos y desahogar sus tensiones, es decir, es una de las actividades más importantes para las y los infantes, tan significativa como comer y recibir afecto. Es una forma de desarrollarse como individuos en la recreación, probándose y reafirmando en todas sus capacidades, Dias, V., (1997).

El juego es un medio de representación indirecta de fantasías, deseos y experiencias, es un lenguaje que se puede interpretar, por que niños y niñas al jugar desplazan al exterior sus angustias, miedos internos, que dominan sólo a través de la acción. Es una forma de hacer activo lo que sufrieron pasivamente, cambian el final, toleran papeles y situaciones que en la vida real les serían prohibidos. También les permite repetir situaciones placenteras. Así mismo, el juego tiene dos líneas, una que va hacia los aspectos emocionales de la conducta en la infancia y la que va hacia los aspectos cognoscitivos, en otras palabras, el juego es una conducta motivacional y una conducta de aprendizaje, Campoy, A., (1997).

Este autor refiere que el juego es una expresión social de las y los menores, un medio de comunicación con las otras niñas y niños, donde no sólo es juego, si no también trabajo. No es sólo una forma de explorar y controlar el mundo externo, si no también controla y expresa angustias internas a través de la manipulación y elaboración de sus fantasías. Mediante el juego dramatizan sus fantasías y elaboran así sus conflictos.

Las y los menores en el juego imitan lo que de la vida de los mayores han llegado a conocer y el deseo de ser adultos. También repiten lo que les ha causado una fuerte impresión, descargando de esta manera la energía de la misma. De igual forma, el juego es una actividad simbólica, donde llegan a esencializar la desaparición y el retorno de la madre. Por otra parte tiene una función elaborativa, para poder dominar las excitaciones recibidas. Además, es un mecanismo donde un hecho desagradable se transforma en juego, Campoy, A., (1997).

El juego es universal, corresponde a la salud, facilita el crecimiento, conduce a las relaciones de grupo, es una forma de comunicación de la o el menor consigo mismo y con los demás. El juego es parte de la naturaleza del ser humano. Además, es una experiencia creadora y una forma básica de vida. El juego implica confianza, que se desarrolla a partir de la relación de la o el menor con la madre, también es una actividad que compromete al

cuerpo; por la manipulación de objetos y aspectos de la excitación corporal. Winnicott, D., (1982).

A partir de una relación íntima entre madre e hijo o hija, esta o este último debe lograr una separación que no le genere demasiada angustia. Entre esta unión y el mundo externo debe existir un espacio que le proporcione seguridad y protección a la o el pequeño, esta zona intermedia es la conducta de juego, que es propiciada por las figuras parentales, principalmente la madre, Bally, G. (1958).

El papel del padre en el juego es importante, ya que le propone un nuevo campo de descubrimientos. Y en el caso del niño, al jugar con el padre, asume una identificación masculina y la percepción de un padre que puede bañarlo, alimentarlo y jugar con él. Siendo importante que ambos padres jueguen con la niña o niño, así cuando desee estar con ellos, aunque no lo estén físicamente los podrá ubicar en el terreno simbólico de los juegos, Campoy, A. (1997).

A continuación se describe la evolución del juego en las diferentes etapas del desarrollo infantil.

3.1 EL OBJETO TRANSICIONAL

Las y los bebés inician con la introducción de los dedos a la boca, después lo hacen con la tela de la sabana, con movimientos de masticación, sonidos y balbuceos, estas acciones funcionan como zona intermedia. Tales fenómenos transicionales, son de vital importancia para el bebé, antes de dormir y en contra de la ansiedad, es decir encuentran un objeto blando o de otra clase y lo convierten en su objeto transicional, este objeto aparece en los primeros meses de vida hasta los doce meses, aunque más tarde puede reaparecer, cuando la o el bebé se enfrentan a una amenaza de privación, como una defensa contra esta, Winnicott, D., (1982).

Según este autor el objeto transicional representa el pecho materno y o la madre. Frente al retiro del pecho materno, se dan periodos de frustración, que experimentan las y los bebés. En esta adaptación, la madre ofrece a las y los infantes la oportunidad de crearse la sensación de que su pecho es parte de ellos. Después los confrontan con la realidad gradualmente, cuando se da el destete. Lo transicional no es el objeto, si no representa la transición de la o el bebé de un estado fusionado a la madre, a uno de relación con ella como algo exterior y separado.

Por otra parte menciona que cuando la madre se ausenta, el recuerdo o imagen mental interna que tiene la o el bebe de ella, se mantiene durante cierto periodo de tiempo, cuando este es demasiado, la representación interna se disipa, entonces los fenómenos transicionales se vuelven carentes de sentido, cuando pasa esto, "la madre esta muerta" para la niña o niño. Esto podría acarrear diversos problemas en las y los menores, por ejemplo; en la aceptación de la separación de la madre, para que logren una independencia.

Así mismo, cuando la niña o niño experimenta más situaciones negativas que positivas, es decir cuando los padres se ausentan y no están a su acceso, estas experiencias traumáticas

los llevan a organizar defensas contra esta angustia. Lo que nos hace suponer una capacidad de memoria y de organización del recuerdo. Por otra parte las y los bebés son constantemente curados de los efectos de separación - unión con la madre, siempre y cuando estos períodos no sean prolongados.

Este autor refiere, que el juego es complementario del concepto de sublimación del instinto, ya que las necesidades frustradas provocan tensión, esta debe salir mediante el juego, por lo tanto, el juego es una salida refinada de los impulsos primitivos. El elemento placentero del juego, puede llevar a una culminación frustrada o alternativa de la satisfacción de los instintos. Por otra parte, el juego permite la capacidad de contener experiencias, logrando disminuir los efectos desagradables de un evento

Winnicott, D., (1982), menciona que el juego se da mediante un proceso de cambios, que inicia con los fenómenos transicionales al juego, de éste al juego compartido y de él a las experiencias culturales, como lo pueden ser el deporte, la música, el teatro, etc.

También, que en el juego la participación de la madre es fundamental ya que al jugar con la o el bebé, debe cuidar de incluirse en las actividades de juego. Posteriormente la niña o el niño adoptará su propia forma de jugar. Esta relación permite el establecimiento de un ambiente de confianza entre madre e hija o hijo. También se podría decir que en esencia el juego es satisfactorio, ya que cuando se da un alto grado de ansiedad deja de ser juego. El juego expresa vivencias, ya que todo lo que sucede en el juego se ha hecho antes, es decir, se ha sentido, visto, oído, tocado, escuchado, mordido o chupado, previamente para poder revivirlo en el juego

Cuando se da la falta de confianza o pérdida del objeto, significa para la niña o el niño la pérdida de la zona de juego, por lo tanto, el espacio potencial que existe entre hija o hijo y madre, entre ellos y la familia, entre el individuo y la sociedad o el mundo, depende de la confianza que le brinden las figuras parentales en sus primeros años de vida, Winnicott, D., (1982)

Campoy, A. (1997), habla del preobjeto, como de las actividades prelúdicas donde el prejugete representa o sustituye a la madre, y que de la permanencia de la madre depende la estabilidad del juguete. Así como de la dramatización-proyección, donde se da la incorporación oral del objeto perdido y el rechazo del objeto, reflejado en el chupar, morder, escupir, etc. También de la manipulación de objetos sustitutivos de la madre, para hacer frente a la angustia del mal objeto cuando la madre esta lejos. El mismo autor refiere que las actividades prelúdicas, donde la madre da el prejugete como sustituto de su cuerpo, le permite a las y los infantes asumir la ausencia, abriendo el mundo a su curiosidad.

Este autor refiere que, si las actividades prelúdicas reemplazan las excitaciones derivadas de la madre, las actividades lúdicas escenifican totalmente la relación madre e hija o hijo, y posteriormente la relación con otros y la sociedad.

3.2 EL JUEGO DE FANTASIA

El juego de fantasía lo experimentan las niñas y niños a partir del año y medio de edad, por que la ficción y fantasía se desarrollan desde el momento en que son capaces de realizar un tipo de actividad, por ejemplo, el sorber de una taza vacía con aparente satisfacción. Posteriormente aprenderán a referirse a objetos ausentes y a comunicarse por medio del lenguaje o por gestos simbólicos. Millar, S., (1972).

El juego de fantasía involucra acciones generalizadas simuladas, que simbolizan el objeto ausente y que constituyen la base del pensamiento de la niña o el niño, incluso antes de que esta o éste sea capaz de hablar. De esta forma imitan otras acciones, por ejemplo, tomar el teléfono simulando una conversación. Por otra parte, los objetos imaginarios no son únicamente sustitutos de los reales, sino que pueden ser invenciones, donde la o el menor no conocen el objeto real como el imaginado, si no lo han conseguido por una combinación arbitraria de diversos aspectos de otros objetos reales, por ejemplo, un amigo imaginario.

Millar, S. (1972), refiere que a la edad de 3 años, el juego de fantasía de la o el menor es una mezcla elaborada de sucesos presentes y sucesos imaginarios que proceden de una combinación de aspectos fuera de su contexto. Las niñas y niños no pueden ordenar los acontecimientos en forma secuencial, sino los yuxtaponen en lugar de formar ideas coherentes a causa de su egocentrismo.

A partir de los 4 años, va haciéndose más capaz de presentar secuencias ordenadas, cuando repite sucesos y relata anécdotas. Los juegos de fantasía se hacen más coherentes y consistentes. No confunde realidad e imaginación, demuestra un conocimiento creciente de que los objetos reales tienen unas características aceptadas por todos y requieren acciones adecuadas. Esto se ve en la risa que les provoca la ficción, si se equivocan. No hay dudas sobre que las niñas y niños van distinguiendo mejor entre realidad y fantasía a medida que crecen.

Esta autora menciona que, expresar acontecimientos visuales por medio de palabras resulta muy difícil para las y los menores, y lo expresan en función de esquemas de movimiento o de acción. Es decir imitan o representan situaciones, y también logran un aprendizaje. Esta reconstrucción de lo que se ve o se vio, se convierte en juego de mímica o imaginativo, y al mismo tiempo es un proceso de asimilación de información.

Millar, S. (1972), dice que el juego de ficción o fantasía permite la expresión de los sentimientos y de los deseos personales, en donde el pensamiento se organiza en un principio, en función de las tendencias instintivas y utiliza símbolos que deben su significado a su asociación con los instintos. Cuando la satisfacción imaginada no resulta suficiente el pensamiento se vuelve racional. Pero los deseos no reconocidos, los todavía no conseguidos o los imposibles, continúan emergiendo en el juego y más tarde en los sueños diurnos.

Por otra parte, el juego permite actuar libremente y proyectar la fantasía de las y los infantes, por que en estas circunstancias no se siente obligado a actuar de una manera

socialmente aceptada. Por ello en el juego podemos ver conductas de pegar, hacer que un muñeco pegue a otro, regañar o castigar a los muñecos. Las niñas y niños saben que hay actitudes prohibidas que les son permitidas cuando se las considera juego o ficción.

Millar señala que los sentimientos de las y los menores son reflejados en el juego. Y el juego de fantasía es correcto describirlo como el pensamiento en acción, pero debe ser con limitaciones, ya que la y el menor pueden seleccionar todo lo novedoso, lo impresionante o lo que esta conectado con algo importante de su vida.

El juego de ficción podría ser una forma en que la y el menor exploran sus sentimientos y emociones en general, de la misma forma que exploran las percepciones procedentes del mundo exterior. Por que, implica acontecimientos que en un principio han asustado o excitado a estas y estos, y la repetición disminuye el impacto de las reacciones fuertes. Así mismo, existen ciertas formas de fantasía que estimulan y aumentan la excitación en lugar de disminuirla. Por lo regular, es frecuente que la niña y el niño repitan los acontecimientos no en la forma en que ocurrieron, sino en la forma en que les impacto, desde su propio entendimiento o emoción.

El juego también constituye un ensayo de algo que la o el menor han experimentado. Es decir, que el juego de ficción no tiene una función determinada, sino es posible que las y los menores exploren sus sentimientos, disminuyan sus temores, aumenten su excitación, intenten comprender un suceso confuso, pidan la confirmación de un recuerdo vago, o alteren un acontecimiento con el fin de hacerlo más agradable en la fantasía.

3.3 EL JUEGO IMITATIVO

El juego de fantasía implica el deseo que tiene la y el infante de ser alguien, reflejado en la copia de lo que hacen los demás o la imitación de las funciones de los objetos. Donde la imaginación significa una combinación nueva de aspectos de un suceso, es decir se reproducen los acontecimientos de la misma manera y secuencia que ocurrieron, esto es se da una imitación.

Millar, S., (1972), menciona condiciones que favorecen la imitación de las y los menores como la reputación o prestigio social del modelo, cuando las condiciones experimentales aseguran el éxito y cuando son gratificados por ello. Por otra parte, la conducta a imitar influye por sí misma, por ejemplo, la conducta agresiva está influenciada por el aprendizaje y por el ejemplo de los demás, ya que los actos agresivos son los que con mayor facilidad provocan la imitación de la o el menor.

Así mismo, la niña y el niño sienten gran placer al jugar con juguetes que imitan objetos auténticos, ya que estos no representan peligro, por que son replicas en pequeño, son menos temibles y más fácil de abarcar visualmente, que el objeto auténtico. Esto significa para ellos poder sentirse responsables como los adultos a quienes admiran. Por ello, el juego imitativo nace del interés de las y los menores por crecer y hacer algo importante como las personas mayores o al menos aproximarse a ello.

En el juego imitativo, los acontecimientos se repiten en función de lo que ha impresionado a la niña o niño. Por otra parte, acarrea beneficios para la conducta social posterior, y es de utilidad individual, ya que ayuda a recoger y digerir las impresiones, disminuye la ansiedad y destila las reglas o sanciones de un grupo.

Millar dice, que es común entre los dos y ocho años imitar personajes y repetir acontecimientos. Cuando se imitan personajes, no es necesario la presencia del modelo y una correcta imitación de movimientos. La imitación aparece con mayor frecuencia en el juego libre, donde la o el menor no necesitan de una gratificación por hacerlo. Regularmente niños y niñas imitan a las personas que están asociadas con experiencias agradables y evitan de manera radical aquellas que provocan dolor.

También, que lo que imita una o un infante depende de su edad y de lo que son capaces de hacer, ya que previamente deben aprender a discriminar ciertos elementos, por ejemplo; una o un bebé antes de los nueve meses no tiene la capacidad de repetir acciones de otro, que no haya experimentado en sí mismo. Ya al año, es capaz de imitar movimientos. Un poco antes de los dos años, ya no le es necesaria la presencia del modelo, por que no es una realización detallada, repiten acciones por diversión, por ejemplo, la conversación en la cama antes de dormirse

Millar refiere, que el aprendizaje de roles sociales implica también el aprendizaje de reglas, por ejemplo, una o un menor que juega el papel del maestro, está proyectando su concepto de maestro como una autoridad que tiene poder de castigar. Y que las imitaciones de las y los niños van haciéndose más precisas a medida que crecen, por ello muestran más interés cuanto más capaces son de hacer reproducciones exactas.

Por otra parte, no es que la imitación simbólica desaparezca a los ocho años, si no que adquiere mayor efectividad, ya que las acciones manifiestas son reemplazadas gradualmente por las encubiertas, es decir se hacen internas las representaciones exactas o distorsionadas de los acontecimientos

Desde otro enfoque, Campoy, A. (1997) dice que la niña y el niño lo que tienen que concebir es el concepto de norma, no tanto de llegar a la imitación, por que la conducta va ser regulada por normas sociales y aun dentro de estas normas va ser posible la transgresión, esto para que aprendan cuales deseos son realizables y cuales no.

3.4 EL JUEGO SOCIAL

Las niñas y niños pequeños comienzan jugando solos, manipulando juguetes y explorando objetos e incluso observan el juego de otros pero sin participar. Posteriormente realizan los mismos juegos que sus compañeros, pero en paralelo es decir sin cooperar con ellos. Mas adelante empiezan a realizar los mismos juegos que sus compañeros utilizando objetos comunes, pero sin realizar la tarea en común. El juego cooperativo se desarrolla a partir de los siete u ocho años. Siendo este el orden del desarrollo del juego social, Millar, S. (1972).

Por otra parte señala, que el juego social inicia con el nacimiento, cuando la o el infante inicia el contacto con la gente que lo cuida, quien le brinda cuidados y afecto. A partir de

las seis semanas de nacido ya dirigen una sonrisa a su cuidador, además exploran, tirando, empujando o golpeando, al igual que hacen con los objetos. Posterior a los cinco meses rien al ver jugar e incluso toman parte activa en el juego. De los seis a los ocho meses prestan menos atención al compañero que a los juguetes. Posteriormente a partir de los nueve meses el compañero adquiere más importancia, por ejemplo; hacen rodar la pelota pasándosela de uno a otro, o pelean por un juguete.

Al término del primer año, la o el infante empiezan a imitar, a caminar, y se divierten en hacer lo mismo que las personas que les rodean, siendo capaces de dirigirse a las personas que los cuidan. Posteriormente, a partir del año y medio predomina el contacto social con el compañero de juego, por ejemplo, la actividad de una niña o un niño esta influida por la de otros.

A los dos años, una o un menor se aburren entre los juguetes si no tienen con quien jugar. Entre los dos y tres años, es más común el juego en paralelo, que el cooperativo. Posteriormente aparece el juego asociativo, cuando las y los infantes están aparentemente entregados a un juego que implica la presencia de los demás, pero dedicados cada uno únicamente a una parte del mismo.

El juego cooperativo, en el que las y los menores se juntan para realizar algo, jugar a casas y tiendas, es a partir de los tres años. Dependiendo del grado de dificultad de la tarea y de la posibilidad de una comunicación mutua entre los integrantes del grupo. A esta edad ya forman grupos de tres integrantes jugando mutuamente, pero no permanecen juntos mucho tiempo. A partir de los cinco años, ya forman grupos de cuatro a cinco integrantes, y permanecen jugando más tiempo. Por lo anterior podemos citar, que la amplitud aumenta con la edad de los niños. También la frecuencia y cantidad de juego social en las diferentes edades varía según los hábitos y formación social.

Millar, S. (1972) menciona que, antes de los dos años los brotes de cólera van dirigidos principalmente contra los adultos, posteriormente entre los tres y cuatro años se dan peleas con los compañeros de juego. Donde las niñas y niños aprenden por experiencia, a prestar los juguetes y esperar su turno, con ello disminuyen las peleas con los compañeros de juego. Así mismo, la participación se ve favorecida cuando hay interés de las y los menores en jugar con otros, por medio de incentivos.

En cuanto a la competencia, en nuestra sociedad se ve incrementada, ya que desde pequeños, niñas y niños aprenden el valor que tiene "salir ganando". La rivalidad entre parejas o grupo se fomenta dentro del propio juego, y esta también va incrementando conforme avanzan en edad. Entre los ocho y doce años, las y los menores aborrecen jugar por su propia cuenta, existe la rivalidad y competencia como un estímulo. La lealtad y la cooperación dentro del grupo muchas veces llevan a la superación de las rivalidades individuales. En este periodo los juguetes resultan menos importantes que los objetos auténticos. Prefieren saltar, correr, pelear o realizar cualquier deporte, juegos con normas sencillas, como juegos de pelota, patinar sobre ruedas, molestar a otros, etc., más tarde se sustituyen por otros más completos y complejos como trabajos de juego en equipo, deportes y rivalidades de pandilla.

Por otra parte, en cuanto a las amistades a esta edad son muy comunes entre menores del mismo sexo, existiendo amistades secretas entre niño y niña, pero estas no las aceptarán ante los compañeros de su mismo sexo, por ejemplo en el caso del niño, incluso puede ignorar a una amiga en presencia de sus amigos. Esta separación espontánea de chicos y chicas en el juego, durante este período puede ser influida por convención social y por los adultos, Millar, S., (1972).

3.5 LA EVOLUCIÓN DEL JUEGO, EN EL NIÑO O LA NIÑA

Piaget, J., (1986), cita la evolución del juego en niñas y niños, refiriendo que el juego en el primer mes es de simple ejercicio, que son adaptaciones reflejas como el succionar, es decir prolongan un placer y consolidan un reflejo, cumpliendo un papel adaptativo o de aprendizaje, donde el juego implica una asimilación

Antes del cuarto mes, reproducen las conductas sólo por placer, como mirarse las manos, es un placer funcional, repetido sin cambiarlo. Entonces los primeros juegos se refieren al propio cuerpo, como chuparse los dedos, jugar con la voz, etc., donde no hay intencionalidad y se aprenden por azar, por que no hay anticipación

A partir del cuarto mes, ya se dan actividades que involucran objetos externos y existe un placer de actuar sobre dichos objetos, moviendo, agitando, golpeando, y frotando. Muestran un interés por espectáculos y sonidos, que las acciones producen, existiendo una semi-intencionalidad, ya que la intencionalidad solo se da cuando se conocen las metas. A los ocho meses se da la intencionalidad, es decir la o el menor es capaz de apartar un obstáculo para alcanzar un objeto, donde existe un instrumento y una meta

Después del año, ya se da una transición hacia los futuros juegos simbólicos, que se manifiestan a través de las ritualizaciones. Donde la niña o el niño repiten jugando, movimientos que realizan habitualmente pero sin conciencia de la ficción, donde un esquema es repetido por placer.

Más tarde a los dos años, hacen como que se duermen, como que se visten, "hacer como, sí", significa una utilización de símbolos propios. Existiendo la posibilidad de sustituir y presentar una situación vivida por una supuesta. Donde el símbolo, es una representación de un objeto ausente, hasta la posibilidad de llegar a una representación simbólica de escenas completas

Posteriormente aparecen los juegos de imitación, de conductas llevadas a cabo por otros, por ejemplo, hacer como si leyera el periódico, hacer como si se fueran a trabajar, etc. Mas tarde los esquemas son proyectados, hacer que un muñeco lea el periódico, después a parte de que imitan, se identifican con personajes u objetos

A partir de los tres años, el juego simbólico se llena de imaginación se construyen escenas enteras y complejas pudiendo llegar a crear invenciones de seres imaginarios. Aparecen deseos reprimidos en la realidad, y que se satisfacen en el juego, que llevan a una combinación compensatoria. Por ejemplo, un acto prohibido es ejecutado ficticiamente en el juego. Compensa situaciones desagradables, las revive, logrando assimilarlas

paulatinamente con la repetición y así superarlas, por ejemplo; el clásico juego del doctor, donde el niño o niña revive una situación desagradable. Entonces el juego permite restablecer el equilibrio afectivo alterado.

Después de los siete años los juegos simbólicos empiezan a desaparecer, se aproximan a lo real. La representación imitativa y fiel de la realidad, lo llevan al simbolismo colectivo, a una diferenciación y adecuación de los papeles, por ejemplo; el juego de la mamá y el papá.

A partir de los once años, los juegos son reglados, por ejemplo; deportes o intelectuales, como carreras o juego de naipes, que llevan a la competencia de los individuos, sin la cual, la regla sería inútil, y regulada por códigos establecidos o acuerdos improvisados. La regla significa una regularidad impuesta por el grupo y su violación representa una falta, estos juegos predominan toda la vida, el juego de reglas es del ser socializado.

Piaget, J. (1986), Imaza, J., y Maldonado A., (1987), refieren que el juego es interesado, puesto que el jugador o la jugadora se preocupan por el resultado de su actividad, y que no es puramente espontáneo, ya que es controlado por la sociedad o por la realidad. También que no solo es dirigido al placer, ya que tiene como meta un resultado útil, independientemente de su carácter agradable y que no es carente de sentido, pues el pensamiento siempre es reglamentado. Por otra parte dicen que si hay una liberación de conflicto, ya que el simple hecho entre la obediencia y la libertad individual, significan un conflicto, "una cruz de la infancia", y ante ello se puede dar una sumisión, una rebelión o una cooperación que también incluye una cantidad de sacrificios por parte del niño o la niña.

Para nuestro trabajo sería de mas importancia centrarnos en como un menor expresa y maneja en el juego un conflicto emocional, originado por la agresión de un mayor, donde hay violencia y dominio, como lo es el caso del abuso sexual a las y los menores. Por lo cual dedicaremos mas tiempo a lo que es el juego dramático.

3.6 EL JUEGO DRAMATICO

Las niñas y niños con diversos problemas encuentran en el juego y en las actividades expresivas la ayuda que necesitan para afrontar sus problemas y liberar sus sentimientos, Hartley, R., Frank, L., y Goldenson, R., (1965)

Estos autores refieren que cuando las y los menores liberan agresión y tratan de superar las ansiedades traumáticas, lo logran a través del juego, como un mecanismo regulador. Donde el juego permite la salida de impulsos primarios a través de salidas permisibles y aceptables.

También que el juego permite modos de comunicación directos entre terapeuta y niña o niño, no verbales, es decir se establece el lenguaje adecuado según su edad de la o el menor, en los cuales revelan sus reacciones emocionales y como manejan sus dificultades.

Para llegar a una reducción de las emociones, hay que familiarizarse con la dinámica de la conducta y los aspectos afectivos y emocionales del desarrollo de las y los menores, para poder conocerlos en un marco individual.

En el juego libre, las y los menores pueden expresar sus propios sentimientos, entonces podemos encontrar sentimientos indescabados, expresión de resentimientos, de agresividad y de negativismo, como salidas indirectas. También en las actividades lúdicas puede exhibirse inseguridades internas.

En síntesis el juego permite a niñas y niños expresar sus pensamientos y sentimientos, sus necesidades y propósitos, así como sus conflictos y dolores. Por lo tanto, por medio del juego que es un medio de comunicación entre niña o niño y adulta o adulto: no podemos eliminar los problemas ni los conflictos, sino más bien capacitar a la o el menor para vivir sus dificultades. Por otra parte, el juego libre les da un marco de seguridad y aceptación, para manejar en forma satisfactoria y saludable sus problemas más urgentes.

En el juego dramático las y los menores imitan a las adultas y adultos, encarnan roles de la vida diaria, reflejan relaciones y experiencias, expresan necesidades apremiantes, liberan impulsos inaceptables, invierten roles habituales, reflejan el crecimiento, elaboran problemas y experimentan posibles soluciones de tales. Algo importante de remarcar es que a través del juego se libera la preocupación y confusión presente.

Por otra parte, en el juego, cada palabra, cada gesto, cada acción, tienen una significación emocional para la o el menor, por que significan lo que piensan y lo que sienten que son, aprenden a expresarse, pero el uso que hacen de estos medios son originales, por lo cual pueden utilizar un mismo juego o juguete, y expresar conflictos diferentes, dependiendo de la utilización y representación que hagan.

En el juego dramático, el medio de expresión es el rol, que la o el menor eligen o el tema que dramaticen. Los temas surgen de forma espontánea, y utilizan un lenguaje distinto para la expresión de significados que pueden coincidir o no.

En la imitación, el significado es peculiar a la niña o niño que desempeña el rol, por ejemplo en la identificación con animales, no sólo libera agresión otras veces hay satisfacción al experimentar otras pautas de movimiento. Además, de que roles similares pueden expresar significados similares. Por lo tanto, en el juego dramático hay una expresión individual de necesidades, tendencias y conceptos de la o el menor.

Así mismo, en el juego dramático se expresan necesidades de protección, de poder y de atacar o destruir, donde niñas y niños con problemas difíciles tienden a expresarlos, también que la expresión de impulsos agresivos se da a distintos niveles de intensidad, reflejando una necesidad de ayuda para reconocer y aceptar sus impulsos hostiles.

Para conocer el significado del juego dramático, debemos saber cuando y cómo ocurre, su cualidad emocional y a quienes involucra, además relacionar estas observaciones con los antecedentes y su relación con la niña o niño en particular.

En conclusión el juego tiene que ver con las experiencias reales, especialmente si fueron desagradables y si han impresionado a la o el infante, que al revivirlas en la fantasía sin la presencia de los acontecimientos reales le da la posibilidad de dominar la angustia que le produjeron originalmente. De esta forma, en el juego se transforma de espectador pasivo en activo para modificar algunas de esas impresiones. Linaza, J. y Maldonado, A., (1987).

En general, el juego permite a la niña o niño desarrollar habilidades físicas, descubrir lo que es "yo" y "no yo", entender las relaciones, experimentar e identificar emociones, practicar roles, explorar situaciones, aprender, relajarse, divertirse, representar aspectos problemáticos y adquirir dominio sobre ellos. Siendo el juego una comunicación simbólica, que actúa como un puente entre el conocimiento consciente y las experiencias emocionales, abarcando lo misterioso, lo brillante y lo práctico de la vida cotidiana, West, J., (1996).

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Existen autores que tratan de minimizar las consecuencias negativas y el daño a la salud mental que provoca el abuso sexual infantil, como Li, C., West, D. y Woodhouse, T. (1993), citados por Krivaeska, J. (1994), quienes sostienen que el abuso sexual infantil se asocia a otras formas de abuso y negligencia, como la pobreza, exposición a la violencia o familias disfuncionales, haciendo difícil atribuir dichas consecuencias al abuso sexual. Argumentando que algunas víctimas perciben insignificantes los contactos con adultos, así como los efectos de tales encuentros, existiendo niños y niñas asintomáticos, que empiezan a evidenciar tales síntomas después de estar en terapia, la cual está diseñada para sacar, confrontar y resolver ese trauma, y que muchas veces el proceso criminal puede ser mucho más dañino que el contacto sexual. Así mismo, completan su estudio con entrevistadas a hombres agresores sexuales de infantes, quienes admitieron haber experimentado encuentros con menores, mencionando que el sexo es una fuente de placer y que no hay razón para excluir a las niñas o niños de la oportunidad de experimentar ese placer.

En este capítulo, encontraremos algunos elementos y consecuencias del abuso sexual infantil, que nos explican — por qué autores como los anteriores, las pueden percibir de manera diferente y tal vez errónea. A parte, de los factores mencionados en el primer capítulo que envuelven el abuso sexual infantil, existen otros, que se deben retomar para comprender las consecuencias físicas, psicológicas, emocionales y conductuales, derivadas de tal agresión.

4. CONSECUENCIAS FÍSICAS, PSICOLÓGICAS, EMOCIONALES Y CONDUCTUALES.

En las familias donde es cometido el abuso sexual infantil, existen ciertos patrones comunes de relación intrafamiliar tales como una relación distante entre la madre y la hija o hijo, es decir, la ausencia emocional o física de la madre, otras veces la o el menor mantienen un rol parental dentro de la misma, existiendo conflictos entre los padres, donde los límites intergeneracionales son borrosos, habiendo la posibilidad del abuso sexual y otras veces hay abuso de alcohol.

Cuando se da una revelación de abuso sexual en la familia se desencadenan crisis que involucran a todos los integrantes de la misma y que van desde el temor a las sanciones judiciales, a las condenas, a las separaciones, a los reproches y a la vergüenza, dando lugar a que cada miembro cree un sistema de defensa individual para protegerse lo mejor posible de las consecuencias de la revelación, entonces podemos ver a madres que no pueden creerle a sus hijas e hijos, padres que niegan toda responsabilidad e hijas o hijos que se autoacusan de todo, o se desdican de lo revelado, Perrone, R., y Nannini, M. (1997).

Estos autores refieren, que estas crisis coinciden con el encarcelamiento del padre, con la internación provisional de la víctima en una institución y/o con dificultades de todo tipo, para la madre y para la familia. Siendo importante informarle a la familia acerca de las

diferencias y complementariedades entre el sistema judicial y el terapéutico. Aunque, después de hacerse justicia las víctimas siguen sufriendo las secuelas del abuso sexual y padecen una desorganización psicológica profunda.

Mediante sus estudios Finkelhorn, D., (1980) encontró que la gravedad del trauma generado a partir de una agresión sexual infantil, depende de diferentes situaciones:

En primer lugar, entre mayor sea la diferencia de edad entre el agresor y la víctima, más traumática es la experiencia de abuso sexual. A lo cual, entre más pequeños o pequeñas sean en edad las víctimas, les genera menos trauma, ya que la adquisición del significado de las relaciones sexuales se da en la etapa previa a la adolescencia, es decir el infante no se da cuenta que otras personas consideran esa actividad como "mala", si no hasta que tiene una conciencia sexual y moral, tal inocencia los protege del dolor, en contraste las niñas o niños mayores más conscientes de lo que sucede, experimentan mayor culpabilidad.

En segundo lugar, entre más cercana sea la relación entre víctima y agresor, mayor es la violación a la confianza y seguridad de la niña o el niño, mayores complicaciones se disparan en las dinámicas familiares, más grave el tabú que se viola y mayor la culpabilidad generada, además hay menos apoyo en la propia familia, donde se enfrentarían a lealtades divididas. Aunque el autor refiere que el principio de cercanía no necesariamente está relacionado y por tanto no predice el grado de trauma generado.

En tercer lugar, el abuso sexual homosexual, genera en las víctimas masculinas más reacciones negativas que en las femeninas. En estudios se encontró, que en el caso de las niñas sus experiencias negativas son mayores a medida que aumenta la diferencia en edad entre la víctima y el agresor y, a un mayor uso de fuerza. En el caso de los niños, la homosexualidad misma tal vez juega un papel importante, que explica por que las experiencias de los niños con los hombres son más traumáticas, ya que en los niños se siente más el estigma de la homosexualidad. Black, C. y DeBlasie, R. (1997) fundamentan que las víctimas infantiles varones de abuso sexual, son más reticentes a contar el abuso sufrido, quizá por que la experiencia fue más traumática, aunque presentan los mismos síntomas que las niñas. Así mismo, refieren que en los varones aumenta el intento y la comisión del suicidio, así como los estados de ansiedad y de depresión.

En cuarto lugar, tenemos que se podría suponer que el tipo de contacto sexual influye en la gravedad del trauma, pero no es del todo cierto, por que cualquier contacto, como el ser tocados, besados, el coito o el simple frotamiento de los genitales, es tan negativo como cualquier otro tipo de contacto físico abusivo.

La duración del abuso y su repetición, no siempre están estrechamente relacionados al trauma, es decir una niña o un niño que recibe un acercamiento sexual, lo siente altamente agresivo, y tratara de terminar con el lo más rápido posible, y al contrario, alguien con sentimientos ambivalentes al respecto no sabrá como terminar con la relación y entre mayor sea la duración del abuso, más confusión genera en las víctimas.

En quinto lugar, a parte de la diferencia de edad entre la víctima y el agresor, el factor determinante del trauma, es si hubo o no fuerza de por medio, es decir que la coerción, o

presencia de la fuerza como la reticencia de la o el menor, significan una diferencia en poder y control. Aunque algunas teorías suponen que el mayor daño es causado principalmente por la culpabilidad, por que la niña o niño sienten que tuvieron alguna complicidad en el acto.

El mismo Finkelhorn, D. (1980), dice que lo más traumático de la experiencia del abuso es no poder hablar sobre ella, por que cargan toda su vida con esta, sin poder revelarla, lo cual deja una huella permanente, sienten que son diferentes, que están marcados y que no pueden quitarse eso de encima. Y al contrario, al poder compartir la experiencia pueden sanar la herida. También existen otros factores en la creación del trauma, por ejemplo la influencia del alcohol, bajo la cual actúa el agresor, ya que podría utilizar más fuerza y esto provocaría mayor negatividad a la experiencia

De acuerdo con el autor anterior, las niñas y niños no tienen conciencia de que el contacto sexual a que están siendo sometidos sea "malo" o abusivo, pero esta conciencia emerge cuando el abusador ordena guardar el secreto, y que en el momento de la revelación les acarrea culpabilidad de ver acatado la relación sexual, especialmente si experimentaron placer. La víctima puede experimentar temor al examen médico, al castigo por parte del abusador, al rechazo y a ser culpado por su familia. De hecho la revelación la considera como una traición al abusador, especialmente cuando este es un familiar y o si existe algún afecto hacia él. Gilaser, D., y Frosh, S., (1997)

Así también, cuando el abuso sexual tiene lugar dentro de la misma familia generalmente existe una fuerte presión para mantenerlo en secreto respecto del mundo externo, donde, por las amenazas y las exhortaciones al secreto, la niña o el niño desarrollan culpa y se sienten asustados para admitir la existencia de la agresión sexual

Perrone, R., y Nannini, M. (1997), se refieren al abuso sexual de infantes, como una relación de hechizo, donde un individuo ejerce influencia exagerada y abusiva sobre otro, sin que éste sea consciente de ello, donde las madres de las víctimas se caracterizan por estar ausentes, disminuyen sus percepciones, se escudan en la justificación y le dan prioridad a la cohesión familiar formal. A ello se debe que el impacto destructor sobre la víctima sea masivo, produciendo desarreglos sensoriales y psicologicos, provocando una distorsión precoz vivida en la sexualidad y dejando secuelas en esta area.

Estos autores refieren, que a las víctimas de abuso sexual infantil se les priva de la posibilidad de descubrir la sexualidad de manera progresiva, por lo cual pierden la iniciativa personal y se vuelven frágiles, dependientes a los deseos del otro, buscando seducir o erotizar las relaciones con otros adultos, esperando que estos pongan límites. Así mismo, la o el menor han sido objeto de estimulación por parte del adulto, y cualquiera que haya sido su respuesta, como la cooperación, participación, abstinencia, aceptación o resistencia, en ningún caso puede evitar el estado de perturbación sensitiva, ocasionando que busque en otros esta misma estimulación, y encontrando el rechazo de sus iguales, que lo llevan a buscar la repetición con el agresor o con otros adultos. La repetición en algunos casos extremos es provocada por la excitación, debido al condicionamiento y la dependencia, manteniendo el vínculo que la o lo une al abusador con todas sus consecuencias. Pero buscar la repetición no significa que desea al abusador, sino es una

más de las consecuencias del trauma. Aún cuando el secreto se ha revelado, la víctima se siente obligada a no denunciar a nadie, a permanecer fiel y leal a las condiciones del acuerdo establecido con el abusador, pues romper el secreto no significa terminar con los sentimientos ambivalentes hacia el agresor. Aunado a que la o el menor se creen responsables de la felicidad de sus familias, y que esta depende de su silencio y su sacrificio, por otra parte la responsabilidad se transforma en culpabilidad cuando se supone responsable de ser deseable ante los ojos del adulto abusador. Entre otras consecuencias encontramos, el deshonor, el rechazo, la segregación y la marginación, con sentimientos de vergüenza, de culpa, por haber perdido la pureza y su integridad, producto de las humillaciones, de palabras obscenas y de la descalificación por parte del abusador, por lo cual, la vergüenza persiste mas allá de la revelación y al final de la relación.

Finkelhor, D., Kendall, K. y Meyer, L., (1993), citados por Sanz, D., y Molina A., (1999), mencionan algunos síntomas comunes en víctimas de abuso sexual, como ansiedad generalizada, pesadillas, manifestaciones asociadas al "síndrome de estrés postraumático", conducta retraída, depresión, temor, inhibición, conducta sobrecontrolada, es decir internalización del conflicto, así también, la agresión, conductas antisociales, desbordes impulsivos y la conducta sexual inapropiada, son parte de la externalización del conflicto. Especificando que en niñas y niños escolares pueden presentarse con regularidad pesadillas, temores, quejas somáticas, agresión, hiperactividad, pobre rendimiento escolar, conductas represivas, como eméresis y encopresis. Así como, las y los adolescentes pueden presentar por lo regular, depresión, conductas retraídas y aisladas, ideación suicida, conductas autoagresivas, quejas somáticas, actos antisociales, fugas de casa, alcoholismo, drogadicción y el suicidio.

Sanz, D., y Molina, A., (1999), encontraron mediante sus estudios, que la preocupación sexual obsesiva, se manifiesta en niños e niñas más pequeñas, como consecuencia del abuso sexual infantil, volviendo a aparecer en la adolescencia, en conductas como la promiscuidad, prostitución, conducta victimizadora, y otras disfunciones sexuales en la adultez.

También encontraron que existen infantes que no presentan síntomas, es decir asintomáticos temporalmente, ya que existe una alta probabilidad de desarrollar síntomas mas adelante en el proceso, es decir los efectos traumáticos del abuso se van dando en distintos momentos. Estas niñas y niños que no presentan síntomas, son los mas seriamente perturbados o dañados, por que han vivido en un ambiente donde ambos padres no reconocen las necesidades y deseos de ellos, donde la represión de sus sentimientos declarados inaceptables impera, donde la personalidad infantil se va estructurando, negando, aislando, reprimiendo y disociando la indignación, la frustración, la excitación y el miedo. Esto se da por la idealización de los progenitores y la preservación de los sentimientos de identidad, que no permiten reconocer al padre o a la madre como "malos", ya que sería hacer consiente la real desprotección de los padres, despertando ansiedades de aniquilación, entonces para no enfrentar estos sentimientos encontrados de si mismo y de sus progenitores suprimen sus deseos de venganza y hostilidad. Entonces mediante la negación, la o el menor evitan el enojo, el rechazo, niegan la presencia del riesgo o del temor, respondiendo al ideal familiar.

Finkelhorn, D. (1980). Sanz, D., y Molina, A., (1999), refieren que dependiendo del tipo de abuso se dan las consecuencias, es decir cuando es una relación muy cercana entre el abusador y la o el menor, con alta frecuencia en la ocurrencia, con duración en el tiempo, con maltrato físico asociado, con penetración ya sea oral, anal o vaginal, se presenta una mayor sintomatología asociada y, esto se ve incrementado por la ausencia del apoyo materno. Mencionando también que existen síntomas que desaparecen con el tiempo, y otros se incrementan, por ejemplo: los signos de ansiedad, como miedo al dormir, miedo asociado a la figura del perpetrador, etc., desaparecen con el tiempo, mientras que los signos de agresividad, como peleas, tienden a empeorar, también la preocupación sexual aumenta con el tiempo.

Dentro de las consecuencias psicológicas más importantes encontradas a partir de una agresión sexual infantil, (Academy Of Child & Adolescent Psychiatry, 1998) son los pensamientos e ideas angustiantes, depresión o aislamiento de sus amigos y familiares, llegando a considerar y/o cometer el suicidio.

Paolucci, E., Genus, M., y Violato, C., (2001), encontraron que entre los efectos del abuso sexual a niñas o niños, está el Desorden de Estrés Postraumático, con comportamientos y efectos sexualizados, Depresión, Suicidio, Promiscuidad sexual, Círculo víctima-victimario, y bajo rendimiento escolar, a corto y a largo plazo, apoyando el modelo multifacético de traumatización en lugar de un síndrome específico de abuso sexual, no mostrando gran influencia el estado socioeconómico, tipo de abuso reportado, relación de la víctima con el victimario, número de incidentes del abuso, la edad de la víctima o el género.

4.1 MANIFESTACIONES FÍSICAS

Dentro de las manifestaciones físicas podemos encontrar dolor o molestia vulvo-vaginal, hemorragias vaginales en niñas prepúberes, laceración genital, hematomas en el área genital, agrandamiento del orificio vaginal, himen cicatrizado, descarga vaginal por infecciones y presencia de cuerpos extraños en la vagina, también puede haber esfínter anal laxo o inflamado, cicatrices o fisuras anales, hemorragias rectales, retención de heces o heces verdosas, molestia al orinar, e infecciones urinarias recurrentes, enfermedades de transmisión sexual, incluidas verrugas genitales, hasta embarazos en las menores, Glaser, D., y Frosh, S., (1997).

Dentro de las lesiones físicas encontradas a partir de una agresión sexual, De la Garza, J., Y Díaz, F., (1997), mencionan los hematomas, contusiones, equimosis, hemorragias, contuso-desgarrantes, combinaciones de las anteriores, pudiendo incluir heridas con arma punzo cortante y la probabilidad de embarazo. Franco, R., (en prensa), refiere que a partir de una exploración física con un experto en anatomía anogenital, se puede observar que los genitales masculinos de niños se lesionan con menos frecuencia en el abuso sexual, pero se ve afectada la zona perianal, en algunas ocasiones también en niñas. Las lesiones en niños pueden ser entre otras: cicatrices, manchas o irregularidades del contorno o el tono anal; eritemas anogenitales, hemorragias anorectales, secreciones anogenitales, cicatrices anogenitales, y síntomas conductuales. En niñas se pueden encontrar, infecciones vaginales, así como lesiones de labios menores, desgarros del anillo posterior del himen,

cicatrización que puede presentarse en roturas del contorno del himen, con muescas o cavidades, reducción o atenuación del tejido del himen. También se pueden encontrar en ambos sexos enfermedades de transmisión sexual, como gonorrea, clamidia, trichomonas, sífilis, VIH, etc.

Por lo anterior es necesario de entrada, tratar los problemas de tipo médico en las víctimas, que se presentan a consecuencia del abuso sexual, y en segundo lugar, dar el apoyo psicológico, como la intervención en crisis cuando es reciente la agresión.

4.2 MANIFESTACIONES PSICOLOGICAS, EMOCIONALES Y CONDUCTUALES.

Perrone, R. y Nannini, M., (1997). refieren que la experiencia secreta e imposible de compartir hacen que la víctima no pueda establecer relaciones profundas y de confianza con sus iguales, algunos imaginan que se les ve la vergüenza inscrita en el rostro, soliendo vivir aislados y tienen una red social poco desarrollada, con sentimientos de estigmatización.

Las víctimas quedan privadas de su infancia, aceptando el sacrificio, por que se sienten culpables con respecto a la familia y crecen con una madurez forzada, portadoras de secretos, vergüenza y culpabilidad, siendo el sacrificio y protección para sus hermanas y/o hermanos de posibles agresiones, por parte del mismo abusador. Se podría creer que el lugar privilegiado junto al padre solo aumenta el secreto y junto con ello la vergüenza y la culpabilidad

En las víctimas la angustia se puede manifestar en diversos síntomas psicossomáticos, como el miedo al fracaso, claustrofobia, terrores nocturnos, enuresis, amenorrea, intentos de suicidio y anorexia. Otros síntomas psicológicos son la fatiga, la falta de concentración, el comportamiento no convencional, como fugas de casa, crisis de cólera, insolencia, súbitos reproches, rechazos, repliegue, bloqueo, desinterés, pérdida de la curiosidad, y trastornos mnésicos. Perrone, R. y Nannini, M., (1997)

Por otra parte, la exploración sexual del propio cuerpo y el de otras niñas o niños, que incluyen masturbación o autoerotismo y tocamientos entre pares, se encuentran dentro del proceso normal del desarrollo sexual. Pero en víctimas de abuso sexual, el juego sexualizado es una preocupación frecuente, donde se excluyen otros juegos, con un carácter compulsivo que puede incluir coacción sobre otras niñas o niños, tal como bajarles los pantalones repetidamente. También, cuando el juego sexual tiene alguna naturaleza adulta explícita, es decir tentativa de coito anal o vaginal y el contacto oral genital. Por lo tanto, cuando un o una menor han sido sexualmente excitados mediante abusos reiterados, pueden repetir las experiencias de forma compulsiva utilizando en ocasiones objetos. A pesar de ello la masturbación compulsiva no se puede considerar como un elemento diagnóstico de abuso sexual. Por lo general, en las relaciones sexualizadas por abuso sexual, las y los menores pueden referirse a un hombre como su novio o pareja y sugerirle contacto sexual, otras u otros pueden tocar los genitales del adulto, invitándole a que recíprocamente los toquen, y posteriormente en la adolescencia pueden llegar a comportamientos sexuales con varias parejas a la vez, Glaser, D., y Frosh, S., (1997).

Otro aspecto en el contacto abusivo, es la culpa consiguiente, llevando a perturbaciones emocionales o conductuales en la víctima. Estos trastornos pueden manifestarse de muchas maneras no específicas, pudiendo ocasionar hasta problemas psiquiátricos infantiles. Una característica es la baja autoestima en la víctima, que se desarrolla a partir del abuso y que se mantiene en su vida posterior.

La revelación abre la perspectiva para el cambio e implica un proceso de reajuste para la niña o niño que ha tenido que aprender a manejarse accediendo en contra de su voluntad y/o por miedo ante los deseos del abusador, usualmente sin estar informada o informado, generando en ella o él confusión y culpa. Una vez que se han suprimido las necesidades de negación y aceptación, se liberan muchos sentimientos reprimidos, estos incluyen culpa, tristeza, confusión, ira, aislamiento, temor y ansiedad.

La culpa y la autorrecreminación. Les genera confusión a las víctimas y dificultan la manifestación de los más íntimos sentimientos sexuales evocados por el abuso, incluyendo el probable placer que deriva del contacto sexual. También los sentimientos ambivalentes de ira y afecto hacia el abusador, puede que los lleven a una identificación positiva con él. Por otra parte, la ira ante la ausencia de protección del progenitor al principio puede ser expresada en privado, en la exploración de la culpa. Así mismo, desarrollan temores con respecto a su funcionamiento sexual futuro y a sufrir de los órganos sexuales. También pueden presentar sensación de aislamiento y de que sólo ellos sobrellevan el estigma de la culpa, creyendo que sus experiencias fueron únicas en su género, esto es más en varones, debido a la naturaleza homosexual del abuso. Glaser, D., y Frosh, S., (1997).

En el caso de incesto, las niñas o niños más pequeños, puede ser que se sientan más confundidos, por esa experiencia sexual. Después del descubrimiento del abuso, hay un sentimiento de pérdida ante la separación del abusador, que puede ser el padre, el abuelo o hermano, temiendo dificultades para entender y aceptar la separación de cualquiera de ellos. Sin embargo esa separación, impide más abusos y previene las consecuencias del abuso sexual a largo plazo, por lo tanto, el terapeuta debe cuidar de dar una explicación, ya que es probable que la o el pequeño no tengan conciencia de la gravedad de su experiencia. Más tarde podría brindarse a la niña o niño una explicación más completa de los acontecimientos que moldearon su vida, antes de que estuviera preparado para comprenderlos. Glaser, D., y Frosh, S., (1997)

En síntesis algunas de las consecuencias a corto plazo son:

- Confusión y ansiedad, siendo mayor entre más pequeña es la víctima
- Culpa, angustia y depresión, siendo mayor en niños más grandes, pues requiere un grado de reacción mejor organizado.
- Sexualidad inapropiada, siendo vulnerables a futuros abusos, ya que suelen sexualizar sus relaciones, con la intención de ganar afecto y reconocimiento, como expresión de su baja autoestima. Sin contar que es la forma en que fueron enseñados a dar y recibir afecto.
- Posiciones prematuramente adultas, presentes en el plano sexual, como en el ejercicio de roles.

Las consecuencias a largo plazo pueden ser:

- aislamiento, una baja autoestima, miedo a los hombres, ataques de ansiedad, dificultades para dormir y pesadillas recurrentes, tendencia a la utilización de alcohol y drogas, riesgo de suicidio y automutilación, riesgo de prostitución, pueden manifestarse desordenes múltiples de personalidad y desordenes en el comer tales como bulimia o anorexia, Smith, 2000, Thakkar, 2000, citado por Pérez, V., (2001).

Para el diagnóstico de Abuso Sexual, sólo las señales físicas sugerentes y la palabra constituirán indicadores definitivos de la agresión sufrida, las huellas físicas se borran con el tiempo, quedando sólo la palabra, es decir lo que la o el menor relatan, que también puede perderse, por lo cual hay que tener cuidado de conservarla. Lo anterior lo logra el terapeuta con la formación profesional, ética y el tacto para cuestionar en la entrevista clínica de evaluación, tomando registros de la información que aporte, siendo empático, respetando a la o le menor, permitiendo el tiempo y la libertad que dicho trabajo requiere.

INTERVENSION Y TRATAMIENTO

5. EVALUACION Y CONFIRMACION

Cuando se tienen datos, signos o síntomas de abuso sexual, como los revisados en el capítulo anterior, es decir, se sospeche de abuso sexual a una niña o niño en particular, el terapeuta debe preparar emocionalmente a la familia para hacer la revelación, cuidando de estar seguro de tal situación, ya que dar pasos en falso es muy peligroso para la niña o niño y su familia. Por ejemplo, se puede dar el caso, de que si se avisa con anticipación a la familia sin estar seguros, la familia puede manipular a la o el menor, e impedir que esta o este vuelva a hablar sobre el tema. También si hay una precipitación, y resulta que no hubo abuso sexual, la familia se molestará y con justa razón, pudiendo verse involucrado el terapeuta infantil en conflictos, por no haber hecho una indagación de manera prudente y amplia. Glaser, D., y Frosh, S., (1997)

Se debe separar la intervención psicológica de lo que es una intervención legal, ya que ambas tienen diferentes fines, y en el caso de abuso sexual infantil, las dos tienen vital importancia. Esto el terapeuta debe comunicarlo a la familia de la o el menor y es de ética profesional hacerle notar a la familia la importancia de que el responsable o agresor, debe ser alejado de la o el menor, por su seguridad, para evitar que la víctima siga sufriendo abusos.

El objetivo de la intervención psicológica es buscar la terminación del abuso sexual en la forma menos perjudicial y la resolución de conflictos emocionales en la víctima. Debido a que la agresión no puede ser olvidada, pero su resolución mediante la intervención terapéutica permite ubicarla en el pasado y así aliviar los sentimientos de temor, culpa, confusión y reducir su aislamiento elevando su autoestima. Así mismo, buscarle la formación de vínculos con terceros, y que estos sean adaptativos, no abusivos y de confianza. Glaser, D., y Frosh, S., (1997).

5.1 ENTREVISTA CLINICA

Cuando se sospecha de abuso, y la o el menor no quieren hablar, el psicólogo necesita evaluar hasta que grado se siente libre para esto, dependiendo de la proximidad que existe entre esta o éste, su madre y el agresor, ya que entre mas próximos sean estos lazos, menos confianza va sentir la o el menor para hablar. En este caso hay que propiciarle el hablar, preguntando la posibilidad de que hayan sido tocados de un modo sexual, averiguando sobre sus posibles temores sobre las consecuencias de hablar, etc. En el caso de que se cuenten con datos médicos, el terapeuta debe mencionarles lo que se encontró y preguntarle ¿qué a qué cree que se deba?. Si la sospecha nace de su comportamiento, por ejemplo; juego sexualizado, debe preguntar ¿Dónde lo vio?, ¿Quién más hace eso?, etc. Lo anterior para conducir a una revelación parcial. Glaser, D., y Frosh, S., (1997).

Estos autores refieren, que en el caso de que haya una revelación parcial, es decir que la o el menor empiecen a hablar sobre el abuso, significa que desean que se rompa el secreto, quieren que el abuso cese, esto lo hacen más a menudo niñas y niños mayores. Una forma de precipitar la revelación es iniciando una conversación sobre abuso sexual infantil y manejarlo como un entrenamiento de autoprotección, cuidando evitarles el autorreproche por no saber cuidarse y protegerse, así se les evitará más culpa y confusión.

Para confirmar un abuso sexual, existen diferentes herramientas psicológicas y terapéuticas encaminadas a hacer una evaluación y obtener la suficiente información para diagnosticar.

En primer lugar contamos con la ENTREVISTA, que es definitiva, a parte de que se cuente o no con los resultados de un examen médico.

De entrada el terapeuta necesita darle la seguridad a la niña o niño, de que no es responsable de la actividad sexual en la que se ha visto involucrado. Debe permitirle que hable todo lo que quiera, sobre la identidad del agresor o agresores, los detalles y naturaleza del abuso, los lugares y circunstancias donde tuvo lugar, las ocasiones y la frecuencia, etc. Estas descripciones le servirán al terapeuta para tomar la decisión sobre si es necesario un examen médico. También esta información servirá para solicitar la protección de la o el menor, y evitar que vuelva a ser abusado. Glaser, D., y Frosh, S. (1997).

Estos autores mencionan, que el objetivo de la entrevista es establecer ¿que le sucedió a la o el menor?. Siendo importante mencionar que las niñas y niños son capaces de recordar con precisión acontecimientos, antes de que dominen un lenguaje hablado, por lo cual no olvidan con facilidad, pero su descripción del recuerdo esta limitado a la comprensión de los hechos, y si bien esto es cierto, también hay elementos positivos, como el que un menor no puede estar mintiendo sobre un abuso sexual, a menos que exista en esta o este menor un conflicto emocional previo, y que también merece darle el tratamiento adecuado.

Las niñas o niños tendrán que ser acompañados por una persona de su confianza en la entrevista, esto es para facilitar la comunicación y confianza, cabe aclarar que esta persona puede ser la madre o no. El terapeuta debe cuidar de no hacer sugerencias, que posterior compliquen o perjudiquen la credibilidad de la o el menor. Para hacer grabaciones, filmaciones de la entrevista, con fines legales sobre el caso, es necesario obtener permiso de los padres, y también notificarlo con anticipación a la o el infante así como darle una explicación del porque y para que, esto dependiendo y de acuerdo a su edad, con el fin de evitar confusión y culpa. Glaser, D., y Frosh, S. (1997).

CONDICIONES PARA LA ENTREVISTA

Glaser y Frosh, refieren las condiciones en las que se debe hacer una entrevista y que son: en una habitación tranquila y confortable, sin interrupciones, que se encuentre una persona de confianza de la o el menor, y posiblemente la madre de este último. Donde la revelación completa de la niña o el niño constituye el punto de partida de la intervención terapéutica, y debe escucharse sin trabas ni impedimentos. El abuso sexual puede ser que haya durado un tiempo considerable, por lo cual, no representa un peligro de vida, al menos de que se hayan producido lesiones.

Es necesario que el terapeuta considere la calidad de las relaciones familiares, entre la madre o quien proporciona los cuidados y, el presunto abusador, entre la niña o niño y el abusador, y entre la niña o niño y su madre. También es necesario que considere la situación entre hermanos, ya que algunas víctimas pueden sentirse apoyadas y seguras en el ambiente familiar, mientras que otras no, por lo que hay que considerar la protección de las mismas, atendiendo en primer lugar las necesidades de la niña o niño, que se encuentren protegidos y seguros de otra posible agresión.

5.2 ELEMENTOS DE APOYO PARA LA ENTREVISTA CLINICA: MUÑECOS DE TRAPO ANATOMICAMENTE CORRECTAS, DIBUJOS Y MATERIALES DE JUEGO.

Una habitación libre de interrupciones y sin distracciones hacen más fácil la revelación, resultando útil disponer de una mesa baja, sillas cómodas, materiales de dibujo, algunos juguetes como una casa de muñecas y muñecas de trapo con sus órganos genitales externos, en estas muñecas se deben incluir a ambos progenitores, abuelos, adolescentes y niños de ambos sexos. Lo anterior le es útil para establecer una comunicación entre la niña o niño y la o el terapeuta, Glaser, D., y Frosh, S., (1997)

Estas autoras aclaran, que los nombres que las y los menores dan a las diferentes partes del cuerpo, especialmente los genitales son muy privados, idiosincrásicos o ambiguos, por ejemplo, pueden referirse a los genitales, masculino y femenino, como "colita", utilizando la palabra "cola" para nombrar todo aquello que se encuentra entre las piernas, y cuando el terapeuta les pide que señale estas partes en la muñecas, se establece un modo de comunicación cómodo y preciso a la vez. Las muñecas son una forma de comunicar a la o el menor que la o el terapeuta no se sorprenderá cuando se nombren estas partes de la anatomía de forma explícita. Los muñecos-persona, involucrados en el abuso pueden ser seleccionados por la niña o niño, esto le permite participar de forma activa en vez de ser un receptor pasivo de preguntas.

Es importante que al inicio de la entrevista se permita un periodo de juego libre, para observar también el juego espontáneo y se establezca un ambiente de confianza entre la niña o niño y la o el terapeuta.

Niñas y niños no abusados sexualmente, manifiestan desconfianza para desnudar las muñecas, aun cuando se les da permiso y se les alienta a ello, otros se detienen al llegar a las muñecas. Una o un menor abusado trata con especial rudeza al muñeco adulto, desvistiendo a las muñecas fácilmente y sin inhibiciones, representando la actividad sexual entre las muñecas o insertando sus dedos en las aberturas vaginales o anales. El juego sexual con las muñecas es altamente sugerente de una experiencia aprendida ya sea por observación de actividad sexual o por alguna agresión sexual sufrida. Sin embargo, el hecho de que una o un menor no jueguen sexualmente, no significa que no hayan sido víctimas de abuso sexual. Las y los niños mayores prefieren ilustrar sus relatos mediante dibujos, llegando a utilizar lápices y papel para dibujar su casa o a los miembros de su familia, Glaser, D., y Frosh, S., (1997).

Glaser y Frosh proponen ciertas áreas que el terapeuta debe cubrir en una entrevista con propósitos de obtener información del abuso sexual infantil. En primer lugar debe establecer un lenguaje adecuado a la madurez de la o el pequeño, haciendo conciencia de la situación de entrevista en que se encuentra, se le permite presentarse y se le pide que describa su familia y el contexto habitual, esto con el propósito de ir encaminando hacia las áreas de interés.

En segundo lugar, debe averiguar si la niña o niño están enterados del propósito de la entrevista, que por lo regular los más pequeños no tienen conciencia de ello. Posteriormente debe iniciar con un periodo de juego libre, donde la niña o niño puede elegir dibujar o jugar libremente con las muñecas, y si no lo hacen, el terapeuta debe darles permiso para ello y también para desnudar a las muñecas, después el terapeuta debe buscar que el niño o niña les asigne nombres a las partes del cuerpo utilizando los muñecos, estableciendo la comunicación entre paciente y terapeuta. También las niñas y niños pueden utilizar las muñecas, para hacer la representación de la actividad sexual, entonces el terapeuta puede cuestionar cuando lo ha visto, a quienes representan las muñecas involucradas, quién más lo hace y con quién, etc. De esta forma las respuestas pueden conducir a la revelación del abuso.

Para orientar la entrevista, el terapeuta puede mencionar las consecuencias o sospechas del abuso, por las cuales se encuentran, sin mencionar la agresión, permitiendo vincular el relato de tal, a la experiencia con la cual puede relacionarse, por ejemplo, empezar a hablar acerca de la infección vaginal, irritación, hemorragias en la vulva, la negativa a las visitas del padre por ser el presunto abusador, etc., esto permitirá que la o el pequeño haga la conexión, y empiece a hablar.

Cuando se trata de niñas o niños más pequeños, que ya han identificado a las muñecas, con nombres o sin ellos, como chico, chica, hombre o "papito", y mujer o "mamita", entonces el terapeuta les invita a que señalen el lugar donde la muñeca femenina ha sentido dolor y cuando, preguntando quien está viviendo en su casa o que tipo de juegos realizan la niña con el muñeco hombre, etc. Otra forma es que el terapeuta informe a las y los menores, que ya la persona de su confianza le habló de algo privado o especial de ellos, etc. También cuando hay dudas acerca de la identidad del agresor, se les proporcionan varios muñecos para que ellos escojan, den nombres y hasta representen la agresión sufrida. Así mismo, para llevarlos a una revelación, el terapeuta puede explorar las diferentes formas de contacto físico entre la gente, explicando que es "tocar", y que el concepto de contacto "bueno" o "malo" lo utilizan los adultos, pero que nosotros nos referimos a sentirse diferente, raro o incomodo, mencionando que otros niños en la entrevista han hablado de haber sido tocados por un adulto en algunas partes especiales o privadas de sus cuerpos, entonces se les pregunta si en alguna ocasión han sido tocados de esa forma.

Posterior, se alienta para que las y los menores hablen o describan los contactos sexuales, en los que estuvo involucrado, con la mayor descripción posible. Así como también se les pregunta el lugar donde se cometió el abuso, para esto nos podemos apoyar en dibujos, con los muñecos y objetos que puedan representar la estructura de la casa. Continuando por ubicar a los demás integrantes de la familia y donde se encontraban en el momento del abuso, así como si alguien más participo en el abuso y complicidades.

Ya establecido el lenguaje adecuado y la comunicación, así también, que la o el menor fue agredido, el terapeuta pregunta que muñeco lastimó a la muñequita o muñequito, al igual, interrogando si hubo más agresores.

Es importante mencionar que es de criterio profesional la obtención de detalles del abuso sexual, como verificar si hubo contacto sexual oral, masturbación recíproca, tentativa de coito y aproximación anal, también si hubo erección, eyaculación en el agresor, y otros detalles. Es decisión profesional si ya se cuenta con la suficiente información de que hubo abuso, profundizar en detalles y por ética se debe valorar qué tanto se puede ocasionar un daño emocional adicional, lejos de ofrecer y dar alivio por la oportunidad de hablar.

En tercer lugar, el terapeuta tiene que ubicar los sentimientos del infante acerca del abuso sexual, y estos son diferentes, algunos refieren haber sentido satisfacción física, pero para otros ha sido traumático, esto lo puede explorar preguntando como lo sintieron, nombrando el dolor y la molestia física, si se percibe que la o el menor tuvo alguna satisfacción, debe mencionarle que algunos niños les gusta que los toquen y a otros no, preguntado como lo sintieron ellos. Estos sentimientos hacen sentir a la o el menor confundidos y culpables, mas cuando hubo satisfacción.

También el sentimiento de culpa en muchas ocasiones se debe a que la mayoría de los agresores con amenazas o sien ellas les piden que guardar el secreto, ademas de las amenazas de castigos físicos, la entrega en custodia, la separación de sus padres, siendo motivos de ambivalencia y lealtad hacia el abusador, algunos sienten terror, y otros sólo odio. El terapeuta tiene que explorar la naturaleza de la relación entre la niña o niño y el agresor, y la calidad de mandatos impuestos para guardar el secreto, donde podría preguntar que es lo que dijo el abusador si supiera que la niña o niño está contando.

En cuarto lugar, el terapeuta debe calificar al adulto como totalmente responsable, asegurando a la niña o niño, que ellos de ninguna manera son malos, malvados, maleducados o responsables, sea por haber experimentado el abuso o por haberlo revelado, que el único responsable es el adulto agresor.

Cuando nos encontramos ante una situación de renuencia, donde la o el menor no quieren hablar, el terapeuta debe buscar la forma de bajar la ansiedad, explorando su origen, es decir puede decirle, que, a veces los niños quieren contarle a alguien lo que les pasó, pero les preocupa lo que puede pasar si lo hacen, se le plantean posibilidades incluidas las consecuencias para la niña o niño, como el castigo o la perdida de amor, algunos temen más a la reaccion de la madre, otros a las consecuencias para el abusador, a veces se puede preguntar quien sufriría más como consecuencia de la revelación y en que forma se daría ese sufrimiento. Por que, aunque el terapeuta les asegure que sus temores son infundados, ellos y ellas no lo pueden percibir así. Además de que en ocasiones sus temores se convierten en realidad cuando las madres en efecto los culpan y rechazan.

Así mismo, el terapeuta debe darle la seguridad a la o el menor, de que su revelación, es el mejor curso de acción que ha tomado, y que todo lo que dijo se cree y que se quedará bajo custodia de quienes lo han escuchado.

En último lugar, el terapeuta debe hacer un resumen breve de las experiencias reveladas y verificar la conformidad de la niña o niño y la coherencia de su relato, identificando en las muñecas a la niña o niño y al adulto involucrados por sus nombres. Haciendo recaer la responsabilidad con firmeza sobre el abusador, y alabar a la o el menor por su valentía, coraje y claridad. Posteriormente el terapeuta le informa a la madre o cuidadora, en presencia de la niña o niño. En ocasiones las madres están tan trastornadas en el momento de la revelación, que debe hacerlo una segunda vez, después de un tiempo, para que puedan volver a escucharlo brevemente en presencia de la niña o niño.

En el caso de que el último o único abuso haya sido reciente, se recomienda le sea practicado el examen médico ginecológico especializado, también para tener la seguridad de que no hayan sido lastimados y que requieran tratamiento médico, así como para el proceso legal y apoyo de pruebas en contra del abusador. El examen médico tiene como objetivo, determinar si hay lesión, infección o embarazo y recomendar el tratamiento adecuado, también para encontrar otras formas de abuso infantil, como moretones, arañazos y laceraciones, el estado del himen en las niñas y del pene en los niños, y una cuidadosa inspección anal en ambos, Glaser, D., y Frosh, S., (1997).

Para la evaluación de la entrevista, el terapeuta debe tomar en cuenta el contenido y su proceso, los relatos reiterados y espontáneos tienen una enorme importancia, el grado de conocimiento y familiaridad con detalles sexuales que normalmente serían conocidos por los de su edad. Es importante el lenguaje corporal y las comunicaciones no verbales que puedan observarse como: pausas y titubeos, desviación y evitación de ciertas áreas, aflicción en determinadas situaciones, bajar o desviar la mirada, indiferencia, tristeza y alivio.

5.3 CONFIRMACION

Tras la REVELACIÓN el terapeuta debe considerar el peligro que corre la o el menor si continúa viviendo en el mismo hogar, cuando el abusador vive dentro del mismo. Siendo necesario comunicarle a la madre, que el abusador o la o el menor necesitan salir de la casa, por seguridad de este último. Cuando el padre biológico o sustituto y el abusador son la misma persona, la madre entrará en un estado de shock, con escepticismo, enojo y posiblemente culpa, con problemas para elegir entre la niña o niño y el abusador, si este es el caso, el terapeuta debe estimular a la madre para que mantenga una actitud de apoyo y protección hacia su hija o hijo. Cuando la madre o cuidador, ha participado y permitido el abuso, tiene que ver la posibilidad de que la niña o el niño sean mandados a un lugar de resguardo o a un hogar sustituto, ya que si regresan al hogar podrían ser castigados y continuar siendo abusados, Glaser, D., y Frosh, S., (1997)

El terapeuta debe brindar consuelo, dar sentido a la desorientación, la confusión y la ira, donde la protección de la sexualidad de la o el menor sólo pueden asegurarse limitando el contacto entre la niña o niño y el abusador, a excepto bajo situaciones supervisadas. Existiendo dificultades para asegurar la protección de la niña o niño, cuando hay una proximidad emocional del abusador con la familia, en especial cuando hay relación entre el abusador y el dador de cuidado, la elección es dolorosa, es decir la madre debe elegir entre

romper su relación con el abusador o perder a la niña o niño, donde el hecho de decidir excluir a su marido del hogar implicara la necesidad de un considerable apoyo profesional para mantener esta decisión frente a las tensiones y las pérdidas emocionales y económicas que ello implica. Otras personas afectadas por su resolución, como los hermanos también suelen culpar a la víctima. Algunos padres sienten la culpa que evoca en ellos el abuso de su hija o hijo como una carga intolerable, lo que los conduce a una visión negativa de ellos, Glaser, D., y Frosh, S., (1997).

Lo más difícil para una víctima de abuso sexual infantil, es continuar en una relación con una madre que adopta una actitud indecisa y ambivalente, que solo conduce a la confusión, en contra de cualquier adaptación y resolución de sus sentimientos.

También, el terapeuta debe considerar y proteger a la o el menor de un nuevo abuso sexual, debido a su vulnerabilidad a sufrir nuevas agresiones, por que puede iniciar nuevos contactos sexuales del modo aprendido, para obtener gratificación, ya que ha sufrido privación emocional imposibilitado para resistirla. Debe ayudarlo a hacer consciente esta posibilidad, el terapeuta puede contribuir a una autoprotección de la niña o niño, enseñarle como diferenciar las formas de contacto y sexualidad apropiadas de las impropias, ayudar a valorar su propio cuerpo y persona, a distinguir el contacto bueno del impropio y en consecuencia estar en condiciones de decir "no" frente a una aproximación no deseada. Recordarle no aceptar mantener secretos y distinguir con quien poder hablar cuando alguien se le aproximen, también hablarle de la posibilidad de relacionarse, y de beneficiarse de forma cuidadosa, Glaser, D., y Frosh, S., (1997).

Por otra parte, tras la confirmación de un abuso sexual a una o un infante y de avisar a la familia, el terapeuta infantil, tiene la capacidad de elegir el tratamiento indicado para la víctima, tomando en cuenta el contexto familiar y las necesidades más apremiantes de la niña o niño en particular. Por lo cual, a continuación se describirán los diferentes tratamientos para víctimas infantiles de abuso sexual y para su familia.

La Terapia de Grupo, la Terapia Familiar y principalmente la Terapia Individual, son tratamientos Terapéuticos con los que se puede trabajar con víctimas de abuso sexual infantil, y que además pueden ser complementarios unos con otros en la intervención, estos tratamientos existen bajo diferentes enfoques y aproximaciones como los es, el Psicoanalítico, el Cognitivo, el Conductual, el Cognitivo-Conductual, la Terapia de Juego, etc., así mismo se encuentran técnicas terapéuticas útiles como los rituales, el dibujo, la escritura, los muñecos, objetos, el juego y materiales de juego, el sueño, las fantasías, etc., en las cuales, se puede apoyar al terapeuta para realizar su trabajo. Por otra parte los diferentes tratamientos bajo el enfoque que se elija, deben ser dirigidos hacia el tratamiento del abuso sexual, ya que este, implica un trauma profundo, por lo cual requiere de un trabajo profesional y especializado, de terapeutas con formación y experiencia.

Necesitamos hacer un paréntesis, antes de iniciar la descripción de los diferentes tratamientos, para citar algunas aportaciones de la Teoría psicoanalítica, que nos dan las bases para cualquier tratamiento a víctimas de abuso sexual, por lo cual revisamos algunos autores como: Freud, A., (1977), quien refiere, que el trabajo analítico con una o un menor, requieren de que esta o este, tengan una conciencia de su enfermedad, y que

resuelvan necesario un cambio en su estado, a partir de ese momento el analista debe contemplar bajo que técnicas va a trabajar, utilizando el análisis de sueños, de las fantasías diurnas, del ensueño diurno en episodios, del dibujo y de los juegos, para interpretar y deducir de ahí los impulsos inconscientes de los infantes. Así mismo, agrega que la técnica lúdica es apropiada por que la o el menor son más afines a la acción que al lenguaje, mencionado que la transferencia es una vinculación cariñosa, positiva, donde la niña o el niño es capaz de hacer todo por amor a alguien, también que el analista debe mantener contacto con la familia, cuidando las reacciones de estas frente a la niña o niño. Wolff, S., (1997) puntualiza que en Psicoterapia no se puede separar al infante de sus padres, que cualquier ayuda terapéutica a los progenitores tiene efectos beneficiosos indirectos para sus hijos, y que el análisis ayuda a la niña o niño a exteriorizar, mediante el juego o las expresiones verbales aquellos sentimientos y pensamientos que más ansiedad les causan. Este autor recomienda para el tratamiento a niñas o niños, considerar un enfoque combinado de Terapia de Juego interpretativo y de asistencia psicológica a los padres, donde los juegos tienen una función terapéutica, en el sentido de que ayudan al infante a armonizarse con sucesos causantes de ansiedad, donde los fines de la terapia son posibilitar a la niña o niño la libre expresión de sus sentimientos, corrigiendo sus percepciones erróneas del ambiente, y discerniendo las cosas, comprendiendo sus sentimientos, con el objetivo de que lleguen a dominar sus emociones.

Dolto, F., y Nasio, J., (1992), mencionan que la Psicoterapia ayuda a los infantes, por que les provee la capacidad de expresar y aliviar las angustias debidas a acontecimientos traumatizantes, al posibilitar una re-experiencia emocional en la situación paciente- psicoterapeuta, y que a través de la técnica del dibujo, el infante se cuenta, es decir el dibujo es más que el equivalente de un sueño, el dibujo hace existir la imagen inconsciente del cuerpo, que permite el trabajo de análisis e interpretación. Este autor refiere, que el psicoterapeuta debe hablarle al paciente por su nombre y, de lo que siente y piensa cuando esta con la niña o niño, esto significa que se le respeta y se le da el lugar que merece y, que este simple hecho aporta avances en la psicoterapia. Por otra parte Winnicott, D., (1993), y Becker M., (1992), con bases psicoanalíticas hacen referencia a los trastornos psicosomáticos en infantes, originados por conflictos emocionales, ya sea por que sus figuras parentales no les cubrieron adecuadamente sus necesidades básicas o por que se desarrollaron en un ambiente hostil, recibiendo del entorno agresión y maltratos. Estos autores, refieren que el tratamiento a estas enfermedades psicosomáticas debe contemplar la intervención psicoterapéutica y médica, donde la psicoterapia debe incluir el recabar la suficiente información de la niña o niño paciente y su familia, donde la hora de juego individual permite el establecimiento de un ambiente de confianza, para la evaluación y diagnóstico, después de tener estos elementos se planea el tratamiento Psicoterapéutico a seguir, contemplando un apoyo psicológico para los padres.

Después de este parentesis, iniciaremos la descripción de los diferentes tratamientos para víctimas de abuso sexual infantil. En primer lugar tenemos La Terapia Familiar que a continuación se describe.

5.4 TERAPIA FAMILIAR ENFOCADA HACIA EL ABUSO SEXUAL

La Terapia Familiar centrada en el abuso sexual, es importante y funcional, más, cuando dentro del proceso terapéutico existe apoyo de los padres no agresores, y donde el terapeuta trabaja en busca de una alianza con estos últimos, fomentando roles adecuados en la familia, induciendo respeto hacia la o el menor agredido, disolviendo el abuso, rehabilitando y haciendo funcional la familia, para lograr esto el terapeuta trabaja y fomenta modelos de conducta apropiados, expone los efectos del abuso sexual, enseña técnicas de reeducación de la ansiedad, elevando el autoestima en los integrantes de la familia, dando un soporte social, con alternativas de relacionarse con otros adecuadamente, atribuyendo la responsabilidad al agresor, exponiendo la conducta del ofensor como abusiva especialmente cuando jugó un papel importante dentro de la familia, reconstruyendo las capacidades en cada integrante de la misma, explorando el significado del abuso en las víctimas, en su sexualidad y dando una orientación sexual científica y apropiada a la edad de la o el menor agredido, Black, C. y DeBlassie, R. (1997)

Cohen, J., Mannarino, A., (1998), recomiendan la Terapia Familiar bajo un enfoque Cognitivo Conductual Centrada en el Abuso Sexual, dichos autores consideran que dentro de las consecuencias del abuso sexual infantil, las víctimas pueden desarrollar y exhibir sexualización y otros comportamientos inapropiados, y que son a consecuencia de cogniciones distorsionadas acerca del comportamiento adecuado, originado por el modelaje y/o reforzamiento de conductas inapropiadas. Por lo cual, esta Terapia ayuda a que las víctimas mejoren síntomas depresivos, sentimientos de incapacidad, de desventaja, de autoculpa, eleva la autoestima, ayuda a una reeducación de la ansiedad, y a través del trabajo terapéutico mejora comportamientos inapropiados con la educación, mediante una conexión de pensamientos, sentimientos y comportamientos. Por otra parte las víctimas obtienen una educación sexual de acuerdo a su edad, donde el terapeuta trabaja y explora los sentimientos y la reacción de los padres de las víctimas ante el problema, que van desde el enojo, hasta la culpa, que influyen en las consecuencias sufridas por la o el menor a largo plazo, dando técnicas de control de ansiedad y enojo

Durrant, M., y White, C. (1993), fundamentan que la Terapia Familiar Centrada en el Abuso Sexual, es una opción de tratamiento para casos de incesto, y que puede ser aplicable a otros casos de abuso sexual infantil, donde el terapeuta debe permitir a los integrantes de la familia expresar sus sentimientos libremente, no debe emitir juicios valorativos de las conductas del agresor, si no que debe escuchar las versiones de todos los integrantes de la familia, tomando en cuenta y comprendiendo las creencias y costumbres, así como los vínculos dentro de la misma familia, al mismo tiempo debe brindar apoyo y consuelo a la víctima. En este tipo de intervención, el terapeuta trabaja con las emociones que están detenidas en las víctimas, que les impiden funcionar en el momento actual

Para trabajar con Terapia Familiar Centrada en el Abuso Sexual, el terapeuta debe contemplar que durante y en el tratamiento, no se debe restar responsabilidad al agresor del abuso, siendo inaceptable su conducta y esto debe ser aclarado a la familia, creyendo conveniente que el agresor participe en la terapia, solo hasta que esté, haya aceptado su total responsabilidad del abuso, reconozca el daño que causó y sea capaz de ofrecer una

disculpa a la víctima. Se debe hacer notar, que este momento terapéutico de trabajar con la víctima y victimario, será después de un tratamiento que prepare a la víctima para enfrentarse al agresor, y siempre y cuando, este acompañada por una persona adulta de su confianza que asista de manera constante a la terapia. El objetivo de la Terapia Familiar, no es mantener unida a la familia, si no, acabar con el abuso y restablecer los vínculos en la familia si es posible, aclarando que la intervención es una forma de romper el círculo del abuso, propiciando la cura en cuestiones emocionales. Se debe reconocer que el tratamiento se ve favorecido cuando el agresor asume su total responsabilidad de los hechos ante la familia, Durrant, M., y White, C. (1993) y Glaser, D., y Frosh, S., (1997), aunque en la mayoría de los casos esto no es posible, ya que el agresor lejos de reconocer su responsabilidad, la niega y se justifica.

A continuación se describirá de manera breve el proceso de la Terapia Familiar, para los casos de incesto, de Durrant, M., y White, C., (1993), que toma en cuenta el contexto social, haciendo un análisis del poder, la responsabilidad y el secreto, que son características del incesto. Así mismo, el terapeuta trabaja para sacar a la superficie la actitud del ofensor que influye en las creencias y percepciones que tanto las madres como las víctimas desarrollaron de sí mismas, donde los sentimientos de culpa y de vergüenza les impiden superar el secreto, repercutiendo en sus autopercepciones, que les limitan sus capacidades de actuar en el presente.

Un objetivo De la Terapia es esclarecer la dinámica familiar y las acciones del abusador, que los llevaron a la situación de abuso. Se busca que madre e hija o hijo intercambien sus experiencias, que perciban el impacto que tuvieron los actos del ofensor en sus vidas y en sus relaciones, para que traten de rescatar y mejorar la relación entre ambas. Se pretende debilitar el impacto del secreto, dando justo peso al poder que tuvo el ofensor para modelar las percepciones de la víctima y de la madre, por que madre e hija o hijo niegan el papel del agresor, por el dominio y control que ejerce el abusador sobre ellas o ellos, por lo cual son incapaces de percibir los recursos con los que cuentan para superar los efectos del abuso sexual.

Lo anterior, sucede por que las víctimas de abuso sexual organizan sus experiencias y asignan significados, existiendo una fijación emocional que les impide funcionar en el presente y limitan su capacidad de respuesta ante los problemas que pudieran enfrentar. Por lo cual, el tratamiento busca ayudar a los miembros de la familia a elaborar versiones diferentes sobre sus experiencias y sus capacidades, a situarse así mismos en versiones que abarquen todo el contexto de su experiencia, esto se logra indagando la relación del agresor con cada una de las personas implicadas, reconociendo los métodos que utilizó para crear ese contexto, como el abuso de poder, el forzar al secreto, etc. Después se busca asignar nuevas significaciones a la situación, así como la reelaboración de su versión dominante.

El primer objetivo de la Terapia Familiar es externalizar el problema, donde el terapeuta busca esclarecer la influencia que tuvo el agresor en la familia y en sus relaciones, así mismo se identifican las preocupaciones que más inquietan a los integrantes de la familia. El trabajo terapéutico debe situar el problema en una posición exterior a las personas involucradas y sus relaciones, es decir se busca externalizar los temores, la angustia, el miedo, etc. Por ejemplo: el miedo, se explora trabajando los efectos que tuvo éste, en los

aspectos de sus vidas y relaciones, buscando que perciban cómo el miedo tuvo tanta influencia en sus vidas, que adviertan el papel que desempeñó el ofensor para alentar y promover que el miedo dominará a la niña o al niño. En síntesis, el terapeuta busca que los integrantes de la familia detecten lo que el ofensor dijo o hizo, y que contribuya a que creciera el temor en la familia. También se puede trabajar en torno al tipo de amenazas e intimidaciones a las que fue sometida la víctima, dando oportunidad a los integrantes de la familia a que descubran desde otro punto de vista sus dificultades, el contexto de la conducta del agresor que originó la perturbación de la víctima. Al comenzar a hablar del abuso y del impacto que tuvo en sus vidas, así como de la revelación y sus consecuencias, se marca el inicio de la terapia con la familia.

El segundo objetivo es externalizar con esto el secreto, donde el terapeuta busca que los integrantes de la familia reflexionen sobre el impacto y las consecuencias que tuvo el abuso y su revelación, los efectos que provocó el secreto en sus vidas y en sus relaciones, esto reduce los sentimientos de culpa y de censura que pudieran albergar las víctimas, también les ayuda a identificar el papel que desempeñó el ofensor en la creación de sus dificultades, buscando que identifiquen si hubo ocasiones en las que el ofensor utilizó algún método para alentar a mantener el secreto y cómo fue capaz de convencer a la o el menor de que la madre se pondría de su lado, y cómo, de esta forma la niña o el niño quedó atrapado en el silencio. Este trabajo ayuda a que la madre observe a la niña o niño de un modo diferente, y así le adjudique la responsabilidad al perpetrador. Cuando la madre también es engañada por el ofensor, el terapeuta puede trabajar para buscar que los integrantes de la familia se den cuenta de qué modo la logró engañar, para que la o el menor vean la situación de manera diferente y hasta es posible que hagan preguntas sobre la manera de actuar y de engañar del agresor, así todos descubren el papel que ocupó el ofensor en la desunión y el engaño sufrido, cobrando conciencia de que aun están a tiempo de evitar que sus relaciones terminen destruidas por completo a causa de las maniobras del agresor y del abuso sexual sufrido.

El tercer objetivo de esta terapia y del terapeuta es trabajar para que los miembros de la familia detecten de qué modo han influido para perpetuar el problema, después se trabaja para que descubran sus capacidades para afrontar los problemas, es decir, cómo las víctimas con su valentía se impusieron ante una gran intimidación, logrando sobreponerse a los temores, ya que la revelación del abuso sexual, significa que las víctimas fueron valientes y persistentes, enfrentando el miedo, la angustia, y la desesperación. Por último, el terapeuta trata de ayudar a reelaborar la relación entre la madre y la hija o hijo, donde trabaja en torno a que la madre identifique las capacidades de la o el menor agredido para contar el abuso, el que se haya opuesto al secreto, al temor e intimidación, siendo capaz de tomar decisiones, todo esto para reforzar capacidades en la víctima que le servirán en relaciones futuras.

La Terapia Familiar, según Glaser, D., y Frosh, S., (1997) permite la resolución del problema del secreto, abre los canales de comunicación dentro de la familia, logrando que los integrantes de la misma perciben su capacidad de hablar libremente de temas que antes habían sido evitados, como por ejemplo de la sexualidad, donde el terapeuta trabaja para propiciar que hablen de tal área, explorando el lenguaje de la familia y los nombres que dan a los órganos genitales y a las actividades sexuales, esto permitirá que en lo futuro

estos temas sean tratados de forma más abierta, y sin tabú dentro de la misma familia. Así mismo, el terapeuta debe permitir a los hermanos de la víctima, expresar sus temores y resentimientos, contra un progenitor o contra la niña o niño víctima del abuso, debe tratar de restablecer los derechos y las responsabilidades de las niñas o niños y de los padres, aclarando que los menores tienen derecho a ser cuidados y protegidos, no que tengan que cuidar de sus padres o de sus hermanos menores, y que los derechos de los padres son de tener su propio espacio privado y temporal.

Coincidiendo con el punto de vista de las autoras anteriores, y bajo un modelo Cognitivo-Conductual, propuesto para el tratamiento de familias con incesto, por MacCarthy, B. (1990), citado por Suth, S., Williams, M., y Rosen, K., (1992), fundamentan la importancia de considerar al incesto como un problema familiar, en términos de evaluación e intervención, que el concepto clave es romper con el secreto y mantener abiertos los canales de comunicación dentro de la familia, para que no vuelva a ocurrir el incesto, donde los integrantes de la familia deben asumir su responsabilidad, si es que la tuvieron, en la conducta personal, incluyendo sus comportamientos sexuales, tomando en cuenta los elementos que rodean el abuso sexual, como creencias, y costumbres. Posteriormente, el terapeuta debe trabajar para restaurar los vínculos de respeto, confianza e intimidad entre las figuras parentales, reestructurando el sistema familiar para prevenir futuros comportamientos sexuales inadecuados y para propiciar el bienestar de cada miembro de la familia.

Por otra parte MacCarthy, B. (1990), refiere la importancia de la primera sesión de Terapia Familiar, donde se recomienda que asista toda la familia para encuadrar el incesto como un problema familiar, posteriormente se recomienda que cada integrante asiste a Terapia Individual. Por ejemplo, en la terapia con el abusador, el terapeuta confronta lo inapropiado de su conducta, haciendo que se comprometa a una total abstinencia de tocar sexualmente a sus hijos o hijas, utilizando sensibilización encubierta, imagineria aversiva, y fomentando un aprendizaje cognitivo conductual. En el trabajo terapéutico con la madre, se trata de reconstruir su autoestima como persona, esposa y madre. En sesiones de pareja, el objetivo del terapeuta es reconstruir el vínculo marital. En terapia con la víctima, se trabajan sus cogniciones y emociones confusas, la ambivalencia, donde se les puede pedir que escriban sobre sus emociones, trabajando para que la o el menor obtengan una visión positiva de la sexualidad y una educación sexual apropiada para una o un menor de su edad, para que perciban los componentes tanto positivos como negativos de la experiencia, buscando una nueva cognición y entendimiento del incesto, que les permita verse como supervivientes no como víctimas, y que comprendan que la responsabilidad del incesto recae en el perpetrador. Por último, el terapeuta trabaja para que la víctima elabore en torno a planes futuros, para su autoestima sexual y como la sexualidad puede ser expresada de manera positiva en su vida.

Este autor, refiere que después de que cada integrante de la familia estuvo en sesiones terapéuticas individuales y logrando los objetivos de dichas, se puede programar una sesión final que es de disculpa formal por parte del abusador, ante toda la familia, explicando qué hizo y por qué lo hizo, asumiendo su total responsabilidad de la conducta inadecuada, se disculpa y expresa cualquier otro sentimiento, donde la víctima no está obligada a aceptar las disculpas y perdonar, donde ésta, puede expresar sus sentimientos al respecto, al igual

que los demás miembros de la familia. Por otra parte, este tratamiento recomienda dar seguimiento por dos años más para verificar que el abuso no vuelva a ocurrir, con citas intermedias cada seis meses, donde el terapeuta debe considerar que no siempre es posible mantener unida a la familia, ya que en la mayoría de los casos de incesto, debe ser separada para que el abuso sea detenido, cuidando que sea el abusador el que se aleje de la familia y no la o el menor abusado, ya que está o este necesitan más del apoyo y protección familiar.

Considerando que existen diversas técnicas para abordar el tratamiento del abuso sexual infantil en la Terapia Familiar, y que hasta el momento se han revisado la externalización del problema, versiones dominantes y excepciones, de Durrant, M., y White, C., (1993), a continuación se van a exponer otras técnicas citadas por Pérez, V., (2001), que se pueden utilizar para generar un intercambio de ideas con la familia y con las víctimas, es decir transmitirles la idea de hay diferentes formas de pensar, sentir o actuar en una situación particular, abriendo nuevas perspectivas y respuestas en sus vidas, para que estas sean más funcionales.

Una técnica es que el terapeuta trabaje para plantear ideas, acerca de cómo fue engañada la víctima, abriendo un panorama amplio sobre el abuso y sus efectos, esto para contrarrestar que se culpen unos a otros en la familia. Se trata de hacer ver a los integrantes de la familia, que los problemas que están viviendo son respuestas totalmente normales al abuso, es decir que están viviendo las consecuencias del abuso sexual, esto, les permitirá autorizarse tratar con su problema, antes que se defrauden así mismos percibiendo su caso como único. El terapeuta puede desarrollar historias que se caracterizan por ser fuertes y exitosas, siendo las historias de abuso sexual reemplazadas por historias de supervivencia y triunfo sobre el abuso, tratando de destacar las fuerzas, sucesos y progresos en la terapia, con el fin de ayudar a informar logros a los pacientes que refuercen la capacidad de hacer y trabajar por ellos mismos, para lograr lo que ellos quieran, es decir incrementar su independencia. Haley, (1980). Las metáforas terapéuticas, son otra herramienta para trabajar especialmente con niñas o niños más pequeños, donde el terapeuta puede incluir escenas de rescate, que involucren a un héroe o a un "super" hombre que sea versión del paciente, relatando cómo es rescatada la niña o el niño por este hombre, con ello el terapeuta trabaja para que la víctima poco a poco desarrolle un sentido de poder y control de sí misma, que previamente no se había experimentado.

Otras herramientas para la Terapia Familiar, pueden ser los Rituales, que son espacios que permiten ayudar a las víctimas de abuso sexual infantil a apartarse de las imágenes dominantes inhabilitantes, así como a oponerse a las restricciones que crearon las condiciones para que ocurriera el abuso y también para que la víctima utilice sus propias fuerzas para elaborar una imagen alternativa donde ella tenga el poder y control. Durrant, M., y White, C., (1993). Estos autores describen ritos para superar los temores, por ejemplo: en la externalización del problema, se puede examinar la influencia del miedo en la niña o niño y en los miembros de la familia, después el terapeuta puede pedir que recuerden las ocasiones en que minimizaron o superaron el miedo, invitando a que personifiquen el miedo, lo dibujen y le sigan un nombre, el terapeuta encierra el dibujo en una caja, e invita a la niña o niño a realizar actividades para "destruir el miedo y domar al monstruo", poniendo acento en la capacidad de la o el menor, para enfrentar el miedo,

donde los padres registran los logros de la niña o niño tomando fotografías del desarrollo de esas actividades. El terapeuta premia a la o el pequeño con un trofeo o con un certificado donde lo declara "experto en destruir miedos y domar monstruos". Como este ritual, existen muchos otros para trabajar con las y los infantes, para que enfrenten y resuelvan temores, angustias, y culpas.

Como ya se mencionó, otra alternativa de tratamiento para víctimas de abuso sexual infantil es la Terapia Grupal Centrada en el Abuso Sexual, y que es complementaria con los demás tratamientos, que a continuación se describe brevemente

5.5 TERAPIA GRUPAL ENFOCADA HACIA EL ABUSO SEXUAL

Glaser, D., y Frosh, S., (1997), recomiendan la Terapia Grupal para el tratamiento a Víctimas de Abuso Sexual Infantil, auxiliada de herramientas como el juego y el dibujo, que en la práctica resultan de gran utilidad y ayuda. A continuación se mencionan varios elementos de la Terapia Grupal Centrada en el Abuso Sexual:

El terapeuta debe hacer una evaluación de la niña o el niño en el transcurso del trabajo grupal, con fines a considerar las necesidades ulteriores tras su término, ya sea por que la o el menor reflejan un exceso de culpa, o por que tengan dificultad para hablar en alguna faceta de su propia experiencia, por exceso de agresividad, por aislamiento dentro del grupo, etc. Esta evaluación sirve para que al término del trabajo grupal, si así lo requiere, la víctima sea canalizada a apoyo individual

Por otra parte, el trabajo y la experiencia grupal de las víctimas de abuso sexual, con otras niñas o niños que han estado en su misma situación, les permiten percibirse como comunes y corrientes, produciendo en ellos tranquilidad y rectificando su autoimagen estigmatizada y devaluada. Esto es logrado con el trabajo y el apoyo entre pares, mediante el relato y la escucha de las experiencias de las demás niñas o niños, donde las víctimas contrarrestan el mandato internalizado del secreto, percibiendo que son libres para hablar sobre el abuso sexual sufrido y sobre sus sentimientos respecto al abuso, hacia el agresor y hacia sus cuidadores. Así mismo, las niñas o niños mayores dentro del Grupo Terapéutico, observan la reacción de sus pares y de los demás adultos, ante la revelación de su experiencia, de la culpa y la vergüenza desarrolladas como consecuencia del abuso sexual sufrido, donde estas y estos menores se dan cuenta de la ausencia de desaprobación, con ello elevan su autoestima, por que perciben el apoyo de sus pares y de los adultos, en lugar de ser rechazados como ellas y ellos lo creían

La Terapia Grupal Centrada en el Abuso Sexual, inicia con el establecimiento de un lenguaje adecuado a la edad de los integrantes del grupo, para facilitar la comunicación entre ellas o ellos y los terapeutas, para tratar temas como la sexualidad, es decir los terapeutas empiezan trabajando y explorando que palabras utilizan las y los menores para nombrar las partes de la anatomía básica y los genitales, por ejemplo: el terapeuta les pide

coleccionar todos los nombres posibles que conocen de las diversas partes del cuerpo, después que los nombren en voz alta o los escriban de forma anónima, logrando un consenso acerca de las palabras que se utilizarán en el grupo y de esta forma se hace una distinción entre la terminología anatómica y la vernácula, siendo útiles las muñecas y los dibujos con los órganos genitales externos. Una vez que el terapeuta ha establecido un lenguaje apropiado y acorde a las edades de los y las menores, todos estarán en condiciones para hablar de sus propias experiencias. Contemplando que, a algunas niñas o niños este proceso se les complicará, el terapeuta debe establecer que todos los miembros del grupo saben que las y los menores de ese grupo han sido sometidos a alguna forma de contacto genital o sexual abusivo, por una persona mayor, esto les dará la confianza para que describan sus propias experiencias. El objetivo del Grupo Terapéutico es disipar el secreto y armar un relato aceptable en las víctimas de sus propias experiencias.

Por último, los temas a trabajar en la Terapia Grupal Centrada en el Abuso Sexual pueden ser: la responsabilidad de los agresores en el abuso, la dificultad o imposibilidad con que debieron enfrentarse las víctimas al tratar de detener y revelar el abuso, y la deseable revelación de tal. Con niñas y niños mayores el terapeuta puede trabajar para hacer una exploración de los sentimientos hacia sus madres, hacia sus padres, hacia el abusador y hacia el abuso, esto les produce alivio, al permitirse conocer aspectos del contacto sexual, a veces percibidos como placenteros, así como de expresar su ira en contra del agresor sin peligro. En el caso de Grupos de varones, que pueden albergar temores hacia la homosexualidad como una consecuencia del abuso sexual, el terapeuta puede incluir una discusión sobre este tema para disipar dudas y confusión. Así mismo, dentro de esta Terapia se pueden trabajar dificultades enfrentadas por las víctimas al soportar el abuso, donde el terapeuta trabaja para replantear en quién recae efectivamente la responsabilidad del abuso. Para concluir dentro del trabajo Grupal, el terapeuta debe remarcar en un aprendizaje sexual y como las víctimas pueden evitar caer en futuros abusos.

En cuanto a la prevención y educación, Glaser D. y Frosh, S. (1997) señalan que es importante que el terapeuta trabaje y deje establecido a las víctimas, las variedades del contacto físico, que van de lo adecuado a lo impropio, manejando quiénes son los que tienen permiso para tocar las distintas partes de sus cuerpos, para que aprendan a protegerse con un "no" cuando no deseen ser tocados por otra persona, niño o niña, así mismo este trabajo debe ser paralelo a las etapas del desarrollo y conocimiento de las y los infantes víctimas. También se les debe inculcar a las víctimas el apreciar y proteger las partes valiosas y especiales de su cuerpo, mejorando su autoimagen y elevando su autoestima. Lo anterior les permite a las víctimas reconocer nuevos modos para protegerse y anticiparse a un abuso, para lo cual necesitan aprender acerca de la inconveniencia de guardar secretos, cuando el hecho de divulgarlos tenga serias consecuencias, también el terapeuta les debe transmitir la importancia de saber a quien recurrir cuando alguien les esta tratando de imponer un secreto, por otra parte es importante hacerles notar e identificar las razones por las cuales antes esto les era imposible reconocer. Un aspecto del abuso sexual es la exposición prematura de los niños y niñas a una visión distorsionada de la sexualidad, por lo cual es necesario trabajar con información documentada y científica, que les permita un desarrollo sexual saludable.

Por otra parte, dentro de la Terapia Grupal Centrada en el Abuso Sexual, el terapeuta puede trabajar con las y los infantes que se interpretan como seductores por la sexualización debido al abuso, abriendo la posibilidad a una discusión en grupo, donde el terapeuta debe ayudar a que las y los menores reconozcan señales que dan las demás niñas o niños, para la aceptación o el rechazo de las conductas sexuales. Esta discusión, de lo que constituye un contacto apropiado entre iguales también es valiosa y se vincula al concepto de privacidad, ya que existen tocamientos sexuales entre pares, que son parte del desarrollo sexual, pero también hay que respetar límites, explorando el consentimiento del otro, para evitar que la o el menor desarrollen más culpas por ser rechazados debido a su sexualización. Para lograr lo anterior, el terapeuta puede usar juegos y ayudar a las niñas o niños a reconocer cuando otras niñas o niños consienten la actividad sexual iniciada o se resisten a intervenir en ella.

La Terapia Grupal Centrada en el Abuso Sexual, según Pérez, V., (2001), permite a las víctimas contrarrestar su sentimiento de aislamiento, permite aclarar la falsa idea de que una o un menor víctimas de abuso pueden ser reconocidos por ello, de forma instantánea por cualquier otra persona, les permite a los integrantes del grupo descubrir y establecer una nueva identidad personal, mejorando su autoestima, disminuyendo sus culpas y sus depresiones. Así mismo, el trabajo en grupo favorece y es enriquecedor en algunos temas para fomentar la educación sexual, y en el caso de los varones se puede trabajar la falsa idea de que se han convertido en homosexuales por el abuso, donde se busca que las víctimas varones ubiquen esta "idea" como una más de las consecuencias del abuso sexual sufrido, aunado a factores culturales que apoyan esta creencia.

Por otra parte, si bien es cierto que la Terapia Grupal Centrada en el Abuso Sexual, es benéfica en el tratamiento de víctimas menores, es de importancia remarcar que existen serias consecuencias psicológicas, emocionales y conductuales, originadas por la desorganización cognitiva y la repercusión tan fuerte en las emociones y sentimientos de la o el menor víctimas, por lo cual existen elementos que solo en una Terapia Individual Centrada en el Abuso Sexual, se podrían trabajar, como la culpa, la confusión, la ansiedad, el miedo y la ira. Por lo tanto, a continuación se considera necesario describir brevemente la Terapia Individual, enfocada al abuso sexual.

5.6 TERAPIA INDIVIDUAL ENFOCADA HACIA EL ABUSO SEXUAL

Como consecuencia del abuso sexual, niñas y niños pueden desarrollar ansiedad acerca de su cuerpo y su sexualidad, pasar periodos de tristeza y culpa, los que tienen contacto con el abusador, esto les provocan a menudo crisis, miedo, ansiedad y ocasionalmente excitación, todos estos sentimientos son originados por la agresión sufrida. Por lo cual, las víctimas necesitan un espacio para expresar sus sentimientos de tristeza y/o de alegría, de gustos y o rechazos acerca de sus cuidadores, hermanos y familiares directos, así como del agresor y de la misma agresión. En busca de alivio a sus profundos sentimientos de culpabilidad, responsabilidad, deshonra, ambivalencia e ira no expresada o inadecuadamente orientada, la Terapia Individual enfocada al abuso, es la opción de tratamiento más completa para las víctimas de abuso sexual infantil.

En la Terapia Individual Centrada al Abuso Sexual, el terapeuta deberá trabajar con las víctimas para buscar la cura de sus sentimientos como: la responsabilidad, la culpa, la rabia, la indefensión, el temor, la vergüenza o la confusión, trabajando para que estos sean expresados libremente hacia el agresor o hacia la experiencia, y esto no necesariamente es físicamente frente al agresor, si no hay formas de hacerlo simbólicamente con dibujos, muñecos, etc. También el terapeuta trabaja para buscar que la o el menor expresen sus sentimientos hacia el abuso de poder y de la confianza, hacia la traición y las amenazas concretas que realizó el agresor. Por otra parte, en las víctimas existen sentimientos de confusión y temor, que el terapeuta debe trabajar con la suficiente ética, tacto y profesionalismo que dicho trabajo requiere.

El trabajo terapéutico con niñas o niños menores, significa que el terapeuta se va enfrentar a ciertas dificultades, ya que los primeros disponen de un lenguaje limitado para explicar y describir sus experiencias, además las víctimas se sienten avergonzadas y que en ellas existe el temor, la vergüenza, la culpa y la indefensión, así como la reticencia a contar lo ocurrido, por lo tanto, es conveniente que el terapeuta se apoye en herramientas terapéuticas como son los dibujos, los muñecos o el juego, con objetos o con marionetas, para que las y los menores expresen lo ocurrido, sus necesidades, sus sentimientos y sus deseos reprimidos. Por ello, se debe tomar en cuenta que la o el menor son "oradores inteligentes de otros lenguajes" no verbales, que el terapeuta debe aprender a traducir, entender e interpretar. (Stath, S., Williams, M., y Rosen, K., (1992).

Estas autoras, refieren que las niñas y los niños son capaces de representar su mundo y sus experiencias pasadas con precisión, cuando se les da juguetes, objetos y materiales, para representarlas, estableciendo una comunicación acorde a su edad, siendo importante aclarar que esto no significa que el terapeuta debe restringir a niñas o niños a medios no verbales, solo que debe considerar estas como una herramienta mas en la Terapia Individual Centrada en el Abuso Sexual. Así mismo, las experiencias sensoriales y el arte creativo, en los tratamientos de incesto y abusos sexuales a menores, precipitan las respuestas y recuerdos emocionales y sensoriales, por que en efecto, son modos de comunicación en las víctimas menores que los ayudan a reencontrar la experiencia vivida, y a partir de ello iniciar el trabajo terapéutico necesario para buscar que las víctimas expresen sus sentimientos, necesidades y deseos, donde el terapeuta debe respetar la libertad y el ritmo que tienen para trabajar y elaborar sus conflictos.

Dentro de la Terapia Individual Centrada en el Abuso Sexual, existen otras técnicas que ayudan al tratamiento de víctimas, como lo es la Terapia de Juego, aclarando que dicha Terapia es utilizada para el tratamiento de otros tipos de problemas, pero el presente trabajo cree conveniente recomendarla para el tratamiento a víctimas de abuso sexual infantil, por lo cual, a continuación se presentaran los elementos más importantes a considerar para trabajar con dicha técnica.

5.7 TERAPIA DE JUEGO

Una de las autoras más importantes de esta técnica, es Axline, V., (1975), refiriendo que la Terapia de Juego, ayuda a que las niñas y niños aprendan a ayudarse así mismos, es decir que cobran conciencia de la parte que pueden tomar, del poder de dirigir sus propias vidas.

aceptando la responsabilidad que viene con la libertad interna, entonces pueden planear su curso de acción con mayor precisión, frente a los problemas que se presenten. En otras palabras adquieren un sentimiento de capacidad de autoestimarse y autodirigirse, incrementando sus habilidades de independencia, de aceptación así mismos y de asumir responsabilidades conscientes de su persona. La Terapia de Juego permite la habilidad para resolver sus propios problemas de una manera efectiva, favorecido por el impulso innato de crecimiento, hacia una conducta madura por que es más satisfactoria que la inmadura, por lo tanto la reorganización de las experiencias, actitudes, pensamientos y sentimientos, se da gracias a la introspección, lograda por el trabajo terapéutico.

Esta autora refiere que a través de la terapia de juego, niñas y/o niños experimentan crecimiento, ya que bajo las condiciones favorables que aporta el juego, y que les brinda la oportunidad de actuar sus sentimientos acumulados de tensión, frustración, inseguridad, agresión, temor, perplejidad y confusión, así mismo que al actuar estos sentimientos por medio del juego, permite que emerjan a la superficie, donde las y los menores se enfrentan a ellos, por lo cual aprenden a controlarlos o a rechazarlos, por que los han logrado hacer más conscientes.

Axline, refiere que se logran los objetivos anteriores, gracias a la representación con los juguetes, objetos y materiales de juego, donde las niñas o niños expresan lo que quieren hacer, por que juegan libremente y sin dirección, expresan su personalidad y liberan pensamientos, sentimientos y actitudes que han estado luchado por salir al descubierto, pero que se encuentran reprimidos. También, que no es indispensable que las y los menores sean conscientes de que tienen un problema para que puedan obtener beneficio de la Terapia de Juego, ya que esta permite que inicien en la etapa en la que se encuentran la o el menor, y que lleguen hasta donde sean capaces de hacerlo. En la Terapia de Juego el terapeuta evita las interpretaciones, evita preguntas indagatorias, por que la o el infante seleccionaran lo que les es mas importante para ellos mismos, cuando estén preparados para hacerlo, y la relación que se establezca entre terapeuta y niña o niño facilitará que este último pueda revelar su "yo" verdadero al ser aceptado por el terapeuta.

Una de las principales aportaciones de Axline, V. (1975), son los ocho principios básicos para el establecimiento de una buena relación entre terapeuta y niña o niño, y que un terapeuta debe realizar con ética, sinceridad, consistencia, inteligencia y profesionalismo, ya que de ello depende el éxito o el fracaso de la Terapia de Juego. De entrada, se debe desarrollar una relación íntima y amigable, estableciendo una armonía con la niña o el niño lo antes posible, se debe aceptar a la niña o el niño tal como es, se debe crear una actitud permisiva en la relación, para que se sienta libre de expresar sus sentimientos, se debe estar alerta para reconocer los sentimientos que expresa la o el menor y, reflejarlos de nuevo hacia ella o el, de tal forma que se profundice mas en su comportamiento. El terapeuta observa con respeto la habilidad de la niña o niño para solucionar sus problemas ofreciendo la oportunidad para hacerlo, donde la niña o niño decide y realiza los cambios en el momento que ellos crean conveniente. El terapeuta no intenta dirigir las acciones o conversación de la niña o niño en forma alguna, ellas y ellos guían el camino, y el terapeuta los sigue, no apresurando el curso de la terapia, por que es un proceso gradual y como tal debe ser reconocido por el terapeuta.

Los anteriores elementos que se consideran para la Terapia de Juego, y que son aplicables a cualquiera de los tratamientos individuales con víctimas de abuso sexual infantil, son fundamentales y permiten un ambiente adecuado para que un o una infante puedan trabajar libres de presiones, donde son respetados, comprendidos, aceptados y sobre todo no cuestionados por ningún juicio valorativo, donde sólo ellos deciden con que trabajar, el momento y el cambio.

Dentro de la Terapia de Juego, Landieth, G. (1993), que retoma a Axline, refiere que tras el establecimiento de la confianza entre terapeuta y niña o niño, el primero no cambia su método de tratamiento según las demandas o necesidades del infante en particular que se trate, que no se prepara a la o el menor para el cambio, por que lo que se que se desarrolle, el avance o mejoría, ya estaba dentro de ellas y ellos mismos, y que el trabajo terapéutico sólo lo trajo a la superficie. El terapeuta no crea algo, tan sólo ayuda a liberar lo que ya de por sí existía en la niña o niño, siendo ellos capaces de ejercitar esa responsabilidad a través de la autodirección, y dando como resultando más comportamientos positivos. En la Terapia de Juego lo más importante es la relación paciente-terapeuta, no el uso de juegos o la interpretación de la conducta, ya que la relación es la "llave" para el crecimiento, por lo cual debe estar enfocada en el presente, se le debe transmitir a la niña o niño en todo momento que el terapeuta está ahí, físicamente, emocionalmente para ellos, que los escuchan con sus oídos y sus ojos, lo que expresan y lo que no, que escuchará a la niña o niño completamente, entendiendo lo que ella o el están comunicando, sintiendo, experimentado o jugando y, se les debe comunicar esa comprensión, reflejarles que importan y que ellos lo sepan, esto se obtiene si se logra lo anterior. La o el menor sabrán que importan para el terapeuta, de esta forma dará resultado la terapia sin importar el problema específico del cual se trate. Esto es para aclarar que la Terapia de Juego, no se modifica por que la niña o el niño tengan diferentes problemas, incluido el abuso sexual, que cualquiera que sea este, puede ser ayudado y mejorado, gracias a que dicha Terapia es curativa desde su proceso, hasta su término si es llevada a cabo profesionalmente.

El juego permite involucrar a la niña o niño en una relación terapéutica, permitiendo una reactivación simbólica del contenido abrumador originado por el conflicto y, la expresión de los deseos primitivos reprimidos, que también están relacionados con las experiencias vividas. West, J. (1996), propone la Terapia de Juego, como una alternativa para ayudar y curar de una manera no agresiva, los aspectos físicos, espirituales, emocionales y cognoscitivos, tanto conscientes como inconscientes de la o el menor, tomando en cuenta el pasado, presente y futuro de la niña o el niño, valorando sus sentimientos y emociones, no sólo sus conductas, donde el terapeuta debe reflejar las acciones y sentimientos de la niña o el niño, mediante su participación en el juego si es que así lo piden. Se trabaja para ayudar a las y los menores a sentirse seguros dentro del cuarto de juego y a comprender las normas y reglas del mismo.

Para lo anterior se requiere de materiales de juego y un cuarto privado, se debe establecer un ambiente permisivo, es decir, transmitirle a la o el menor que puede hacer casi todo lo que quiera, que puede decir lo que quiera y que sienta que puede ser, como quiera. Pero se debe cuidar de mantener los límites, para prevenir el peligro, daño o conductas inapropiadas en las y los menores.

Dentro de la Terapia de Juego, se encuentra el Trabajo Enfocado, que es utilizado para niñas o niños seriamente maltratados y/o traumatizados, que tras el Juego de Evaluación o un conocimiento detallado de la o el menor se puede observar. Después se deben plantear los objetivos y los métodos del juego terapéutico que van a ser dirigidos, con el propósito de hacer que la o el menor identifiquen y expresen sus emociones de manera más consciente y apropiada; esto se logra trabajando en torno al enojo, propiciando roles infantiles apropiados, se les enseña cómo deben ser cuidados los bebés y los niños pequeños, se les instruye sobre la socialización y habilidades necesarias dentro de un grupo de pares, trabajando aspectos en torno a la pérdida y el cambio, así como confrontando los eventos traumáticos a los cuales se vieron expuestos, entre otros aspectos, West, J., (1996).

Esta autora hace referencia a varios aspectos que deben ser considerados para trabajar con la Terapia de Juego Enfocado:

El primero, es que el terapeuta de juego debe contar con los conocimientos sobre desarrollo infantil y sobre las normas de juego en las diferentes edades y etapas por las cuales pasa la o el infante, para ubicar cuando el juego de un o una menor reflejan libertad, inhibición, inmadurez o si es apropiada a su edad, si es en exceso complicado y dominan estándares adultos, también para reconocer cuando hay un juego perturbado y fuera de la norma del desarrollo. Que para iniciar la terapia, se necesita conocer las razones de referencia, es decir, los problemas actuales que vive la o el infante; detalles de la familia de origen o sustitutas, traslados, cambios y pérdidas subsecuentes, detalles como antecedentes médicos y del desarrollo, planes futuros para la niña o el niño, como un cambio de dirección o escuela, también si se encuentra bajo algún mandato judicial o en procedimientos legales, todo para tener un panorama general del contexto de la o el menor, y tener la base sobre la cual se va a empezar a trabajar. Y que, para que la terapia de juego funcione, es necesario que la seguridad y protección del menor estén aseguradas y cuyas necesidades básicas estén satisfechas, antes de empezar a trabajar con las cuestiones afectivas y emocionales.

Por otra parte, puede ser que las y los menores muestren secuelas de maltrato excesivo, como: trastornos emocionales y conductuales, comportamiento mayor o menor a su edad cronológica, perturbaciones psicósomáticas y psicosexuales, dificultades interpersonales, aspectos relacionados con la confianza, autoestima pobre, dificultades para distinguir y expresar emociones apropiadas, en especial pueden presentar trastorno por estrés postraumático, que son recuerdos alucinatorios, ansiedad aguda, depresión y memoria deficiente. También pueden presentar otros problemas como culpa residual, miedo específico o generalizado a personas y o situaciones, temor ante el terapeuta de juego, etc., y que para tales casos se recomienda una combinación de tratamientos, por ejemplo, terapia individual, de grupo, familiar, trabajo de protección, reeducación y establecimiento de las relaciones paternas.

Es probable que la Terapia de Juego Centrada atemortice a la o el menor, por su aparente falta de límites y dirección, donde estos últimos con maltrato excesivo pueden tener miedo de dejarse ir, dentro de su imaginación e inconsciente, por lo cual se requiere de una especial atención por parte del terapeuta. Se recomienda que en el primer encuentro con la familia y la niña o niño, el terapeuta indague acerca de las restricciones alimenticias de las

y los menores, la forma en que piden ir al baño, los términos que utilizan para nombrar las partes del cuerpo y los actos sexuales, estableciendo una relación terapéutica adecuada. Así mismo, el terapeuta, en esta primera reunión aclara dudas a la o el menor y a la familia acerca de la Terapia de Juego, la confidencialidad, líneas de comunicación entre cuidadores y terapeuta, detalles acerca del lugar, tiempo y fechas de sesiones, como cancelar una sesión, alentar a la niña o niño a que vista ropa cómoda para jugar y transmitirle que la Terapia de Juego es una experiencia diferente y agradable. Siendo la primera sesión crucial ya que se descubren los estilos de juego a través de los cuales se comunica la niña o el niño en particular, debiendo registrarse lo más completamente posible, por que refleja lo que se va a trabajar y cómo se logrará. El terapeuta se debe concentrar y dejar que la niña o el niño pongan la pauta a seguir, en reflejar algo acerca de lo que puedan estar haciendo o sintiendo, confirmando el ser de la niña o niño, es decir le da el espacio para convertirse en sí mismo. Por ejemplo, puede ser que la pequeña o el pequeño se sientan incómodos, entonces se les puede mencionar la posibilidad de dicha situación o mencionarles la posibilidad del miedo de estar ahí, etc., reflejando lo que están sintiendo en ese momento.

Se debe tomar en cuenta que dentro de la Terapia de Juego podemos encontrar el juego dramático; que incluye sus variaciones desde mímica hasta la actuación improvisada o una obra determinada, donde las niñas o niños pueden presentar acting out agresivo o sexual, que represente a ellos mismos y/o a sus imágenes paternas, donde el uso de títeres, cuentos y/o juegos de palabras les permite identificarse con alguna niña o niño, con alguna persona, animal, etc., de manera simbólica. Así mismo, la palabra escrita o los dibujos, pueden ser de ayuda terapéutica, en especial cuando son quemados los de contenidos desagradables, esto en forma de ritual terapéutico. Dentro de la Terapia de Juego, la regresión es normal, valiosa, ya que puede darse por presiones excesivas o cuando han enfrentado un evento o pérdida traumática, y vuelven a conductas o actitudes de un periodo en el cual se sentían más seguros y con menos demandas, otros tienen la necesidad de experimentar una fase del desarrollo que no se maneja de manera adecuada en su momento. Dentro del Juego, las escondidillas y juegos relacionados, pueden ser parte de la regresión, donde el terapeuta trabaja la confianza básica de la o el menor y las relaciones paternas básicas.

Algunas veces los objetos involucrados en el juego terapéutico tienen que ver con lo que están expresando, por ejemplo el rincón hogareño, permite representar toda clase de dramas personales y domésticos, vividos en su propio hogar, la comida imaginaria, puede reflejar experiencias tempranas y actuales de la niña o niño acerca de no ser atendido y alimentado adecuadamente, las muñecas y casa de muñecas; cubren una función similar donde participa el castigo y el maltrato sufrido dentro de su familia, los juguetes de construcción y rompecabezas; se utilizan de manera positiva, sugiriendo reconstrucción y crecimiento en su desarrollo, otras veces destrucción y confusión, las armas; son multifacéticas que se utilizan en logros saludables o violencia deprimente, los juegos de mesa y otros; algunas veces representan un papel donde las niñas o niños pueden mostrar algo acerca de sus sentimientos internos, además coches, animales y pueblos de juguete; suelen expresar búsqueda y solución a sus conflictos internos.

Otros elementos importantes de aportación y útiles como herramientas en la Terapia de Juego son las pinturas y los dibujos, los modelos en arcilla, en arena y agua.

West, J., (1996), hace referencia a las cuatro etapas dentro de la Terapia de Juego: en la primera se dan conductas difusas, por arriba de límite, inhibidas, ya sea de manera apropiada o inapropiada, donde el terapeuta establece la alianza con la o el menor, en la segunda etapa los sentimientos de la niña o niño llegan a enfocarse en determinadas personas y cosas fuera de ellos, donde el comportamiento parece que empeora, en la tercera etapa comienzan a mostrar sentimientos positivos, pero existe mucha ambivalencia, en la última etapa, emergen más sentimientos realistas con mayor firmeza, se sienten mejor interiormente y están más capacitados para enfrentar problemas en la vida, desarrollando una relación más apropiada a su edad con el terapeuta de juego y con su entorno. Cabe aclarar que las etapas no siempre suceden en este orden.

Esta autora menciona, que para decidir la finalización de la Terapia de Juego, hay que ver que la o el menor exhiban una disminución en la conducta problemática, que sean más realistas en cuanto a donde residen sus dificultades y muestren una mejoría en las relaciones sociales y de trabajo escolar, que la o el menor sean más organizados, más constructivos y apropiados a su edad. Cuando el trabajo terapéutico ha tenido éxito y ha logrado sus objetivos, el terapeuta debe planear la terminación con anticipación y hacerlo con tacto profesional.

Es probable que dentro de la Terapia de Juego, sea necesario reafirmar a la o el menor el propósito de la terapia, y decirle que es un lugar al cual pueden traer sus molestias, enojos, malestares y que pueden expresar todo lo que les perturbe. También puede ser que el material y el juego se repitan y las y los menores se estancquen debido a que estén practicando algo, necesiten mantenerse repasando un evento traumático, regresen a una situación pasada, pero de manera diferente o que repitan algo que el terapeuta ha pasado por alto, cuando pasa esto, el terapeuta debe decidir entre esperar y observar lo que prosigue o intentar facilitar alivio, interviniendo, cuestionando, por ejemplo, acerca de lo que ha sucedido y cuales son sus sentimientos, esté comentario desorganiza el juego lo suficiente y permite que ocurra un cambio, también se puede sugerir un juego dirigido en torno a un aspecto en particular o se pueden sugerir diferentes finales, e invitar a la niña o niño a que elija, también podemos alentar a que la y los menores adopten el papel de alguien o algo y así se logran desplazar el bloqueo. Otra opción es preguntarle a la o el menor que, si pudiera hacer lo que quisiera para cambiar las cosas, que haría, logrando con esto avanzar en el juego. Cuando se da en exceso el juego agresivo, violento y el uso de juguetes "malos", el terapeuta debe tener presente que la agresión es una parte normal del comportamiento humano, que la violencia física contra la gente no está permitida dentro del cuarto de juego, pero, podemos presentarle alternativas para expresar la violencia física y se debe alentar a la niña o al niño a identificar y expresar sus propios sentimientos de enojo, posteriormente disminuirán los temas violentos, conforme avance la terapia, West, J., (1996).

En infantes víctimas de abuso sexual, es común la posibilidad de que la o el menor expresen en el cuarto de juego un acting out sexual, es decir puede ser que intente tocar sexualmente al terapeuta o intente realizar conducta sexual con él o ella, a veces se quitarán la ropa y tratarán de quitarle la suya al terapeuta, cuando se da esta situación, se debe permitir que exteriorice lo que necesita expresar, pero con seguridad y propiedad, quedando prohibido cualquier involucramiento sexual con el terapeuta de juego, pero no

hay que hacerlo sentir avergonzado, malo, etc., si no buscar disminuir su confusión, ya que es la forma en que fue acostumbrado a complacer a los adultos. En este caso, el terapeuta puede expresarle ideas a la o el menor como, que puede ver que quieren, pero no puede permitirle, por que ellos necesitan aprender a poner a salvo sus cuerpos, o también que en el cuarto de juego no se pueden tocar las partes privadas, también se les puede transmitir la idea de que sus cuerpos son solo suyos y esta bien decir que no, para evitar que alguien los toque cuando no se quiera. Así mismo, el terapeuta los puede alentar a decir o mostrar con las muñecas o bien con dibujos, lo que quiera expresar. El terapeuta debe ser consistente y firme, entonces la niña o niño desistirá de manera gradual, donde el primero debe estar alerta a señales, por que en ocasiones anuncian sus proposiciones sexuales al jugar escondidillas, al cubrir al terapeuta con cojines, al convertirlo en un caballo y montar en él.

5.8 TERAPIA DE JUEGO CENTRADA EN EL ABUSO SEXUAL INFANTIL.

La Terapia de Juego Centrada en el Abuso Sexual, permite que la o el menor víctimas describan el abuso y sus sentimientos sobre esta experiencia, rompiendo el secreto y los sentimientos de aislamiento, culpa, y confusión. Donde la re-experimentación de los sentimientos del abuso, es una pieza clave dentro de la Terapia Individual, y donde el terapeuta no debe tratar de forzar a la niña o al niño, al contrario debe ofrecerle la posibilidad de elegir a quién y cuando hablara sobre su experiencia. Lo anterior, por que el terapeuta debe tomar en cuenta que la o el menor utilizan la negacion como mecanismo de defensa, que les permite la postura de "esto no me esta pasando a mi", influidos por creencias como "cuando a una niña o a un niño le pasa esto es por que se lo merece", etc., todas estas son falsas creencias desarrolladas a consecuencia del abuso sexual sufrido. Otro mecanismo es la autoculpacion, ya que se culpan de haber participado en una actividad prohibida, de haber distratado de ella ocasionalmente o de algunos de sus aspectos, por haber permitido que el abuso continuase, por no haber denunciado antes los hechos y por mantener sentimientos ambivalentes hacia el agresor, Pérez, V. (2001). Aclarando que estos últimos sentimientos en las víctimas, también son desarrollados a partir de la agresión sufrida, y que son reforzados por la inmadurez e indefensión de la o el menor frente al dominio de un adulto agresor.

Si el re-experimentar la vivencia o experiencia de abuso sexual, dentro de la Terapia Individual, marcan el inicio de tal y significa parte de la cura, Resick y Schnicke, (1990), citados por Pérez, V. (2001) refieren las técnicas que hacen repasar las memorias emocionales, que coinciden con las técnicas que dirigen el razonamiento y el sistema de creencias, siendo esto posible utilizando herramientas como la Terapia de Juego Centrada en el Abuso Sexual, capaz de dirigir y llevar a que la o el menor agredido reexperimenten los efectos del abuso sexual, al relacionar las percepciones, emociones, síntomas físicos y respuestas conductuales, que se encuentran entrelazados en la niña o niño. En otras palabras, la Terapia de Juego, es una de las principales herramientas en el tratamiento a infantes víctimas de abuso sexual, y dentro de esta, se deben contemplar varios elementos que a continuación se exponen:

Para trabajar con la Terapia de Juego Centrada en el Abuso Sexual, se pueden utilizar muñecos tanto femeninos como masculinos de varios tamaños, formas y colores, para que

la o el menor puedan escoger entre ellos, y representar diferentes personajes y actuar varias funciones como abrazar, golpear o tirar por el cuarto, para desahogar sus emociones apropiadamente, también estos muñecos permiten nombrar correctamente cada parte del cuerpo especialmente los genitales externos. De hecho, el uso de títeres sirve a víctimas para representar el abuso, permite establecer una distancia entre la o el menor y el tema de abuso, exteriorizando el problema. Así también el uso de dibujos, permite a la niña o niño representarse a sí mismos, a la familia, al ofensor, sus sentimientos, lo que sucedió, un rescatador, un héroe imaginario, sus pesadillas, partes del cuerpo y/o de su cuerpo, sucesos que se dieron en la terapia, etc. El uso de la plastilina y el barro, sirven para detallar figuras y analizar nombres de las partes del cuerpo, para expresar enojo y/o para hacer modelos del ofensor, a quien se puede apuñalar con alfileres, exprimir o desmembrar, es decir este tipo de materiales de juego permite trabajar las emociones, pulsiones o deseos internos y reprimidos de la o el pequeño.

Es necesario considerar que dentro de la Terapia de Juego Centrado en el Abuso Sexual, es probable que la o el menor no quieren hablar sobre el abuso o el ofensor, por reticencia, en este caso el terapeuta les puede invitar a hacer una lista de cosas "buenas" o "malas" del ofensor, cosas que le gustan y que no le gustan de su familia, o completar ideas tales como "soy bueno por que", "que puedo hacer para que no me lastimen", "a quien le digo cuando estoy preocupado", etc. lo anterior es un método de aproximación al área de conflicto, y que ayuda a que la o el menor puedan exteriorizar el abuso. Al respecto Black, C., y DeBlasie, R., (1997), fundamentan que los niños víctimas de abuso sexual son más reticentes que las niñas a contar el abuso, aunque la sintomatología presentada es igual en ambos, lo anterior para mencionar que en el tratamiento para varones es de gran ayuda una total aceptación por parte del terapeuta y una orientación sexual adecuada, científica, manejando herramientas útiles frente a la negación, esclareciendo dudas y temores infundados acerca de una probable homosexualidad, como consecuencia de la agresión.

Por otra parte, existe la técnica llamada Métodos de Acción, donde el terapeuta trabaja en busca de que la niña o niño llegue a la dramatización en el juego, es decir a la representación del conflicto con una imagen de poder y control, con el fin de proporcionar poder y autoridad a la o el menor, con este trabajo se logra disminuir en ellos la sensación de incapacidad e impotencia, por ejemplo, por medio de un disfraz o una máscara de algún héroe y representando un papel de héroe, la niña o niño practica el dominio sobre sus miedos, temores, e incapacidades, esto también lo puede practicar en casa.

Otra herramienta dentro de la Terapia de Juego centrada en el abuso sexual para infantes es la Catarsis, donde el terapeuta busca que la niña o el niño describan los detalles del abuso, también se trabaja para que expresen sus sentimientos relacionados con el abuso; donde el terapeuta puede trabajar para que la o el menor incluyan "escenas de recate", por medio del dibujo y la escritura, esto para que desarrollen una imagen de una persona poderosa y que posteriormente harán propio el poder y control. Para lo anterior, resulta de utilidad el uso de grabaciones en video, permitiendo grabar el drama bajo el método de acción más vivida, es decir, cuando quiera verse así mismo varias veces en el rol de poderoso rescatador, le servirá para asimilar y reforzar el mismo mensaje.

Es de importancia hacer notar, que el terapeuta debe trabajar buscando que la o el menor desarrollen el poder y control en sí mismos, esto se logra cuando se ponen en contacto con sus propias fuerzas, creando un ambiente de seguridad, haciendo que identifiquen un héroe, luchando con sus miedos, usando la creatividad en el uso de las herramientas de terapia, tratando con la culpa y la vergüenza que en ellos aqueja, respetando el ritmo de avance en terapia de cada niña o niño.

Para que la Terapia de Juego Centrada en el Abuso Sexual a Infantes tenga éxito, se deben tomar en cuenta ciertos aspectos, como por ejemplo, que el terapeuta debe estar atento a todo lo que la o el menor le transmitan, es decir a una comunicación visual y sensorio-motor, a señales no verbales, y que esto se logra según Stith, S., Williams, M., y Rosen, K., (1992); con el establecimiento de un buen rapport, donde se crea un lenguaje simbólico común, en el que, la niña o niño ya es competente y emplea con gran comodidad, estableciendo la comunicación y validación de dibujos, juegos, utilizando marionetas y otras representaciones, y que el terapeuta debe aprender a interpretar. También que parte del trabajo terapéutico es buscar la separación del "yo" de la niña o niño, buscando la re-experiencia traumática, mediante la objetivación, por ejemplo; la niña o niño al hacer un dibujo, trabajar con arcilla, o disponer de marionetas o muñecas para representar la experiencia de abuso, permite y precipita o convierte en concreto aquello que ha estado escondido, aunque solo lo experimenta de manera subjetiva, pero se obtiene revivir la experiencia. En otras palabras si la experiencia "mala" puede ser objetivada de manera segura fuera de la o el menor, entonces los mecanismos de autoprotección como la negación, la culpabilización y el olvido dejan de ser necesarios. Así mismo, que el terapeuta debe proporcionar las oportunidades para representar o reconstruir simbólicamente la situación abusiva y sus efectos comunes, por ejemplo las reacciones agresivas de los miembros de la familia, y la culpabilidad. Siendo el siguiente paso crucial, dentro de la Terapia de Juego Centrada en el Abuso Sexual, donde la niña o niño utiliza el instinto normal, para representar acontecimientos una y otra vez, es decir la repetición dentro del juego, hasta que la niña o niño logra una sensación de "dominio" sobre ellos.

Estas autoras citan, que dentro de Terapia de Juego Centrada en el Abuso Sexual, el propósito de que la niña o niño reconstruya simbólicamente acontecimientos pasados, es que estas representaciones crean "objetos transaccionales", con significados y permiten a la o el menor predecir y experimentar control ante experiencias dolorosas o angustiosas. El paso de transformación requiere la participación activa del terapeuta ayudando a la niña o niño a crear representaciones visuales o físicas de recursos a los que pueden recurrir en busca de ayuda y protección. Estos recursos pueden ser internos, o es posible que representen personas reales como alguna figura parental, a algún profesor, etc., que ahora son capaces de ayudarlos cuando los necesiten. Por último, el empleo de una variedad de métodos y materiales no verbales, contribuyen a alcanzar la meta final de la terapia, que es la construcción de una nueva realidad en la vida presente de la o el menor y generar el nuevo crecimiento de comportamiento cognitivo y funcional, en el presente retardado o bloqueado a consecuencia del abuso sufrido.

Stith, S., Williams, M., y Rosen, K., (1992), refieren una serie de técnicas básicas que se pueden emplear para lograr los objetivos anteriores:

De entrada el terapeuta debe informarse sobre los detalles del incidente de la o el menor abusado, debe tomar en cuenta el contexto familiar, y otros datos, para que en el momento o en sesiones futuras en el cuarto de juego, obtenga la interpretación de las representaciones que la niña o niño hagan en el dibujo, en arcilla o en los juegos. Así mismo, mediante el material de juego y de dibujo, el terapeuta debe estimular la expresión de deseos y necesidades, mediante su plasticidad y ausencia de usos definidos, como por ejemplo, el utilizar la arcilla o un trozo de cuerda o trapo, permite que el niño o niña trabaje más con la imaginación, que cuando juega por ejemplo, con un coche. También el terapeuta debe estimular aquellos sentimientos relacionados con el abuso y la victimización, que se encuentran reprimidos, que son más difíciles de abordar como por ejemplo, la rabia, el temor y la culpabilidad.

Se puede dar el caso de que, la niña o niño en lugar de dibujar, solo sea capaz de hacer garabatos, pero estos, tienen un significado para ellos y pueden ayudarles a contar una historia, a realizar una descripción verbal sencilla, por lo cual no se le debe restar importancia a ningún trabajo realizado por la o el menor. También, aunque solo sean garabatos en lugar de dibujos, estos pueden ser representaciones de un todo, mezclando presente, pasado y futuro, que dentro del proceso terapéutico significa un progreso.

El dibujo en la fase inicial de la Terapia de Juego, permite establecer la confianza, y puede incluir el dibujo de él mismo y de la propia familia, a las niñas o niños mayores el terapeuta les puede pedir que se dibujen en el presente y en el pasado. El terapeuta puede utilizar los dibujos para explicar a los padres la realidad de la niña o el niño, también se le puede pedir a la o el menor una extensión natural e importante del dibujo, es decir hacer que imaginen y pretendan ser el dibujo y que actúen o hablen, de esta forma el terapeuta puede explorar los sentimientos de la o el menor. En el dibujo la niña o el niño pueden representar los "malos" sentimientos, objetivándolos y realizando alguna acción contra aquellos, también se les puede pedir que anexen palabras a la imagen u oralmente, en el caso de niñas o niños mayores escribiendo sobre el dibujo. El trabajo del terapeuta incluye ayudar a expresar los sentimientos representados en los dibujos, también puede pedir a la o al menor que dibujen un problema, después, les puede pedir que dibujen cómo aparecería esa situación si todo fuera mucho mejor, y por último, les pide que imaginen y dibujen algo que ayude a que el dibujo primero se convierta en el segundo, lo anterior para que las víctimas desarrollen ideas de cambio y poder en sí mismos para lograrlo. Por ejemplo, puede ser que una niña o un niño dibuje a un padre ausente que haría que todo fuera mucho mejor, si estuviera presente, lo cual refleja su necesidad de contar con una figura fuerte y protectora, esto le puede ayudar al terapeuta y buscar alianzas con el cuidador, para buscarle juntos una persona que puede asumir ese rol.

Por otra parte, la utilización de arcilla en la Terapia de Juego Centrada en el Abuso Sexual, requiere que la o el menor hagan algo, creen formas o expresen acciones. Cuando se tienen desconectados los sentimientos y las experiencias corporales, por disociación o fragmentándose en más de un "yo" como mecanismo de defensa, el trabajo terapéutico con arcilla permite volver a acceder a aquellas experiencias físicas, recuerdos desagradables y sentimientos que hayan sido cuidadosamente apartados, como por ejemplo, la experiencia de abuso sexual, y donde el trabajo con arcilla da libertad al individuo para hacer algo y

después por ejemplo, "aplastarlo", etc., que permite que las y los menores trabajen sus conflictos. Por lo tanto, en el trabajo terapéutico con arcilla, el terapeuta puede pedir a las víctimas que hablen como si ellos fueran los objetos que construyeron con arcilla, explorando y trabajando con los sentimientos emanados, de lo que representen.

Existen otras herramientas, objetos, materiales y juguetes con los cuales se puede trabajar dentro de la Terapia de Juego Centrada en el Abuso Sexual, así como estrategias de afrontamientos, que les permiten a niñas o niños víctimas, dominar el trauma y el abuso sufrido. La Terapia de Juego ayuda a descargar emociones, reduciendo niveles de ansiedad y ofreciendo la oportunidad de tener una experiencia más consciente, explorar y comprender límites, controlar la agresión, mediante el encuentro con acciones simbólicas seguras, que permitan expresar la rabia y la hostilidad, hacia el agresor, hacia la familia, y hacia la experiencia de abuso. También el empleo de animales o marionetas de peluche, en la Terapia de Juego, permite que sea otro quien hable de lo prohibido o peligroso y quien realice acciones que la o el menor, le son prohibido expresar. Entonces la Terapia de Juego Centrada en el Abuso Sexual infantil, permite objetivar de forma segura la acción del trauma y los sentimientos asociados, que la o el menor necesitan expresar y que tras el tratamiento podrán sanar. El terapeuta debe permitir que las y los menores puedan llevar su juguete favorito al cuarto de juego y después lo pueden utilizar como recurso interno de la o el menor.

Stith, S., Williams, M., y Rosen, K., (1992), mencionan que las víctimas infantiles de abuso, necesitan de un periodo de juego no directivo, antes de iniciar las sesiones más estructuradas o directivas, dentro de la Terapia de Juego Centrada en el Abuso Sexual, y que estas sesiones de juego libre pueden contribuir a la evaluación de las preocupaciones de la o el menor y de su nivel de desarrollo, e introducir a la niña o niño en el juego y en los materiales de dibujo, promoviendo la empatía con el terapeuta.

Baraldí, C., (1999), propone la Terapia de Juego Grupal, para el tratamiento a víctimas de abuso sexual, siendo esta una herramienta liberadora y terapéutica, donde las niñas o niños pueden reunirse con otros pares a jugar, experimentar, recrear, compartir, representar, aprender, buscar, etc., así el terapeuta debe poner significado y atención a su hacer, su jugar, a su decir, a su cuerpo, los juegos elegidos y los creados, los materiales que usan o descartan, los colores que utilizan, para qué y cuando, los momentos de producción y destrucción. En dicho trabajo Grupal, las y los menores pueden encontrar y perderse, generar y derribar, intentar y dejarse, imitar y transformar, romper y reparar, hacer y deshacer, para volver a hacer una y otra vez. Por lo cual, es un medio transicional, desde donde pueden agenciarse de posibilidades para vivir sus propias vidas, es un espacio transferencial-transicional, siendo ellos los creadores de ese espacio, que puede ser un entrenamiento o ensayo, por que el hacer una y otra vez, es una renuncia a la satisfacción pulsional que puede reelaborarse, y a través de todo este proceso encontrar las curas a sus sentimientos y malestares emocionales.

El presente trabajo recomienda la Terapia de Juego, como una técnica complementaria en el tratamiento a víctimas de abuso sexual infantil, por las ventajas que representa al establecer un nivel de comunicación acorde a la edad de la o el menor y considerando que el juego permite un trabajo terapéutico reestructurador. Así mismo, en este trabajo se reconoce el

valor que posee el juego, ya que desde su naturaleza, el juego es trabajo que el infante realiza, que tiene su especificidad, su lógica y su finalidad, y que si el juego se interrumpe, puede ser por que no le convence el personaje a protagonizar o por que dicho convencimiento en algún punto se torna insoportable e irrumpe la angustia que intentaba metabolizar, en el juego se escenifican síntomas, con la repetición se instala en la trama transferencial, que permite el trabajo elaborativo, donde la niña o niño repite para volver a lo mismo de otra manera, hace activo lo que sufrió pasivamente, dando ocasión a la elaboración de múltiples situaciones traumáticas o conflictivas. A través del juego la niña o niño puede apropiarse de sus conflictos y subretivarlos, donde la escena lúdica permite el despliegue fantasmático, es decir la transferencia, donde el reto del terapeuta será promover la cura de un padecimiento, Baraldi, C., (1999)

Por otra parte, después de ver algunas alternativas de tratamiento a víctimas de abuso sexual infantil, se puede concluir que no hay una terapia o tratamiento único que satisfaga todas las necesidades de la niña o niño víctima de abuso sexual y su familia, tras la revelación, si no, es necesario tomar en cuenta que las diferentes modalidades y agrupamientos terapéuticos se complementan unos con otros y, el trabajo o avance terapéutico a menudo depende del progreso en un área que conduce a su continuación en otra. Por lo cual, es importante que los profesionales en abuso sexual infantil consideren la gama de tratamientos existentes para el trabajo de dicha problemática

Para concluir, se debe considerar que el trabajo con víctimas de abuso sexual infantil, no puede llevarse a cabo por un profesional aislado, requiere de consultas con otros profesionales, es decir a través de la supervisión y apoyo de pares, se llega a una discusión y acuerdos, y con ello estar en guardia, contra el peligro de una reacción emocional inadvertida y sin procesar, tanto en las víctimas como en sus familiares.

CONCLUSIONES

Del análisis hecho al material bibliográfico revisado, podemos concluir lo siguiente:

Un factor central en la comisión de abusos sexuales a niñas y niños, es por que los agresores ganan poder y control en la humillación y en detrimento de las víctimas, propiciado por un sistema de dominio masculino y de obediencia infantil, así mismo hay elementos que facilitan estos delitos como lo es, la falta de protección y atención de los cuidadores, ocasionando que niñas o niños sean vulnerables a este tipo agresiones. En los casos de incesto, la falta de comunicación dentro de la familia, el mantenimiento de roles confusos y la violencia intrafamiliar, propician el abuso sexual, donde, por lo regular los responsables son los progenitores, muchas veces por que se encuentran ausentes, por que trabajan, por que están incapacitados, enfermos, o son alcohólicos, así mismo, existe una pobre supervisión en las y los menores.

La mayoría de las niñas y los menores son abusados sexualmente, por que se ven sometidos ante el agresor, por que este, es una figura adulta o de autoridad, por lo cual, una medida para combatir los abusos sexuales, es que la familia fortalezca la capacidad en la niña o el niño, de expresar abiertamente sus necesidades, deseos, así como de su sexualidad, enseñándoles que los adultos no son la autoridad absoluta, por lo tanto se les puede cuestionar cuando no tienen la razón, es decir, la familia debe buscar mantener abiertos los canales de comunicación dentro de la misma. De hecho, después del ataque la víctima sufre por guardar el "secreto", y el silencio la lleva a sufrir más, sin embargo, si existiera la confianza y seguridad de poder tratar el tema con su familia, esto, le permitiría superar mejor el abuso sufrido.

También, en la literatura revisada se encontró que dentro de las consecuencias del abuso sexual infantil, se encuentran la alteración o trunque de un desarrollo sano en las víctimas; ya que las teorías del desarrollo infantil mencionan la importancia de la satisfacción de las necesidades en una o un menor, y que ambos progenitores deben proporcionar, para que niñas y niños tengan un desarrollo óptimo, como lo es cubrirles sus necesidades básicas de alimentación, seguridad y protección, así como de darles afecto y cariño, propiciando en ellos la confianza, seguridad, e independencia. Por lo anterior, los cuidadores deben ser responsables y guías hasta que las y los menores puedan tener control de sus propias vidas, remarcando que la o el menor merecen y necesitan permisividad, libertad, confianza y respeto, para que puedan abrirse camino hacia una independencia. Y considerado que el abuso sexual a las y los menores significa una agresión física, psicológica y mental, ocasionando que las víctimas desarrollen inseguridad, temor, vergüenza, culpabilidad y dependencia, además pueden desarrollar conductas agresivas, como: precocidad sexual, acting out sexual, dificultades para dormir, como pesadillas que a menudo tienen contenido sexual violento, regresiones, como enuresis, masturbación compulsiva y excesiva, incitando el juego sexual con pares, tratando de insertar los dedos u objetos en el ano u otras partes del cuerpo de sí mismos y/o de otros menores, también pueden cometer abuso sexual con animales, pueden presentar conductas agresivas, antisociales, como problemas para concentrarse, fobia a la escuela, con intentos de escapar o huir de casa, así como intentos o comisión del suicidio, y que posteriormente tras el paso del

tiempo pueden incrementar su agresión hacia las figuras parentales y/o otros, así mismo pueden aumentar los signos del abuso.

La intensidad del trauma sufrido por la o el menor a partir del abuso sexual, depende de varios factores como: el sexo del agresor, la cercanía en la relación entre el abusador y la víctima, la duración del abuso, la edad de la víctima cuando es agredida y principalmente la severidad del abuso, es decir la agresión ejercida por el abusador significa un dominio y control sobre la o el menor, despertando en estos últimos sentimientos de vulnerabilidad e impotencia ante el adulto agresor. Siendo esencial citar que, para abusar de una o un menor no se necesita mucha fuerza, basta con el poder moral y emocional, así como el control que representa una o un adulto sobre una o un menor.

Los efectos a largo plazo en hombres y mujeres que sufrieron abuso sexual en la niñez, y que no recibieron el tratamiento adecuado y oportuno, pueden ser la depresión, intentos de suicidio, disturbios en las relaciones interpersonales por inhabilidades, dificultades en la escuela, poca habilidad social, preocupación por la actividad sexual, que puede incluir masturbación compulsiva, conducta regresiva, paranoias, conductas fóbicas, pobre autoimagen corporal y baja autoestima, abuso de sustancias tóxicas, síntomas del desorden de stres postraumático, represión, o negación del conflicto, con repercusiones en la vida sexual y afectiva adulta. Por otro lado, en varones que fueron víctimas de abuso sexual infantil, es común la preocupación y la confusión en cuanto a su identidad y orientación sexual, ya que hay el prejuicio de que ese varón que vivió un abuso por otro varón, eso lo convierte en homosexual, cosa que no está comprobada científicamente.

El presente trabajo fundamenta a través de sus capítulos que la Terapia de Juego es una herramienta valiosa en el tratamiento a víctimas de abuso sexual infantil, por lo tanto se logró el objetivo propuesto, ya que la revisión de bibliografía sobre el tema se constató que la Terapia de Juego es una técnica que facilita el establecimiento de una buena relación entre terapeuta y niña o niño, dirige el tratamiento, ya que le permite a la o el menor exteriorizar el conflicto de manera simbólica, es decir permite la reexperimentación, donde pueden traer a la superficie sus temores, ansiedades, culpas, y miedos, que difícilmente enfrentarían conscientemente, y que gracias a la dramatización y la repetición dentro del juego, las víctimas trabajan y elaboran sus conflictos y sentimientos internos, sin que tengan que enfrentarse física y directamente al agresor o a la experiencia misma de abuso. Mencionando que dicha terapia resulta exitosa, siempre y cuando estén cubiertas las necesidades básicas y de protección de la niña o del niño, es decir, antes de iniciar el proceso terapéutico deben de estar cubiertas ciertos aspectos en la o el menor, como, que se encuentren en un hogar seguro, bajo la custodia de adultos de confianza, que el abuso se haya terminado, y que si existen necesidades médicas, sean atendidas. Así mismo, que estén cubiertas sus necesidades básicas de alimentación, higiene, educación, vivienda y vínculos afectivos.

Por otra parte, se propone que tanto las víctimas de abuso sexual infantil, como sus familiares directos, principalmente sus progenitores no agresores, reciban tratamiento en Terapia Individual, y posteriormente en Terapia Familiar, donde el terapeuta pueda considerar la posibilidad de auxiliarse mediante varios técnicas como son: la Terapia Grupal, los Rituales, la Terapia de Juego Individual y/o Grupal, Ideas dominantes e

inhabilitantes. Así mismo, se discuten las diferentes propuestas de tratamiento a víctimas de abuso sexual infantil, fundamentando la importancia de que la o el menor agredido reciban la atención y el tratamiento en Terapia Individual utilizando la técnica de la Terapia de Juego enfocada hacia el abuso sexual, por que está, es la más completa para tratar los sentimientos y emociones desarrollados o potenciados a partir de la agresión, y que pueden incluir, ira, temor, ansiedad, miedo y confusión, así como la autoagresión, sexualización y otras conductas. Proponiendo que los diferentes tratamientos son complementarios para la recuperación de las víctimas y su familia.

En el proceso terapéutico con víctimas de abuso sexual infantil, es importante considerar que la aceptación incondicional de la víctima por parte del terapeuta y que este, le crea todo lo que la víctima dice, para orientar el tratamiento con éxito, y que el establecimiento de estos aspectos, es facilitado dentro de un espacio físico, llamado cuarto de juego. También hay que considerar que la negación de la víctima no permite esclarecer dudas y avanzar en el proceso terapéutico, principalmente por que la víctima y su familia desarrollan temores, y ante la negación el terapeuta debe trabajar para buscar la revelación, y de ahí a la reexperimentación, para que las víctimas trabajen y elaboren el conflicto. Aclarando que la información sexual que proporcionará el terapeuta será acorde a la edad de la víctima, por lo tanto el terapeuta debe utilizar conceptos muy sencillos, definiciones y descripciones claras sobre el cuerpo, sobre los genitales y sus nombres correctos, la descripción del abuso, con miras a que la víctima trabaje en la revelación del abuso sexual, y después al presentarse los cambios emocionales como la ira, la tristeza, incluso la depresión, se trabajen mediante el proceso terapéutico del Juego, ahí, se deben incluir aspectos de la culpa y la victimización, la impotencia y el miedo, la inseguridad y la autoestima, ya que si se guarda en secreto todo esto, el daño es mayor, y con consecuencias a largo plazo.

Es importante mencionar que la Terapia de Juego Enfocada hacia el Abuso Sexual, le permite al terapeuta una comunicación adecuada a la edad de la o el menor, estableciendo una relación óptima, en busca de un encuentro de la niña o el niño con sus sentimientos reprimidos hacia la experiencia del abuso, hacia el ofensor y sus cuidadores, logrando que trabajen y elaboren el conflicto, mejorando sus capacidades para manejar sus sentimientos. Por lo cual, la Terapia de Juego es una forma conveniente y no agresiva para que niños o niñas saquen a flote sus sentimientos y hostilidades, donde el terapeuta trabaja en busca de una salud mental y sexual, así como de una modificación cognitiva conductual.

La Terapia Familiar es crucial, mas cuando hay apoyo de los padres no agresores, donde el terapeuta debe trabajar para crear una alianza con tales, fomentando roles adecuados en la familia y principalmente induciendo respeto hacia la o el menor, disolviendo el abuso, rehabilitando, haciendo funcional la familia, esto se logra cuando el terapeuta trabaja para dar modelos de conducta apropiados a la madre, al padre, y a las hijas e hijos, ventilando los efectos del abuso sexual, enseñando técnicas de reducción de ansiedad, elevando el autoestima en los integrantes de la familia, dando soporte social y alternativas de relacionarse con otros adecuadamente, donde se debe atribuir la responsabilidad al agresor, exponiendo la conducta del ofensor como abusiva, especialmente cuando jugo un papel

importante dentro de la familia y en el abuso, con este trabajo terapéutico se logra reconstruir las capacidades y eficiencias de los integrantes de la familia, incrementando sus capacidades en sus conductas. Dentro de la Terapia Familiar el terapeuta trabaja explorando el significado del abuso sexual, tanto para las víctimas, como para la familia, en términos de la sexualidad, y por ello, le permitirá dar información sexual acorde a la edad de la víctima.

Concluyendo que no existe un tratamiento terapéutico único para víctimas de abuso sexual infantil, si no diferentes modalidades con diferentes enfoques, pero estos deben ser centrados y especializados en el Abuso Sexual, siendo útiles, por que se complementan unos con otros. Así mismo, la elección de un tratamiento adecuado, depende de la habilidad y conocimiento especializado del terapeuta, así como de su sensibilidad y empatía, por ejemplo: para el uso de la Terapia de juego, y para dirigir las diferentes técnicas, el terapeuta debe tomar en cuenta el contexto social, cultural y familiar que rodean a la víctima, y establecer una buena relación con la o el menor, ya que de ello depende el éxito o fracaso de la terapia.

Por último, los profesionistas especializados e interesados en el tratamiento a víctimas de abuso sexual infantil, deben considerar que dentro del desarrollo infantil se encuentra el Juego, y que éste, permite al niño o niña desarrollar habilidades físicas, descubrir lo que es "yo" y "no yo", entender las relaciones, experimentar e identificar emociones, practicar roles, explorar situaciones, aprender, relajarse, divertirse, representar aspectos problemáticos y adquirir dominio sobre ellos, es decir el juego permite una comunicación simbólica, que actúa como un puente entre el conocimiento consciente y las experiencias emocionales, abarcando lo misterioso, lo brillante y lo práctico de la vida cotidiana. Si existe la posibilidad de explorar los sentimientos y emociones de la o el infante a través del juego, entonces, es asertivo trabajar con esta herramienta que nos permite el tratamiento adecuado a víctimas de abuso sexual infantil.

Para cerrar el presente trabajo, queremos hacer una invitación a la reflexión de los lectores en general, acerca del carácter agresivo del abuso sexual infantil, y por ende las serias consecuencias que se desprenden de tal, por lo cual deberíamos enfocarnos en la prevención, ya que los adultos y las adultas tenemos la capacidad de evitar los daños, en lugar de reparar sus efectos. Por otra parte, recomendamos a futuros terapeutas de niños y niñas víctimas de abuso sexual, se adapten a la peculiar condición de sus pacientes, que agreguen a su actitud y preparación terapéutica una segunda, la pedagógica, que les permita comprender y criticar las influencias educativas a las que están sometidos culturalmente los infantes. Así mismo, un buen terapeuta infantil, debe apoyarse en varias técnicas como el sueño, las fantasías, el juego, los rituales, el dibujo, para la evaluación y el tratamiento de las y los pequeños, ya que estas y estos son más afines a la acción, que al lenguaje, debiendo tomar en cuenta la situación exterior e interior de la niña o niño en particular, no olvidado que él, como profesional necesita del apoyo de pares y del contacto con un equipo interdisciplinario. Es importante remarcar que cualquier apoyo psicológico a víctimas de abuso sexual infantil, necesita de uno paralelo a los padres, ya que la actitud de estos hacia sus hijas e hijos, o hacia el tratamiento, influye en el avance terapéutico.

BIBLIOGRAFIA

- Axline, V. (1975). Terapia de Juego. México: Diana.
- Bally, G. (1958). El juego como expresión de libertad. México: Fondo de Cultura Económica.
- Baraldi, C. (1999). Jugar es cosa seria. Rosario: Homo Sapiens.
- Békei, M., (1992). Trastornos Psicosomáticos en la niñez y la adolescencia. (4a. Ed.) Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Black, C. y DeBlasie, R. (1997). Sexual abuse in male children and adolescents: Indicators, effects and treatments Counseling & Values, 42-41-55.
- Blume, E. (1990). Secret Survivors, uncovering Incest and its aftereffects in women. New York. Wiley.
- Brownmiller, S. (1981). Contra Nuestra Voluntad, hombres, mujeres y violación. España: Planeta, S.A.
- Burgess, A. (1985). Rape and Sexual assault. New York: Garland Publishing.
- Campoy, A. (1997). Un programa de intervención desde una perspectiva psicodinámica: la hora de juego. Klemiana: Universidad de Jaén.
- Cazorla, E., Samperio, F. y Chirino, I. (1992) Alto a la Agresión Sexual. México D.F.: Diana
- Cohen, J. y Mannarino, A. (1998). Intervention for sexually abused children: Initial treatment outcome findings. Child Maltreatment, 3, 17-31.
- Coon, D. (1999). Psicología, Exploración y Aplicaciones. (8a. ed.) México. International Thomson Editores.
- Craig, G. (1994). Desarrollo Psicológico. (6a. Ed.) México. Prentice Hall.
- De la Garza, J. y Díaz, E. (1997). Elementos para el estudio de la Violación Sexual. Salud Pública Méx. 39, 539-545.
- Díaz, V. (1997). El juego y el juguete en el desarrollo del niño. México: Trillas.
- Dolto F., y Nasio, J. (1992). El niño del Espejo, el Trabajo Psicoterapéutico. (2a. Ed.) Barcelona: Gedisa.
- Durrant, M. y White, C. (1993). Terapia del Abuso Sexual. Barcelona España: Gedisa.
- Erikson, E. (1976). Infancia y Sociedad. (6a. Ed.) Buenos Aires: Ediciones Hormé.
- Finkelhorn, D. (1980). El Abuso Sexual al menor. México: Pax-Mex.
- Franco, H. (en prensa). Abuso sexual en niños. Colegio de Pediatras del Estado de Sonora, AC, 14.
- Freud, A. (1977). Psicoanálisis del Niño. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Freud, S. (1976). Tres Ensayos de Teoría Sexual. Obras Completas de Sigmund Freud (Vol. 7, pp.1901-05) Buenos Aires: Amorrortu Editores, S.A.
- Freud, S. (1980). El horror al incesto. Obras Completas de Sigmund Freud

- (Vol. 3, pp.1913-14) Buenos Aires: Amorrortu Editores, S.A.
- Glaser, D. y Frosh, S. (1997). Abuso Sexual de Niños. Argentina: Fundación Familia y Comunidad Paidós.
- Hartley, R., Frank, L. y Goldenson, R. (1965). Como comprender los juegos infantiles. Buenos Aires: Ediciones Hormé, S.A.
- Krivaeska, J. (1994). Child Sexual Abuse: Cause and effects. A social constructionist view. Journal Of Sex Research, 31.-157-159
- La Fontaine, J. (1990). Child sexual Abuse. Gran Bretaña: Prensa Constitucional.
- Landreth, G. (1993). Child-centered Play Therapy. Elementary School Guidance and Counseling, 28,-17-30.
- Linaza, J. y Maldonado, A. (1987). Los juegos y el deporte en el desarrollo psicológico del niño. España: Anthropos Editorial del Hombre.
- MacCarthy, B. (1990). Treatment of Incest Families: A Cognitive Behavioral Model. Journal Of Sex, Education and Therapy, 2.-101-114.
- Maier, H. W. (1971). Tres Teorías sobre el Desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears. Buenos Aires: Amorrortu Editores S.A.
- Millar, S. (1972). Psicología del juego infantil. Barcelona: Fontanella, S.A.
- Myers, D. (1999). Psicología (5a. ed.) Madrid España: Medica Panamericana, S.A.
- Neidigh, L. y Tomiko, R. (1991). The Coping Strategies of Child Sexual Abusers. Journal Of Sex Education and Therapy 17(2),103-110
- Paolucci, E., Genuis, M. y Violato, C. (2001). A Meta-Analysis of the Published Research on the Effects of Child Sexual Abuse. Journal of Psychology, 135,-17-36.
- Pérez, V. (2001). Abuso Sexual Infantil: una documentación para su tratamiento. Tesis no publicada. Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Perrone, R. y Nannini, M. (1997). Violencia y abusos sexuales en la familia. Buenos Aires- Paidós.
- Piaget, J. (1981). Seis Estudios de Psicología. Seix Barral, S.A.
- Piaget, J. (1986). La formación del símbolo en el niño. México: Fondo de Cultura Económica.
- Piaget, J. e Inhelder, B. (1984). Psicología del niño. (12a. ed.) Madrid. Ediciones Morata, S.A.
- S.A. El Abuso Sexual a los niños. (1998). American Academy Of Child E. Adolescent Psychiatry, (9).
- Sanz, D. y Molina, A. (1999). Violencia y Abuso en la Familia. Buenos Aires. Lumen Humanitas.
- Spitz, R. (1969). El primer año de vida del niño. México: Fondo de Cultura

Económica.

Stith, S., Williams, M. y Rosen, K.(1992). Psicosociología de la violencia en el hogar. Henao, Bilbao: Desclee de Brouwer, S.A.

West, J. (1996). Terapia de Juego Centrada en el niño.(2a. ed.) México: Manual moderno.

Winnicott, D. (1982). Realidad y Juego. Buenos Aires: Gedisa Mexicana, S.A.

Winnicott, D. (1993). La naturaleza Humana. Buenos Aires: Paidós.

Wolff, S., (1997). Trastornos Psíquicos del Niño: Causas y Tratamiento. (3a. Ed.) Buenos Aires: Siglo Veintiuno

**ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA**