U N I V E R S I D A D N A C I O N A L A U T O N O M A
D E M É X I C O

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"

"MANEJO DE EMOCIONES EN TERAPIA GESTALT DE GRUPO CON NIÑOS QUE HAN SUFRIDO ABUSO SEXUAL"

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TITULO
DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:

MAGAÑA NÚÑEZ DIANA LAURA

DIRECTOR: MTRO. FERNANDO GONZÁLEZ AGUILAR.

MÉXICO, D.F. OCTUBRE 2006.

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

Somos culpables de muchos errores y faltas,
pero nuestro peor crimen
es el abandono de los niños
descuidando la fuente de la vida.
Muchas de las cosas que necesitamos
pueden esperar. El niño no.
Ahora es el momento en que sus
huesos se están formando, su sangre
se está haciendo
Y sus sentidos se están
desarrollando
A él no podemos contestarle
"Mañana"
Su nombre es "hoy".

Gabriela Mistral
Escritora chilena.

Al suricato con especial cariño.

AGRADECIMIENTOS.

En esta parte me gustaría agradecer a las siguientes personas:

A Dios:
Primero a él. Por darme la vida y por haberme regalado con ella la familia que tengo. GRACIAS infinitas por haberme enviado ángeles en cada momento y etapa de la vida en que los necesité.

A mis más grandes ángeles Abu y Elo.
¿Qué podría agradecerles que ustedes no supieran que me han dado? Gracias por la vida, gracias por tomarme de la mano y no dejarme caer en los momentos más difíciles, gracias por su incondicionalidad. Por sus desvelos, gracias infinitas por existir y estar conmigo GRACIAS.

A mis hermanos:
Tia Tol, Tio Apo, Tio Jaché y a Miguel. Gracias porque en algún momento contribuyeron de diversas formas para que realizara este sueño. GRACIAS.

A mis sobrinos:
Michael, Fátima, Lupita y Salma. Por permitirme verlos crecer y compartir sus juegos, por aprender de ustedes en cada momento. Gracias Ian porque sé que nos acompañas siempre. GRACIAS.

A mi nueva familia:
Gloria Monroy, Rafael Gallardo, Rafa, Lucy, Andrea, y Rafita por haberme abierto las puertas desde siempre con una sonrisa GRACIAS.

A Silvia Sánchez Cruz, por haberme brindado su amistad durante el servicio social y fuera de este, por esas horas de contención y apoyo incondicional GRACIAS.

A todos los niños:
En especial los que estuvieron presentes en los grupos de terapia durante mi servicio social. Haber estado con ustedes me llenó como profesionista y como persona GRACIAS.

A todos los profesores que fueron mis maestros en la FES Zaragoza.

A mis sinodales:
Blanca Barcelata, Manuela Alarcón, Edgar Pérez y Pedro Vargas por sus grandes contribuciones para la mejora de este trabajo. Respetuosamente GRACIAS.

A mi asesor Mtro. Fernando González Aguilar:
Porque más que un maestro te convertiste en mi amigo, en mi más sincero crítico. Gracias por las charlas posteriores a cada revisión. Por tolerar mi necedad sin dejar de hacerme ver cuando estaba equivocada GRACIAS INFINITAS.

A todas las personas que no menciono y estuvieron en algún momento de mi vida en que las necesité GRACIAS.

A ti Ulises:
Si hay alguien a quien tenga que agradecer es a ti, por que nunca has dejado de estar para mi, por tu entrega, por tu apoyo, por tu tiempo, por tu cobijo. Porque contigo descubro cada día que la felicidad no sólo es un momento, sino un continuo de momentos que nos acompañan cada día que estamos juntos y sobre todo gracias por tu amor. Eternamente GRACIAS.

Gracias a la UNAM:
Especialmente a la FES ZARAGOZA por haberme abierto sus puertas y otorgado sus valores y haberme dado una formación centrada en lo humano como eje de nuestra vida y profesión MIL GRACIAS.

INDICE

RESUMEN.....1

I. INTRODUCCIÓN.....2

II. FUNDAMENTACIÓN.....5

2.1. Abuso sexual.

2.1.1. Diagnóstico general del problema.....5
2.1.2. Aspectos históricos y socioculturales.....11
2.1.3. Teorías psicológicas del abuso sexual.....18
2.1.4. Definiciones de abuso sexual.....24
2.1.5. Diferenciación del abuso sexual con otros delitos.....30
2.1.6. Perfil de la víctima.....36
2.1.7. Perfil del agresor.....39
2.1.8. Consecuencias del abuso sexual.....45
2.1.9. Prevención del abuso sexual.....51
2.1.10. Importancia del tratamiento psicológico y consecuencias de la falta de este.....59

2.2. Terapia gestalt de grupo.

2.2.1. Antecedentes de la terapia gestalt.....65
2.2.2. Terapia gestalt como tratamiento.....72
2.2.3. Conceptos teóricos y técnicas básicas en terapia gestalt.....77

2.2.4. Terapia gestalt infantil.....83
2.2.5. Terapia gestalt de grupo.....88
2.2.6. El cuerpo y las emociones en gestalt.....96
2.2.7. Manejo de emociones en terapia gestalt.....101

2.3. Programa de servicio social del Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA).

2.3.1. Antecedentes de la institución.....110
2.3.2. Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA).....110
2.3.3. Organización interna.....113
2.3.4. Recursos materiales.....115
2.3.5. Población atendida.....115
3.3.6. Actividades desarrolladas en el servicio social.....116

III. PROPUESTA DE METODOLOGÍA DE TRABAJO PARA EL CTA.....123

IV. CONCLUSIONES.....131

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....139

MANEJO DE EMOCIONES EN TERAPIA GESTALT DE GRUPO CON NIÑOS QUE HAN SUFRIDO ABUSO SEXUAL

RESUMEN

Dentro de las instancias que en México brindan ayuda a las víctimas de algún delito sexual se encuentra la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, específicamente el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA), en donde se realizó el servicio social. De esta experiencia surge la inquietud de retomar el tema del abuso sexual y atender el desequilibrio emocional en niños de 6 a 12 años que han sido víctimas de este delito. El contenido teórico abarca entre otros temas: la diferenciación del abuso sexual con otros delitos sexuales, sus consecuencias a corto y largo plazo, las teorías psicológicas que han surgido en torno al abuso sexual, así como la necesidad de su prevención y la importancia de su tratamiento. En este trabajo se enfatiza la perspectiva de la terapia gestalt de grupo para el manejo psicológico de esta problemática y se propone una metodología de trabajo para el CTA, utilizando la terapia gestalt de grupo con el fin de reestablecer el equilibrio emocional de los niños abusados sexualmente.

I. INTRODUCCIÓN

La problemática abordada en el presente trabajo trata del desequilibrio emocional en niños de 6 a 12 años que han sido víctimas de abuso sexual, delito que se considera un problema social de gran importancia. El abuso sexual tanto en nuestro país como a nivel internacional es cada vez más frecuente, no discrimina estrato social ni ámbito cultural. Las víctimas viven un fuerte conflicto emocional, en una lucha de no saber en que orden de importancia se encuentran sus emociones, mezcla de amor y odio, rencor y perdón, tristeza y alegría, miedo y valor, culpa y cólera etc. Es precisamente este conflicto emocional el que se trata, debido a que en la experiencia obtenida durante la prestación del servicio social de la carrera de psicología, en la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, específicamente el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA), se tuvo la oportunidad de trabajar con niños que sufrieron abuso sexual, que manifestaban (en los casos en los que los agresores eran sus padres, padrastros o algún familiar cercano de importancia para el niño) rencor, odio y coraje mezclados con tristeza por perder el vínculo al haber roto el silencio, miedo a que les volviera a ocurrir en caso de que tuvieran que seguir viendo al agresor, culpa por haber revelado lo sucedido y romper con la "unión" familiar, enojo por no merecerse lo que les hicieron, por sentirse desprotegidos teniendo familia y con necesidad de recuperar lo que perdieron: confianza en si mismos, disfrute de la infancia, confianza en su entorno y la familia que tenían.

Desde el punto de vista de la autora de esta tesina, la terapia gestalt de grupo es adecuada por diversas razones para el trabajo con las emociones generadas por una situación de abuso sexual. Por un lado brinda la oportunidad al terapeuta de moverse bajo un esquema de respeto con los pacientes en una relación Yo-Tú en la que los niños no son juzgados ni interpretados, con la apertura de poder tocar a los niños sin que esto implique una variable en el proceso terapéutico, en el que a partir del trabajo con sus emociones logran tener cambios a nivel de sus pensamientos y por lo tanto en su conducta, donde se les facilita un apoyo ambiental y sea a través de la expresión de sus emociones que logren su darse cuenta y así lleguen al auto-apoyo que es el objetivo de la terapia. La terapia gestalt recurre a una amplia gama de técnicas que favorecen el libre fluir de las emociones,

que incluye juegos, dibujos, psicodrama y ejercicios de relajación. No obstante cabe señalar que las técnicas por si solas no serían suficientes sin la intervención del terapeuta que puede contener a los niños siempre que sea necesario. Por otro lado, la terapia gestalt de grupo cuenta con la ventaja de que los niños pueden encontrar en sus iguales las redes de apoyo y empatía que no tendrían en una terapia individual y donde a su vez pierden la idea de que solo a ellos les sucedió la agresión y comparten con los otros niños las formas en que lo han podido superar.

El propósito de este trabajo consiste en plantear una metodología de trabajo que retoma la ya existente en la institución pero modifica y agrega nuevos elementos que en su aplicación ayudan a reestablecer el equilibrio emocional posterior al evento de agresión a partir de la terapia gestalt de grupo. Se considera que es a través de esta intervención, que los niños pueden superar el evento de abuso sexual abarcando el trabajo con las emociones de miedo, de culpa y enojo principalmente. De igual importancia es la evaluación de los cambios que se dan en el transcurso del tratamiento, así como trabajar en la misma terapia la prevención de un nuevo evento. Todo esto con base en la experiencia vivida durante la realización del servicio social en el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA) realizando actividades tanto de intervención como de prevención.

Trabajar con niños que fueron abusados sexualmente, permitió el análisis de la importancia que tiene el que reciban la ayuda necesaria preferentemente aprovechando al máximo el tiempo en cada sesión para que retomen el manejo de sus emociones, ya que este es un proceso largo, y que de realizarse adecuadamente el trabajo terapéutico, es de gran ayuda para su desarrollo emocional posterior, evitándose así la formación de trastornos a largo plazo.

Esta tesina se encuentra dividida en cuatro capítulos, el primero, corresponde a la presente introducción. El segundo incluye la fundamentación teórica. Esta a su vez, se divide en tres puntos: el primero abarca el tema del abuso sexual. Aquí se hace una revisión del diagnóstico general del problema donde se retoman estadísticas que hay tanto a nivel nacional como internacional. Se mencionan algunos aspectos históricos. Se reseñan las

teorías psicológicas del abuso sexual. Se revisan algunas definiciones y se propone una por parte de la autora. Se señalan las diferencias y similitudes del abuso sexual con otros delitos. Se continúa con la revisión del perfil tanto de la víctima como del agresor. Posteriormente se presentan las causas y consecuencias del abuso sexual. y se analiza el tema de la prevención del abuso sexual. Para finalizar en este punto, se retoma la importancia del tratamiento psicológico así como las consecuencias de la falta de este. El segundo punto trata sobre la psicoterapia gestalt de grupo. Se hace un recorrido de sus antecedentes históricos. Se proporcionan algunos conceptos teóricos básicos en terapia gestalt, se presenta una revisión sobre la terapia gestalt infantil, y la terapia gestalt como tratamiento. Se finaliza con un análisis de la importancia del manejo de las emociones en la terapia desde este enfoque. La tercera y última parte de la fundamentación trata, de la realización del servicio social, donde se presentan los antecedentes históricos de la institución, así como su organización interna. Se comentan las actividades que fueron desarrolladas en el servicio, así como la población atendida.

En el capítulo tres se señala la necesidad de organizar una metodología de trabajo de atención a niños que sufrieron abuso sexual a partir de la terapia gestalt de grupo. Esta metodología se apega a lo ya existente en el CTA. Sin embargo, se agregan elementos que se consideran importantes para su aplicación. Tomando como punto de partida la labor realizada durante la prestación del servicio social

Finalmente el capítulo cuatro, incluye las conclusiones del trabajo dónde se revisan todos los aspectos que influyen en relación al abuso sexual y se comenta la importancia del tratamiento de las emociones para la recuperación de las víctimas.

II. FUNDAMENTACIÓN

2.1. Abuso sexual

2.1.1. Diagnóstico general del problema

El abuso sexual es un problema social que crece cada día, que supera lo que hasta ahora se ha escrito al respecto y que es más común de lo que se pudiera creer. En uno de los documentos revisados que arroja datos a nivel nacional e internacional, se encontró que el abuso sexual a su vez puede ser un antecedente para que se dé la explotación sexual infantil[1]. Así lo publica Azáloa (2002), en coordinación con el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), en su estudio "Infancia robada".

Los resultados de este estudio señalan que a la fecha de la publicación (2002), habría cerca de 16 mil niñas y niños víctimas de explotación sexual comercial en la República Mexicana, situación que puede agravarse como resultado de la naturaleza expansiva de la economía global, la extensión y permeabilidad de las fronteras norte y sur del país, así como de distintos procesos de cambio que causan impacto en el sistema familiar, debilitando los vínculos sociales y acrecentando los riesgos y los abusos sexuales para los menores de edad.

En este mismo estudio se publican datos a nivel internacional que aporta el UNICEF donde se calcula que tan sólo en los países del sur de Asia cerca de un millón de niños son sometidos a prácticas de explotación sexual mientras que varios cientos de miles se encuentran en condiciones semejantes en Europa, América Latina y África y calculó que cada año un millón de niños en todo el mundo pasan a engrosar las filas de las víctimas de este delito (Azáloa, 2002).

---

[1] Se comentan una serie de delitos que si bien no son especificamente abuso sexual, si se relacionan con este debido a que afectan el desarrollo psicosexual de los niños y niñas que lo sufren.

A continuación se muestran en el cuadro 1 los datos correspondientes al número de niños y niñas que son explotados sexualmente en las seis ciudades mexicanas dónde se realizó el estudio desde septiembre de 1999 a junio del 2002.

Cuadro 1. Niñas y niños sujetos a explotación sexual comercial en seis ciudades de la República Mexicana 2000.

CIUDADES	NÚMERO
Acapulco	1,000
Cancún	700
Ciudad Juárez	800
Guadalajara	600
Tapachula	600
Tijuana	900
Total	4,600

Tomado de Azáloa, 2002.

Luego de que se dieron a conocer estos resultados, la UNICEF en colaboración con el DIF, INMUJERES y la PGR lanzaron en enero del 2002 la campaña nacional de sensibilización masiva "Abre los ojos" centrada en lo inaceptable que debe ser a nivel social esta despreciable práctica, y en el problema que genera el que niñas y niños sean vistos como objetos sexuales, sujetos a la demanda de servicios de adultos que abusan de ellos. Tanto el DIF como el UNICEF darán seguimiento a la problemática con la colaboración de la Comisión Nacional Interinstitucional sobre Explotación Sexual Comercial Infantil (CNIESCI) y su vinculación con los Planes Estatales de acción surgidos en las seis ciudades donde se realizó el estudio, que permitirán la generación de políticas públicas que enfrenten adecuadamente esta problemática (UNICEF, 2004).

Por su parte el INEGI (2000), ha realizado investigaciones sobre violencia en los hogares mexicanos y presenta los datos estadísticos de acuerdo a los tipos de violencia que se dan. Para los fines de este trabajo se retoma el cuadro en que se presenta el caso de hogares con abuso sexual, según la clase de agresión. Es relevante observar en este cuadro, que el obligar a tener relaciones por la fuerza es considerablemente menor que la sola presión verbal que pueden ejercer los agresores para tener relaciones sexuales. Es importante resaltar que se está hablando propiamente del abuso sexual como delito y de acuerdo a estos resultados se afirma que en la mayoría de los casos es de mayor impacto

sobre los niños una presión verbal a la violencia física, como lo señalan Sullivan y Everstine (1997), (ver cuadro 2).

Cuadro 2. Total de hogares con abuso sexual en población general, según su clase de agresión.

ABUSO SEXUAL	TOTAL
HOGARES CON VIOLENCIA	1,311,841
HOGARES CON ABUSO SEXUAL	14,434
PRESIÓN VERBAL PARA TENER RELACIONES SEXUALES	12,117
OBLIGAR A TENER RELACIONES POR LA FUERZA	7,734
OBLIGAR A TENER RELACIONES CUANDO OTROS VEN	869
OBLIGAR A TENER RELACIONES CUANDO OTROS OYEN	869

Tomado de INEGI, 2000.

El INEGI reportó en estadísticas del año 2003 que existían 1023 delincuentes sentenciados registrados en los juzgados a nivel nacional por comisión de abuso sexual. Para el 2004 la cifra aumento a 1093 delincuentes sentenciados por el mismo delito. No se tienen registros aun de los años 2005 y 2006 en la institución. Sin embargo, estas cifras permiten ver que en un año este delito va en aumento (INEGI, 2004).

Los reportes de víctimas que son agredidas cada día son mayores, aunque se sabe que también gran cantidad de casos quedan en el silencio al no ser denunciados, lo que no permite tener estadísticas reales para valorar la magnitud del problema[2].

En estudios realizados por el personal del Instituto Nacional de Psiquiatría, Caballero y Ramos (2004), señalan que la violencia de cualquier tipo e incluida la violencia sexual hacia los niños es un problema de salud pública ya que sus consecuencias pueden ser fatales y pueden causar muerte debido a las lesiones que pueden llegar hasta a

[2] Por su parte, la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF), para motivar la denuncia ha insistido en la necesidad de personal especializado, de preferencia femenino, para este tipo de asistencia, así como de instalaciones adecuadas para exámenes y entrevistas. En México, a partir de enero de 1989, la PGJDF inició un programa de Agencias Especializadas del Ministerio Público para la atención de víctimas de delitos sexuales en el que se cumplieran los requisitos anteriores. Para esto, se seleccionó y capacitó cuidadosamente al personal, en su totalidad femenino. Se construyeron módulos separados, perfectamente equipados. También, se estableció una Supervisión de Servicios a la Comunidad, con una Dirección de Atención a Víctimas, que trabaja las 24 horas del día. Asimismo, se abrió el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA) que es el lugar en el que la autora de este trabajo realizó el servicio social y del que se hace una descripción más detallada, que incluye las actividades desarrolladas dentro de él en el capítulo correspondiente.

incapacitar a una persona y esto representa una carga importante para el sistema de salud y económico en la sociedad. En su trabajo informan que un 19% de mujeres había sido objeto de tocamientos sexuales en contra de su voluntad, 11% habían sido violadas y 5% fueron forzadas a tocar órganos sexuales de otra persona en contra de su voluntad.

Por su parte Olivares y Solano (2003), desarrollan un instrumento para detectar el grado de riesgo de abuso sexual en población de niños mexicanos, donde integraron indicadores característicos tanto emocionales como físicos y conductuales, que evalúan esta problemática. En los resultados mencionan que es necesario contar con instrumentos que evalúen el abuso sexual que sean válidos, confiables y estandarizados en población mexicana por lo que sostienen que su instrumento es eficaz para medir el grado de riesgo en que se encuentran los niños de sufrir un abuso sexual. Encontraron mayor riesgo de sufrir el abuso sexual en 16.5 % de la población estudiada y bajo riesgo en 62.36% de la población (la muestra de este estudio fue tomada de algunos poblados del estado de Hidalgo). De la población de alto riesgo encontraron que la edad en que se encontró mayor índice de abuso sexual oscila entre 9 y 13 años con el 65% de éste grupo. En cuanto a género los niños son los que presentan mayor índice de riesgo en un 19.43%, aunque las niñas muestran una diferencia mínima en un 19.29%. Reflejan por último que hubo un aumento del 2001 al 2003 en la presencia de este problema.

González (1993), al hablar de las dificultades en el registro del número de casos del maltrato y abuso sexual de menores y ante las deficiencias de los registros en algunos países de América Latina, menciona que se han emprendido estudios diversos con el objeto de intentar por vías indirectas la cuantificación del fenómeno, refiere que mientras en Estados Unidos de Norteamérica se registran al año más de 2 millones de casos de maltrato, incluido el abuso sexual, en México los casos reportados anualmente no sobrepasan la cifra de treinta mil. Asimismo, que mientras en Holanda se sabe que poco más de cien niños mueren al año por causa de todo tipo de maltrato y en Estados Unidos de Norteamérica alrededor de dos mil, en México se desconoce el número de víctimas.

Este autor refiere que lo que hasta ahora se conoce sobre el maltrato y el abuso sexual es en base a los casos registrados lo que implica que solo hay un conocimiento parcial de estos fenómenos y que no se han explorado otros campos donde las denuncias son prácticamente inexistentes.

Gilabert (2003), sostiene que tan sólo en Estados Unidos de Norteamérica se registra un promedio de tres millones de denuncias al año que aluden a casos de abusos infantiles incluido el sexual. Y menciona en relación a la problemática de las denuncias que se hacen a sacerdotes, que la institución religiosa impide que sean revelados aunque en los últimos años se ha logrado publicar sobre la gran cantidad de casos de niños abusados sexualmente por sacerdotes y menciona el caso de 866 sacerdotes norteamericanos señalados por el periódico *The Washinton Post*, que fueron acusados de abuso sexual de menores, desde 1960.

Por su parte Chamorro y cols. (2004), mencionan que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que en los Estados Unidos de Norteamérica alrededor del 20% de las niñas y 7% de los niños son víctimas de algún tipo de abuso, generalmente en el seno familiar. Estimaron que del 6 al 62% de las niñas y del 3 hasta el 30% de los niños han sido molestados sexualmente antes de los 18 años.

La revisión de las investigaciones que se han hecho sobre la incidencia del abuso sexual tanto en México como en otros países, apunta a que el abuso sexual es un problema social que desafortunadamente, a pesar de la información que existe, la creación de instancias que pretenden fortalecer los recursos de los niños y de atención a la población en riesgo, sigue aumentando el número de casos. Esto habla de la gran necesidad que hay de que las instancias y las personas adultas dedicadas al cuidado de los niños, así como los profesionales de la conducta atiendan esta problemática social desde su área de acción, sin dejar de trabajar en la prevención y no siga siendo la intervención la mejor oportunidad de tener contacto con la población en riesgo.

En cuanto a los psicólogos, es necesario que cuenten con la información necesaria para saber cuales son las vías de acción, las alternativas de tratamiento existentes y una vez informados seguir trabajando para crear nuevas formas de atención que se adapten a las necesidades de los niños que han sido agredidos; para que de esta manera, se contribuya a que en futuras generaciones disminuya el número de niños victimados y así apoyar el mejoramiento de la salud mental de esta sociedad.

2.1.2. Aspectos históricos y socioculturales

Aspectos históricos

A través de la historia de la humanidad ha sido una constante que los adultos sometan a los infantes para consumar juegos sexuales en los que los últimos no están de acuerdo o no tengan la capacidad cognitiva y la madurez emocional suficientes para dar un consentimiento genuino del acto sexual, aunque, según la época y la cultura en que han tenido lugar esos actos, los significados de tal explotación son diferentes.

En la historia se pueden encontrar cantidad de casos en los que lo que ahora se conoce como abuso sexual, han formado parte de la cultura misma de los pueblos ya sea como parte de ritos religiosos o simplemente costumbres. "Virginidad, castidad y continencia son nociones ignoradas por el primitivo, al menos en el sentido que nuestra civilización les da. Para él, nada es inmoral. Si existen cosas prohibidas, lo son, no porque constituyan un pecado, sino porque constituyen un peligro. El acto sexual está a veces prohibido por razones mágicas, pero nunca de manera constante y absoluta" (Lammoglia, 1999).

La historia señala repetidamente situaciones en las cuales el incesto rige la vida sexual de personajes célebres – tanto por su connotación política, histórica o literaria como por sus libertinajes sexuales – a los que no fueron ajenos los integrantes de su familia: Julio César y su hija Julia, Domiciano y su hermana Julia, Lord Byron y su hermana Augusta, César Borgia y su hermana Lucrecia, por citar solo algunos. Cabe advertir, sin embargo, que en algunas etapas históricas, el incesto fue considerado como unión sexual común- en épocas antiguas – y en otras, incluso fue impuesto por la ley de sucesión al trono, como acaeció en Egipto bajo los Lágidas o Ptolomeos (Alanís, 1986).

En la antigüedad clásica estuvo muy extendida la pedofilia, (Egipto, Asiria, Persia, Arabia, y sobre todo Grecia y Roma). En Esparta, esta formaba parte de la pedagogía. El gobierno espartaco prescribió este tipo de amor de manera que eran castigados los efebos que no tenían un amante. Esta norma era socialmente aceptada en Grecia. Ayudó en gran

medida la sobreestimación de los valores estéticos y las mismas instituciones políticas de las diversas ciudades autónomas que aceptaban en los campamentos militares a los niños, para infundirles desde muy temprano el espíritu militar y una aptitud física óptima. Allí estaban los veteranos que servían a las armas desde hacía muchos años, que rara vez se acercaban a las mujeres y que eran preceptores de los niños. Cada veterano tenía su efebo, a quien adiestraba en lo militar y en lo físico. Dormía en su cama y no se separaba de él. En consecuencia, tenían a los efebos como ocasionales objetos eróticos con los que podían satisfacer su sexualidad, sustituyendo a la mujer, que consideraban como peligrosa para la conservación del espíritu castrense.

En algunas tribus de África, las niñas son recluidas y separadas de la tribu cuando aparece la primera menstruación; durante el período de reclusión las muchachas sufren la escisión del clítoris u otras intervenciones que pueden consistir en una infibulación de los labios grandes que haga las relaciones sexuales imposibles. En estos casos, antes del matrimonio debe procederse a una nueva intervención quirúrgica (Döring, 2001).

Entre las tribus *nandis*, todas las niñas, a partir de los ocho años de edad, son consideradas como objeto de posesión común. Cualquiera puede cohabitar con ellas, sea muchacho u hombre adulto. En tanto que las niñas pequeñas, menores de ocho años, sólo tienen contacto con niños de su misma edad, a partir de los 12 años son propiedad casi exclusiva de los guerreros solteros.

Entre los *siwas* del norte de África, la homosexualidad ha alcanzado una elevada proporción: allí, todos los hombres y jóvenes practican la relación anal. Los hombres que no se entregan a estas prácticas son considerados como anormales. Se prestan los hijos unos a otros y se discuten las aventuras eróticas

En la actualidad, la práctica de la clitoridectomía se realiza entre algunos musulmanes fundamentalistas de Egipto y otros países árabes. En la historia occidental se encuentran casos muy notorios de incesto, como el caso del Papa Alejandro Borgia con su hija Lucrecia, y a su vez de ésta con su propio hermano (Lammoglia, 1999, p. 208).

Historia reciente

En 1860 Ambroise Tardieu publica su artículo "estudio médico legal del tratamiento cruel y brutal hacia los niños". En donde describió a detalle lo que cien años más tarde fue reconocido como el "síndrome del niño maltratado" Kempe, Silverman, Steele, Droegemuller, Silver (citados por Sanz y Molina, 1999, p.33) estos enunciados y observaciones fueron totalmente ignorados por sus pares.

Fue Tardieu mismo, quien, al publicar un libro sobre violación, descubrió miles de casos de abuso sexual infantil, en un periodo de 11 años, entre 1858 – 1869, citó 11,576 personas acusadas de violación o intento de violación en Francia; de esta cifra, el (80%) 9,125 casos involucraban niños, especialmente niñas mujeres entre los 4 y los 12 años. Estos descubrimientos de Tardieu sembraron la semilla de una escuela de victimología en la medicina legal de Francia, aunque fue un logro muy pasajero: murió antes de que sus investigaciones fueran reconocidas. Aunque si generó una preocupación importante por los niños en una sociedad generalmente indiferente y totalmente centrada en el adulto [...] desafió la tradicional creencia en la falsedad del testimonio infantil. Sin embargo, sus hipótesis fueron totalmente rechazadas por sus colegas.

Un año después de su muerte, otro médico importante de la medicina de Francia, Alfred Fournier, tomaba su lugar en la academia de medicina en 1880. Fournier se opuso fuertemente a las ideas de su predecesor, y proclamó que la mayoría de los casos de abuso sexual eran fabricados por la mente infantil. En un artículo titulado "Simulación de ataques sexuales en los niños", advirtió que: "hombres respetables eran blanco de extorsión por parte de sus ignorantes padres". Paul Brourdel, discípulo de Tardieu, se asoció ideológicamente a Fournier y atacó igualmente la credibilidad infantil: "las niñas acusan a sus padres de ataques sexuales imaginarios sobre ellas o sobre otros niños, pero lo hacen con la intención de obtener libertad para entregarse a su propia promiscuidad". La cruzada en contra del testimonio infantil siguió siendo abrazada por muchos que afirmaron que: "Es la responsabilidad de los educadores y en especial de los médicos destruir el mito de la infalible sinceridad del niño" (Masson, citado por Sanz y Molina, 1999, pp.31-35).

Fue un miembro de la Sociedad Psicoanalítica de entonces quien se negó a aceptar la muerte de la "teoría de la seducción" como etiología de la enfermedad mental. Sandor Ferenczi, para quien había huellas del trauma de "origen sexual" en las producciones de sus pacientes en análisis, y esto lo llevó a criticar y modificar la técnica psicoanalítica que para él era fría y autoritaria y no permitía a los pacientes arriesgarse a desenmascarar humillantes secretos, algunos muy profundamente reprimidos. Elabora su propia técnica basada en la empatía, la cercanía afectiva y la ausencia de interpretaciones hacia el paciente. Esta técnica le fue desenmascarando una realidad devastadora acerca de la tan frecuente victimización sexual infantil. Ferenczi presentó en 1932, su trabajo "confusión de lenguas entre el adulto y el niño" que fue rechazado por sus colegas. Aunque para los conocimientos actuales sobre el tema es de gran relevancia. Descubrió el abuso sexual como un episodio común, capaz de ocurrir, en las mejores familias, y describió los efectos a largo plazo, devastadores para el desarrollo emocional del niño víctima de agresión sexual (Masson, citado por Sanz y Molina, 1999, p.36).

La primera en levantar la voz a favor de la abolición de la prostitución infantil y la explotación de niños por parte de los hombres de la alta sociedad fue Josephine Butler en 1870. Esta denuncia le valió ser arrestada y tratada obscenamente por la policía de Londres, al igual que William Stead, editor del Pall Mall Gacette, que publicó sus quejas y que pasó tres meses en prisión en consecuencia (Sanz y Molina, 1999).

En la década de los 30´s del siglo XX, el abuso infantil había desaparecido en la práctica como tema importante del debate público, y los problemas relativos al maltrato se dejaron librados en gran medida a la acción de los trabajadores sociales profesionales. Sin embargo, en el periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial, se plantaron las semillas para una revitalización del interés y la preocupación pública, que sobrepasarían todo lo acontecido en el periodo de reformas de fines del siglo pasado. Y tuvieron que pasar 10 años para que los médicos aceptaran por completo la posibilidad de que los padres pudieran lesionar a sus hijos de modo deliberado. A partir de esto, la participación de los médicos fue de gran importancia en este campo y en la reacción de la población.

En torno a los años cincuenta, Kinsey incluyó en sus investigaciones algunos items que le permitieron obtener informaciones valiosas sobre los abusos sexuales. El dato más sobresaliente fue el reconocimiento de que aproximadamente el 24% de las mujeres habrían sufrido abusos sexuales durante la infancia. Pero Kinsey minusvalora, con algunos comentarios, los posibles efectos de esos abusos sexuales: "Es difícil comprender, salvo por los condicionamientos culturales porqué un niño puede sufrir daño si le tocan los órganos genitales" (Kinsey, Pomeroy, Martín y Gedhard, citados por López, 1999, p. 24).

Es hasta los años sesenta donde se crean las condiciones sociales y científicas que permitieron el reconocimiento social de este problema, el estudio científico de su incidencia y su importancia clínica.

A partir de la década de los 80´s este problema se ha identificado con una frecuencia creciente, declarándose como un hecho real que ocurre en las sociedades. El abuso sexual no es un asunto privado, ni individual, ni aislado, sino una grave circunstancia que aparece como indicador de las fallas del sistema global en que vivimos (Ferreira, citado por Olivares y Solano, 2003, p.7).

De acuerdo con Gabarino y Eckenrode (1999), las definiciones científicas han sido muy variables e impiden realizar comparaciones entre los distintos estudios. Es a manera de reacción frente a la creciente inquietud acerca del maltrato infantil y la falta de consenso en torno a los alcances del problema que desde la década de los 80 el gobierno norteamericano comienza a dar recursos a la medición de la incidencia del abuso y el descuido del niño. Señalan que el maltrato infantil no es un fenómeno nuevo, pero que la perspectiva de la sociedad sobre él ha cambiado radicalmente con el tiempo.

En E.U. suele considerarse que la preocupación pública por el abuso infantil comenzó en 1874, con el caso de Mary Ellen Wilson, una hija ilegítima a quién su madre abandonó luego de que el padre muriera en la guerra civil. Mary Ellen quedó al cuidado de la esposa legítima de su padre muerto y de su segundo marido, ninguno de los cuales tenían una relación consanguínea con ella, y más tarde se comprobó que había sido gravemente

golpeada y descuidada. Este caso fue de gran relevancia para las futuras investigaciones y acciones sobre maltrato y abuso al menor. Tuvo gran difusión periodística y dio por resultado, la creación de la primera Sociedad para la Prevención de la Crueldad contra los Niños en Nueva York (Society for the Prevention of Cruelty to Children, SPCC), como extensión de la Sociedad para la Prevención de la Crueldad Contra los Animales SPCA), (Nelson, citado por Garbarino y Eckenrode, 1999, p.57).

La preocupación general por los niños llevó a la creación en 1912, de la Oficina de los Niños (Children´s Bureau) que dependía del gobierno nacional y fue el resultado de la primera conferencia sobre niños dependientes realizada en 1909 en la Casa Blanca, con auspicios del presidente Theodore Roosevelt. La misión encomendada a esta oficina fue conducir investigaciones "sobre todas las cuestiones pertinentes al bienestar de los niños y a la vida del niño en todas las clases sociales" (Nelson, citado por Garbarino y Eckenrode, 1999, pp. 50-57).

Gilabert (2003), hace una crítica sobre el notable rezago de los mecanismos sociales de protección de la infancia. Refiere que sólo la declaración de los Derechos de los Niños proclamados por la ONU data apenas de 1959. Se sabe –dice- que la mayor parte de los abusos cometidos en contra de los infantes son llevados a cabo por personas cercanas a la víctima, empezando por los padres y los familiares, y de allí se extiende a vecinos, amistades, maestros, sacerdotes. Refiere que es la sociedad moderna con su desprecio explícito hacia los "débiles", quien genera los dispositivos sociales para ocultar la infamia del maltrato y el abuso. Como la falta de sensibilidad e ineficacia de las autoridades para abatir la violación de mujeres en el norte del país que no es una casualidad y no es algo que esté alejado del abuso sexual infantil, en la medida que la matriz cultural que los origina es común, desde el machismo hasta la negación de la sexualidad infantil.

Aportación de Freud

De acuerdo con López (1999), el primero en reconocer que los abusos sexuales eran frecuentes y que podían tener graves consecuencias negativas fue Freud, relacionándolos

con el origen de la histeria. Sin embargo, posterior a la presión que sufrió al revelar ésta problemática, acabó defendiendo que en la mayor parte de los casos no eran reales sino fantaseados por los niños.

Seguramente Freud acabó haciendo esta interpretación presionado por el posible escándalo social y, sobre todo, porque sus postulados sobre el complejo de Edipo le llevaban a pensar que los niños en periodo preescolar, sentían deseos sexuales especialmente orientados hacia el progenitor del sexo opuesto. Estos deseos no realizados podrían facilitar fantasías e interpretaciones erróneas de determinadas conductas y situaciones que acabarían recordando posteriormente como reales.

Sin embargo, López (1999, p. 25), reinterpreta desde la teoría del "apego" el supuesto complejo de Edipo, considerándolo como un deseo de participar en la intimidad (cuyo contenido no es para el niño ni necesaria ni principalmente sexual) de los padres más que como un deseo explícitamente sexual, rechazando como consecuencia una argumentación que parece subyacer a la posición psicoanalítica: la creencia en que los niños son seductores sexuales de los adultos.

Freud, al sospechar la alta frecuencia de los abusos sexuales y sus aspectos negativos secundarios y posteriormente referirlos como fantasías o ideales de los niños, contribuyó negativamente en que se formaran dos ideas erróneas que tuvieron gran relevancia social:

a) Creer que los niños están interesados en mantener actividad sexual con los adultos. Responsabilizándolos así total o parcialmente de esas conductas.
b) Creer que los niños no dicen la verdad cuando afirman haber sufrido abusos sexuales por parte de los adultos.

Freud, de haber persistido en su teoría de la seducción habría sido invalidado, descartado y relegado al igual que Tardieu. Ya que la sociedad no estaba preparada para creer en este concepto básico. Por lo que la teoría freudiana no pudo influir en los dispositivos sociales ni mejoró los sistemas de protección al niño.

Sin embargo, es interesante conocer que si Freud no ayudo mucho en materia de investigación sobre el abuso sexual, otros si pudieron romper con tabúes y restricciones sociales para dar luz en un mayor conocimiento del tema. Por ello, se considera relevante el hacer una revisión de los datos históricos y socioculturales del abuso sexual. Con la finalidad de apreciar cómo se ha manejado, cómo era visto, de que manera fue negado en la época de Freud, época de censura y doble moral, cuales fueron las bases para conocer lo que hoy en día se sabe de él y en que momentos trascendió y en que momentos fue negado nuevamente. Al encontrar que en Estados Unidos de Norteamérica haya existido primero una sociedad que apoyara a los animales y luego a través de esta, la existencia de una sociedad protectora de la infancia, obliga a las generaciones de profesionales que tienen que ver con la investigación y tratamiento de este delito a no permitir que en la actualidad siga sucediendo que la protección a los niños quede en segundo lugar.

No se puede negar el pasado, sin embargo, lo que ha existido sirve de base para no permitir que se siga dando la censura que obstaculice el acceso a la información, como no se puede permitir hoy en día que se sigan cometiendo abusos como la clitoridectomía castigando la integridad física y emocional de las personas por este y otro tipo de abusos que sin embargo por razones culturales no se someten a juicio. En base a esto es necesario trabajar para que no se sigan consintiendo de ninguna forma actos que impidan o dañen el desarrollo moral, físico y emocional de los niños y seguir haciendo esfuerzos por prevenir, intervenir y conocer más sobre el abuso sexual.

2.1.3. Teorías psicológicas del abuso sexual

Según Finkelhor (1980), algunos teóricos han elaborado teorías acerca del por qué se victimiza sexualmente a los niños. Estas teorías se dividen en tres grandes grupos: las que hablan del agresor, las que se enfocan en las víctimas y las que consideran al contexto familiar como facilitador de dichas agresiones. El autor señala que las dos primeras teorías eran profundamente moralistas y médicas, que la tercer teoría sigue el modelo freudiano y se centra en el trauma sexual infantil temprano como fuente de la conducta sexual desviada.

Teorías sobre el ofensor.

- Teoría de que el abusivo es un degenerado: esta teoría apoyaba la idea de que el agresor sexual de niños era un psicópata, débil mental o degenerado físico y moral. Sin embargo, estas percepciones no duraron mucho a la luz de la evidencia.
- Teoría de las madres seductoras: menciona que el agresor podría haber tenido un desorden en la relación con sus padres.
- Teoría de la fijación sexual: considera que el agresor haya tenido alguna experiencia sexual en su infancia (placentera o no), por lo que se creó en él una fijación; la cual lo condicionaría a repetir dicha experiencia (si fue placentera, para "proporcionar placer" similar al que él experimentó a otros niños, y si no fue placentera por miedo a la sexualidad adulta).
- Posteriormente este autor menciona cinco proposiciones más sobre el perfil del agresor aunque menciona que no necesariamente llegan a ser teorías aunque si arrojan datos importantes basados en las investigaciones que hasta la década de los 80's se habían hecho. 1) El que la mayoría de los agresores se hayan involucrado por motivos transitorios: una oportunidad fuera de lo normal, estrés, frustración hacia otros desahogos sexuales, etc. y solamente del 25% al 33% de los agresores hayan tenido un interés de tipo sexual hacia los niños. 2) Una involucración sexual con niños puede tener diferentes motivos en diferentes hombres. En algunos casos se trata de una gratificación sexual, pero en otros hombres expresa una necesidad de acercamiento o una necesidad de agresión. 3) El interés sexual hacia los niños

particularmente cuando tiene bases durables, parece estar conectado con un miedo hacia los adultos o hacia la sexualidad adulta. Entonces los niños resultan atractivos por su inocencia, al no ser exigentes y no poseer características físicas adultas. 4) La motivación de la involucración con niños depende en gran medida de la edad del ofensor, la edad del niño y la actividad involucrada. Los adolescentes lo hacen por diferentes motivos a los de los adultos. Los hombres que tienen un interés sexual por niños muy pequeños lo hacen por diferentes motivos a los de quienes lo hacen con niños más grandes. Y los motivos de los exhibicionistas pueden ser muy distintos a los de quienes cometen incesto. 5) El alcohol parece tener una conexión consistente con los patrones de abuso sexual en niños. Sin embargo, muchos científicos sociales dudan que ese gran número de ofensas sexuales signifique que el alcohol libere o cause un interés sexual por los niños. El beber puede ser una manera en que se excusa o racionaliza la actividad por parte del ofensor en vez de ser un factor causativo. Así mismo, este autor invita a tomar con precaución cualquier generalidad para llegar a una teoría formal y determinada ya que estos estudios se han hecho con ofensores que se encuentran encarcelados y refiere que no se conocen los motivos o los factores que impulsan a los ofensores de los que no se tiene una declaración directa. Sin embargo indica que las siguientes investigaciones se están enfocando en la situación familiar donde surge el abuso sexual.

Teorías sobre las víctimas

Finkelhor (1980), menciona que algunos autores han tratado de relacionar la ocurrencia de abusos sexuales con la psicología de las víctimas.

- Una de estas teorías sostiene que algunos niños actúan de manera que animan activamente a los adultos a un acercamiento sexual.
- Una última teoría centrada en la víctima, apoya la idea de que ésta participa y contribuye a su propia victimización (por ejemplo, al no tomar acciones y medidas que sean auto protectoras o al guardar silencio).

Teorías sobre el contexto familiar

Debido a que la mayoría de los casos de abusos sexuales se cometen dentro de la familia, también se han elaborado teorías que ponen de manifiesto la dinámica familiar que tienen las familias en donde se cometen los abusos sexuales.

- *Aislamiento social*. El incesto ocurre en familias caracterizadas por un alto grado de aislamiento social. Dentro del estereotipo, tales familias vienen de lugares muy apartados y son pobres.

- *Papeles de confusión*. El incesto y otro tipo de sexo entre un adulto y un niño son formas de confusión de un cierto papel. En el sexo adulto-niño, los adultos colocan a los niños en un papel sexual adulto; un padre actúa con su hija como si ésta fuera su esposa, hermanos y hermanas se tratan como si fueran amantes y no parientes.

Dentro de esta misma línea indica Copado (1998), que además de los factores señalados en la literatura existen otros no escritos anteriormente pero que no por eso dejan de ser importantes y menciona que también dentro de los factores familiares se encuentra la negligencia que se refiere al fracaso o al cuidado inadecuado de los padres para la realización de los potenciales de sus hijos, específicamente del desarrollo físico y psicológico de éstos. La práctica de la negligencia incluye a padres no adecuados, interrupción del cuidado que proporciona la madre, privación o ausencia afectiva y social, indiferencia, falta de estimulación, prematuras experiencias e inapropiadas en el niño, fracaso o la falta de entendimiento de las necesidades específicas en el desarrollo del niño. Y comenta que una categoría de negligencia se puede encontrar en madres que sean consumidoras de drogas, padres despreocupados por dar una atención médica o adecuada a sus hijos y es en la escuela donde los niños padecen los efectos de esta negligencia.

Es difícil separar a la familia de cualquier causa que facilite o evite cualquier conducta delictiva o inapropiada en los sujetos, dado que la familia siempre es la cuna en donde se siembra y cosecha a los individuos que forman la sociedad.

Por su parte Marshal y cols. (citados por Sánchez, 2000, p.82), también ofrecen una teoría sobre los orígenes de la delincuencia sexual, identificando el papel de varios factores: vínculos paterno-filiales, factores socioculturales, experiencias juveniles, y la inhibición y/o oportunidad de cometer el acto.

Vínculos paterno-filiales: no son pocos los autores que han sugerido que la calidad de los vínculos entre padres e hijos proporciona el modelo adecuado de futuras relaciones. Otros estudios a su vez han demostrado que las relaciones entre padres e hijos facilitan o impiden la adquisición de la seguridad y las habilidades necesarias para funcionar con efectividad, especialmente en las relaciones con otras personas. Baartholomew (citado por Sánchez, 2000, p. 83), señala que lo más importante es que los patrones de inseguridad entre padres e hijos crean una vulnerabilidad caracterizada por la falta de autoestima, de habilidades de afrontamiento y de resolución de problemas, de egocentrismo y de pobreza en las relaciones sociales por la falta de empatía, lo que dificulta la habilidad de entablar relaciones cercanas del niño con otros niños y que se sienta solo. De esta incapacidad de satisfacer la necesidad de tener relaciones íntimas surge la soledad crónica que también puede producir agresividad y egocentrismo.

Factores socioculturales: esta vulnerabilidad puede ser la causa de que el niño se sienta atraído por temas de los medios de comunicación que enfatizan el poder y el control y que representan al hombre con derechos sobre la mujer. Y las fantasías de llevar a la práctica estos roles distorsionados puede ser la única manera de que estos jóvenes sientan poder y control y una garantía de satisfacer sus deseos.

Experiencias juveniles: Las experiencias sexuales en la niñez como en la infancia también juegan un papel importante en conductas y actitudes que con respecto al sexo tengan posteriormente. Una parte de los delincuentes sexuales manifiestan haber sido

víctimas de abuso sexual durante su infancia. Parece también, que los agresores sexuales empiezan a masturbarse a una edad más temprana y con mayor frecuencia, convirtiéndose el sexo en el modo de escapar de su infelicidad y en una forma de afrontar los problemas, incluido el malestar emocional. En los casos de agresores que no sufrieron abuso sexual en su infancia es su vulnerabilidad lo que puede llevarles a tener comportamientos que refuercen su disposición a ser abusivos, por ejemplo, en el caso que un chico sea rechazado en repetidas ocasiones por las chicas de su misma edad por su falta de habilidades o que no tiene suficiente seguridad en si mismo para acercarse a ellas, puede iniciar sus fantasías sobre encuentros sexuales con personas de menos edad que él y con quienes puede hacer lo que quiera.

Deshinibición y oportunidad de cometer el acto: una vez que la disposición a agredir se ha consolidado, cualquier freno que todavía exista en contra de la realización de la agresión sexual puede vencerse. Proulux y cols. (citados por Sánchez, 2000, p.84), han demostrado que diferentes estados de ánimo, como la depresión, la ansiedad o sensación de soledad, incrementan las tendencias desviadas en los agresores sexuales. También la ira y el consumo de alcohol desinhiben la exitación sexual. Han sugerido así mismo que sentimientos como la vergüenza y diversas actitudes, creencias y percepciones distorsionadas facilitan las agresiones sexuales. Debe quedar claro que, si no se presenta la oportunidad un hombre no puede delinquir por muy dispuesto que se encuentre. Algunas agresiones sexuales están previamente planeadas. En otros casos la primera oportunidad para agredir puede presentarse de manera fortuita. Una vez que ha delinquido, el agresor probablemente repetirá la agresión en su fantasía, recordando solo aquellos aspectos del delito que se dieron como él quería y probablemente añadirá detalles que aumenten su satisfacción. Repetir esas fantasías durante la masturbación reforzará los aspectos positivos del abuso, mientras que los aspectos negativos, como el miedo a ser detenido o la resistencia de la víctima son progresivamente eliminados. De este modo se consolida una fuerte predisposición a la agresión sexual.

Teoría sociológica

Esta teoría se centra en los patrones de socialización sexual imperantes en la cultura occidental como determinantes del abuso sexual. Mientras que a las niñas se les estimula para que expresen físicamente sus emociones, los niños son socializados para mostrarse distantes. Se enfatiza también la opresión de las mujeres en esta sociedad, donde las madres tienen un escaso poder en la familia y sus hijas las adoptan como un modelo de rol; la indefensión resultante puede facilitar su victimización. Por otra parte, la sexualidad es un tema prohibido para los niños, lo que unido a su curiosidad natural puede hacerlos más vulnerables cuando un adulto les ofrece la posibilidad de explorarla.

El incremento que se ha producido en cantidad y disponibilidad de pornografía infantil y la sexualización de los niños en los medios de comunicación, factores que posiblemente pueden interactuar y reforzar la aceptación cultural del abuso sexual a niños. Además, la expectativa social sobre la facilidad de las relaciones sexuales puede chocar con la realidad y llevar a algunos hombres a conseguir con los niños la gratificación sexual prometida. A partir de los sesenta se produjo un cambio en los roles de la mujer mostrándose más asertiva, más capaz e independiente; esta nueva imagen de la mujer puede ser percibida por algunos hombres como una amenaza y, en consecuencia, preferir relacionarse con niños. (Lamas, 2003).

Teoría del aprendizaje social.

Según Bandura (citado por Goldstein, 1978, p.35), los niños no aprenden sólo de recompensas y castigos directos, sino también a través de la observación. La capacidad de imitación se observa como un mecanismo mediante el cual se puede efectuar el aprendizaje. Los modelos, es decir, otros cuya conducta sirve como guía para los observadores pueden enseñar a un niño tanto acciones concretas como conceptos abstractos. Obviamente, los modelos más importantes son los padres, de los que el niño adquiere una gran variedad de patrones de conducta, actitudes, valores y normas. El niño también aprenderá que, si sus

padres emplean la agresión, entonces, al menos en algunas circunstancias, la agresión es una conducta deseable y apropiada. Sin embargo los padres no son los únicos modelos en la vida de un niño. Si lo fueran, los niños serían réplicas de sus padres, sino que también existen otras reglas y normas inmersas en la sociedad en general. Dichas normas generales de la sociedad se ilustran a través de la conducta de aquellas personas, reales o ficticias con las que el niño entra en contacto en la vida real en relatos, en libros y en la televisión.

Cabe señalar que lo anteriormente expuesto sobre la etiología del abuso sexual puede ser muy provechosa en diferentes aspectos, permitiendo señalar factores de riesgo, para desarrollar estrategias preventivas con las que se pueda evitar seguir dando oportunidad a los agresores de cometer el abuso sexual y definir objetivos de tratamiento para que estos delincuentes no lo sigan siendo, promover que los padres de familia proporcionen un ambiente sano a los niños en donde exista la comunicación familiar, la libre expresión de inquietudes del tipo sexual, donde se sientan protegidos y amados por sus progenitores para que de esta manera se evite que se sientan devaluados y busquen otras alternativas para sentirse importantes. Sin embargo, no se puede pensar en que lo que se ha señalado sean reglas de conducta que se siguen siempre y en todos los casos, la conducta humana es muy variada de un sujeto a otro y por ello es difícil precisar un perfil del agresor sexual como un perfil determinado para cada tipo de delincuente. Aun así, el hecho de contar con este tipo de teorías sobre estudios ya elaborados puede ayudar y contribuir en la prevención y tratamiento de este delito.

2.1.4. Definiciones de abuso sexual

¿Qué es el abuso sexual infantil?

"Los abusos sexuales se definen a partir de dos grandes conceptos: el de coerción y el de la diferencia de edad entre agresor y víctima. La coerción (con fuerza física, presión o engaño) debe ser considerada por sí misma criterio suficiente para que una conducta sea etiquetada de abuso sexual del menor, independientemente de la edad del agresor"(López, 1999, p.28).

La diferencia de edad impide la verdadera libertad de decisión y hace imposible una actividad sexual común, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas muy diferentes. "Esta asimetría supone en sí misma, un poder que vicia toda posibilidad de relación igualitaria" (López, 1999, p. 29).

"El abuso sexual se refiere a todo acto en que una persona en relación de poder involucra a una niña, niño o adolescente, en una actividad de contenido sexual. Es más que la violación, incluye actos físicos y manipulación emocional." (AECI e IPEC, 2002).

De acuerdo con Coulburn (citado por López, 2003, p.76) la gama de conductas, situaciones y condiciones que abarca el abuso sexual infantil en su definición debe contemplar los siguientes puntos:

A) CONDUCTAS QUE ABARCA: En este punto la conducta de abuso sexual se divide en tipos y categorías de acuerdo con una perspectiva profesional en progresión de menos a más serio, sin dejar de tomar en cuenta que la percepción acerca del abuso tiene una connotación particular para la víctima.

Los tipos y categorías son los siguientes:

1) Abuso sexual sin contacto:

a) hacer comentarios sexuales al niño,

b) exponer las partes íntimas (genitales, ano, pecho, etc.),
c) vouyerismo: espiar al niño en actividades como bañarse o defecar,
d) fetichismo: inusual fijación por ropa o partes del cuerpo.

2) Tocamiento:

a) tocar las partes íntimas del niño (genitales, ano, pecho, etc.),
b) el ofensor induce a que el niño toque sus partes íntimas (genitales, ano, pecho, etc.),
c) el tocamiento puede ser debajo o encima de la ropa.

3) Introducción digital de objetos:

a) el ofensor pone un dedo o dedos en la vagina o el ano del niño,
b) el ofensor induce al niño a poner un dedo o dedos en la vagina o el ano del ofensor,
c) el ofensor pone un objeto en la vagina o el ano de la víctima,
d) el ofensor induce al niño a poner un objeto en la vagina o ano del ofensor.

4) Sexo oral:

a) beso con la lengua,
b) besar, chupar, morder otras partes del cuerpo,
c) succionar, morder, chupar o besar los pechos,
d) cunnilingus: besar, chupar, morder, succionar la vagina o poner la lengua en la abertura vaginal,
e) felatio: besar, chupar, succionar o morder el pene,
f) anilingus: lamer la abertura anal,
g) El ofensor puede infringir los actos anteriores a la víctima u obligarla a que se lo haga al ofensor.

5) Penetración peneal:

a) Ínter curso vaginal: el pene en la vagina,
b) Ínter curso anal: el pene en el ano,
c) La penetración es usualmente de la víctima por el ofensor.

Es importante señalar que los puntos anteriores conforman el espectro de conductas que se consideran sexualmente abusivas pero pierden ese carácter cuando las partes son adultos con pleno conocimiento.

B) PARÁMETROS QUE DELIMITAN LA CONDUCTA.

Hay tres parámetros principales que delimitan la conducta de abuso sexual y son los siguientes: primero, un acto sexual se considera abusivo cuando involucra gente que se encuentra en diferentes estadios de desarrollo es decir, si el ofensor es 5 años de edad o más grande que la víctima. También cuando el ofensor tiene un mayor conocimiento del sexo y la víctima desconoce el significado del encuentro sexual. Así mismo, si este acto satisface primordialmente el placer del ofensor y no representa mutua exploración sexual consensual y finalmente si existe una relación de poder en donde el ofensor tiene una situación de superioridad ejercida por manipulación, engaño o uso de la fuerza. Segundo, otra manera de definir una relación sexual abusiva es tomando en cuenta la edad límite de la víctima. Usualmente se considera la edad límite a los 18 años, aunque éste criterio puede variar, se da por hecho que a esta edad la persona deja de ser menor.

De acuerdo con este autor, el abuso sexual y sus causas no pueden encerrarse en una sola definición que abarque sólo el aspecto emocional, conductual o acerca de la diferencia de edades, sino que lejos de reducirlo a solo una causa o factor que lo facilite, abarca toda una gama de conductas de las que sus categorías prestan atención a aspectos muy importantes que no contemplan otras definiciones que pueden atender la parte emocional y no toman en cuenta la diferencia de edades o bien todas las diferentes conductas implicadas en el acto.

El contacto físico incluye toda conducta en la que el agresor toque zonas de claro significado sexual (caricias de pechos o genitales, coito vaginal, anal u oral, etc.). Otras conductas, aunque no incluyen contacto físico, pueden también tener carácter abusivo, como el exhibicionismo, la petición expresa de realizar actividades sexuales, etc. Por consiguiente, se considera que siempre que exista coerción o asimetría de edad (o ambas cosas a la vez), en el sentido propuesto, entre una persona menor y cualquier otra, las conductas sexuales deben ser consideradas abusivas. Este concepto tiene la ventaja de incluir también las agresiones sexuales que cometen unos menores sobre otros. Aspecto que es muy importante tener en consideración, porque se ha podido comprobar que el 20% de las violaciones las realizan menores de edad y que casi el 50% de los agresores cometen su primer abuso antes de los 16 años (López, 1999, p. 29).

La violencia sexual ocurre cuando se obliga a una persona a tener cualquier tipo de contacto sexual contra su voluntad; cuando se le hace participar en actividades sexuales con las que no está de acuerdo y no se toman en cuenta sus deseos, opiniones ni sentimientos; esta se puede presentar como acoso, abuso sexual, violación o incesto dañando con ella física y moralmente a la persona afectada (López y Mondragón, citados por Oseguera y Sandoval, 2004, p.9).

El abuso sexual de un niño ocurre cuando otro mayor o más maduro, o un adulto utiliza al niño como un objeto para su gratificación sexual. Esos contactos o interacciones a menudo se realizan contra la voluntad del niño empleando la fuerza, o engaños, sobornos, amenazas o presiones. El abuso sexual puede ser físico, verbal o emocional (UNICEF, 2004).

Para Franco (citado por González, 1993, p.32) existen tres tipos de maltrato: el físico, el sexual y el emocional. Para los fines de este trabajo se mencionará únicamente el segundo: que se da en aquellos casos en que el proceso violento, tanto en su intencionalidad como en las alteraciones producidas, tiene una connotación claramente sexual. En estos casos, y como la sexualidad trasciende a los órganos genitales, puede haber elaboradas

formas de agresión a la integridad sexual sin que haya alteraciones o agresiones contra la materialidad de la sexualidad del menor. A lo que el autor menciona sobre el maltrato sexual, se entiende que no tiene que haber golpes o heridas o algún tipo de daño físico en los genitales de la víctima para que se dé el maltrato, aunque si existe el daño en la sexualidad del niño, entendiéndose como su libertad de tocar y ser tocado, de sentir, de conocerse, de descubrir por si mismo todo lo relacionado a su sexualidad.

De acuerdo con la Fundación Paniamor de Costa Rica, el daño producido no está asociado a la modalidad del maltrato, sino, más bien, a la relación de cercanía existente entre el ofensor y la víctima, el grado de intensidad y el tiempo por el que se prolongue el maltrato. Esta fundación propone la siguiente definición: maltrato (o abuso) es "toda conducta hostil, rechazante, amenazante o destructiva que perjudica el bienestar físico, mental, emocional o sexual de un menor" (González, 1993, p. 26).

Por su parte Lammoglia (1999, pp. 34 y 35), proporciona la definición de abuso sexual e incluye por separado una definición del abuso sexual de menores. Señala que puede existir el abuso sexual con o sin contacto físico.

Abuso sexual: "Es toda acción ejecutada por un sujeto que se vale de otro para estimularse sexualmente, sin el consentimiento o voluntad de este último".

Abuso sexual de menores: Es "todo acto ejecutado por un adulto o adolescente que se vale de un menor para estimularse o gratificarse sexualmente. Se le denomina abuso en la medida en que pudiendo realizarse tales actos con o sin el consentimiento del menor, son actos para los cuales este carece de la madurez y el desarrollo cognoscitivo necesarios para evaluar su contenido y consecuencias".

Al mencionar el abuso sexual sin contacto físico, el autor refiere tres modalidades: exposición de genitales, exposición a pornografía y la observación. Menciona también el abuso sexual asociado con contacto físico: donde ya existen tocamientos, penetración y actos sexuales forzados o violación.

En las definiciones de éste se puede observar la diferenciación entre el abuso sexual en general y el que se comete contra menores ya que es muy útil para los fines de este trabajo que se basa precisamente en la población infantil, sin dejar de lado la importancia que tiene conocer que un abuso no solo es cuando se da el contacto físico sino que también lo hay sin este.

El abuso sexual infantil, supone, la explotación de una relación de poder sobre los niños para la gratificación sexual de un adulto o de otro niño significativamente mayor. El factor que lo define es la relación de poder y la incapacidad de los niños en dar un consentimiento informado. Cualquier participación de niños en actividades sexuales en este contexto implica, por lo tanto, una traición de la confianza depositada en aquellos que, en oposición a la vulnerabilidad infantil, detentan un conocimiento, una capacidad y un acceso mayor a los recursos (Volnovich, 2002).

El Centro Nacional sobre Abuso y Descuido del Niño (NCCAN), define el abuso sexual en los niños como el "contacto o interacción entre un niño y un adulto cuando, encontrándose el perpetrador en una posición de poder o control sobre la víctima, usa al niño para su propia estimulación sexual o la de otra persona" (Garbarino y Eckenrode, 1999, p. 161).

Con base a las definiciones revisadas y a las discrepancias existentes entre los autores, se hace necesario elaborar una definición por la autora de este trabajo, ya que en algunas de las diferentes definiciones se manejan aspectos importantes de las que otras carecen. Pero antes será necesario añadir las siguientes consideraciones. En desacuerdo con Coulburn citado por López (2003), López (1999) y Lammoglia (1999), se considera que en el abuso sexual no existe aun la cópula o penetración ya que cuando hay penetración del pene o cualquier otro objeto por vía anal, bucal o vaginal se estaría hablando de violación de acuerdo al código penal y a la forma como se maneja en el CTA en donde se basan en la definición del código penal para clasificar los delitos y atender a las víctimas de acuerdo a esa clasificación. Aunque también se trata de un delito sexual que implica algunas

condiciones similares que se citan en el siguiente capítulo, es necesario marcar las diferencias que al igual se señalan en el capítulo citado. En cuanto a la diferencia de edad se considera que no se puede establecer exactamente cuantos años más o cuantos años menos es lo adecuado para hablar de que existe el abuso, aunque es evidente que debe haber una diferencia marcada de conocimientos y recursos del agresor sobre la víctima. Finalmente se considera que el daño producido será distinto en cada caso aunque sí existe relación entre la cercanía entre la víctima y su agresor, donde el grado de apego, aunado al parentesco entre ambos será determinante en el grado de daño como también el tiempo y la intensidad con que se estuvo presentando el abuso. Luego de las aclaraciones anteriores, se procede entonces a la definición de abuso sexual que aporta la autora de esta tesina.

El abuso sexual se puede definir como un acto sexual que se da en contra de la voluntad de la víctima. Ya que como señalan los autores citados anteriormente, aunque la víctima no ponga resistencia no quiere decir que realmente consienta el acto. Puede implicar o no contacto físico sin llegar a la penetración del pene o cualquier objeto por vía anal, bucal o vaginal. Se da, a partir de la diferencia de edad entre el agresor y la víctima, esta diferencia hace imposible una relación sexual igualitaria. Es una relación de poder, en la que existe la manipulación emocional. Puede implicar la realización del sexo oral (sin llegar a la penetración) de la víctima sobre el agresor quien obliga a esta para que cometa el acto. Y el daño producido será en relación más que al parentesco, a la cercanía existente entre el ofensor y la víctima, la intensidad y el tiempo que se prolongue el maltrato y afecta el bienestar físico, mental, emocional y sexual del menor.

2.1.5. Diferenciación del abuso sexual con otros delitos

Los delitos sexuales como trasgresiones a las normas legales, representan un grave problema de salud pública. Sus efectos son por lo general más amplios y duraderos de lo que suele reconocerse, y las consecuencias en quienes son víctimas de estos delitos, llegan a alcanzar niveles graves.

Este tipo de agresiones repercuten más allá de la materialidad del hecho violento, atentan contra la libertad y dignidad personal, generan una compleja gama de trastornos en la integridad de la víctima y su entorno. Durante la agresión sexual, violenta y humillante, la víctima sufre la pérdida de su autonomía, control y autoestima, experimentando como resultado una enorme sensación de impotencia y desamparo (Cazorla, 2002).

De acuerdo con López (2003), la paidofilia: es la preferencia de un adulto por relacionarse sexualmente con niños. Frecuentemente no se da la violencia o agresión y la mayor parte la constituyen los tocamientos genitales, contacto urogenital o el exhibicionismo, coito heterosexual u homosexual, vaginal o anal. Siendo este cualquier agresor no familiar de un menor. Una diferencia importante con el abuso sexual radica en que en este último el agresor no es siempre un adulto, puede ser un niño de mayor edad, o un adolescente, ambos de cualquier sexo.

Sullivan y Everstine (1997), definen la sodomía como la penetración anal, forzada con el pene, dedo o cualquier objeto. Una marcada diferencia es que de acuerdo a la definición que aporta la autora de esta tesina en el abuso sexual aun no existe la penetración.

Por su parte López (1999), diferencia al abuso sexual del incesto diciendo que el incesto es la prohibición cultural universal ante el establecimiento y/o desarrollo de las relaciones de tipo sexual entre miembros de una familia. Estas relaciones no

necesariamente tienen que llegar al coito para ser catalogadas como incestuosas, sino que también engloban la masturbación, el contacto manual u oral, genital y el exhibicionismo.

Señala también, que lo más común en las relaciones incestuosas es que se dan entre padre e hija. Que una de las grandes diferencias con el abuso sexual es que este se puede extender a otros contextos fuera de la familia, y que el agresor puede ser un conocido o desconocido. A la vez, refiere que, la duración suele ser muy distinta, pues el incesto puede darse durante años al estar la víctima junto al agresor, y en el abuso sexual infantil pueden ser actos repetidos pero no tan continuos como en el incesto. La gran similitud es que los dos se llevan a cabo regularmente sin utilizar la fuerza física, pues se puede llegar a la relación mediante el chantaje.

De acuerdo con Walker y Catón (citados por Bonilla, 2004, p. 37), la relación entre el abuso físico y sexual puede medirse a través de los efectos directos como son: procesos traumáticos como lesiones resultantes de la violencia, infecciones, modificación de la fertilidad debida a enfermedades sexualmente trasmisibles y de efectos indirectos como: baja autoestima, depresión, problemas de adaptación uso de alcohol y drogas, obesidad, prácticas sexuales inseguras, etc.

Diferencias y similitudes entre abuso sexual y violación:

La violación implica un acto de agresión psicológico y/o verbal con el fin de intimidar para así después ejercer una violencia física en contra de la voluntad de la persona introduciendo en el cuerpo de la víctima (ya sea boca, vagina o ano) el pene, o cualquier objeto. Esta violencia puede ser llevada a cabo por una o varias personas, aplicándole o no alguna sustancia tóxica y/o amenazándola con algún tipo de arma lo que provoca lesiones físicas así como un trauma emocional (Sánchez, 2004).

Según Finkelhor (1980), algunas de las similaridades entre el abuso sexual de los niños y la violación son obvios.

Similaridades.

1) Es un crimen de sexo (aunque no necesariamente sea un crimen provocado por motivos sexuales). Esto es, involucra los genitales y las regiones sexuales ya sea del ofensor o de la víctima.

2) Casi todos los ofensores son hombres.

3) Las víctimas experimentan una especie de trauma privativo de las ofensas sexuales.

4) Por último, la sociedad ha tratado en el pasado ambas ofensas de modo similar, de hecho, negando que pudieran ser importantes y culpando a la víctima por su acaecimiento.

Diferencias.

Por otra parte, algunos aspectos del abuso sexual hacen que sea diferente de la violación:

1) Las víctimas son tanto hombres como mujeres. A pesar de que en los casos reportados los niños componían un porcentaje pequeño del total, en los resultados obtenidos por Finkelhor, así como otras investigaciones muestran que con frecuencia los niños también son víctimas.

2) Las personas que abusan sexualmente de los niños son con mayor frecuencia amigos y miembros familiares de sus víctimas. En el caso de la violación, se ha estereotipado como un crimen cometido solamente por desconocidos en algún callejón desierto, lo cual es algo erróneo: muchos casos de violación son cometidos por hombres que las víctimas conocen. Sin embargo, más de un 50% de los violadores son extraños a sus víctimas y solamente un escaso 7% son realmente miembros de la familia.

3) El caso de abuso sexual de niños consiste, más frecuentemente que en la violación, de incidentes repetidos, donde un amigo o pariente se aprovecha del niño en diversas ocasiones. En contraste, la violación ocurre típicamente una sola vez.

4) El abuso sexual de niños involucra una violencia y fuerza física menor que la violación, la cual frecuentemente va acompañada de un ataque físico. Las víctimas de violación con frecuencia son amenazadas con armas mortales, un tipo de coerción poco común en el abuso sexual.[3]

5) El acto sexual que ocurre en el abuso sexual de niños generalmente no es un coito, sino más bien tocar los genitales, la masturbación y la exhibición. En contraste, casi siempre una violación involucra un coito o un intento de coito.

6) El abuso sexual infantil implica a más personas de las que implica la violación, que típicamente involucra uno o dos atacantes y a la víctima. Se ha enfatizado que muchas veces la violación es un acto en grupo, sin embargo, los protagonistas principales son la víctima y los ofensores.

Diferenciación de abuso sexual con abuso físico

Similaridades.

2) Tanto el abuso físico como sexual se dan entre niños y los adultos quienes tienen la responsabilidad de cuidarlos; es decir, se trata de problemas familiares.

3) Ambos involucran patrones que se dan por períodos de tiempo muy extendidos.

[3] La autora de esta tesina considera que algunas de las diferencias señaladas por Finkelhor pueden ser demasiado deterministas, sin embargo, arrojan datos de que en algunos casos suceden así.

Diferencias.

1) El abuso sexual y el abuso físico no tienden a ocurrir simultáneamente. En solamente un 11% de los casos de abuso sexual se involucra también el abuso físico. Gil (citado por Finkerlhor, 1980, p.15), por su parte, halló que solamente un 0.6% de los casos de abuso físico involucraban abuso sexual.

2) El trauma del niño en el caso del abuso sexual es primordialmente psicológico, no físico. El abuso físico, por definición provoca dolor, y también, en muchos casos deja evidencia. Pero aun más importante que esto es el hecho de que el abuso físico es un atentado a la vida.

3) Las motivaciones detrás de estos dos tipos de abuso son diferentes. Algunas veces el abuso sexual de un niño es como una violación y expresa un impulso hostil. Puede surgir de un deseo de gratificación sexual o de afirmación sexual. El abuso físico, sin embargo, expresa en ese momento un deseo de lastimar al niño.

4) Finalmente, los niños que se encuentran más vulnerables al abuso sexual son los preadolescentes, mientras que aquellos que se encuentran más vulnerables al abuso físico son los menores de seis años.

En resumen, el abuso sexual no es un problema más o menos serio que la violación o el abuso físico. Es un problema diferente y tiene sus propias características. En algunas formas podría describirse como la conjunción entre ambos. Sin embargo, debido a que es diferente de cada uno, debe ser estudiado desde su propio punto de vista (Finkelhor, 1980, p. 17).

Por su parte López (2003), menciona que existe una *diferencia* de importancia entre el abuso sexual y la violación, la cual es que mientras el abuso puede darse en ocasiones repetidas y continuas, la violación suele darse una sola vez, además de que en la violación el índice de victimarios familiares es pequeño en comparación con la que se tiene en el

abuso sexual, en el que víctima y agresor mantienen una relación más cercana y continua. Lo que coincide con lo antes señalado por Finhelkor.

Cazorla (2002), señala que la violación entendida como una interacción sexual coercitiva es una conducta que desestabiliza a la persona que la sufre, que sobre esta han predominado toda una serie de mitos y prejuicios (por ejemplo, se contextualiza como la expresión de un irresistible impulso sexual masculino; que en la mayoría de los casos es provocado por la forma de comportarse de las mujeres). Es sobre todo, una expresión de violencia y agresividad en donde queda manifiesto el ejercicio de poder de un individuo sobre otro; refiere que las víctimas pueden ser niños o adultos, hombres o mujeres y pertenecer a cualquier estrato social. Que el impacto psicológico puede ser profundo desde los primeros momentos y prolongarse, a veces durante años.

Diferencias con otros delitos según el Código Penal para el Distrito Federal

Es importante señalar también, las características y diferencias de estos y otros delitos sexuales desde una visión jurídica y de acuerdo al Nuevo Código Penal para el Distrito Federal (2006, pp. 68-71).

En este marco y de acuerdo al apartado de los delitos contra la libertad y la seguridad sexual y el normal desarrollo psicosexual se cita a continuación:

Define la violación cuando por medio de violencia física o moral se realiza la cópula con una persona de cualquier sexo. Entendiendo por cópula, la introducción del pené en el cuerpo humano por vía vaginal, anal o bucal. También se considera violación, cuando se introduce por vía anal o vaginal cualquier elemento, instrumento o cualquier parte del cuerpo humano, distinto al pene, por medio de la violencia física o moral.

Se considera al abuso sexual como la ejecución de un acto sexual sobre una persona, que sea obligada a observar o ejecutar el acto sexual sin su consentimiento y el agresor no tenga el propósito de llegar a la cópula.

Se define como hostigamiento sexual al acoso sexual con la amenaza de causar a la víctima un mal relacionado respecto a la actividad que los vincule.

Se describe el estupro como el acto de tener cópula con persona mayor de doce y menor de dieciocho años, obteniendo su consentimiento por medio de cualquier tipo de engaño.

Y finalmente se define el incesto entre hermanos y ascendientes o descendientes consanguíneos en línea recta, que con conocimiento de su parentesco tengan cópula entre sí.

Es importante señalar estas diferencias y similitudes entre el abuso sexual y otros delitos para los fines de su estudio e intervención terapéutica, como también lo es retomar la parte jurídica ya que al momento de perseguir el delito, una palabra o una frase incongruente al delito que se quiera castigar es vital para la víctima. Todo a fin de integrar aquellos aspectos que necesariamente se ligan de uno a otro delito y conocer los mecanismos de acción que reflejan los agresores ya que esta es una herramienta de gran utilidad cuando se quieren prevenir estos delitos.

2.1.6. Perfil de la víctima

Factores mediadores de los efectos del abuso sexual infantil

No todas las personas reaccionan de la misma manera frente a la experiencia de victimización, ni tampoco todas las experiencias traumáticas comparten las mismas características Slusser (citado por Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000, p.51).

Existen diferencias en las consecuencias propias de la revelación del abuso. Por ello, al hablar de los factores que modulan el impacto de la agresión sexual, de acuerdo con Echeburúa y Guerricaechevarría (2000), se deben distinguir; tres grupos de variables: el *perfil individual de la víctima*, en cuanto a edad, sexo y contexto familiar; *las características del acto abusivo,* en cuanto a la frecuencia, severidad, existencia de violencia o amenazas, cronicidad, etc., y *la relación existente con el abusador* en donde lo que importa no es tanto la relación de parentesco sino el grado de intimidad existente entre ambos. Estos autores reportan que aún quedan muchas incógnitas por resolver, ya que indican que hay divergencias notables en lo que se refiere a la edad ya que en algunos estudios ha resultado que cuanto más joven es el niño, más vulnerable resulta frente a la experiencia de abusos y mayor es la probabilidad de desarrollar síntomas disociativos Bagley y Ramsay, Rowan, Foy, Rodríguez y Ryan (citados por Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000, p. 52).

Estos autores indican también que en otros estudios es precisamente la ingenuidad y la falta de entendimiento fruto de su corta edad lo que protege al niño pequeño y favorece que el impacto sea menor. Una mayor edad, a su vez, aumenta la probabilidad de que se realice una penetración y de que se emplee la violencia física, esto es debido a que la víctima puede mostrar mayor resistencia. En este sentido es difícil resolver esta cuestión sin poner en relación la edad del niño con otras variables relevantes, tales como la identidad del agresor y la intensidad del abuso. En lo referente al sexo de la víctima, los estudios realizados hasta el momento no han permitido tampoco llegar a una conclusión definitiva

acerca de si los niños y las niñas se diferencian en la gravedad o en el tipo de sintomatología experimental.

Sin embargo, en este mismo punto Finkelhor, Fritz, Stoll y Wagner, (citados por Sullivan y Everstine, 1997, p.189), señalan que la agresión sexual afecta a los niños de manera diferente que a las niñas. Ya que se ha descubierto que los niños tienden a ser mucho más reservados respecto de la experiencia traumática; se cree que temen revelar la agresión a los miembros de su familia, tal vez por su necesidad de jugar el papel masculino de ser "fuerte y reservado". Y señalan que este fenómeno puede también explicarse por el hecho de que los niños reciben amenazas más duras del agresor que las recibidas por las niñas para que no digan nada, por lo tanto apuntan a que el miedo del niño quizá este relacionado directamente con el grado y el contenido de la amenaza.

Y refieren que los niños pueden rehusarse a hablar de la experiencia debido al tabú en contra de la homosexualidad; esto es, si el agresor fue un hombre, el menor puede sentir la doble trampa de la censura por: 1) haber sido incapaz de defenderse y 2) la confusión de su identidad sexual. Y finalizan diciendo que los niños que sufren una agresión sexual difieren de las niñas porque reprimen más el evento y sus consecuencias. No obstante, el aspecto que si ha mostrado tener mayor importancia en el impacto psicológico de la víctima ha sido el funcionamiento de la familia; un ambiente familiar disfuncional, caracterizado por la conflictividad y la falta de cohesión, puede aumentar la vulnerabilidad del niño a la continuidad del abuso y a las secuelas psicológicas derivadas del mismo. Cortés y Cantón (citados por Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000 p.53).

De acuerdo con Foncerrada (citado por González, 1993, p.37) los menores que se hallan más expuestos a sufrir el maltrato, son: los menores de tres años, los de bajo peso y los que padecen retraso psicomotor, enfermedades crónicas o defectos congénitos: en suma, aquellos que son menos aptos para responder adecuadamente a los estímulos y cuidados maternos, informa que también el DIF apunta en este sentido que entre los menores, el grupo más propenso a padecer cualquier tipo de maltrato es el de los que tienen entre 5 y 9 años y que son los de sexo masculino los que con mayor frecuencia son maltratados.

Para los fines de este trabajo, cabe señalar las características con las que cuentan los niños que han sido víctimas de abuso sexual, sin embargo, no se pretende con esto generalizar que en todos los casos de abuso sexual existan las mismas características, ya que pueden existir otras no atendidas. El conocimiento de estas características puede ser de utilidad para la intervención temprana, donde al detectar a los niños que se encuentran en riesgo de sufrir alguna agresión se puedan tomar medidas preventivas que eviten o disminuyan los riesgos de que se cometa el abuso sexual. Apoyar sin importar el sexo de la víctima. Trabajar para que no se siga delegando a los niños de sexo masculino la responsabilidad de ocultar sus emociones, ya que de esa manera se le deja vulnerable a tener que ocultar (si es el caso) algún abuso sufrido. Nuevamente el ambiente familiar juega un papel clave que puede contribuir para evitar o disminuir la vulnerabilidad de los niños a ser víctimas de estos delitos. A continuación se presenta un resumen del perfil de la víctima de acuerdo a lo señalado en el capítulo.

Cuadro 4. Perfil de la víctima

Factores relevantes	Características de la víctima
Edad	**Considerablemente menor al agresor.**
Sexo	**Se considera que en su mayoría son niñas, aunque, los niños agredidos en su mayoría reciben mayor presión al delatar por la situación cultural de que los niños son más fuertes.**
Aspectos familiares	**Ambiente familiar disfuncional** **Conflictividad y falta de cohesión, la mayoría de las víctimas son abusados por un familiar o conocido.**
Aspectos físicos	**Niños con retraso psicomotor, con enfermedades crónicas o defectos congénitos son más vulnerables a ser víctimas. Sin embargo también los pubertos corren mayor riesgo ya que su cuerpo se comienza a desarrollar.**
Aspectos sociales	**Familias aisladas de la sociedad. Poca cohesión familiar. Descuido de los niños por parte de los padres o personas a su cargo.**

2.1.7. Perfil del agresor

De acuerdo con Sullivan y Everstine (1997, p. 199), el agresor sexual frecuentemente esconde su identidad tras un manto de respetabilidad. Por lo general, este tipo de agresor tiene entre veinte y treinta años, es profesional, está casado y tal vez tenga hijos, para así, hacer creer a quienes le rodean que es un buen ciudadano, lo que le hace ser un criminal difícil de localizar y castigar. Según estos autores, el agresor suele escoger a niños como víctimas porque le resultan objetos "seguros" sobre los cuales fácilmente puede ejercer control. Y aprovechándose en la mayoría de los casos de la ausencia o carencia de un padre, trata de convertirse en consejero, confesor o "amigo" del niño para posteriormente una vez conseguida su confianza realizar el abuso.

Estos autores sugieren que el tipo de hombre que satisface sus necesidades agrediendo niños, muy probablemente fue él mismo agredido durante su infancia. Sea de esta forma o no se puede tratar de alguien que se quedó bloqueado en una fase adolescente del desarrollo, lo que no se refiere a lo que la persona hace sino a cómo se siente. " Los agresores de niños son, probablemente, ellos mismos niños en lo psicológico. Se identifican más fácilmente con niños y se sienten más cómodos en su presencia" Geiser (citado por Sullivan y Everstine, 1997, p. 200).

El agresor es un hombre que debido a sus deficiencias tiende a depender de mujeres en cuanto a cuidados y apoyo. Tiende a negar su homosexualidad. Al no tener experiencias homosexuales directas de adulto a adulto se las arregla para evitar el estigma de ser "gay" viviendo una mentira al vivir con una mujer. " No se considera bisexual porque sus relaciones homosexuales con los chicos no "cuentan". En ese clima de autoengaño e impostura no sorprende que en muchos casos el matrimonio de un agresor de niños y muchachos haya sido una relación superficial sin amor anterior al descubrimiento de la realidad. La razón por la cual dura tanto tiempo puede ser la relación de dependencia acordada dentro de la pareja, en la cual la mujer está satisfecha de jugar el papel materno."(Sullivan y Everstine, 1997, p. 84).

En resumen se puede decir que el agresor de niños es una personalidad inadaptada que puede aferrarse a las mujeres y trata de probar su valía como hombre. Sus víctimas son escogidas porque son impotentes para resistirse a él debido a su obsesión de encontrar un padre, misma que el agresor probablemente experimentó siendo niño. Este tipo de agresor es un homosexual con una diferencia: no es capaz de aceptar su homosexualidad y gasta mucha energía en dispersar las sospechas que pueden pesar sobre él. A diferencia del homosexual, no busca una pareja, sino un esclavo.

La mayoría de los individuos que cometen agresiones sexuales son principalmente hombres. También hay mujeres y menores que las cometen pero entre el 95% de los delincuentes sexuales identificados son varones. Este mismo autor sostiene que los sujetos que agreden sexualmente no son diferentes en la mayoría de sus características y rasgos al resto de los hombres. Pueden provenir de todas las esferas profesionales y estratos sociales y que las similitudes que tienen entre los grupos de agresores sexuales y los no agresores resultan trascendentales ya que no ayudan a la sociedad a identificar aquellas características que pudieran distinguir a los agresores sexuales de los que no lo son (Sánchez, 2000, p. 81).

Soria (1994), da una visión del agresor sexual desde un enfoque médico en donde se ha considerado que estos sujetos son enfermos sociales con trastornos patológicos o parafilias, este enfoque considera que los agresores son "víctimas" de un impulso incontrolado.

Así, refiere que dentro de los orígenes de la agresión sexual, se deben considerar factores biológicos, sociales y de aprendizaje; mismos que detalla a partir de diversos autores:

En los factores biológicos se encuentran la herencia, la neurobiología, la activación sexual, el sexo, la edad y la inteligencia. Estos factores se mencionan a continuación:

En lo que respecta a la herencia, la aproximación biopsicológica en criminalidad tiene una historia donde ocupa un lugar destacado, la criminología de Cesar Lombroso (citado por Soria, 1994, p.21), quien clasificó delincuentes en somatotipos y este tipo de investigaciones han considerado que los sujetos no atractivos son juzgados más severamente que los atractivos.

A partir de la neurobiología de la agresividad se ha encontrado que la serotonina tiene un papel inhibidor de la conducta agresiva y a una reducción de la serotonina neuronal sigue un paralelo incremento de las reacciones hostiles, la agresividad y la violencia.

La activación sexual, que hace referencia a la liberación de energía por un organismo a través de los diferentes sistemas fisiológicos como preparación a la acción que puede tener una dirección de acercamiento o de retirada. La activación ante un estímulo sexual es una buena medida del carácter apetitivo del mismo y el impulso para conseguir un determinado objetivo; en el tema de agresiones sexuales es fundamental el estudio de estas respuestas frente a situaciones normalizadas y frente a actos delictivos.

El sexo y la edad, en su mayoría los agresores sexuales son hombres y un porcentaje muy pequeño son mujeres. Con respecto a la edad, más de la mitad de los agresores sexuales tienen menos de 25 años y un 80% menos de 30 años.

La inteligencia, son excepcionales las personas deficientes mentales que son acusadas de violación, a estas personas se les acusa por lo general de tocamientos, de exhibicionismo o de masturbación en grupo. Y su patrón de conducta criminal es muy diferente al de otros acusados, tienden a realizar actos no planificados que pueden interpretarse como impulsos motivados sexualmente más que como actos agresivos.

Por otro lado se encuentran el alcohol y las drogas, aproximadamente un 50% de los delincuentes comete sus delitos bajo los efectos del alcohol y este mismo porcentaje se mantiene en las agresiones sexuales. Entonces Soria, concluye, que a los efectos fisiológicos del alcohol que facilitan la agresión se unen las expectativas cognitivas de la

persona. Sobre los efectos fisiológicos del alcohol existen informes que sugieren que cuando el metabolismo de éste se modifica a través de el consumo de algunas drogas y logra su acumulación, se eleva el estado de ánimo y se produce euforia en los humanos. Este efecto puede relacionarse con la "facilitación" o deshinibición de la relación interpersonal

En lo referente a los factores sociales y de aprendizaje se encuentran: el proceso de socialización, la historia sexual, los factores psicosociales: cultura y contexto social, y finalmente los procesos de interacción social.

En el proceso de socialización, la conducta sexual violenta es una conducta social y como tal es aprendida, considerándose que la socialización sexual juega un rol decisivo en la conducta de los agresores sexuales, especialmente cuando adquieren su concepción de la relación intersexual y de la división de roles: se autodefinen como masculinos, tienen una visión negativa de las mujeres y niños como personas dependientes sin autonomía. En las relaciones familiares de los agresores sexuales se evidencian conflictos familiares, reflejan un mayor grado de ansiedad, aislamiento social, menos contacto emocional con iguales mientras que en la relación familiar se observa un malestar y poca comunicación positiva con las madres.

En la historia sexual se habla de que la agresión sexual es considerada como una manifestación de un fracaso en la relación sexual personal. No es tanto que estas personas no hayan tenido relaciones sexuales que pueden ser numerosas; sino la ausencia de implicación emocional en estas. Ya que han fracasado en adquirir las habilidades necesarias para establecer relaciones íntimas o existe un fracaso en conseguir relaciones íntimas que conducen a la soledad y a una disposición agresiva manifestada en tender a proponer a otras personas relaciones sexuales bajo amenaza en un intento paradójico de reparar la intimidad perdida y superar la soledad.

Dentro de los factores psicosociales que serían la cultura y el contexto social se encuentran grandes divergencias entre los diferentes pueblos y la incidencia de agresión

sexual, la agresión sexual es un elemento cultural. La visión del niño como hipersexuado, percepción social que no es ajena a la teoría psicoanalítica, contribuye a la idea de que los niños pueden "provocar" el abuso infantil.

Finalmente los procesos de interacción sexual donde los déficits en habilidades sociales hetero/homosexuales facilitan la aparición de conductas de no respeto a los derechos de los otros. Respecto a las escalas de valores se han encontrado, de forma sistemática déficits en valores prosociales en subgrupos de delincuentes sexuales, entendidos como aquellos valores que implican una aceptación de los derechos de las posibles víctimas.

Al conocer que existen factores biológicos sociales y de aprendizaje que influyen en la conducta sexual agresiva también resulta interesante conocer las características de los paidófilos como agresores sexuales.

Glasser (citado por Vázquez, 1995, p.25), describe dos tipos posibles de manifestaciones paidofílicas. La primera llamada invariante y que ella define "primaria" afecta a un individuo que ha estado siempre envuelto en relaciones sexuales con niños o adolescentes de forma exclusiva; este sujeto se caracteriza por no presentar ningún interés sexual ni a menudo social por las personas adultas (hombres o mujeres). Refiere que este tipo de individuos poseen una personalidad rígida con carencia de intereses y actividades que lo llevan a una existencia solitaria y estéril y que no presenta sentimientos de culpa por sus actividades paidofílicas.

Por otro lado presenta al tipo psiconeurótico que denomina "secundario" que se presenta como un individuo con relaciones sexuales con adultos heterosexuales, presentando diversos trastornos en estas relaciones tales como: impotencia ocasional, cierto grado de apatía sexual y algún tipo de tensión o conflicto con sus parejas, todos síntomas de índole neuróticas. Menciona que este tipo tiende a realizar el acto paidofílico a intervalos irregulares, aparentemente en respuesta a una situación oportunista o a un episodio de estrés. Finalmente este tipo tras el acto muestra fuertes sentimientos de culpa y vergüenza.

Por su parte Sánchez (2000), al hablar sobre el perfil del agresor refiere que los agresores sexuales adoptan muchas tácticas para ocultar sus tendencias delictivas, incluyendo que se presentan ante los demás como personas socialmente adaptadas. Cita la teoría de los orígenes de la delincuencia sexual de Marshall y cols, (1978-1992), en la que se identifica el papel de varios factores: vínculos paterno- filiales, factores socioculturales, experiencias juveniles y finalmente deshinibición y oportunidad de cometer el acto agresivo. Factores que se señalaron anteriormente y que si juegan un papel importante en la consumación del abuso sexual.

Al hablar del aprendizaje de la agresión Goldstein (1978), se refiere al aprendizaje clásico y al operante para posteriormente aportar que se ha demostrado que los patrones de conducta agresiva aprendidos por niños pequeños, probablemente se mantengan en el estado adulto, en especial en el caso de los machos.

La conducta agresiva y, lo que es más importante, las normas, valores, y actitudes acerca de la agresión puede aprenderse de los propios padres y luego de los maestros y compañeros, mediante métodos clásicos y operantes así como por imitación. Sí, la conducta agresiva recibe una actitud favorable por parte de los propios padres, entonces dicho concepto terminará por adquirir un valor positivo en el niño. Si se estimula o recompensa la actitud agresiva en un niño, es probable que él mismo aumente su conducta agresiva en futuros encuentros con otros. De un estudio semejante citado por Goldstein se observó que más de un tercio de las niñas y dos quintas de los niños considerados como muy agresivos, provenían de hogares en los que los padres empleaban el castigo físico como medida disciplinaria, siendo además muy permisivos.

Ratter (citado por Sánchez, 2000), refiere que el agresor presenta problemas en la infancia por falta de afecto y protección, por soledad, experiencias sexuales represivas en la niñez, patologías y desprecio así como desvalorización a las personas en general.

En una sociedad como esta, donde crece día con día el número de víctimas de abusos sexuales, se vuelve necesario conocer lo antes señalado sobre las características que

cubre el agresor sexual, aunque no exista un perfil como tal, que se presente y que si y sólo si se cubren ciertas características se puede determinar que se trata de un agresor sexual. Aún falta mucho por investigar y por conocer al respecto, existen diferencias entre los hallazgos de los autores que han investigado el tema. Sin embargo, el conocimiento de lo que se ha encontrado es de utilidad y sirve como base a otras investigaciones. Aunque lo más idóneo sería que este conocimiento no se quedara en papel sino que trascendiera al trabajo con la población en riesgo y con la población en general y así, avanzar en la prevención y la atención oportuna de los niños que ya han sido abusados sexualmente.

2.1.8. Consecuencias del abuso sexual

Efectos de la agresión

Los efectos de un abuso sexual pueden ser muchos, pueden presentarse simultáneamente o por separado y van de corto a largo plazo. A continuación se señalan algunos estudios que han presentado distintos autores sobre las consecuencias del abuso sexual.

Las consecuencias que se presentan por haber sufrido una violación, se ven matizadas por las creencias, juicios y conceptos que la persona posee, mismas que se han adquirido a través del aprendizaje familiar, social, escolar y que aunado al propio bagaje individual, constituyen la posibilidad o imposibilidad para que se pueda enfrentar una situación crítica, para lo que son muy importantes las habilidades de afrontamiento (Cazorla, 2004).

Ramos y cols. (citado por Bonilla, 2004, p.22), refiere que en algunos estudios realizados en México han mostrado que las consecuencias del abuso sexual incluyen una variedad de problemas conductuales y emocionales como depresión, culpa, dificultades de aprendizaje, promiscuidad sexual, huir de casa, quejas somáticas y cambios repentinos de conducta, fobias, pesadillas y rituales compulsivos, conducta auto-destructiva y suicida, estilos de personalidad que tienden a una disposición de agradar, conducta antisocial, nervioso/emocional, depresión, autoestima, miedo y síntomas de estrés postraumático.

Chamorro y cols. (2004), concluyen en su estudio sobre abuso sexual en la infancia y psicopatología en la vida adulta que el antecedente de abuso sexual en etapas tempranas predispone al desarrollo de trastornos de la personalidad, de trastornos depresivos y de intentos suicidas. En el estudio de Winfield (citado por Chamorro y cols.,2004, p.32), los diagnósticos más comúnmente relacionados con el abuso sexual fueron: trastorno depresivo mayor (12.93%), abuso o dependencia de alcohol (7.17%), trastorno obsesivo- compulsivo (6.97%), abuso o dependencia de drogas (3.81%), trastorno por estrés postraumático (3.66%) y trastorno de pánico(3.3%).

De acuerdo con Sullivan y Everstine (1997), dentro de los síntomas que presentan los niños que han sido víctimas de un abuso sexual, se encuentran los siguientes:

1) Miedo: Reacción inicial más común, temor a cualquier cosa, más hacia la figura del sexo de quien recibió la agresión.

2) Incapacidad de confiar: Debido a la traición que el niño ha sufrido a manos de un adulto se siente desvalido, se encuentra seriamente limitado para tener confianza.

3) Cólera y hostilidad: Los menores rara vez pueden expresar su cólera hacia el agresor, de modo que frecuentemente, la trasfieren hacia los demás.

4) Conducta sexual inapropiada: Los niños víctimas de abuso sexual pueden tratar de mostrar o decir a los demás lo que les hicieron haciéndolo o actuándolo en público. Pueden hacerlo a otros niños para sentir que tienen control ante el problema (principalmente los varones).

5) Depresión: Dada la imposibilidad de expresar la importante rabia por lo que sufrieron, se deprimen, mostrando signos de restricción emocional, de afecto plano o inexistente y otros.

6) Culpa o vergüenza: Puesto que los niños pequeños son egocéntricos por naturaleza, pueden erróneamente aceptar la responsabilidad por los actos de otras personas hacia ellos y se sienten culpables.

7) Problemas en la escuela: Un repentino descenso en el desempeño del menor en la escuela puede ser signo de abuso sexual; o bien puede no ser así y puede encontrar cierta seguridad en el ambiente escolar.

8) Problemas somáticos: Muchos menores que han sido sexualmente agredidos, interiorizan su trauma y pueden mostrar desórdenes somáticos, como dolores de cabeza o estómago sin ninguna causa orgánica.

9) Problemas para dormir: Sufren de dificultad para dormir, temor a dormir solos.

10) Problemas con la comida: algunas víctimas de abuso sexual tienen problemas con la comida, un repentino aumento o descenso del apetito o el atesoramiento de alimentos.

11) Conducta fóbica o evasiva: Las víctimas pueden mostrar una amplia gama de conductas fóbicas, o temor a lo que le recuerde al agresor.

12) Conducta regresiva: Que pretenden volver a hacer las cosas que hacían cuando eran más pequeños.

13) Conducta autodestructiva: Estas pueden ser salidas para los sentimientos de culpa o vergüenza del menor. Al sentirse devaluados, no se cuidan de la misma forma.

14) Conducta de escape: Los niños más grandes y los adolescentes pueden intentar sobreponerse al abuso sexual escapando de su casa.

A continuación se presenta un resumen elaborado por Echeburúa y Guerricaechevarría (citados por Sanmartín, 1999, p.96), sobre los principales efectos negativos en la vida adulta de las personas que padecieron abusos sexuales en la infancia o en la adolescencia, aunque si bien no todas presentan estos síntomas, si son característicos en personas que han sufrido abusos sexuales.

Cuadro 4. Principales secuelas psicológicas en víctimas adultas de abuso sexual en la infancia.

Tipos de secuelas	Síntomas
Físicas	**- Dolores crónicos generales** **- Hipocondría y trastornos de somatización** **- Alteraciones del sueño (pesadillas)** **- Problemas gastrointestinales** **- Desórdenes alimenticios.**
Conductuales	**- Intentos de suicidio** **- Consumo de drogas y/o alcohol** **- Trastorno disociativo de identidad (personalidad múltiple).**
Emocionales	**- Depresión** **- Ansiedad** **- Baja autoestima** **- Estrés postraumático** **- Trastornos de personalidad** **- Desconfianza y miedo a los hombres** **- Dificultad para expresar o recibir sentimientos de ternura y de intimidad.**
Sexuales	**- Fobias o aversiones sexuales** **- Falta de satisfacción sexual** **- Alteraciones en la motivación sexual** **- Trastornos de la activación sexual y del orgasmo** **- Creencia de ser valorada/o por los demás únicamente por el sexo.**
Sociales	**- Problemas en las relaciones interpersonales** **- Aislamiento** **- Dificultades en la educación de los hijos.**

Se puede apreciar en lo anterior, que estos autores Echeburúa y Guerricaechevarría (2000), al igual que Sullivan y Everstine (1997), coinciden en los diez primeros síntomas y que los últimos cuatro síntomas citados por Sullivan y Everstine son una aportación importante dentro de la sintomatología que presenta el menor agredido.

Por su parte López (2003), divide los efectos a corto plazo en edad preescolar, edad escolar y adolescencia:

Edad preescolar menos de 5 años:

Se han encontrado evidencias de disturbios en el sueño y en los hábitos de comer pero más considerablemente se encuentra una conducta social inapropiada que consiste en empezar a masturbarse, excesiva curiosidad sexual y frecuente exposición de los genitales, lo cual lo hace vulnerable a una victimización.

En este punto Sullivan y Everstine (1997), consideran que los menores rara vez pueden expresar su cólera hacia el agresor, de modo que frecuentemente la trasfieren hacia los demás. No obstante, en ciertos casos por lo general cuando el caso es extrafamiliar el menor si puede encontrar la oportunidad para expresar su cólera o enojo hacia el agresor.

Edad escolar de 6 a 13 años:

Pueden mostrar un alto nivel de agresión, conductas antisociales y hostilidad. Disturbios conductuales como provocación, conducta disruptiva dentro de la familia y disputas y querellas contra sus compañeros. También se observa que muchos niños muestran culpa, sentimientos de inferioridad o falta de autovaloración.

Adolescentes (más de 13 años):

Los adolescentes se observan con una intensa rebelión dirigida hacia los padres, principalmente hacia la madre especialmente en los casos de incesto, cuando crecen se involucran en actos delictivos con una enorme pérdida de autoestima y pueden llegar a la prostitución, depresión crónica, aislamiento social, vagancia, alcoholismo, drogadicción y delincuencia.

Sánchez (2000), por su parte, también describe algunos síntomas en la familia y amigos de la víctima:

- Vergüenza por lo sucedido: Es importante que los familiares y amigos de la víctima le aclaren que sienten vergüenza por el abatimiento y no por ella.
- Culpabilidad: tal como sucedía en la agresión sexual a menores, el núcleo familiar puede sentirse culpable de la falta de protección y de prevención de tal acción. Se debe insistir en la importancia del apoyo familiar y la necesidad de entender que el responsable es el agresor, y no ellos (las víctimas).
- Ignorarlo: "todo está bien" aunque en principio pueda parecer una buena estrategia, en realidad no lo es. Una tragedia ha ocurrido y es necesario afrontarla.
- Ayuda, soporte y apoyo a la víctima: Ésta debe ser la reacción y la que realmente puede ayudar a superar los grandes problemas que pueden surgir en torno a la dinámica familiar y a la propia víctima.

Es necesario resaltar que estos autores señalan un conjunto de factores que aunque se enlistan separados en la realidad se presentan todos a la vez o solo algunos y varía la intensidad en la manera en que se presentan de niño a niño. Por lo que siempre será importante el tratamiento de acuerdo a estas diferencias individuales y a las etapas del desarrollo existentes en los niños que han sido abusados.

De hecho, el impacto psicológico a largo plazo del abuso sexual puede ser pequeño, si la víctima no se enfrenta a otras situaciones adversas, como el abandono emocional, el maltrato físico, el divorcio de los padres, una patología familiar grave, etc. Aun más, los problemas de una víctima en la vida adulta (depresión, ansiedad, abuso de alcohol, etc.) surgen en un contexto de vulnerabilidad generado por el abuso sexual en la infancia, pero provocados directamente por circunstancias próximas en el tiempo (conflictos de pareja, aislamiento social, problemas de trabajo, etc.) De no haber estas circunstancias adversas, aun habiendo sufrido en la infancia abuso sexual, no habría problemas psicopatológicos en la edad adulta (Finkelhor, citado por Sanmartín, 1999, p. 97).

2.1.9. Prevención del abuso sexual

La prevención ha sido siempre la mejor forma de evitar que se lleven a cabo diferentes conductas y agresiones que dañen la integridad física y psicológica de una persona. En este caso se hablará principalmente de los niños. Prevenir plantea la necesidad de prestar atención a lo que se hace, la reacción que ese hacer provoca en los niños y el estudio objetivo de los resultados obtenidos, para poder buscar alternativas de solución. Cabe señalar que muchos delincuentes sexuales fueron niños y luego adolescentes que no tuvieron ni la atención oportuna ni el seguimiento necesario, ni el cuidado debido, que pudieron haber evitado la conducta delictiva resultante de estas carencias.

De acuerdo con Escalante (2002), es importante el aceptar que un comportamiento preocupante en los niños y/o adolescentes es indicativo de que en alguna parte del proceso educativo aplicado por los padres y/o escuela se está fallando. El análisis, la reflexión y la toma de decisiones oportuna al valorarlo, puede significar la diferencia entre tener un problema de difícil solución y encontrar una solución temprana, pertinente y rápida que corrija la desviación educativa en forma efectiva o mejor aun la anticipación para no tener problema alguno.

Es importante señalar que algunos comportamientos inadecuados tales como pelearse, mentir, desarrollar actitudes negativas, enojarse y desobedecer, aparecen de alguna forma en el curso del desarrollo normal de niños y adolescentes. Solamente cuando estas conductas son extremas y persistentes se deben considerar como comportamientos preocupantes que requieren atención. Algunos estudios resaltan el hecho de que la aparición de conductas negativas en determinada edad, expresan accidentes del desarrollo normal, los que desaparecerán de periodo en periodo y su mera aparición no siempre es significativa ni predictiva de una conducta antisocial ulterior; ya que en la mayoría de los casos a medida que madura el niño, van desapareciendo estas conductas (Kasdin, citado por Escalante, 2002, p.37).

Sin embargo, es más probable que los menores mantengan su conducta antisocial al hacerse adultos en la medida en que muestren reiteración en su forma de actuar y que los padres no actúen con decisión y firmeza en la corrección de éstas. Por otro lado, es importante señalar que las conductas antisociales en general son mas frecuentes en niños que en niñas, especialmente entre los 5 y los 13 años de edad.

Según Wolfe (citado por Cantón y Cortés,1997, p.132), el origen del problema es la perturbación de las relaciones padres / niño debido a que los padres, por sus características psicológicas y escasas oportunidades para aprender, no poseen las habilidades de crianza necesarias. En vista de lo difícil que resulta modificar las prácticas abusivas una vez establecidas, sería importante descubrir la forma de prevenir este fracaso antes de que llegue a establecerse un modelo de rechazo y abusos en la crianza del niño. Por consiguiente, el objetivo general de la prevención debe ser el establecimiento de unas prácticas positivas de socialización que sean adecuadas a los cambios situacionales y evolutivos y que hagan innecesario el uso de la fuerza. Esto se puede conseguir mediante la planificación de estrategias que mejoren la competencia de los padres y del niño, e intentando también reducir los factores de estrés a los que muchas familias tienen que hacer frente.

La planificación de estrategias que pueden mejorar la competencia tanto de los padres como de los niños y la población en general se pueden lograr conociendo los niveles de prevención existentes y así adecuar a estos niveles el trabajo con la población. Esos niveles de prevención son tres y se mencionan a continuación.

Prevención primaria

Los programas de prevención primaria se ocupan de poblaciones, no de individuos en concreto, de modo que van dirigidos a personas que pueden estar o no en riesgo de sufrir consecuencias psicológicas adversas como resultado de las circunstancias de la vida o de experiencias recientes. Rosenberg y Repucci (citados por Cantón y Cortés, 1997, p. 134),

propusieron como estrategias para la prevención primaria del maltrato infantil, el fortalecimiento de las competencias, recursos y habilidades de afrontamiento de los padres (por ejemplo, programas educativos para padres a nivel de hospital o de comunidad), así como la puesta en marcha de campañas publicitarias, teléfonos de atención en situaciones de crisis o el fortalecimiento de la red social.

Prevención secundaria

La prevención secundaria (prevención temprana) se centra en la detección y "trabajo" con familias de alto riesgo. Los programas de prevención secundaria están dirigidos a determinados grupos que, debido a su vulnerabilidad psicológica y/o determinados factores de estrés ambiental, tienen una mayor probabilidad de llegar a maltratar a sus hijos que la población general. Entre los factores de riesgo asociados al abuso infantil se incluyen un estatus socioeconómico bajo, la paternidad adolescente, un hogar monoparental, el aislamiento social y un embarazo complicado. Estos programas deben afrontar varias cuestiones importantes como la necesidad de encontrar un equilibrio entre los derechos de los padres y del niño, la individualización de los servicios, la obligatoriedad o no de la participación, el informar debidamente a los padres sobre el programa de prevención, la necesidad de minimizar la coacción a los asistentes y la consideración de los efectos negativos que el etiquetado puede tener sobre una familia (Starr, citado por Cantón y Cortés, 1997, p. 137).

Prevención terciaria

Por su parte Sanmartín (1999), señala como prevención terciaria una serie de programas que proporcionan tratamiento o intervención a los individuos afectados por el problema con el fin de evitar que vuelvan a ser víctimas del mismo delito. El éxito puede ser medido, pero la prevención a este nivel es costosa tanto económica como psicológicamente. Debido a que la víctima ya tiene un daño que hay que tratar y el agresor normalmente recibe la ayuda psicológica en las Instituciones encargadas y eso genera un

gasto para la sociedad. En esos programas se puede tratar a los agresores sexuales para evitar que reincidan y a las víctimas para lograr que los efectos del abuso sean menores. Aunque sigue habiendo dudas sobre si son efectivos los tratamientos a agresores sexuales en general, el tratamiento de ciertos subgrupos como los intrafamiliares suelen ser eficaces dado que es dentro de la misma familia en donde se ven los cambios (Chaffin, citado por Sanmartín, 1999).

Desafortunadamente en México no existe una cultura de la prevención, casi no hay prevención primaria, lo que más se da en este país es una prevención terciaria, por lo que es necesario trabajar fuertemente en la prevención temprana para que cada vez exista más conciencia en la población en general sobre esta problemática y así disminuya el índice de abusos cometidos.

Otra de las posturas que se sugieren en torno a la prevención es la adoptada por Besten (2001), que señala la importancia de que los niños puedan crear sus propias herramientas para que cuenten con mayor seguridad en ellos mismos. Lo que se puede hacer por medio de la educación en la vida diaria y se encuentren preparados en todo momento para defenderse en una situación de riesgo de abuso sexual y cualquier otro tipo de abuso. Por lo que considera necesario hacer una reflexión sobre uno mismo, y posteriormente procurar que los niños reciban una iniciación en la sexualidad.

Con relación a reflexionar sobre uno mismo plantea que es necesario hacer una especie de autoanálisis crítico que conteste preguntas acerca de la disponibilidad y preparación real para la protección de los menores, a la aceptación de las contradicciones de los niños y hacer valer sus opiniones, si se está dispuesto a permitir que manifiesten sus propios sentimientos sin bloquearlos, ver si realmente es posible actuar con neutralidad cuando algún niño que ya haya sido abusado cuente acerca de los abusos a los que fue sometido y la propia postura del adulto ante la sexualidad. Sólo en caso de que estas respuestas sean afirmativas se estará en condiciones de llevar a cabo un efectivo trabajo de prevención.

Respecto a la iniciación a la sexualidad, considera necesario recordar que la sexualidad es mucho más que un intercambio sexual. La sexualidad está íntimamente ligada a todos los aspectos de la personalidad, tiene mucho en común con la autoestima, las relaciones entre las personas, la afirmación de la vida y la alegría de vivir. No es solo un comportamiento, sino más bien la energía vital que se manifiesta desde la infancia. Los niños pequeños necesitan recibir cariño, besos, que los lleven en brazos, captar sensaciones a través de la piel y sentir la alegría del descubrimiento de su propio cuerpo. Los niños con los que nunca se ha hablado de sexualidad, que se enteran de cosas en torno a ella con manifiesto rubor y que obtienen evasivas cuando preguntan, llegan a creer con el tiempo que la sexualidad es algo indecente y sucio y por ello no se debe de hablar. Cuando estos niños sufren una situación de abuso sexual, les resulta prácticamente imposible hablar al respecto. Aparte de los sentimientos de vergüenza, culpa y miedo que provocan los abusos, estos niños no solamente no han aprendido nunca a hablar de sexualidad, sino que además carecen de las palabras adecuadas para expresar lo que les ha ocurrido. Finalmente, es importante no agudizar las impresiones negativas que tienen sobre su sexualidad y resaltar los aspectos positivos.

Se puede conseguir que los niños tengan más confianza en sí mismos sin atemorizarlos ni fomentar la desconfianza en los extraños, sino tratando de afianzar la seguridad en su propia persona. Solo así, podrán desarrollar una reacción rápida y favorable en caso de peligro. Así mismo, hay que estimularlos a realizar tareas supuestamente difíciles y animarlos a repetirlas cuando no les salgan bien. Si al final lo consigue, el niño se sentirá orgulloso de sí mismo. De esta forma se afianza su seguridad, ya que el niño descubre lo que sabe hacer y sus capacidades. De modo que al conocer sus propias capacidades y el alcance de sus fuerzas despierta su orgullo y su valía.

Mas allá de los ejercicios cotidianos que se pueden utilizar en la capacitación del niño para defenderse, se encuentran algunas otras herramientas que se pueden utilizar en la capacitación de los niños para prevenir abusos. Algunas de estas herramientas son: el dibujo, la lectura de libros, las historias contadas o leídas, los juegos y otras actividades. Utilizando estas herramientas se puede crear una atmósfera libre de miedo, en la que es

posible hablar adecuadamente con los niños sobre los abusos sexuales. Para que los niños puedan sacarle partido a las informaciones en el momento preciso, es básico realizar una revisión de los conocimientos que han adquirido y adecuarlos a una situación cotidiana.

Por su parte el UNICEF en colaboración con la Asociación Mexicana Contra la Violencia a las Mujeres (COVAC) 1994/1995, crearon un manual sobre maltrato y abuso sexual a los niños en el que brindan sugerencias para una campaña de prevención de la problemática, señalan que el trabajo comunitario es importante para elaborar acciones preventivas. Que los profesionales pueden organizar dentro de su área de trabajo programas multidisciplinarios de sensibilización, orientación, atención e investigación, que permitan proporcionar la información necesaria a la población en general, pero principalmente dirigida a los niños para que de esa forma puedan identificar el problema y se mantengan alertas. Refieren que la campaña de prevención se debe plantear con el objetivo de establecer políticas públicas que aumenten el compromiso social y se contribuya al cambio de creencias que transformen actitudes y comportamientos a nivel social y cultural.

También plantean algunas acciones importantes para considerar en una campaña de prevención donde el objetivo es generar un equipo multidisciplinario a nivel institucional, que asesore y trabaje en tres niveles: prevención, atención e investigación.

Dentro de esas acciones se encuentran las siguientes:

- Formar un equipo multidisciplinario.
- La distribución de un manual de prevención.
- Elaboración de un programa de capacitación para el uso del manual.
- Investigación sobre abuso sexual en México.
- Pláticas comunitarias donde se sensibilice a la población en general sobre los problemas del maltrato y abuso sexual.
- Pláticas institucionales.
- Talleres.
- Distribución de carteles y trípticos.

- Canalización, orientación e informes a las personas que desean conocer los diferentes lugares para obtener la ayuda requerida.
- Programas de asistencia multidisciplinaria con área médica, psicológica, legal, de trabajo social y educativo.

Educación es prevención: Para reducir la incidencia del fenómeno que se trata, la educación constituye una fuente principal. Los papeles que se han desempeñado hasta hoy tendrían que ser adecuados a la realidad actual, ya que la prioridad educativa no es únicamente elevar el nivel académico de los mexicanos sino buscar mejores relaciones entre todos. A través de la educación se lograría prevenir más que combatir un problema ya arraigado, esta prevención quizá para algunos sea poco costeable ya que la inversión en estos programas es redituable a largo plazo, por ello, los criterios apropiados de evaluación tienen que vigilarse necesariamente durante un periodo muy largo.

Una labor obligada de todas las organizaciones gubernamentales o civiles dedicadas a la prevención del maltrato a la niñez, es impulsar la creación de redes sociales. Esto ocurrirá con seguridad si los parámetros de conocimiento para el diseño del trabajo preventivo son propios del saber científico y si se ha entendido que la eficacia de una red está fundada en el contacto personal, humano y directo de sus integrantes, que están generando e impulsando mecanismos de autoayuda y asociación. En ocasiones, se plantea la prevención desde el punto de vista del agresor potencial y en otras desde el de la posible víctima. Estas opciones no deben verse como excluyentes, sino al contrario, como complementarias. Para poder evitar el abuso sexual, se requiere contar, por un lado, con la información de aquellos elementos que hacen más probable que el agresor inicie el ataque sexual y por otro, con los factores que permitan desde la óptica de la víctima potencial evitar la agresión (Cazorla y Rubio, 2002, p.280).

Por su parte Díaz (2002), propone en su tesis que si los padres tienen comunicación con los hijos, se logran vínculos y aprenden valores que predominan en la vida de ambos, porque si un menor de edad respira un ambiente de amor, protección y comunicación; se siente seguro de sí mismo y al interactuar con otras personas logrará tener buenas

relaciones garantizando en gran medida el hecho de no tener que refugiarse en extraños, ni ser blanco de personas malintencionadas, y en el caso que lo fuera, siempre dará parte a sus padres de alguna situación irregular que pudiera estar ocurriendo, inclusive evitar daños irreversibles. La familia tiene el carácter preventivo desde el punto de vista social, ya que el buen funcionamiento de la misma, garantiza en gran porcentaje, la disminución de abusos sexuales en el menor. La familia es el elemento esencial en la prevención, detección y recuperación del abuso sexual del menor, de ahí la importancia de la creación de Instituciones Públicas y Privadas, dedicadas a impartir conferencias, grupos de apoyo, asesoría jurídica y apoyo de profesionales; con la finalidad de hacer posible la participación de la familia en todas las medidas que el estado y las autoridades puedan implementar en materia de prevención del delito.

Crisma y cols (2004), refieren que los adolescentes necesitan recibir información adecuada acerca de los riesgos de ser abusados sexualmente y de la ayuda que pueden recibir de su red social y agencias de protección así como la necesidad de un apropiado entrenamiento y capacitación de los profesionales que trabajan con esta problemática. Ya que concluyen en su investigación que algunos de los motivos por los que no buscan apoyo es por el desconocimiento de que existen lugares de ayuda y cómo funcionan los mismos.

Besten (2001, p. 113-117), propone algunos puntos importantes para adoptar una postura natural y adecuada a la hora de iniciar al niño en la sexualidad. Gracias a esa actitud. El niño podrá tener una visión positiva de sí mismo de su cuerpo y su sexualidad:

- *Permitir y trasmitir sentimientos*. Se debería permitir que los niños traten su cuerpo de forma lúdica, natural y sensual, como también el contacto con los demás niños de su misma edad. De la misma forma se debieran expresar las manifestaciones de ternura hacia los padres y las personas más cercanas, siempre y cuando el niño lo desee y manifieste su consentimiento.

- *Reconocer la propia inseguridad*. Los sentimientos de inseguridad y vergüenza, que a veces acompañan al adulto durante toda su vida, hacen más difícil hablar sobre sexualidad y no se pueden superar de un día al otro. Sin embargo, es importante que los padres lejos de eludir el tema de la sexualidad hagan un intento por ser sinceros y reconocer frente a sí mismos y sus hijos que se sufre de cierta inseguridad, pero que hacen el esfuerzo de hablar abiertamente acerca del tema. Si se les dice que en su tiempo era difícil hablar de sexualidad y por ello les cuesta trabajo pero que se encuentran en la mejor disposición de no hacer lo mismo, los niños pueden entenderlo y esta verdad sirve a los niños para ver que también los adultos son seres imperfectos y no las figuras omnipotentes que se imaginan, lo que contribuye a una mejor defensa en una situación de riesgo.

- *Nombrar correctamente los órganos genitales*. Para hablar de sexualidad es muy importante conocer el nombre específico de los órganos genitales. Desde un principio es necesario referirse a ellos con la misma naturalidad que se nombran los demás órganos.

- *Trasmisión de conocimiento*. Dependiendo de la necesidad de conocimiento y su grado de desarrollo, con el tiempo, los niños deberían saber todo aquello relacionado con el amor y la sexualidad; desde el intercambio de caricias, el acto sexual y el orgasmo, hasta la masturbación, la menstruación, la concepción, el embarazo, el parto, los métodos anticonceptivos, las enfermedades de trasmisión sexual, la homosexualidad y la heterosexualidad.

Se concluye que es necesario permitir a los niños trasmitir sus sentimientos, que esto se puede lograr de muchas formas, los padres solo tienen que ser un poco creativos y capaces de brindar oportunidades a sus hijos de desarrollar poco a poco sus propias herramientas de auto-apoyo. El que los padres reconozcan su inseguridad también es un gran avance, ya que de esa manera pueden buscar fuentes y profesionales que les ayuden a proveer de información real y de acuerdo a la etapa de desarrollo en la que se encuentren

sus hijos. El llamar por su nombre a los órganos sexuales facilita a su vez la trasmisión de conocimiento que los padres y otros adultos puedan aportar positivamente a los niños.

Todo lo anterior es prevención, una prevención por medio de la educación en la vida cotidiana a nivel familiar que se puede expandir a nivel social al dar a conocer a los niños las redes de apoyo que pueden tener tanto dentro de la familia como en las instituciones de ayuda. La familia juega un papel fundamental en la prevención, si se provee a los niños de un ambiente sano, donde exista la comunicación abierta, se aclaren sus inquietudes sobre sexualidad, se respete su condición de niños, se les brinde amor y cuidados por parte de sus padres y otros adultos encargados de ellos, así como vincular lo que pueden obtener de medidas preventivas en la escuela y en otras instituciones con el refuerzo de la familia, es muy probable que la unión de todos estos factores contribuya a que los niños sean menos vulnerables a un abuso sexual.

2.1.10. Importancia del tratamiento psicológico y consecuencias de la falta de este

Se ha visto que el abuso sexual en la infancia conlleva efectos que van de corto a largo plazo. A corto plazo esencialmente en relación al funcionamiento psicológico de la víctima, principalmente cuando el agresor es miembro de la misma familia aumentando los daños cuando se trata del progenitor y si la relación de intimidad con éste es muy estrecha. Al hablar a largo plazo los efectos son de mayor cuidado ya que se pueden derivar patologías de la experiencia traumática.

MacDonald, Lambie y Simmonds (citados por Pérez, 2001, p.48), proponen un modelo de tratamiento que abarque todos los procesos de sanidad en base a las necesidades del paciente de acuerdo a la afectación del abuso sexual. El modelo sugiere que se deben plantear etapas de tratamiento que faciliten la recuperación y refieren que las etapas que más frecuentemente contribuyen en el proceso de recuperación son:

1- Reconocimiento de que el abuso sucedió,
2- Tomar la decisión de recuperarse,
3- Hablar a otros del abuso,
4- Responsabilizar al verdadero culpable,
5- Trabajar en las pérdidas y tristezas,
6- Expresar furia o enojo,
7- Trabajar a través de las dificultades causadas por el abuso y,
8- Construir un futuro.

Sin embargo, sugiere que las etapas no deben seguirse necesariamente en ese orden sino que se deben planear con base a las necesidades y habilidades del paciente para superar cada una de ellas. Propone agregar alguna otra según convenga al caso específico. Indica que la terapia del abuso sexual incluye un significante componente educacional donde el terapeuta es quien proporciona la habilidad para enfrentar las diversas situaciones que el abuso implica dentro de la sociedad con el propósito de aliviar los conflictos que este abuso genera en los pacientes.

Menciona que a partir del “descubrimiento” del hecho, todos los miembros de la familia presentan algún grado de deterioro emocional que les hace a ellos mismos susceptibles de tratamiento por lo que es de vital importancia que lo reciban.

Así mismo, propone que previo a un tratamiento terapéutico de abuso sexual se debe pasar por un proceso de evaluación donde se determine cuáles fueron las circunstancias sociales concretas dentro de las que se llevó a cabo el abuso, donde son de gran interés las relaciones que la familia establece en torno al mismo. Refiere que una evaluación apropiada puede servir en un sentido positivo de clarificación real de la situación, atenuando las principales y repetitivas defensas en torno al hecho, que son principalmente: negación, disociación, autoculpabilización en el niño así como en los adultos.

Por ello, son muchas las víctimas que requieren un tratamiento psicológico para superar las consecuencias derivadas de la experiencia traumática. No obstante, la intervención terapéutica con las víctimas no es siempre necesaria ni conveniente. No todos los menores afectados manifiestan síntomas psicopatológicos y por tanto no todos requieren tratamiento. Incluso la terapia puede implicar, al menos en algunos casos, una segunda victimización, esto puede suceder al interrogar constantemente al niño acerca del evento o el solo hecho de tener que acudir a una terapia puede confrontar al niño con el recuerdo de lo sucedido cuando este probablemente lo haya vivido como un evento más en su vida. En ocasiones, la edad temprana de la víctima, sus características individuales, el apoyo familiar o social existentes etc., protegen al niño del impacto negativo como tal. Es imprescindible una adecuada valoración de secuelas derivadas de la experiencia abusiva y de su repercusión en la vida cotidiana antes de plantearse la necesidad de la intervención con la víctima. Una supervisión o seguimiento cercano de la evolución del menor, junto con la posibilidad de asesorar a los familiares para proporcionar al niño el ambiente adecuado y de tratar al abusador, pueden ser suficientes en algunos casos para garantizar el bienestar del menor (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000, p. 48).

Volnovich y cols. (2002), señalan que la victimización se refiere exclusivamente a situaciones que implican violencia física, sexual, psicológica y negligencia, sin discriminación de clase social y que cuando estas situaciones se repiten se habla de una revictimización.

En este caso se habla de una segunda victimización como parte de un proceso terapéutico que tal vez cause mayor ansiedad a la víctima aunque existe una re–victimización cuando la víctima es agredida nuevamente Rochin y Souza (1999, p. 25), señalan:

> Así mismo la revictimización, que ocurre 2.3 en promedio y el reincidir de los ofensores, que es mayor a 50% de los casos, se incrementan cuando existe consumo de psicotrópicos y promueven o son concomitantes de otros delitos, incluidos los sexuales. Por lo tanto. Esta deplorable patología reclama una adecuada sensibilización social que debe ser guiada por los profesionales, para facilitar su comprensión, su terapéutica y una adecuada eliminación de la reincidencia a través de medidas educativo-preventivas.

Brown, (citado por Bonilla, 2004, p.37), propone que las victimas de abuso sexual son más propensas a presentar ansiedad y sintomatología depresiva.

González (citado por Bonilla, 2004, p.38), refiere que no hay niña ni adolescente que este preparada psicológicamente para hacerle frente al abuso sexual. Aun los niños de dos o tres años que no pueden saber que la actividad sexual es “mala”, desarrollarán problemas como resultado de su inhabilidad para hacerle frente a la sobre-estimulación. Cuando el niño de cinco años o más que conoce y aprecia al que lo abusa se siente atrapado entre el afecto o la lealtad que siente hacia esa persona y el conocimiento de que las actividades sexuales son malas.

López (2003), acerca de la terapia menciona que tanto en niños como adultos que reciben psicoterapia tienen más oportunidades de recuperarse que los que no reciben tratamiento.

Cabe señalar que en los casos donde probablemente la víctima no requiera una terapia psicológica, si es importante que cuente con el apoyo emocional por parte de la familia, que le brinde un ambiente de protección, mas no de sobreprotección, en donde la víctima se encuentre nuevamente en un espacio de seguridad que no bloquee las posibilidades de que se siga desarrollando como un niño/a con las mismas oportunidades de aprender, de socializar, de cometer errores y gozar de sus éxitos como cualquier otro niño/a de su edad.

Consecuencias de la falta de tratamiento

Widomm (citado por Bonilla, 2004, p.38), reporta que los niños objeto de abuso sexual y negligencia tienen una probabilidad mayor de ser arrestados por delincuencia, criminalidad en la edad adulta y conducta criminal violenta. También cita otros estudios que relacionan la victimización sexual temprana con conductas de alto riesgo en la adolescencia y en la edad adulta, incluyendo uso excesivo de drogas y alcohol, sexo sin protección con múltiples parejas, prostitución y embarazo adolescente.

Repercusiones psicopatológicas del abuso

Como señalaron Martínez y Souza (2002), basándose en estudios tanto a nivel nacional como internacional, entre los problemas asociados a las conductas de consumo abusivo de drogas, destaca la violencia sexual como un fenómeno de origen multifacético y variadas consecuencias caracterizado por su nivel de destructividad. Específicamente el abuso sexual en la infancia o adolescencia es un antecedente frecuente en pacientes adictos a las drogas. Por otro lado, mencionan que las investigaciones realizadas entre ofensores sexuales procesados muestran que el alcohol y otras drogas, solos o en combinación, se

relacionan muy frecuentemente con los patrones de abuso sexual. Aunque este consumo no puede considerarse una regla general para la comisión de estos delitos.

Oseguera y Sandoval (2004), concluyen en su tesis que no sólo el agresor violenta la integridad física, psicológica y sexual de la víctima, sino que ésta vive una y otra vez la agresión del hecho traumático; los recuerdos, la culpa que la embarga y las reacciones de las personas a quien se lo comentan hacen que la persona agredida prefiera callar y olvidar.

Decir en esta sociedad que se fue o se es violentada/o sexualmente, provoca respuestas inculpatorias y denigrantes, además de que genera temor en quien escucha. Los niños víctimas de cualquier abuso sexual no se salvan de las acusaciones; crecen pensando que tuvieron la culpa y en los casos en que hay amenazas, viven a diario el miedo de que el agresor cumpla sus amenazas, dentro de estas puede estar el que se desintegre su familia. Así, las víctimas sienten que con su callar las cosas volverán a la normalidad y recuperarán el poder perdido, la seguridad y su voluntad. El costo de ese silencio priva a las víctimas de recibir un apoyo psicológico, lo que repercute en las consecuencias anteriormente citadas.

Con base a lo señalado anteriormente, sobre la importancia que tiene el tratamiento psicológico. Es preciso mencionar que esa ayuda será mejor si se brinda en un ambiente de respeto hacia los niños que sufrieron la agresión, con un sentido humanista en el que no se vea a los niños como víctimas, sino como personas que atraviesan por una etapa difícil y con el conflicto emocional que esa agresión generó en ellos. La oportunidad de encontrarse en grupo con otros niños que al igual que ellos requieren el apoyo de un terapeuta que les facilite cerrar el ciclo de enojo, miedo y tristeza en el que se encuentran, compartir con sus iguales sus experiencias, la forma en que lo viven y la manera en que lo han sacado adelante.

Oportunidad que puede brindar una terapia basada en el enfoque gestalt, específicamente la terapia gestalt de grupo, en el que estos niños pueden encontrar gran ayuda para abrir sus emociones y trabajar con ellas y con las pérdidas que dejó la agresión, todo basado en las necesidades de los niños. Lo que facilitará su recuperación, ayudará a

que conozcan sus fortalezas y de esa forma evitar que sufran una nueva victimización así como la presencia de conductas sexuales inapropiadas en la vida adulta y problemas emocionales relacionados con el evento de agresión. Por ello, en el capítulo siguiente se detalla ampliamente la terapia gestalt de grupo, enfoque en el que se apoya la presente tesina.

2.2. Terapia Gestalt de Grupo

2.2.1. Antecedentes de la terapia gestalt

Raíz etimológica de terapia gestalt.

- Therapeia: significa en griego el cuidado religioso, el culto de los dioses.
- Therapeutris: es religiosa (de religare = enlazar), es decir una mediadora, encargada de mantener una buena relación entre los hombres y los dioses, entre la tierra y los cielos, entre la materia y el espíritu.
- Terapéuticos: es el que cuida de los dioses o de un maestro, es decir el servidor, devoto, complaciente, servicial, el cortesano o esclavo.
- "Servidor" proviene de la raíz indoeuropea "swe" "ser" o "wer" que significa "poner atención", "estar atento" y aquí se relaciona el "awareness", actitud básica del terapeuta gestalt.
- El "servus", el servidor o el esclavo, esta encargado "de observar", es decir, de vigilar.

Siendo que "terapia" y "tratamiento" están emparentadas no a la enfermedad sino al servicio, a la vigilancia al awareness. El "terapeuta" entonces no seria el que tuviera el poder sobre el otro, sino en poder del otro, su servidor. (Ginger y Ginger, 1993 pp. 163-165).

La psicología se establece como una ciencia, en Alemania, hacia 1870, con el Estructuralismo, una de las primeras escuelas teóricas en psicología producto de Wilhelm Wundt (1832-1920) quien fundó el primer laboratorio formal de psicología en la Universidad de Leipzig, Alemania (1879). Este enfoque consideraba que su tarea principal consistía en el análisis de los elementos básicos de la mente. Propuso que en psicología lo fundamental es la experiencia o conocimiento que la persona tiene de su propia conciencia. A principios del siglo, tres nuevas escuelas llegan a ser fuertes competidoras: la primera de ellas el Funcionalismo. Los funcionalistas se preocupaban por estudiar cómo y por qué

trabaja la mente. Influidos por Darwin los funcionalistas argumentaban que la mente es la función orgánica más importante para la adaptación ambiental del humano. Fueron los primeros en proponer que, la manera en que se adaptan los individuos es, a través del aprendizaje mediante la adquisición de habilidades y fijaron su atención al proceso del aprendizaje.

Casi simultáneamente surge el movimiento Gestáltico y el Conductismo o Behaviorismo. El principal exponente del Conductismo fue John B. Watson (1878-1958), quién, aunque entrenado dentro del enfoque funcionalista, argumentaba que la técnica de introspección jamás sería objetiva, por lo que nunca podría ser científica, razón por la que también se opone al Estructuralismo. Y propone que sólo los eventos que son visibles a las demás personas cumplen con los requerimientos de una disciplina científica, a estos los llamó conductas. Según este, las conductas o respuestas son provocadas o afectadas por estímulos específicos en el ambiente. Luego entonces, el objetivo más importante de este enfoque es identificar las relaciones de estímulo-respuesta que son predecibles y perceptibles.

Así, como una reacción al Estructuralismo y al Funcionalismo, surge la Gestalt creada por Max Wertheimer (1880-1943), junto con sus discípulos Wolfgang Köler (1887-1967) y Kurt Koffka (1886-1941), poco antes de la Primera Guerra Mundial. Los gestaltistas descubrieron que el ser humano percibe totalidades organizadas como configuraciones y patrones naturales y que estos aparecen en la experiencia directa del individuo. Esta escuela se centró sobre todo en el estudio de la percepción visual acerca de la que elaboró un sin fin de leyes.

Después de varias investigaciones sobre la percepción tanto con humanos como con animales Köhler concluye que el proceso de aprendizaje es secundario a la percepción; la llave para aprender es el descubrimiento de la respuesta adecuada, la que depende de la estructuración del campo y del surgimiento de una Gestalt. Cuando nace una Gestalt o figura por medio de un insigth, surge el darse cuenta de dicho momento el cual puede aparecer como si fuera un “flash”. El verdadero insight se caracteriza por la producción de

una nueva conducta, la que podrá repetirse y aplicarse a una situación semejante a la original donde surgió el aprendizaje (Salama y Villarreal, 1997, pp. 2-5).

De acuerdo con Yontef (1995), la historia de la terapia gestáltica comienza con el desarrollo profesional de Fritz Perls. En 1926, después de obtener su título profesional, Perls fue a Frankfurt-am-Main, como asistente de Kurt Goldstein en el Instituto para Soldados con daños cerebrales. Aquí recibió la influencia de los profesores Goldstein y Adhemar Gelb. En esa época, Frankfurt-am-Main era un centro de agitación intelectual, y Perls estuvo directa e indirectamente sometido a la influencia de psicólogos líderes de la gestalt, filósofos existenciales y psicoanalistas. Fritz Perls se convirtió en psicoanalista. Tuvo influencia directa de Karen Horney y Wilhelm Reich, analista de Perls a principios de los años 30 y quien dirigió su atención a aspectos importantes de la medicina psicosomática.

Cabe destacar tres influencias en el desarrollo intelectual de Perls. La primera fue del filósofo Sigmund Friedlander, de cuya filosofía Perls incorporó los conceptos de pensamiento diferencial e indiferencia creativa, de estos conceptos el pensamiento diferencial sugiere que cada acontecimiento consta de un punto cero a partir del cual surge la diferenciación de los contrarios que demuestran en su contexto específico una gran afinidad el uno por el otro. Quedando en un término medio, se puede adquirir la capacidad creativa para contemplar los dos aspectos de una posibilidad y completar la parte que falta. Evitando considerar un solo aspecto del acontecimiento se tiene un conocimiento mucho más profundo de la estructura. La facultad para situarse en el punto cero a partir del cual surge una experiencia nueva constituye la “indiferencia creativa”.

Perls también recibió influencias de Jan Smuts, quien había escrito un importante libro sobre holismo y evolución que, de hecho, examinaba el mundo ecológico general desde una perspectiva gestáltica y acuñó la palabra *holismo* que retoma de los griegos (holos: completo, total, entero), para construir un sistema filosófico donde la evolución se apoya en la realización de la totalidad del ser. En tercer lugar, recibió la influencia de Alfred Korzbski, un semántico, que busca desarrollar el pensamiento intuitivo y dice que

todas las experiencias son multidimensionales, así se puede atribuir factores emocionales a cada manifestación intelectual y viceversa. Entonces, la terapia integrativa debe englobar el idioma y todo su contexto semántico: hablar es actuar, y actuar en un contexto cultural dado.

Laura Posner Perls fue co-fundadora de la terapia gestaltica. Su influencia en Perls era ampliamente conocida, y escribió un capítulo de *Ego, hambre y agresión*. Tuvo contactos e influencias de los teólogos existenciales Martín Buber y Paul Tillich. Gran parte de las influencias gestálticas, fenomenológicas y existenciales llegaron a la terapia gestáltica a través de ella, aunque su reputación e influencias fueron limitadas debido a que rara vez escribió bajo su nombre Rosenfeld (citado en Yontef, 1995).

Aunque Perls se estaba formando como psicoanalista, estaba entre aquellos que se irritaban por el dogmatismo del psicoanálisis freudiano clásico. Por citar algunos se encuentran Karen Horney[1], Wilhelm Reich[2], y Sandor Ferenczi[3] entre otros quienes de ser discípulos de Freud posteriormente fueron sus opositores. Los años 20s, 30s y 40s fueron periodos de gran agitación y rebelión contra el positivismo newtoniano. Esto ocurría en las ciencias (por ejemplo, la teoría de campo de Einstein), el teatro, la danza, la filosofía, el arte, la arquitectura y el existencialismo. Tanto Laura como Fritz vivían con un espíritu permeado por una influencia fenomenológico-existencial, que más tarde interactuó con la terapia gestáltica. Entre estas influencias estaban el reconocimiento de la responsabilidad y la opción para crear la propia existencia personal, la primacía de la existencia sobre la esencia, y el diálogo existencial.

---

[1] Karen Horney (1885-1952): Formada como psicoanalista y posteriormente opositora de Freud, aportó a la psicología estudios sobre la Importancia del medio cultural, de los factores actuales; angustia existencial básica; como clima cálido de seguridad; perspectiva finalista: beneficios secundarios de los problemas.

[2] Wilhelm Reich (1897-1957): Opositor de Freud, aportó conocimientos sobre recuerdos y emociones registradas en el cuerpo (que "habla") unión de las partes divididas; sexualidad genital y agresividad como pulsiones de vida; primacía del cómo sobre el por qué, de la forma sobre el contenido, de la experiencia sobre el aquí y ahora sobre el pasado.

[3] Sandor Ferenczi (1873-1933): Opositor de Freud, aportó estudios sobre atención a las reacciones corporales del cliente; fundó el bioanálisis; neocatarsis; técnica activa; puesta en acción física; gratificación, cuidados maternos (para casos de psicóticos), importancia de la introyección; elasticidad técnica: cada uno busca su estilo específico.

La psicología de la gestalt proporcionó a Perls un principio organizador para la terapia gestáltica como un marco integrador. Gestalt significa una configuración o patrón de un conjunto de elementos. Los psicólogos de la gestalt creen que los organismos instintivamente perciben patrones completos, y no piezas o partes. Los patrones completos tienen características que no se pueden recoger analizando las partes. La percepción es un proceso activo y no el resultado de la estimulación de los sentidos recibida en forma pasiva.

Se supone que todas las situaciones poseen una organización inherente. Los organismos tienen la capacidad para una percepción exacta, cuando usan su habilidad innata de experiencia inmediata en el aquí y ahora. La labor de la investigación y terapia fenomenológica es utilizar esta capacidad para obtener *insigths* de la estructura de aquello en estudio. Debido a que las personas naturalmente perciben patrones completos mientras ocurren, el darse cuenta es más confiable que la interpretación y el dogma. (Yontef, 1995).

Es importante retomar la influencia de la teoría humanística o existencial que fue fundada por Abraham Maslow quien la concibe como una psicología del Ser y no del Tener. La corriente humanística propone una ciencia del hombre que toma en cuenta la conciencia, la ética, la individualidad y los valores espirituales. La personalidad normal se caracteriza por la unidad, la integración, la coherencia, mientras que la patología se define por lo contrario: proviniendo de la distorsión o de la negación de la naturaleza esencial del hombre. Esta concepción del hombre en búsqueda de su autorrealización, así como la definición maslowiana de la patología subyace al pensamiento gestáltico. Cabe señalar que la psicoterápia gestalt pertenece entonces a la corriente humanística básicamente porque rechaza por un lado, modificar conductas negativas mediante el condicionamiento y por otro, tratar a las psicopatologías por medio de psicoterapias psicoanalíticamente orientadas. El enfoque Gestalt es parte de la revolución humanista, ya que considera a la psicoterapia como un medio para hacer crecer el potencial humano; enfatiza la observación de la conducta en el aquí y ahora, se centra sobre la importancia del proceso del darse cuenta del momento inmediato y en el estudio de la fenomenología humana (Yontef, 1995, p. 25).

Ginger y Ginger (1993), hacen una breve reseña de algunas de las nociones fundamentales que la terapia Gestalt ha tomado de la fenomenología y el existencialismo.

De la fenomenología retoma lo siguiente:

-
- Lo que importa primero es describir antes que explicar: el cómo precede al por qué.
- Lo esencial es la vivencia inmediata, tal como es percibida o sentida corporalmente (imaginar) así como el proceso que se desarrolla aquí y ahora.
- Nuestra percepción del mundo y de nuestro entorno está dominada por factores subjetivos irracionales que le confieren un sentido, el cual es diferente para cada uno.
- Esto implica particularmente la importancia de la toma de conciencia del cuerpo y del tiempo vivido, como experiencia única de cada ser humano, ajena a cualquier teorización preestablecida.

Del existencialismo que está relacionado muy de cerca a la fenomenología, la terapia Gestalt retoma entre otras cosas:

- La primacía de lo vivido concretamente en relación con los principios abstractos. En efecto, puede ser considerado como "existencial" todo lo que se relaciona a la manera en la cual el hombre experimenta su existencia, la asume, la orienta y la dirige. La comprensión de sí para vivir, para existir, es existencial, es espontánea, vivida, no sapiente (se reflexiona, pero solamente para actuar).
- La singularidad de cada existencia humana, la originalidad irreductible de la experiencia individual, objetiva y subjetiva.
- La noción de responsabilidad propia de cada persona, la cual participa activamente en la construcción de su proyecto existencial y confiere un sentido original a lo que le pasa y al mundo que lo rodea, creando incansablemente su libertad relativa.

Esta reseña permite apreciar claramente que la terapia Gestalt es una aproximación fenomenológica clínica, es decir centrada en la descripción subjetiva del sentimiento del cliente en cada caso particular y en la toma de conciencia "intersubjetiva" de lo que está pasando entre él y el terapeuta.

Inicios

La obra de Fritz Perls *Ego, hambre y agresión* fue escrita en 1941-1942. La primera edición publicada en Sudáfrica en 1946, se subtituló *Revisión de la teoría y método de Freud*. En 1966, el subtítulo fue cambiado por *Inicios de la teoría gestáltica*. El término "terapia gestaltica" se usó por primera vez como título de un libro escrito por Fritz Perls, Ralph Hefferline y Paul Goodman en 1951.

Poco tiempo después, se formó el New York Institute for Guestalt Therapy, que funcionaba en el departamento de Fritz y Laura Perls en Nueva York. Este departamento se usaba para seminarios, talleres y grupos. Entre aquellos que estudiaban con Perls en esa época están Paul Weisz, Lotte Weidenfeld, Buck Eastman, Paul Goodman, Isadore Fromm, Elliot Shapiro, Leo Chalfen, Iris Sanguliano, James Simkin y Kenneth A. Fisher. Durante los años 50's, se establecieron a través de todo Nueva York talleres intensivos y grupos de estudio. Antes de la convención de 1954 de la American Psychological Association en Nueva York, se realizó durante tres días un taller intensivo especial. Talleres similares se realizaron en Cleveland Miami y Los Ángeles. En 1955 el grupo de estudio de Cleveland formó el Instituto Gestáltico de Cleveland.

Fritz Perls se mudó a la costa oeste en 1960, momento en que Simkin organizó un taller gestáltico para él. Perls, Walter Kempler y James Simkin[4] ofrecieron el primer taller de entrenamiento en terapia guestaltica en el Instituto Esalen en el verano de 1964. Estos talleres continuaron bajo el liderazgo de Perls y Simkin hasta 1968. después Perls se mudó a Canadá, y Simkin junto con Irma Shepherd, Robert W. Resnick, Robert L.Martín, Jack

[4] Jim Simkin (uno de los primeros clientes que Perls tuvo en terapia en Nueva York).

Downing y John Enright continuaron ofreciendo entrenamiento gestáltico hasta 1970 en Esalen.

Durante esta etapa inicial, la terapia gestáltica fue pionera de muchas ideas luego aceptadas en la práctica ecléctica de la psicoterapia. Para una sociedad conservadora, eran nuevos y chocantes, la estimulación provocada por el contacto directo entre terapeuta y paciente, el énfasis en la experiencia directa y el aquí y ahora, la experimentación activa, la auto-responsabilidad del paciente, el principio del darse cuenta, la confianza en la auto-regulación organísmica, la interdependencia ecológica de persona y ambiente, el principio de asimilación, y otros conceptos por el estilo. En este periodo, la práctica de la psicoterapia se dicotomizó entre el enfoque antiguo tradicional de la teoría psicoanalítica del impulso y las ideas iniciadas en gran medida por la terapia gestáltica. Fue un periodo de expansión de integración de principios, y de elucidación y explicación de los principios dejados para el futuro. Así por ejemplo la terapia gestáltica introdujo el uso de la presencia activa del terapeuta en una relación contactada, pero no consideró en detalle que constituía una presencia dialogal sanadora (Yontef, 1995).

2.2.2. Terapia gestalt como tratamiento

Para hablar de la terapia gestalt como tratamiento será preciso iniciar con una definición clara de gestalt, misma que se desarrolla a continuación:

¿Qué es gestalt?

Allerand (1992), define la palabra gestalt como forma, configuración, estructura, que implica una organización de algo completado, acabado y que tiene una buena forma. Refiere que una persona es una gestalt y una familia es una gestalt, que cada uno de ellos es algo completo en sí mismo y diferenciado de lo demás, aunque puede interactuar con el resto y conformar otras gestalts. Así, todo en la naturaleza es gestalt, dado que todo es una forma organizada con algún sentido, todo tiene una estructura, aunque a veces invisible, y todo en la naturaleza aunque sea diverso está relacionado.

Las formas son percibidas y organizadas por las personas por medio de su propia percepción. Percibir es ver, escuchar, sentir, contactar, y comprender organizando estímulos. Así, las personas organizan su mundo con su propia percepción, la función perceptiva de cada persona organiza su visión del mundo de acuerdo con los intereses, bagaje educativo de la propia persona, todo lo que aprende, sufre y ha organizado anteriormente en su vida, sus introyectos, su equipaje de sensaciones, emociones, datos, costumbres, prejuicios e ideas. Es, precisamente en la forma de percibir, sentir, interpretar las situaciones de la vida de relación y en la forma de organizar las gestalts donde entra la psicoterápia gestáltica.

La terapia Gestalt en un principio se llamó terapia integrativa lo que pareciera ser más apropiado y preciso para describirla, porque lo que quiere es integrar en un solo acto organísmico lo que se percibe con los sentidos, lo que se piensa, se quiere, se desea y se necesita con la acción que se ejecuta en consecuencia en el mundo externo para

conseguirlo. Es decir, que la persona siente, quiere, piensa, y elige conscientemente que hacer y que no hacer.

Yontef (2003), menciona que en la terapia gestalt el único objetivo es darse cuenta. Lo que incluye mayor darse cuenta de un área en particular, y también mayor darse cuenta para convertir en un darse cuenta los hábitos automáticos según se necesite.

De acuerdo con Salama (1997), "la terapia Gestalt consiste en atender a otro ser humano en tal forma que se le permita ser lo que realmente es, con fundamento en el poder que lo constituye", según la frase de Kierkegaard[5]: "Todos los existencialistas rechazan la distinción entre 'sujeto' y 'objeto' y minimizan la importancia del aspecto intelectual dentro del campo de la filosofía. Según ellos, no es la inteligencia la que logra el conocimiento verdadero, sino que es menester vivir la realidad. Es la experiencia 'per se' del momento inmediato la que sirve para el aprendizaje. Este vivir la experiencia tiene lugar, preferentemente mediante, "... la angustia, por la cual el hombre se percata de su finitud y de la fragilidad de su posición en el mundo, en el cual proyectado hacia la muerte, ha sido arrojado". Continuando con Kierkegaard, la terapia Gestalt es una terapia existencialista, que se ocupa de los problemas provocados por nuestra aversión a aceptar la responsabilidad de lo que somos y de lo que hacemos.

Fritz ha creado un proceso de terapia que, en su forma ideal, evita conceptos. Separa "hablar acerca de..."[6] y el proceso de la terapia. Lo que deja es el estudio de los datos, y de la conducta observable que constituye el fenómeno, en lugar de nuestras propias conjeturas o las de otras personas. La terapia Gestalt primero diferencia y a continuación se ocupa de lo que el ser humano experimenta, más bien que de lo que piensa.

Fritz introduce como la base de sus propias teorías la idea de "Gestalt", que sugiere dos cosas específicas: completo o íntegro, y formación. Se refiere a Gestalt como "la

---

[5] Sören Kierkegaard (1813-1855): Filósofo danés precursor del existencialismo.
[6] En la metodología de la terapia Gestalt se encuentra que la forma de trabajar depende de la diferencia entre el "hablar acerca de..." y el experimentar los sentimientos, tomando en cuenta que es a través de esta experiencia como el paciente puede darse cuenta.

unidad definitiva de experiencias". La "experiencia" de nosotros mismos es en gran parte física y, en consecuencia, depende de la percepción de nuestro cuerpo. Por esto son fundamentales los conceptos de necesidades corporales y de situaciones inconclusas. Al quedar satisfecha la necesidad del organismo, al dar y tomar del medio ambiente, la Gestalt se completa y la situación termina. La conciencia de una necesidad disminuye y después desaparece, y pueden surgir nuevas necesidades. El organismo queda dispuesto entonces a la aparición de otra situación inconclusa y a recibir la energía procedente de esta nueva demanda.

El propósito de la psicoterapia es restaurar las partes perdidas de la personalidad y por medio de ella pueden recuperarse nuestra experiencia y nuestro funcionamiento rechazados. Estos procesos de recuperar, reintegrar y experimentar de nuevo, pertenecen pues a la psicoterapia. El terapeuta se dedica con el cliente al proceso de recuperar sensaciones y conductas que éste ha desechado y que ahora considera que no le pertenecen, hasta que empieza y continúa por su propia cuenta a afirmarse y a obrar como lo haría la persona que realmente es (Baumgardner, 1978, p. 20).

"No basta "saber", en el sentido de poder explicar. Si el cliente ha de conocer su propio poder por medio de la terapia, para que llegue a confiar en sí mismo, para que se conduzca de acuerdo con lo que realmente es, para que se enfrente eficazmente al mundo, sin renunciar a lo que le es valioso, entonces es necesario ofrecerle experiencias. Por experiencia se debe entender estar en contacto. En contacto o en relación con uno mismo y con el mundo de uno, en contraposición a "hablar acerca de...", lo que implica que mientras la persona siga dentro de sí misma nada cambiará. En la terapia gestalt la metodología consiste en volver una y otra vez a una forma de relacionar, es decir, que la persona esté en contacto con ella misma y con el medio.

Lejos de continuar en el hablar "acerca de..." en una constante verbalización de lo sucedido el verdadero objetivo en terapia gestalt, es permitir a la persona reencontrarse consigo mismo, con lo que realmente es, sin la necesidad de fingir un papel que no es lo que es, y que llene esos huecos que se encuentra en su personalidad. Para ello el terapeuta

debe fijarse continuamente en la conciencia y en los principales instrumentos que trae el paciente, su voz y sus demandas dentro de la terapia, explorar el "juego" del paciente en su expresión, su efecto, su valor y su relación con el ser (Baumgardner, 1978, pp. 22,23).

Pero no solo es tomar en cuenta la relación de la persona consigo misma sino con el mundo que le rodea. La terapia gestalt asume que el organismo humano y su medio ambiente, que incluye a otras personas, forman una sola unidad indivisible. La persona no puede existir sin su medio ambiente y viceversa. En la terapia gestalt el terapeuta se ocupa de lo que ocurre entre el organismo y el medio ambiente en los niveles biológico y social.

Baumgardner (1978), considera que el llamar a las personas clientes o pacientes, es estarse manejando en términos de otras áreas que no corresponderían a la terapia psicológica y refiere que cuando se trabaja con alguien en terapia la palabra "amigo" es la que se adecua mejor hacia el sentimiento en relación con la persona que busca algo[7].

Fritz señala:

La gestalt como una terapia existencial que se ocupa de lo que es, el fenómeno existente que no depende de hablar "acerca de..." o de lo que debe de ser donde el propósito en terapia es recuperar las partes perdidas de la personalidad trabajando con fenómenos como los papeles sociales que son conductas opuestas al proceso natural y los huecos en la personalidad que son las partes del ser que ya no se experimentan o que se les niega expresión. Y que para ello el terapeuta debe estar vigilando continuamente el proceso del darse cuenta de la persona, donde los instrumentos con que se cuenta son: la voz, la evasión y las demandas hechas por el paciente en la situación terapéutica. Y lo importante es la aparición de la gestalt que se da por medio de la experiencia que es contacto, estar en contacto de la persona con su sí mismo por medio de su cuerpo y emociones.

[7] En este punto, coincidimos en que dentro del espacio terapéutico, los niños que fueron víctimas de un abuso sexual se sienten en mejores condiciones con alguien que les extiende su mano y les presenta su ayuda como un amigo, que al estar con alguien que pone una barrera como en una relación médico-paciente, sano-enfermo. Sin embargo, en este trabajo se utiliza la palabra paciente por ser un lenguaje conocido en términos terapéuticos.

Experimentando el mundo con sus cinco sentidos, para ello, la percepción corporal es la clave para descubrir las dificultades del paciente ya que las situaciones inconclusas y los sentimientos inexpresados se revelan a través de las tensiones corporales.

Para que se dé la conciencia (awareness) del paciente, el terapeuta debe descubrir el proceso por medio de la percepción propia y del paciente. Ya que aunque la conciencia es subjetiva, cada cual se percata de sí mismo por medio de su propio cuerpo y sus emociones. El terapeuta no puede concebir la conciencia del paciente, conoce únicamente la conducta observable, conoce solo lo que el paciente le permite conocer. Depende del paciente para que le deje conocer la experiencia interna de su cuerpo y sus emociones el propio continuo cambio interno lo siente el paciente si esta dispuesto a obtener en voz alta su percepción corporal y emocional, omitiendo en ese momento cualquier pensamiento; con el tiempo descubre que ocurren una serie de tensiones que corresponden a sus situaciones inconclusas. Entonces el paciente expresa "incomodidad", y cualquier incomodidad no causada por enfermedad o por un trauma es indicativa y es resultado de un sentimiento inexpresado. Es entonces cuando el terapeuta gestalt busca constantemente las formas de estar en contacto con el "cómo" de los sucesos que ocurren en el presente. Es decir, atiende el flujo de la conciencia del paciente. De esta manera, trabaja con la conciencia básica: del ser, experimentado física y emocionalmente, y del mundo experimentado por medio de los sentidos de la vista, del oído, del tacto, del gusto y del olfato.

Al trabajar con el medio de la conciencia continua, se pide al paciente que exprese en voz alta la conciencia que tenga de sí mismo y se continua durante algunos momentos consecutivos compartiendo la experiencia de sí mismo en la situación grupal, se le pide que este consigo mismo y después con otras personas, una tras otra, volviendo después de verlas a cada una de ellas a su sí mismo, para que vea como se experimenta a si mismo, después de percibir a la otra persona. Aquí el terapeuta, debe percibir al paciente con suficiente claridad para saber si tiene frente a sí a alguien que permite el proceso de su propio flujo o a alguien que se detiene a sí mismo. Entonces el terapeuta gestalt sabrá en este momento si esperar o si ofrecer al paciente algo de la propia experiencia y percepción. (Baumgardner, 1978, p. 35).

La terapia gestáltica se centra más en el proceso (lo que está ocurriendo) que en el contenido (lo que se está discutiendo). El énfasis está en lo que se está haciendo, pensando y sintiendo en el momento más que en lo que fue, puede ser o debe ser.

A manera de conclusión se puede decir con Cornejo (1997), que "la psicoterapia Gestalt tiene un acercamiento al paciente de tipo humanista, holístico, integrador y fenomenológico lo que significa que se debe tratar al paciente desde una visión de cercanía de contacto muchas veces activo con el paciente, el terapeuta se debe mostrar e interactuar con él en el aquí y ahora, tanto con un lenguaje verbal, como simbólico y no verbal". Y señala de fundamental importancia que el espacio físico que se utilice debe reflejar congruentemente esta postura. Que siempre será necesario brindar el respeto que el paciente se merece sin querer cambiarlo, sin limitarlo, solo apoyarlo, facilitar el camino a su bienestar, a su verdadero ser. Ser, que no es una víctima, sino un ser humano.

2.2.3. Conceptos Teóricos y Técnicas Básicas en Terapia Gestalt

Baumgardner (1978), aporta las siguientes definiciones:

Contacto: significa estar unido por medio de la percepción a alguien o a algo fuera de uno mismo. Si el terapeuta gestalt observa a una persona en contacto puede ayudarle a tener mas acercamiento a su sí mismo.

Retraimiento: significa estar aislado del mundo pero en contacto con los sentimientos internos. Si el terapeuta gestalt observa a una persona retraída, es necesario que observe el retraimiento del paciente para descubrir qué es lo que evita, y es necesario poner atención a lo que ocurre en el mundo del paciente en el momento en que este se aparta emocionalmente. Puede sugerirle cuando este retraído que cierre los ojos y que se aleje a fantasear como quiera y cuando regrese comparar el lugar al que ha ido en su fantasía con la situación del aquí y ahora.

Aceptación de la responsabilidad: Consiste en solicitar al paciente que en el proceso de que se descubra a sí mismo y como condición inseparable que asuma la responsabilidad de sí mismo. Sin olvidar que el terapeuta estará con él pero es él quien tendra que hacer lo que sea necesario. De esta manera el terapeuta acepta la responsabilidad de su propia conducta y rechaza cualquier responsabilidad que le corresponda al paciente. Es importante que el terapeuta reconozca como el paciente engaña, manipula y demanda, por su determinación de que el terapeuta desempeñe el papel de poderoso y lo resuelva todo.

Al llegar a este momento, el terapeuta tiene 3 tareas a realizar de forma inmediata: reconocer de qué manera el paciente trata de obtener el apoyo de otros más que proporcionarse auto-apoyo, evitar ser absorbido por el paciente y hacerse cargo de él y por último, saber que hacer con la conducta manipuladora del paciente.

La formación gestalt: La percepción consiste en diferenciar entre la percepción de uno mismo y la percepción del mundo. Por lo que, siempre existe la necesidad de una experiencia completa, amplia, total, de uno mismo y de los demás.

La catarsis emocional "descarga": Puede consistir en gritos, sollozos intensos, nariz congestionada, tos persistente, las personas pueden golpear la pared a puños. En la catarsis se vuelve a vivir el pasado tal y como ocurrió, pero con la diferencia de que se expresa y se sienten plenamente las emociones que en su día estuvieron bloqueadas. Esto puede ocurrir en toda terapia. Se denomina catarsis o descarga cuando hay una gran cantidad de expresión física que tiene cierta cualidad de incontención. Si la descarga de estas emociones es una experiencia nueva para el cliente, y surge por sí sola, puede resultar muy valiosa. Es importante que el terapeuta permita sin angustia el fluir de esta, ya que el proceso empieza y termina de forma natural en pocos minutos, sin interrumpirlo ya que esto puede afectar gravemente la evolución del paciente.

En los acontecimientos infantiles traumáticos generalmente se dan dos vertientes: Los acontecimientos en sí y el hecho de que el niño no se permite llorar, temblar o dar patadas. Cuando el niño ha sido oprimido durante mucho tiempo y puede al fin llorar, también es capaz de experimentarse en forma global. Estas experiencias son muy valiosas y la catarsis toma un profundo valor personal.

Por su gran ayuda dentro del proceso terapéutico cuando la catarsis surge por sí misma es conveniente acogerla y respetarla como parte natural en el cliente. Siempre es mejor permitir que las cosas, los fenómenos surjan por sí mismos e inducir lo menos que sea posible.

La catarsis consiste en la expresión abierta de los afectos de todo tipo (Kepner, 1987, p.152).

Existen 2 formas de catarsis, según Moreno (1966): a) la catarsis de grupo y b) la catarsis de acción.

a) La catarsis de grupo, donde todos los miembros se hallan involucrados, surge a través de la integración benéfica entre los miembros del grupo.

b) La catarsis de acción resulta de las acciones espontáneas de uno o varios miembros del grupo.

Insigth: Según Portuondo (1979, p.149), se puede definir como una "comprensión interna", como experiencia vivencial interna y profunda que logra el paciente mediante el lento y extenso análisis interpretativo de sus síntomas, sueños, transferencia afectiva, contratransferencia, resistencias, actos fallidos, recuerdos, etc, en el "aquí y ahora" de la situación transferencial psicoterapéutica; aunque los insigths no necesariamente se den dentro de la sesión psicoterapéutica aunque sea una consecuencia de esta. El paciente logra entonces, conocer mejor su propia vida interior, sus motivaciones y la realización de ese insigth son a nivel fundamentalmente vivencial y no racional. El aumento del insigth en el paciente es la aspiración básica de toda psicoterapia dinámica, lo que conlleva un aumento del bienestar personal y un fortalecimiento del Yo.

El darse cuenta: El darse cuenta es la traducción al español de awareness, que tiene las connotaciones de estar alerta y atento, como una actitud de estar despierto y no como un esfuerzo voluntarioso. El darse cuenta es más difuso que la atención, implica una percepción relajada en lugar de una percepción tensa y ésta se lleva a cabo por la persona en su totalidad. Es importante dirigir esa percepción con una finalidad determinada, una concentración como decía Perls "darse cuenta focalizado", técnica que proporciona una gran herramienta de terapia a profundidad, ya que es en la concentración de cada síntoma, en cada área del darse cuenta que el paciente aprende muchas cosas de sí mismo y de sus problemas.

La gestalt concibe el darse cuenta como el proceso de restauración de la salud alejando a la persona de la oscuridad y lograr la capacidad de percibirse así mismo y al mundo. El objetivo más importante en terapia gestalt es que la persona logre conseguir su

auto-apoyo sobre la base del apoyo proporcionado por el terapeuta, por lo que es fundamental el darse cuenta (Peñarrubia, 1998 p.98).

Por su parte Yontef (1995, pp.139-143), define los siguientes conceptos:

Impasse: Es una situación donde no se divisa el apoyo externo y la persona cree que no puede auto-apoyarse. Debido a que gran parte de su fuerza está dividida entre impulso y resistencia.

Relación Yo-Tú: La terapia gestalt se centra en el paciente como cualquier terapia. Sin embargo, la relación es horizontal. Terapeuta y paciente hablan el mismo lenguaje, el lenguaje de la centralidad del paciente, enfatizando la experiencia directa de ambos.

Aquí y ahora: Al tratarse de una terapia fenomenológica, el "ahora" comienza con el darse cuenta actual del paciente lo que ocurre primero no es la infancia sino lo que se vivencia ahora. El darse cuenta ocurre ahora. Eventos previos pueden ser objeto del darse cuenta presente, pero el proceso del darse cuenta es *ahora*.

Salama (2004), menciona las siguientes definiciones:

Resistencia: Este concepto se deriva del psicoanálisis y la diferencia estriba en que la terapia gestalt en vez de destruir la resistencia, se alía a ella, ya que como señalaba Laura Perls: alguna vez sirvió para algo y el individuo tiende a preservar lo que adquirió a pesar de que ya no le sirve. Si hay una resistencia al cambio es porque hay una necesidad de cambio. Esta polaridad se resuelve cuando se utiliza la energía contenida en los bloqueos para alcanzar la resolución de la necesidad imperante.

La resistencia es nombrada como auto-interrupción de la energía dentro del ciclo de la experiencia gestalt y sólo puede resolverse con el incremento de conciencia proporcionada por la intervención del facilitador gestalt en el proceso terapéutico.

Autorregulación organísmica: Implica el proceso natural que ocurre con el objeto de llegar al equilibrio homeostático. Esto acontece sin que la persona se dé cuenta e incluye una tarea cumplida por lo que se pudiera llamar con justicia sabiduría del organismo.

Capas o estratos de la neurosis: Fritz señalaba que la persona neurótica necesita destruir las capas que ella misma se creó, esto con la intención de vivir plenamente. Y señalaba dos aspectos de la personalidad que incluye:

Respecto a la forma de ser

El lugar común o señales. En esta capa se puede encontrar un ir y venir de clichés en donde las palabras carecen de afectividad con el objeto de no proponer un contacto real. (Por ejemplo, ¡hola!) y el otro aspecto es el de la:

Representación de un papel o un como si, que es el comportarse en tal forma que el individuo no se compromete con su verdadero sentir.

Respecto al momento existencial

Estrato fóbico o callejón sin salida, es donde se encuentran los roles polares de Opresor (perro de arriba) y Oprimido (perro de abajo). También están las resistencias a ser lo que se es realmente. Es un sentimiento de pánico de estar perdido y no saber que hacer.

Explosión. Ocurre cuando se soluciona la lucha entre las fuerzas polares gracias a la emergencia de una emoción espontánea. Se distinguen cuatro tipos esenciales de explosión: Estallidos de ira, alegría, aflicción y orgasmo.

En gestalt se le toma como un darse cuenta sensorial unido a una particular forma de conducta motriz. Él límite o frontera de contacto es aquello que encuadra todo lo que pasa entre la persona y su medio.

Figura – Fondo. Para la psicoterapia gestalt, es figura todo aquello que es foco de atención y que ocupa un lugar predominante en su necesidad de resolución. El fondo es donde destaca la figura y cuanto más discriminado se halle éste, más fácil será resolver la necesidad. Este proceso es dinámico. Cuando la figura y el fondo no son fuertes y la energía no puede expresarse adecuadamente, se puede hablar de la presencia de patología.

Holismo. Este concepto implica ver al ser humano como un organismo unificado donde el todo es diferente a la suma de las partes y que alterada cualquier parte se altera el todo.

Self. En gestalt este concepto se refiere al variado sistema de relaciones indispensables para que el organismo humano pueda adaptarse. Naturalmente no podemos imaginar al self como algo estático, antes bien, se le debe tomar como un ente dinámico que se constituye en él limite del organismo, gracias al cual pueden concurrir los intercambios necesarios para el crecimiento de la persona.

Perro de Arriba y Perro de Abajo. Freud denominó a estas polaridades como Súper Yo y Ello, en el cual el primero dictaba las normas y el segundo presentaba la imperancia de los impulsos instintivos, generalmente en oposición al primero.

Vacío. Es una sensación displacentera relacionada con angustia. La persona que lo padece tiende a señalar su pecho o su estomago y menciona que no le agrada, Perls sugirió dos formas de vacíos: Vació estéril y Vacío fértil señalando que se podía cambiar del primero al segundo mediante una fantasía guiada en la cual se le sugiere al paciente que se enfrente a su vacío lo conozca y lo llene de lo que él desee.

Zonas de relación. Todo organismo necesita establecer relaciones con el ambiente que lo rodea para poder subsistir; del adecuado intercambio de energía con dicho medio queda la historia de las relaciones impregnada en la memoria.

Las zonas de relación son tres y se definen de acuerdo con el contacto del organismo tanto consigo mismo como con el ambiente que lo rodea.

> *Zona interna*. Se determina de la piel hacia dentro y representa el enlace entre sensaciones y sentimientos.
>
> *Zona externa*. Se le define como la unión con todo lo que ocurre desde la piel hacia afuera.
>
> *Zona intermedia o de la fantasía*. Se relaciona con los procesos psicológicos (ideas, pensamientos, visualizaciones, etc.) (Salama, 2004, p. 115 – 119).

2.2.4. Terapia gestalt infantil

Al hablar de una terapia infantil para el manejo de emociones por haber sufrido una experiencia de abuso sexual es pertinente señalar lo que los autores dedicados a la terapia infantil gestáltica han escrito, por lo que se citan a continuación.

De acuerdo con Salama (2004), al hablar de que el hombre es un ente bio-psico-social se aprecia la concepción holística de la gestalt, este principio globalizador de la persona tiene mayor relevancia si se aplica al niño y a su mundo.

No se puede contemplar al niño dividido en estas dimensiones de su ser ni dar preferencia a una de ellas, es importante tener presente que:

1- El niño es un ser biológico. Por lo tanto, sujeto a factores hereditarios, factores innatos y adquiridos que determinan su constitución física. Está sujeto a una serie de necesidades fisiológicas que al no satisfacerlas le producen enfermedad.

2- El niño es un ser psíquico. Posee un aparato mental que le permite percibir y reaccionar a múltiples estímulos. Ya desde su vida intra-uterina reacciona a la actitud psicológica de su madre. El proceso de maduración bio–psicológica se traduce en distintos estadios de desarrollo.

   Estadios motores. Lingüísticos y afectivos que revelan el hecho de que determinadas formas de conducta solo aparecen cuando la oganización fisiológica, neuronal, sensorial y de integración cortical las hace posibles.

3- El niño es un ser social que desempeña roles distintos. Vive inmerso en un marco de relaciones múltiples, significativas y determinantes en su proceso de desarrollo y construcción de su personalidad.

Cualquier niño debe ser contemplado en su totalidad. Como un ser en continua adaptación a una realidad siempre cambiante como un ser en evolución. La psique del niño puede considerarse como un campo de fuerzas en continua interacción y es en ese campo donde el psicólogo debe actuar.

Técnicas de terapia gestalt infantil

Salama (2004, pp. 206-208), refiere que en la psicoterapia gestalt infantil existen técnicas que difieren de las que se aplican a los adultos en su forma, mas no en su estructura básica, y se mencionan a continuación:

Dramatizaciones. Se pueden llevar a cabo con títeres, juguetes con formas de animales a partir de la producción de un dibujo por parte del niño. El niño monta el escenario con cojines, muñecos, juguetes y desarrolla la actuación de uno o varios roles de su círculo intimo. El terapeuta actúa de Yo auxiliar si es necesario.

Duelos y despedidas. En niños pequeños se pueden elaborar a partir de un dibujo que el niño hace de la persona desaparecida y de una carta que le escribe donde le dice lo que quiere y se puede despedir de esa persona. En niños mayores de 10 años y considerando su grado de madurez puede realizarse una fantasía dirigida que favorezca el encuentro con la persona ausente y la expresión de sus sentimientos.

Silla vacía. Se utiliza para que el niño dialogue con partes de su sí-mismo y con otras personas y situaciones. En la escuela parisina de gestalt esta técnica se usa con cojines grandes mas que con una silla vacía, esta escuela, aparte de los cojines utiliza otros objetos, como un vestido, un saco, una joya, etc. Como objetos que puedan simbolizar cada vez a personas, partes del cuerpo y entidades abstractas. Sugieren permitir al cliente elegir por él mismo el objeto que le conviene. El cliente podrá entonces, ver interiormente, comunicar verbalmente o interactuar en el presente con interlocutores imaginarios. Donde el cojín por ejemplo representa a la persona con quien tenga algo que aclarar, cosas que decirle (en el caso de un niño agredido sexualmente, su agresor) y a quien podrá si lo desea en ese

momento insultar, interpelar, estrangular o morder (lo que es menos agradable con una silla vacía), o también, abrazar, acariciarlo inundar en lágrimas, aunque también ese cojín puede representar la soledad, la autonomía, los celos y encontrarse, como tal, rechazado, triunfal o pisoteado (Salama, 2004, p. 22-29).

Sueños. Se trabajan mediante una puesta en escena del contenido onírico o mediante la realización de un dibujo.

Cuadro del yo. Es una integrativa mediante la cual el niño se representa simbólicamente y construye frases que lo definen. Se pone énfasis en los aspectos menos aceptados de su personalidad y en emociones penalizadas y, por tanto, no asumidas.

Cuadro de las emociones. Representación simbólica mediante formas y colores de las distintas emociones. El niño elige una emoción, se le pide que se dé cuenta del lugar de su cuerpo en el que la experimenta luego que rememore una situación concreta y finalmente que la represente en un dibujo.

Fantasías dirigidas. Dependiendo de la capacidad del niño para fantasear y crear imágenes mentales se pueden utilizar eventualmente en dificultades asociadas con ansiedad y miedos.

Cuentos. Lectura de cuentos significativos y relacionados con las vivencias del niño y/o dramatizaciones de los mismos favoreciendo el darse cuenta de la identificación con el personaje elegido.

Técnicas de relajación. Basadas en la respiración y la creación de imágenes.

Trabajo corporal. Expresión corporal de emociones, situaciones, etc.

Quitaenfados. Entrenamiento del niño en la utilización de objetos neutros que permitan la expresión de emociones y vivencias.

Juegos. Espontáneos y dirigidos con o sin juguetes.

Trabajo con polaridades. A partir del cuadro de emociones elaborado, mediante distintos personajes: animales, títeres, etc. A los que se usa con una y otra polaridad. El trabajo con polaridades también se da con frecuencia en las sesiones, sobre todo cuando el niño focaliza en forma insistente en una de ellas, cuando afirma que siempre / nunca es feliz, siempre / nunca llora, siempre / nunca se divierte, etc. Es interesante el trabajo con polaridades cuando el niño presenta una formación reactiva del tipo de transformación en lo opuesto.

Para Ginger y Ginger (1993), silla vacía "hot seat" significa literalmente "Silla caliente o ardiente". Perls reservaba un sitio cerca del suyo sobre el podio y el cliente deseoso de "trabajar" se instalaba ahí por sí mismo, lo que significaba que estaba listo para entrar en un proceso de "desafío" con el terapeuta. Frente a él, en una silla vacía, podía proyectar a su gusto un personaje imaginario con el cual le era posible entrar en contacto. La persona "sobre el banquillo" puede así, según lo que desee permanecer como el centro de atención para el grupo durante algún tiempo muy variable que va de algunos instantes a una hora o más. Esta persona es "acompañada" por el terapeuta delante de otros participantes y puede ser solicitada su intervención personal, si es el caso.

Por su parte Cornejo (1997, p.88), refiere que la técnica de la silla vacía no es conveniente con niños por lo que propone el uso de una almohada o un oso de peluche que preferentemente no tenga un sexo definido para facilitar las proyecciones de estos.

Esta misma autora menciona otras técnicas que se pueden utilizar, aunque refiere que la mejor técnica que se puede utilizar para el trabajo terapéutico con niños es el afecto y cariño que se les trasmite. A continuación se señalan las técnicas:

Respiración profunda y relajación: recomienda iniciar siempre cada sesión con unos minutos de respiración profunda, en la que se les pide a los niños que se concentren inhalar

y exhalar y hagan algunas respiraciones profundas sin llegar a la hiperventilación. Una vez relajados pueden iniciar las actividades de la sesión.

Pintando el día. Es una técnica donde se les pide a los niños que dibujen su día con los colores que quieran.

Las emotivas líneas: Se les pide a los niños que en varias hojas de papel pinten en cada una, líneas diferentes. Las líneas que pinten pueden ser miedosas, tristes, enojadas, cobardes, hambrientas, etc. Esta técnica puede servir para identificar sentimientos.

Pintando lo que te quiero dar: Se les pide a los niños pintar en una cartulina grande donde cada uno escoge una parte para dibujar y pintar algo que ellos quisieran darle a otro miembro del grupo. Puede ser una emoción, un juguete, un recuerdo, una palabra, etc. Al finalizar comentan porque eligieron aquello que pintaron para la persona que escogieron. Esta técnica es útil para afianzar la cohesión grupal.

Jugando a las casitas: Es un juego donde se necesita un espacio grande y una caja llena de cintas de colores de las que escoge una para hacer una casita en el suelo y a partir de ahí decida si quiere invitar a alguien a entrar a su casa (espacio personal). Esta técnica funciona para trabajar con el niño sus relaciones y sus necesidades y capacidades de contacto.

Cambiando el día: Es un juego donde el niño puede hablar de lo que le ha pasado en el día, se le puede pedir que lo empeore hasta que sea pésimo, luego se le pide soplar muy fuerte para que se lo lleve el viento y finalmente se le pide hacer un dibujo de cómo se siente. Funciona cuando los niños llegan después de haber tenido un mal día y lo quieran trabajar en la terapia (Cornejo, 1997. pp. 118-129).

Es importante conocer las técnicas que se utilizan en terapia gestáltica infantil, a manera de diferenciarlas con las utilizadas con los adultos pero más que una diferenciación simple apreciar la gran utilidad que tienen en el trabajo con niños. Reconocer la utilidad de los dibujos y juegos terapéuticos es necesario cuando se trabaja con una problemática como

el abuso sexual, donde muchas veces los pequeños no quieren hablar de lo sucedido y es cuando una terapia a través del juego apoyado con muñecos de peluche, técnicas de relajación y cuentos entre toda la gama anteriormente mencionada son de gran utilidad, ya que a través de estos, pueden proyectar sus vivencias y trasmiten al interlocutor sus necesidades existenciales en ese momento. Por lo que no basta conocer las técnicas, también es necesario estar atento en todo momento a lo que manifiestan los menores para que surja un verdadero apoyo ambiental, encaminado siempre a que el niño logre reestablecer su auto-apoyo.

2.2.5. Terapia Gestalt de Grupo

Antecedentes de la psicoterapia grupal gestaltica

Etapas del grupo.

De acuerdo con Castanedo (1988), y con el fin de comprender más claramente el fenómeno grupal, se hará una revisión de forma breve, de la aplicación de la Terapia Grupal que se inicia en 1900 con Joseph Pratt, influido por Joseph Jules Dejarine, que analizó el tratamiento de la psico-neurosis, con un grupo de tuberculosos. En 1921, E.W. Lazell aplica la psicoterapia en forma teórica, ofreciendo clases a pacientes esquizofrénicos, centrándose en temas como la muerte y los problemas sexuales que según Lazell pueden ser sentidos por el paciente como traumáticos en el momento en que otros pacientes del grupo se sientan en las mismas condiciones. Además observó que por medio de la intervención grupal se disminuía el miedo al analista y muchos pacientes inaccesibles oían y retenían mucho del material que se exponía, aunque éstos estuvieran saltando, haciendo fantasías o hablándose entre ellos.

En 1925, Trignant Burrow, un psicoanalista que estudió con Jung, inició el filo-análisis o análisis de grupo. Burrow fue el primero que estableció el postulado de que el hombre es parte de un grupo; en consecuencia, no se puede hacer el análisis de un individuo determinado sin estudiar antes el grupo al que pertenece. La teoría de Burrow influyó en gran medida en la teoría de las relaciones interpersonales de Sullivan.

En 1931 Jacob Moreno utilizó el término "Terapia de Grupo", habiéndola ya practicado desde 1910 en Viena. Asimismo, en 1912, se refirió a la invitación a un encuentro, que consiste en que dos personas intercambien miradas para comprenderse y conocerse mejor. Este es un encuentro a dos, cara a cara, ojo a ojo. Metafóricamente lo que ocurre en este encuentro es lo siguiente: "Cuando nos encontremos cerca yo arrancaré tus ojos y me los colocaré, tú arrancarás los míos y te los colocarás, así yo te miraré con tus ojos y tú me verás con los míos" (Castanedo, 1988, p.105, 106).

En 1945 W.R. Bion, psicoanalista inglés entrenado por Melanie Klein, escribió el libro Experience in Look, en el que enfoca el presente sin ofrecer una dirección o estructura a la psicoterapia de grupo. Argumenta que la reacción del paciente ante la carencia de una estructura en la psicoterapia, manifestada con rabia o confusión, la utiliza como material inicial de exploración. Este es el modelo del Grupo de Encuentro. Bion es bien conocido por su trabajo en la Clínica Inglesa de Tavistock. En 1949 Alexander Wolf aplica en E.E.U.U. los principios psicoanalíticos al proceso grupal, utilizando la transferencia, los sueños y la asociación libre. Todos los terapeutas citados hasta ahora aplicaron la psicoterapia grupal a pacientes ("gente enferma").

Entre los años 40 y 50 nace en E.E.U.U., la Dinámica de Grupo, que se aplica a toda clase de gente. A este grupo pertenece el T Group de Kurt Lewin. Este Training Group o Grupo de Entrenamiento se inicia en 1946; su postulado principal reposa en la persona en el grupo. También en los años cincuenta nace el Centro de Entrenamiento de Bethel (Maine, EE.UU.), con Leland Ronald, Kennedth Benne (fundadores de los Laboratorios de Entrenamiento Nacional). Bradford y Lippit (asociados de Lewin). Todos ellos investigan para el gobierno de E.E.U.U., asuntos raciales, sirviéndose del modelo educacional y dejando al líder el rol de facilitador. Asimismo enfatizan el "que", y el "cómo ocurre ahora", y no el "por qué", y el de "dónde proviene". En ese mismo decenio de 1950 a 1960, Carl Rogers trabaja con el modelo de enseñar organizando grupos de encuentro o grupos sensitivos que conducen al crecimiento personal. Poco más tarde, en 1964, Fritz Perls inicia el modelo de Laboratorio o Taller en Esalen Institute, lo que muchos autores han considerado el triunfo de la Terapia Gestalt. Perls utilizó la terapia individual aplicándola a grupos, sentando a menudo a los voluntarios en la silla vacía o caliente[8]. La enseñanza la hacía empleando el grupo, como en una clase. Fritz se ocupaba del *continuum* del "darse cuenta", segundo a segundo. Al mismo tiempo su esposa, Laura Perls, trabajaba con pequeños grupos en la relación de uno a uno.

[8] Silla caliente o vacía: Técnica que consiste en solicitar al paciente que venga a instalarse sobre una silla cerca del terapeuta frente a un asiento vacío en el que se imagine a cualquier persona y se dirija a ella.

Finalmente, en este recorrido histórico de la Terapia Grupal se llega a su aplicación moderna en la década de los setenta, con el grupo del *Gestalt Institute of Cleveland* (GIC). El modelo actual del GIC considera al grupo como una totalidad que tiene una fuerza potente: esta totalidad determina las partes y es más y diferente que la suma de las mismas. Con este modelo de Terapia de Grupo Gestalt, el miembro del grupo puede arriesgar y crear nuevas situaciones que conduzcan a la solución de sus problemas, lo que corresponde a una integración de la Terapia Gestalt y la Dinámica de Grupo (Castanedo, 1988, p.107).

Principios del proceso grupal gestáltico

El proceso grupal gestáltico, tal como fue elaborado en el Instituto de Cleveland, funciona de acuerdo con cuatro principios básicos que son: 1) primacía, en cada momento, de la experiencia grupal en marcha; 2) proceso de desarrollo de la conciencia grupal; 3) importancia del contacto activo entre los participantes, y 4) empleo de experimentos de interacción estimulados por un líder que interviene activamente en ellos. Donde, la primacía de la experiencia presente significa, que la atención debe centrarse en torno de lo que experimenta el individuo momento tras momento. En el plano del grupo, esto significa que todo cuanto sucede en ese marco tiene importancia y debe ser aclarado, subrayado y creativamente orientado hacia una resolución. No debe pasarse por alto ningún comportamiento que se dé en el seno del grupo. Toda acción del grupo es en principio importante y por lo general refleja preocupaciones a las que los integrantes de este deben prestar atención.

Todo tema individual es al mismo tiempo un tema de interacción social. En terapia gestáltica conciencia significa simplemente que un individuo presta atención a su experiencia. En el plano del proceso grupal, esto asume la forma de preocupaciones y temas que se comparten. Si bien tal vez ciertos temas no preocupen a todos, pueden dominar en el grupo en un momento dado. Todo sucede como si el tema pesara en el aire sobre el grupo; y no es posible desecharlo fácilmente. Esa conciencia grupal, esas preocupaciones del grupo, son más que la suma de las conciencias individuales y cada uno

tiene el deber de considerarlas. Luego entonces, la estrategia adecuada para trabajar con la conciencia de grupo consiste, primero, en subrayar o tornar explícita esa preocupación; después, en traducir a vivo interés la conciencia de esa preocupación, y por último en traducir esa acción e interacción entre los integrantes del grupo.

Otro principio en la terapia gestáltica postula que el crecimiento debe oponerse en el confín que separa al individuo y al ambiente. En otras palabras, "es el encuentro entre lo que yo soy y lo que no soy yo lo que me obliga a inventar nuevas respuestas para enfrentarme con el ambiente y avanzar hacia el cambio. El ambiente tiene impacto sobre mí. Y yo crezco por intermedio de este equilibrio entre asimilación y acomodación a un ambiente cambiante. La tarea del grupo gestáltico insiste en dar relieve al encuentro y al contacto entre individuos" (Zinker, 1977, p. 134).

En el nivel de los procesos grupales, el contacto se experimenta como sensación de ser cada uno único, como sensación de las diferencias que hay entre cada miembro del grupo y también de las similitudes. Es una experiencia de generalidad, de comunidad, a la vez que de individualidad. Cada miembro del grupo, haga lo que haga, es estimulado a tener conciencia de sí mismo como miembro de una sociedad y de su papel en un grupo a medida que ese rol cambia de un momento a otro.

Esto difiere del grupo estilo "rueda rota", en que la gente se retira a una suerte de anonimato en blanco. En este tipo de grupo, una persona que se hace a un lado no piensa de sí misma como alguien en relación con otros. En una verdadera comunidad un participante silencioso aprende a tener conciencia del rol que juega en cualquier momento determinado (Zinker, 1977, p.135).

Cada individuo adquiere conciencia de los roles que asume y comprende que existen y son definidos por el hecho de que otros les dan cabida: para que alguien permanezca en silencio es preciso que otro hable. Y así es como se aportan todas las facetas y todas las fuerzas a la vida del grupo. Así en la metodología de la terapia gestáltica grupal, se configura al grupo como un microcosmos de un ambiente social real. Queriendo brindar

a la persona la oportunidad de descubrirse y comprenderse a sí misma en su realidad social. También queriendo inculcarle la capacidad de modificar el comportamiento de otros en una situación experimental relativamente segura y flexible.

En el proceso de grupo gestáltico, el terapeuta constituye sin lugar a dudas una autoridad, pero se mueve con fluidez en el grupo. Puede decidirse por ocupar el centro y estimular activamente el trabajo individual con los miembros del grupo; o puede optar por hacerse a un lado, retirarse del centro y participar en el grupo como uno más de sus integrantes. Esta actitud creativa ayuda a los individuos a enfrentar las dificultades que los acosan, y sirve también para resolver los problemas de la comunidad en conjunto (Zinker, 1977, p.135).

Las etapas por las que atraviesa un grupo son: identidad, influencia, intimidad y cierre. Donde el líder del grupo debe tener lentes bifocales en la aplicación de la terapia gestalt y utilizarlos sin interrupción, poniendo atención en el desarrollo de los individuos en el grupo, y en el desarrollo del grupo como un sistema social (Kepner, citado por Castanedo, 1988, p. 107).

Las 4 etapas son:

1- Identidad: donde hay un darse cuenta de uno y de los otros. Esta etapa también contiene una fase de dependencia (pseudo-intimidad). En esta etapa cada miembro del grupo es dependiente en algún grado de la forma en que el individuo es percibido y respondido por cada uno de los miembros del grupo, incluyendo el facilitador.

2- Influencia: energía y exitación, ansiedad, resistencia, movilización. Aquí se da la contradependencia. Cada miembro del grupo está consciente de que está siendo influido por todo lo que ocurre en el grupo y que ciertas normas implícitas o explícitas en el grupo hacen difícil conducirse de manera contraria a lo aceptado por el mismo grupo. En esta etapa la tarea principal del terapeuta es trabajar con el

grupo para incrementar la diferenciación, divergencia y flexibilidad entre los roles de los miembros.

3- Intimidad: Contacto, acción para contemplar el ciclo, esta etapa contiene la independencia. Consiste en ayudar al grupo a realizar el cierre y en segundo lugar, dar a conocer a los miembros del grupo los asuntos inconclusos que no se han podido enfrentar. En esta etapa los miembros deben entender que se relacionaron en un grupo sólo temporalmente y que deben regresar a contactar con un nuevo sentido al mundo real. Cada miembro debe pensar en la forma en que va a darse auto soporte sobre la base de lo aprendido y regresar a la vida cotidiana. Al revisar los asuntos inconclusos los miembros toman conciencia de los aspectos negativos y positivos de la experiencia. Así como de las necesidades que no fueron cubiertas, las expectativas no cumplidas y experiencias no realizadas, hacer una distinción entre lo que se esperaba y lo que realmente sucedió. Al hacer este ejercicio de evaluación los miembros del grupo aprenden a tomar conciencia de las polaridades y el dilema del cambio.

4- Cierre: Reposo, retirada de la energía, reconocimiento de lo que no es posible, y apreciación de lo que se ha realizado en el grupo (Castanedo, 1988, pp. 107 y 108).

El crecimiento personal en la psicoterápia de grupo se puede describir como un fenómeno de establecer límites al contacto, es decir el contacto entre el self y el medio. Donde el terapeuta gestalt funciona como un maestro que enseña los procesos fenomenológicos y asiste a los miembros del grupo a identificar a su sí mismo, que se den cuenta cómo y de qué forma la toma de conciencia y la energía están bloqueadas, y cómo la exitación y el contacto con el medio están siendo evitados y de esta forma, al estar bloqueados no pueden alcanzar el contacto con su sí mismo.

Stevens (1990, p. 25), refiere a favor de la terapia de grupo que en esta ocurre algo que no resulta posible en la terapia individual, existe un fuerte soporte y es ese soporte aunado a un

ambiente de confianza en la totalidad del grupo que le ayuda a la persona a salir del *impasse*, de esta manera la confianza en el grupo es mayor que en el terapeuta.

Moreno (1966), en contraposición a la terapia individual, menciona que en la terapia grupal la persona no sólo es paciente sino que puede desempeñar igualmente funciones terapéuticas auxiliares. Plantea que un paciente puede ser agente terapéutico de otro dentro del grupo, a este proceso lo llamó el principio de la interacción terapéutica, en el que la autonomía de los individuos participantes no se pierde y se aprovechan sus capacidades terapéuticas. Aunque las interacciones sociales pueden ser terapéuticas o dañinas, la labor del terapeuta consiste en formar grupos terapéuticos que sean eficaces para los participantes. Habla del modelo de la *espontaneidad*, donde se da una libre participación sin impedimentos, de todos los miembros del grupo. Otra ventaja de la psicoterapia de grupo es que se puede tratar a todo individuo y a la totalidad del grupo separado o conjuntamente. Situación que no existe en una terapia individual. Y define la terapia de grupo como un método para tratar concientemente y en el marco de una ciencia empírica las relaciones interpersonales y los problemas psíquicos de los individuos de un grupo, definición que comprende 4 factores:

1) La psicoterápia de grupo es una metodología clínica desarrollada.
2) Comprende el tratamiento de varios individuos dentro de un grupo.
3) Consiste en el tratamiento de los problemas psíquicos de los individuos en un grupo.
4) Es un método practicable en un marco empírico.

Sobre el *psicodrama* Moreno (1966, p. 118), refiere que es una terapia profunda de grupo que la hace más efectiva. Es un método que sondea a fondo la “verdad del alma” mediante la acción, ya que lo que provoca es una catarsis. En ella la tarea del terapeuta es trascender la esfera de la abreacción y la discusión y configurar experiencias tanto internas como externas. El problema que tenga algún miembro del grupo puede ser compartido por otros y así, el individuo se convierte en un representante en acción. En ese momento el grupo le deja espontáneamente sitio porque la persona necesita “espacio” para moverse y

desplegarse. Pasa al centro para que los otros miembros puedan ver su representación y algún miembro se puede sentir identificado o en oposición. A esto lo denomina la *transformación natural* y *espontánea* de una sesión de psicoterápia de grupo con psicodrama. Posterior a la representación, los miembros del grupo pueden uno tras otro comunicarse sus sentimientos y sus propias experiencias de conflictos análogos. De esta forma los pacientes consiguen una nueva especie de catarsis la "catarsis de grupo", entonces el protagonista ha dado amor y recibe amor en correspondencia.

Fagan y Shepherd (2000), sobre las técnicas gestálticas en la terapia de grupo refieren que apoyadas sobre el principio terapéutico de la toma de conciencia y la responsabilidad, a la larga el individuo puede mantener vínculos mejores y más productivos con las personas que lo rodean si se muestra franco y con respeto.

Al reunir a los pacientes en grupo, la meta que se fija el terapeuta es una relación Yo-Tú en la que cada persona es consciente, responsable y sincera en sus comunicaciones, y presta máxima atención a la otra, considerándola su igual este sería el primer axioma terapéutico.

La primera técnica para practicar que cada persona sea consciente, responsable y sincera al comunicarse con los otros, es pedir que en todas las interacciones que se realicen en el grupo, que la gente hable entre sí de manera directa, sin usar la tercera persona verbal.

La segunda técnica para estimular al paciente a tomar conciencia de la responsabilidad por su propia situación consiste en evitar las preguntas. Ya que por lo general la pregunta que formula un paciente a otro es una manera de decir "tú eres el que tiene que hablar, yo no", al hacer la pregunta elude su participación, porque la mayoría de las preguntas resultan ser afirmaciones implícitas, por lo general de carácter crítico, acerca de la otra persona "¿porqué hiciste eso?", Aquí, la tarea del terapeuta es solicitar que las preguntas se reelaboren como proposiciones antes de pedir la respuesta, de esta manera el interrogado puede o no responder.

Existe en la terapia un segundo axioma terapéutico que consiste en escuchar a los demás y que puede llevarse a la práctica de muchas maneras. Cuando se produce una interrupción, preguntar cuál es el sentido, si alguien se aparta de lo que se está tratando, se le puede preguntar si le es difícil escuchar, con lo que se consigue que el grupo tome en cuenta a la vez su obligación de escuchar y la obligación del individuo de hablar de cosas que realmente sean importantes. (Fagan y Shepherd, 2000, pp. 120 y 121).

El grupo proporciona una mejor alternativa de mejoría, debido a la red de solidaridad que se establece y al estímulo del apoyo en los logros y soluciones que los demás compañeros ofrecen (Torres, 2004).

Es preciso señalar la relevancia de la terapia grupal en virtud de que trata aspectos muy importantes de los que carece la terapia individual. Como el hecho de que el grupo signifique un apoyo ambiental a los niños que tienen falta de auto-apoyo. Cuando el terapeuta está hablando con uno de los miembros del grupo los demás observan y pueden participar como auxiliares a partir de sus necesidades.

Uno de los más importantes aspectos a resaltar en la terapia grupal para los fines de este trabajo es que los niños que son víctimas de abuso sexual se sienten observados y consideran que solo a ellos les ha ocurrido una situación de este tipo. Lo que viene a desmitificarse con la terapia grupal en donde encuentran a niños que como ellos llevaban una vida “normal” y luego de lo que les sucedió comenzaron a padecer diferentes problemas consigo mismos y con su entorno, los que tuvieron que resolver; o se encuentran en proceso de resolución. Es en una terapia de grupo en donde los niños pueden observar que no son los únicos que han pasado por un abuso sexual y como han hecho los demás niños para superar el evento de agresión y salir de la situación por la que atraviesan luego del abuso sexual.

2.2.6. El cuerpo y las emociones en Gestalt

Laura Perls (citada por Ginger y Ginger, 1993, p.180), afirma que: "Hay un punto que vale la pena recordar constantemente: el trabajo corporal es parte integral de la terapia Gestalt. La Gestalt es una terapia holística, lo cual significa que toma en cuenta al organismo total y no simplemente la voz, el verbo, la acción o algo más".

También afirma que: "hay que utilizar toda clase de contactos físicos si es que eso puede facilitarle un paso al paciente en su *awareness* [9] de la situación presente, en lo que él hace (o no hace)". No existe de acuerdo con Perls ninguna regla particular en lo que concierne a los pacientes hombres o mujeres. Se puede tocar a los pacientes y dejarlos tocar a su terapeuta para promover un aumento de su *awareness* corporal; para subrayar una tensión, una mala coordinación, un ritmo respiratorio, un movimiento brusco o flexible, etc.

Laura Perls no separa la Gestalt de la expresión artística y corporal. Lo mismo que la gran mayoría de los practicantes actuales de Gestalt otorgan un lugar privilegiado a la vivencia corporal del cliente, así, como por otro lado a la del mismo terapeuta. Se interesan también en la sensorialidad receptiva de lo que la persona siente en este momento así como en la actividad motriz del organismo.

El terapeuta Gestaltista debe estar atento a todas las manifestaciones corporales del paciente: posturas y movimientos aparentes (voluntarios o inconcientes, microgestos semiautomáticos", que revelan un acontecimiento, muchas veces sin que el paciente lo sepa. Se vigila también la voz, el ritmo respiratorio, su amplitud o sus bloqueos, así como la circulación sanguínea que puede percibirse a través de la palidez o los rubores localizados. Todos estos signos se traducen por una parte en una necesidad de expresión

[9] Awareness: Toma de conciencia global en el momento presente, atención al conjunto del sentimiento corporal y emocional interno del medio.

personal del paciente, y por otro lado, en una necesidad de comunicación interpersonal primitiva, abierta o secretamente destinada al interlocutor.

En Gestalt, el síntoma corporal se utiliza a propósito como "la puerta de entrada" que permite el contacto directo con el cliente, respetando la vía que él mismo escogió, aunque lo haya hecho de forma involuntaria. Es entonces cuando se estimula al paciente a estar particularmente atento a lo que siente. Es la toma de conciencia global (*awareness*). Se le sugiere eventualmente amplificar su sentimiento o su síntoma a fin de percibirlo mejor, de " darle la palabra" aun antes de preguntarse por su significado.

No se busca terminar con el síntoma sin más ni más. Si no que se invita a sentirlo más para poder trabajar con él, entonces el terapeuta Gestalt no interpreta a su paciente sino que le pide hablar de lo que siente y no sea el terapeuta quien invente lo que el paciente siente. Lo importante es que el paciente amplifique su síntoma para volverlo cada vez más explícito, verbalizando su sentimiento de ese momento. Así por asociaciones sucesivas de sensaciones, de gestos, de imágenes, de sonidos o de palabras, puede surgir la toma de conciencia súbita "*insigth*"[10]. De modo que el todo es acompañado con frecuencia de manifestaciones emocionales, ya sean intensas o difusas (gritos, sollozos o lagrimeos).
(Ginger y Ginger, 1993, p.187).

Para el gestaltista, el lenguaje del cuerpo tiene primero que estar enraizado en el aquí y ahora, mientras que la palabra se pierde gustosa en el "antes y después" más preocupada de qué, que del cómo. Los sentimientos que afloran se manifiestan frecuentemente en la voz, la respiración y la postura. El cuerpo y las palabras entran en resonancia, rebotando siempre una contra otra en un feedback mutuo amplificador. "La emoción es un modo de comunicación infralingüístico que obedece a otras leyes que a las del signo. Es entonces vano querer hacerla hablar o interpretarla. La emoción, y tampoco el cuerpo, habla. Es susceptible de otras técnicas de intervención que no es el lenguaje" (Max Pages, citado por Ginger y Ginger, 1993, pp.188-189).

---

[10] Insigth: "Iluminación" o toma de conciencia súbita, a partir de una experiencia interna fuerte.

Kepner (1987), sobre la experiencia corporal como experiencia del sí mismo, menciona que en la corporificación una premisa fundamental del enfoque gestáltico para la terapia gestalt es que el sí mismo o "yo" es tanto corporal como mental. Existe, ama, trabaja y satisface sus necesidades siempre cambiantes a través de su ser físico y de sus interacciones con el mundo. La experiencia del cuerpo es experiencia del sí mismo, igual que el pensamiento, la imaginación y las ideas. Cuando la persona hace de su experiencia corporal un "eso" en vez de un "yo", se hace menos de lo que es. Se disminuye. Mientras más se separa en su identidad de su experiencia corporal, más cosas "parecen sucederle". Se siente fuera de control, disociado, fragmentado. Pierde contacto con el fundamento de la experiencia humana: su realidad corpórea. Es aquí donde puede intervenir el terapeuta, para facilitar a la persona el reencontrarse con su propia realidad corpórea.

La terapia gestalt ve al sí mismo como un proceso fluido y no como una cosa o una estructura estática, no como un conjunto congelado de características. En la salud, el sí mismo es variado y flexible en sus capacidades y cualidades, dependiendo de las exigencias particulares del organismo y el entorno. El sí mismo no tiene naturaleza propia excepto en contacto o en relación con el entorno. Se ha descrito como el sistema de contactos o interacciones con el entorno. Por lo que en este sentido, se le puede considerar como el integrador de la experiencia. El funcionamiento pleno y adaptativo depende de que las funciones de contacto estén totalmente disponibles al organismo para cumplir con los requisitos cambiantes de interacción con el entorno. Por el contrario, mientras más limitadas sean las capacidades de la persona para el contacto, más fragmentada, desorganizada y sujeta a la resistencia se vuelve la propia experiencia del sí mismo y del entorno.

Con esta definición del sí mismo, éste intenta mostrar la importancia de la base corporal de las funciones de contacto y cómo la mala salud psicológica se relaciona con la pérdida de estas funciones cuando la persona se separa de su propio ser corporal.

Al referirse a la adaptación de un entorno difícil menciona que en el curso del proceso de contacto, algunos aspectos del sí mismo pueden volverse problemáticos en un

entorno físico o social particular. Por ejemplo: cuando un niño se encuentra ante una situación de abuso sexual, afectará considerablemente a su sí mismo.

Los seres humanos son adaptables tanto como persistentes y hay situaciones de rechazo, agresión o castigo que rara vez pueden dañar a la persona. No se busca el entorno perfecto para el crecimiento, pero sí uno que sea lo más saludable que sea posible. No obstante, las situaciones del entorno que tienen efectos poco saludables donde una respuesta repetida de crítica, agresión, rechazo y disuación constante por parte de los demás pueden tener efectos desfavorables en la persona en desarrollo.

Además, los dobles vínculos, como cuando uno de los padres castiga el juego sexual natural del niño como "sucio y terrible" mientras que a escondidas actúa en forma coqueta y seductora hacia él, pueden también tener un efecto crítico en el sí mismo en formación. Condiciones como éstas demandan que la persona se enfrente a un conflicto entre la necesidad de supervivencia y las cualidades del sí mismo en desarrollo. Así como los aspectos no asimilables del entorno son alienados (rechazados del organismo), aspectos del sí mismo que el entorno rechaza se vuelven alienados. Las cualidades del sí mismo (el impulso a la curiosidad, la falta de amor, la capacidad para la vulnerabilidad, los sentimientos sexuales) son alienados (negados). (Kepner, 1987, p. 10).

La persona puede evitarse a sí mismo comportarse de manera emocional y puede quitar la emoción de la imagen de su sí mismo pero en realidad lo que no puede hacer es extirpar sus emociones de su propio ser. Las emociones – ya no la persona- funcionan fuera de su vista pero siguen funcionando de cualquier forma, encubiertas.

Traer las partes negadas del sí mismo a la conciencia requiere sacar la naturaleza corporal de las polaridades a manera que, al reaceptarlas no se aumenta tan sólo el rango de la autoimágen, sino también el rango del ser activo. La contribución del trabajo de orientación corporal al proceso de cambio en psicoterapia es "encarnar" las palabras en imágenes con sensaciones, movimientos y la concreción de la existencia corporal (Kepner, 1987, p. 25).

Cuando se encuentra la persona sumergida en una separación del sí mismo y el cuerpo es difícil lograr la formación de figuras y se minimiza la sensación corporal de la persona, el objetivo terapéutico será la restauración del "yo" a la experiencia corporal. Se debe volver al cuerpo para ello es importante que la ruptura entre cuerpo y mente pueda ser curada y los aspectos en conflicto del sí mismo puedan ser asimilados y reintegrados nuevamente al funcionamiento vital. Lo que permitirá que el proceso corporal se vuelva una parte de la formación normal de figuras, es decir, la creación de gestalts unificadas y significativas (Kepner, 1987, p. 114).

"El querer conocer la realidad por medio de la mente pensante es un error común, ya que es a través de todo el cuerpo sensible que se recibe la información que la mente procesa e interpreta. La terapia gestalt también es experiencial ya que se experimenta con el propio cuerpo que es donde se pueden experimentar las emociones" (Allerand, 1992).

El trabajo en gestalt se fija en general sobre el sentimiento corporal "aquí y ahora", aunque este último evoca con frecuencia escenas pasadas que "emergen a la superficie" y son revividas en el presente, en gestalt, es la sensación corporal presente que induce la emoción, la cual evoca a su vez un recuerdo. No importa que los recuerdos sean exactos o reelaborados: lo importante es que la situación sea vivida con intensidad emocional, despertando angustias "enterradas" asociadas a sensaciones corporales presentes. En gestalt, la experiencia emotiva del presente es considerada, en efecto, como más curativa que la toma de conciencia racional de los orígenes eventuales del problema (Allerand, 1992, pp. 74 y 75).

El niño agredido sexualmente fue dañado en su sí mismo por medio de su existencia corporal, corre el riesgo de alienar sus emociones de enojo, sus deseos de experimentarse otra vez libre de apreciar su cuerpo, de comunicarse a través de él sin dificultad, de permitirse sentir placer y dejarse acariciar. Es pues, fundamental trabajar con sus sensaciones para que vuelva a experimentarse en su sí mismo sin dificultad de expresarse a través de su existencia corporal.

2.2.7. Manejo de emociones en terapia Gestalt

Las lágrimas aparecen, como un lubricante natural de cualquier emoción, es decir de cualquier "movimiento del alma hacia el exterior". Por ello, la ex-presión liberadora se opone a la im-presión abrumadora, presión hacia el interior, que pesa y que marca. De lo anterior podemos decir que es necesario en gestalt llevar esa presión interna a una liberación hacia el exterior. En nuestra cultura, las expresiones del cuerpo y de las emociones están censuradas y estrictamente filtradas: se nos prohíbe desde la infancia manifestar abiertamente la cólera, el miedo, la tristeza, el dolor o los celos. De la misma forma que se nos ha prohibido también expresar alegría y exponer nuestro deseo. Siendo la sociedad quien dicte lo que es adecuado expresar y sentir.

Así, la Gestalt se esfuerza en rehabilitar la emoción. Ginger y Ginger (1993, p.190), afirman que el terapeuta puede utilizar la ternura y la agresividad terapéuticas, la gratificación, la frustración. O la confrontación conflictiva, ya sea alternando la brusquedad, la tranquilidad y la alianza de ambas. La emoción actúa como un lubricante, que favorece la circulación de los influjos bioquímicos y de los neuromediadores. Luego, el objetivo del terapeuta no debe ser el de dominar las emociones, sino más bien manejarlas evitando tanto su desbordamiento como su sequía. Para el gestaltista, cualquier emoción guardada sea ésta cólera, pasión, miedo, tristeza o culpa es algo que se vuelve peligroso si está guardada por mucho tiempo, sin embargo, tampoco se les puede dejar tan libres de expresar sin una guía para su correcta expresión. Para manejar las emociones, entonces, sería importante conocerlas, sentirlas y no ignorarlas.

La inhibición de la emoción como la inhibición de la acción alimentan las neurosis y psicosis a las enfermedades psicosomáticas y a los problemas sociales. Se tiene que sobrepasar el bloqueo de las emociones o lo que Perls llama el "atolladero" (impasse) (Ginger y Ginger, 1993, p.191).

Si bien el nivel afectivo de la experiencia personal está inevitablemente ligado al nivel sensorial, más aun, los sentimientos tienen indudablemente una calidad propia, que supera por mucho el alcance rudimentario de las sensaciones. Cuando una persona dice que está asustada identifica su sentimiento. Es probable que incluso alcance a reconocer en el tono afectivo algunas sensaciones implícitas que lo matizan y hasta lo refuerzan como palpitaciones, humedad en la palma de las manos, motilidad exagerada del estómago, o falta de aliento y respiración fatigosa. Ciertas filosofías orientales como el yoga se proponen dejar fluir toda la experimentación de las sensaciones que encaran el dolor físico o la tristeza como experiencias en sí, y esta falta de prejuicios con relación a la aceptación de los sentimientos se constituye en un factor primordial para alcanzar y mantener una vida sabiamente serena (Polster y Polster, 1994, pp. 72 - 78).

La terapia gestáltica no se propone que el paciente renuncie a juzgar así sus sentimientos, sino que les dé paso y los use como un medio para integrar los aspectos inconclusos en su vida. La descripción del tono afectivo, el reconocimiento de incongruencias y fisuras en la experiencia, la focalización en lo que va saliendo a luz, y el mantenimiento de esta focalización hasta que emerge la expresión orgánica, son todas estas prácticas que hacen de los sentimientos otras tantas aberturas al ciclo de conciencia y de expresión. Una vez que se cumple un ciclo el paciente queda destrabado y dispuesto a avanzar entonces hacia nuevos ciclos de conciencia y expresión.

El terapeuta de la Gestalt debe tener la suficiente sutileza de no interrogar al paciente acerca de lo que siente justo en el momento en que se encuentra narrando su experiencia ya que eso sería una interrupción que solo bloquearía el trabajo terapéutico. Debe, entonces, permitir el total desahogo del paciente y una vez que este haya terminado su discurso cuestionarlo acerca de lo que está sintiendo en ese momento. Habrán ocasiones en las que será necesario dirigir la toma de conciencia, para llenar algunas situaciones confusas de su experiencia. Los indicadores que permiten focalizar la autoconciencia los aporta el sujeto mismo, sugiriendo dónde puede haber lagunas. Es entonces, labor del terapeuta saber discriminar cuales son esos indicadores importantes para trabajar sobre ello, ya que pueden haber situaciones de la experiencia del paciente que sean más relevantes

que otras, es el terapeuta quién debe ayudar en la discriminación de lo que es significativamente más importante por trabajar en la terapia.

La acentuación en lo que existe, es un principio metodológico primordial de la terapia gestáltica, que constituye también uno de sus principales medios de abordar los sentimientos. Por ello algunas de las preguntas e indicadores que son importantes para hacer al paciente y que propone Polstner son: ¿Qué siente usted ahora?, "Deténgase en ese sentimiento y vea adónde lo conduce", ¿Le inspira el deseo de hacer algo en particular?. Confiando en que las respuestas del paciente permitan seguir la pista que él mismo proporcione."Si el estado de conciencia aflora a la superficie, sugiere el sentimiento existente y señala en qué dirección se mueve" (Polster y Polster, 1994, p. 214).

La acentuación del sentimiento impulsa a la gente a expresarse. Por ello la necesidad de diseñar una escena relevante, donde la expresión encuentre la más amplia oportunidad de desplegarse hasta el fin. La mera expresión del sentimiento puede hacerse obsesiva e infructuosa, si no se la ubica en el contexto adecuado. De ahí la importancia de brindar al paciente el apoyo necesario para que se encuentre en la confianza y seguridad de sacar a flote aquellas emociones y sentimientos que amaza dentro de sí. Solo así podrá trabajar sus emociones centrado en su darse cuenta.

De acuerdo con Oaklander (1996), es útil entregar a los niños experiencias con la vasta variedad de sentimientos y sus matices, menciona que hay juegos y ejercicios que ayudan a los niños a conectarse con sus propios sentimientos. Es importante en un primer paso hablar sobre los sentimientos a los niños. Ellos necesitan saber que tipos de sentimientos existen, que todo el mundo tiene sentimientos, que los sentimientos se pueden expresar, comparar y comentar. También necesitan aprender que pueden escoger la forma de expresar sus sentimientos. Propone también, hablar a los niños sobre la relación del cuerpo con los sentimientos, que todos los sentimientos se vivencían mediante sensaciones corporales y se expresan a través de la musculatura del cuerpo.

El patrón de postura corporal y respiración manifiestan lo que sienten las personas. Cuando un niño se siente triste, atemorizado, furioso o angustiado mientras se encuentre en terapia se le puede apoyar a sintonizarse con su cuerpo y percatarse de lo que esta haciendo con él en el momento de expresar ese sentimiento. Por ello es necesario hacer hincapié en que hablen en primera persona. Es importante hablar con los niños de cómo se eluden, se alejan, se encubren y se ocultan, tapan los sentimientos y que no obstante el cuerpo almacena el sentimiento y no lo expulsa. Sólo cuando se reconocen los sentimientos y se vivencían, se pueden liberar y al fin usar todo el organismo en otros menesteres. De otro modo, una parte de la persona está continuamente albergando los sentimientos que ignora, dejando sólo con una parte de sí para el proceso de vivir.

Señala la importancia de aprender a escuchar el cuerpo para llegar a los sentimientos. Para este fin la técnica del continum de la atención es buen método de ayuda a estar más concientes del propio cuerpo (Oaklander, 1996, p. 122).

Coincide con Ginger y Ginger (1993), en el uso de cojines para la experiencia catártica, refiere que patear el cojín / persona hace aflorar los sentimientos de ira hacia esa persona sentimientos que habían estado obstaculizando e interrumpiendo el sano flujo del proceso. Propone una forma de trabajo terapéutico con niños para que la terapia infantil sea lo más apegada a ayudar a los niños a conocer y trabajar con sus emociones sin dejar de lado el contacto con el cuerpo y a través de este llegar a la emoción. A continuación se señalan algunas técnicas que utiliza.

Relajación. A veces los niños necesitan tanta ayuda como los adultos para aprender a relajarse. La tensión física y emocional se expresa a veces a través de conductos que a primera vista parecen irracionales. La relajación no implica que los niños deban estar tendidos. A menudo el doblar y estirar el cuerpo ayuda mucho mas a que se relajen. Conducir a un niño en una agradable y placentera fantasía guiada también funciona bien.

Movimiento corporal: El bebé usa totalmente su cuerpo, a medida que crece, entra en un ensimismamiento para coger pequeños objetos entre sus dedos y descubrir el control muscular fino.

Pero en algún momento de la niñez ocurre algo que empieza a bloquear ese proceso (puede ser una agresión sexual) suceden muchas cosas que pueden restringir corporalmente a las personas y más grave aun a esos seres en evolución. Se establece la competencia, perpetuada por el marco escolar, y el niño se restringe aun más en su intento de cumplir las expectativas de los otros. Empieza a contraer los músculos en ciertas formas para no derramar lágrimas o reprimir su ira o por que está asustado. Cuando los niños se desconectan de su cuerpo, pierden un sentido del yo y también mucha fuerza física y emocional. Así que necesitan que se les ayude con métodos que sirvan para recuperar su cuerpo, a conocer su cuerpo, sentirse cómodos con él y aprender a usarlo nuevamente.

Toda emoción tiene su contrapartida física. Ya sea que la persona se encuentre asustada, furiosa o alegre, sus músculos reaccionaran de alguna manera. A menudo la persona reacciona en forma constructiva, reteniendo la expresión natural. Aun en la exitación y la alegría se tiende a reprimir la plena respuesta natural de correr, bailar y gritar (Oaklander, 1996, pp. 127- 132).

Emociones

Las emociones proporcionan una rica fuente de información sobre nuestras reacciones ante las situaciones. Las emociones, o más exactamente aquellos aspectos de nuestras emociones que pudieran estar fuera de nuestra conciencia, pueden ser interiorizadas para mejorar el modo como valoramos nuestras necesidades, deseos, metas e intereses. Lo que se necesita, especialmente en terapia, es la comprensión de aquello que nuestras emociones nos indican acerca del modo como estamos conduciendo nuestras vidas. (Greenberg y Paivio, 1997, p. 18).

En este sentido es de gran relevancia el trabajar con las emociones en terapia infantil, el facilitar a los niños un darse cuenta emocional, a través del cual puedan expresar sus emociones, reconocer cuales son aquellas que les causan mayor conflicto y a partir de ese reconocimiento trabajar con ellas lejos de ocultarlas y así paso a paso lograr su recuperación.

Los terapeutas pueden trabajar con los esquemas emocionales de modos diferentes. Por ejemplo, podrían reconocer y afirmar la experiencia presente, ayudando a los clientes a fortalecer lo que es adaptativo y produce crecimiento. O podrían ayudar a los clientes a simbolizar con palabras lo que esta siendo traumático, o desadaptativo, contribuyendo de este modo a asimilar y contener dicho material; podrían facilitar que trabajen su experiencia pasando a través de ella, completándola emocionalmente, colaborando con ello a reprocesar sus aspectos emocionales dolorosos; o podrían ayudar a reestructurar los esquemas desadaptativos que producen los sentimientos difíciles, y crear de este modo, un significado personal y una experiencia nueva del sí mismo (Greenberg y Paivio, 1997, p.20).

La decisión clave que tiene que tomar el terapeuta radica en elegir aquel aspecto del proceso momento a momento sobre el que es necesario focalizarse. Como persona que sirve de guía, el terapeuta debe tener en cuenta, de entre todos los factores, aquel que es más significativo, por ser el más vivo de todo el material que está emergiendo. Por ello es necesario conocer cuales son las emociones que se encuentran más presentes para posteriormente hacer un trabajo especial con cada una de estas.

A continuación se refieren algunas de las emociones con las que se trabaja en los grupos de terapia infantil y que son citadas por Oaklander (1996, pp. 207-276).

Agresión: A veces un niño es considerado agresivo cuando solo esta expresando su enojo. De acuerdo con Oaklander los actos de agresión no son la verdadera expresión de la ira, sino desviaciones de los sentimientos reales y considera que el medio ambiente perturba al niño más que sus dificultades internas. De lo que él carece internamente es de la

capacidad para enfocarse a un medio que lo enfurece y atemoriza. No sabe como manejar los sentimientos generados en su interior por este medio hostil.

Ira: La ira es un sentimiento legítimo, normal. Todo individuo puede sentir enojo. Es lo que se hace con los sentimientos, la forma en que se aceptan, expresan, lo que ocasiona todos los problemas. Una influencia no menos importante en la forma en que se manejamos la ira es la actitud cultural hacia ella. Se dice que no está bien enojarse. Los niños reciben en este caso un doble mensaje. A muy temprana edad aprenden a reprimir estos sentimientos.

Oaklander reconoce 4 etapas en el trabajo con la ira de los niños:

1. Darles métodos prácticos para expresar sus sentimientos de ira.
2. Ayudarles a acercarse al verdadero sentimiento de ira que puede estar conteniendo y alentarlo a dar expresión emocional a esta ira ahí mismo, dentro de la sesión terapéutica.
3. Darle la experiencia de ser verbalmente directo con sus sentimientos de ira: decir lo que necesita a la persona a quien necesita decírselo. Y por último:
4. Hablar con él sobre la ira: qué es, cómo la demuestra, qué hace cuando la siente, qué lo enfurece.

Según esta, a los niños les cuesta mucho expresar la ira. Las conductas antisociales no son expresiones directas de los sentimientos de ira, sino más bien la evitación de los verdaderos sentimientos. Dado que los sentimientos heridos son tan comúnmente sepultados bajo una capa de sentimientos de ira, es muy amenazador y difícil para los niños, y también para los adultos, traspasar la corteza de sentimientos de ira, para permitir la plena expresión de los sentimientos subyacentes. Es más sencillo disipar la energía dando golpes o cometiendo actos de rebeldía.

Culpa: La culpa es generalmente ira o resentimiento retroflectado, ira vuelta contra uno mismo antes que dirigida al blanco de la ira. El resentimiento es compañero de toda culpa. El niño está confuso sobre quién es responsable de una situación precipitante y

asume la culpa, siendo gritoneado por algo que él sabe que no hizo a propósito. Se echa la culpa y siente que es malo. De esta forma la ira, la culpa, el resentimiento y la auto - incriminación se tornan difusos y se mezclan con la autoimágen del niño.

Para aminorar sus sentimientos de culpa, el niño que se siente muy culpable puede ir por todos lados haciendo lo que imagina que otros quieren que él haga, pero se siente resentido todo el tiempo. Esta confuso e inseguro sobre lo que se espera de él, pero sabe a ciencia cierta que debe sepultar la ira y el enojo que lo roen por dentro. El niño necesita experimentar con la expresión de su ira, sus sentimientos y demandas. Mientras más directo pueda ser el niño con sus sentimientos de ira, menos culpa acumulara para debilitarlo e inmovilizarlo.

Los adultos que tienen culpa rezagada desde su infancia, refieren que los sentimientos de culpa que entraron furtivamente hace mucho tiempo, invadieron todas las áreas de su vida, ocasionándoles grandes pesares. Los sentimientos y mensajes de la infancia pueden acompañarlos por mucho tiempo e incluso afectarlos para siempre (Oaklander, 1996, p. 277).

Para Yontef (1993, p. 460), la culpa es el sentimiento que acompaña a la experiencia de hacer mal, herir a alguien, violar algún código moral o legal. Es un sentimiento que acompaña a la experiencia de hacer algo malo, se produce con mayor frecuencia en relación a sentimientos y conductas agresivos y a la sexualidad.

Por su parte Baumgardner (1978), señala que cuando el paciente declara abiertamente al terapeuta sus conflictos emocionales y éste lo escucha si emitir ningún tipo de juicio o crítica, sino que solo analiza junto con el paciente el sentido del problema y las posibles vías de solución de sus problemas emocionales, todo esto produce una marcada disminución de los sentimientos de culpabilidad. Cuando esto sucede lo último que importa es saber si se es culpable o no, sino encontrar por medio de la terapia, nuevas soluciones.

Vergüenza: Vergüenza y culpa son dos de las principales formas de autorregulación negativa, son reacciones negativas al sí mismo. La vergüenza es el sentimiento que acompaña a la experiencia de no estar bien y/o no ser suficientemente apto. Puede ser una reacción a rasgos, conductas, pensamientos o sentimientos específicos. Las reacciones de vergüenza son respuestas emocionales y de valoración negativa de uno mismo, de lo que uno es, cómo es y qué hace, se esconde en el darse cuenta mediante maniobras automáticas que actúan para impedir quedar expuesto frente a sí mismo y a otros. La vergüenza implica la idea de defecto o inferioridad y una sensación de no ser querido e indigno de respeto debido a ese defecto. La vergüenza por lo general encierra la convicción o sentimiento de que con ese defecto uno no pertenece verdaderamente a los seres humanos (Baumgardner, 1978, pp.455-458).

El movimiento expresivo y la vocalización son sumamente útiles en la terapia: tienen la capacidad de expandir y recuperar el rango completo del funcionamiento organísmico y revertir la dirección del esfuerzo muscular retroflexivo, del sí mismo, de vuelta hacia el entorno. Aunque para usar el movimiento expresivo con éxito dentro del proceso terapéutico es necesario que el terapeuta deje centrar adecuadamente el contexto terapéutico en el que se utiliza y los objetivos a alcanzar. Estos movimientos expresivos incluyen golpear, o patear una almohada, vocalizar frases o sonidos cargados emocionalmente, imitar los movimientos de un berrinche temperamental, golpear una almohada con un objeto como un bat de baseball, torcer y “exprimir” una toalla, tratar de alcanzar objetos con los labios, los brazos y utilizar diversos estiramientos y posiciones para inducir vibración muscular. Todos estos movimientos los debe realizar el paciente, con la intención de desbloquear el cuerpo y liberar, sus sentimientos reprimidos. (Kepner, 1987, pp.154, 155).

El objetivo del terapeuta gestalt de acuerdo con Ginger y Ginger (1993, pp. 190, 191), no será dominar las emociones, sino más bien modularlas, evitando tanto su desbordamiento como su sequía. La inhibición de la emoción como la inhibición de la acción alimentan a las neurosis y psicosis, a las enfermedades psicosomáticas y a los problemas sociales.

A manera de conclusión, se puede decir que la terapia gestalt es un enfoque de gran valor para trabajar con las emociones. Sin embargo, Es necesario conocer las bases teóricas para llegar al entendimiento de su función como terapia integradora. Sus bases existencialistas y fenomenológicas son de mucha ayuda para enfocarnos en aquello que sucede en el aquí y ahora, en aquello que vive el paciente y cómo lo está viviendo en el trascurso de la sesión terapéutica y así facilitar el darse cuenta del paciente.

Entender la gestalt como una estructura de algo completado, como una totalidad, y entender que todo esta relacionado es la base para saber que no solo es el trabajo con las emociones lo que conlleva a la experiencia sanadora sino que se encuentran involucrados los pensamientos y las conductas, pero que solo atravesando aquello que está en conflicto, aquello se está sintiendo es como se puede llegar al darse cuenta racional que se refleja en la conducta. Es a través de la vivencia como llega el insigth.

Conocer las técnicas de intervención que se pueden utilizar en terapia gestalt, propiamente en terapia gestalt infantil, da la pauta para poder utilizarlas en el momento preciso. Siempre recordando que la técnica por si sola no es sanadora, es una presencia afectiva la que puede lograr grandes cosas en el proceso terapéutico. Hablando específicamente del trabajo terapéutico de niños que han sufrido abuso sexual y que entran en contacto con un ser desconocido que sería al inicio el terapeuta, es en esos momentos en los que carecen de auto-apoyo que requieren de la ayuda y el apoyo ambiental donde necesitan sentirse respetados, y con gran necesidad de afecto. Lo que se puede lograr en cada sesión, en cada juego y en cada dibujo que se elabore con ellos. Es en una relación de persona a persona y no de paciente a terapeuta o enfermo a doctor, como podrán sentirse en una esfera de seguridad donde no importa porque se encuentra ahí sino lo que aquí y ahora puede hacer para emerger de nuevo como persona que es.

Es ese el motivo por el que se decidió utilizar el enfoque gestalt, porque ofrece un clima de respeto a las personas en este caso a los niños que buscan el que se les facilite reencontrarse con ellos mismos, con su ser único y especial que son y no como víctimas. Es un enfoque que a través del trabajo con las emociones ayuda a pasar la barrera de angustia

y dolor que pudo dejar tras de sí el evento de agresión. Se tomó la terapia gestalt grupal como base de este trabajo ya que ofrece condiciones de las que carece la terapia individual. En la terapia grupal el niño se encuentra rodeado de iguales que sufrieron la misma agresión aunque en diferentes circunstancias pero que pueden compartir sus experiencias y funcionan como auxiliares en su darse cuenta de que no son los únicos que sufrieron la agresión. El grupo les proporciona de esta forma una esfera de seguridad por medio del apoyo ambiental en la que pueden ir retomando fuerzas para descubrirse nuevamente como seres individuales, como seres fortalecidos y continuar con la satisfacción de nuevas necesidades existenciales en nuevos ciclos.

Para comprobar si una teoría funciona como herramienta terapéutica es necesario llevarla a la práctica y experimentarla. Esta experiencia se pudo lograr en la prestación del servicio social al trabajar con niños que sufrieron abuso sexual y en el siguiente capítulo se detalla ampliamente.

2.3. Programa de Servicio Social del Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA)

En el presente apartado se hace una revisión de los aspectos relevantes que tienen que ver directamente con las actividades realizadas durante la prestación del servicio social. Esta revisión abarca desde los antecedentes de la institución donde fue realizado el servicio hasta las actividades que fueron realizadas en él. Para los fines de este trabajo es importante aclarar que la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF) depende en su estructura y función del Ministerio Público que es el instrumento procurador de justicia, y que la Procuraduría por medio de sus Centros de Atención a la ciudadanía lleva a cabo la importante labor de atender directamente a las víctimas de diferentes delitos. Siendo específicamente el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA) el que nos interesa, retomando los objetivos del mismo, así como su organización interna y los recursos materiales con los que cuenta para su funcionamiento. En este mismo apartado, se hace una descripción pormenorizada de las actividades que fueron realizadas y la población que fue atendida durante la prestación del servicio.

2.3.1. Antecedentes de la institución

La Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal entró en vigor el 11 de marzo de 1984, en esta ley se encuentra establecido que el principal objetivo de la Institución es la procuración de justicia a las víctimas que sufren cualquier tipo de delitos (PGJDF, 1998).

2.3.2. Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales. (CTA)

La seguridad pública es una tarea que mantiene preocupada a la sociedad en su conjunto porque cada día crece el número de personas que son testigos de un ilícito, o infortunadamente les ha tocado ser víctimas de algún delincuente, esta circunstancia altera

la vida social y mantiene intranquila a la población que no está satisfecha con los logros institucionales en este renglón. El CTA, se funda en el año de 1991.

Acuerdo de creación.

Dentro de los puntos más importantes del acuerdo y para los fines de este trabajo se citan los siguientes:

PRIMERO: Se crea el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales como unidad administrativa especializada, con autonomía técnica y operativa, pero subordinada jerárquicamente al Procurador, la que tendrá a su cargo el ejercicio de las facultades que se le otorgan en este acuerdo.

SEGUNDO: El Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales, tendrá como objetivo brindar atención psicoterapéutica a las víctimas y sus familiares, que sean enviadas por las agencias especializadas en el ramo, la fiscalía especial, así como otras áreas de la propia procuraduría.

TERCERO: Para dar cumplimiento al objetivo antes mencionado, son atribuciones del personal que en éste labora:

a) Brindar atención psicoterapéutica a víctimas de delitos sexuales y a sus familiares.
b) Diseñar, ejecutar y evaluar estudios y diagnósticos psicológicos y terapéuticos a víctimas que se encuentran bajo tratamiento y proponer la solución de los problemas que se detecten.
c) Organizar y controlar el archivo de víctimas de delitos sexuales.
d) Mantener la confidencialidad tanto del tratamiento psicoterapéutico como de los documentos inherentes al mismo.

e) Establecer el enlace necesario a nivel institucional y extrainstitucional, a fin de promover y contribuir a la actualización técnica del personal, mediante la celebración de los convenios conducentes.
f) Supervisar, controlar y evaluar las actividades que realiza el personal de psicología, de las agencias especializadas de delitos sexuales.
g) Mantener el contacto interinstitucional, a fin de brindar una atención integral a la víctima.
h) Otorgar el apoyo extrainstitucional a la víctima y familiares en juzgados penales, hospitales o en su domicilio, así como en cualquier otro lugar, cuando el caso así lo requiera.

CUARTO.- El Centro de Terapia de Apoyo deberá proponer, según el caso, la canalización de las víctimas de delitos sexuales, a otras instituciones.

QUINTO.- El Centro de Terapia de Apoyo contará con el personal directivo además de un órgano consultor que será el consejo técnico.

En resumen, la importancia de este acuerdo radica en la especificación de las funciones del CTA así como las actividades que competen realizar al personal que labora en éste. Siendo uno de sus principales objetivos la atención psicoterapéutica a las víctimas y a los familiares de las víctimas de delitos sexuales; igualmente la orientación legal; respondiendo, de esta manera, como Institución Pública a la Asistencia Social y mejorar la calidad del servicio que se presta (PGJDF, 1998, pp. 88-90).

1) Objetivos de la Institución.

- Mejorar la calidad de los servicios que presta la institución.

- Brindar la atención y orientación legal y psicológica que necesiten las víctimas de delitos sexuales y a sus familiares, procurando que en

todos los casos se cumpla con la indemnización del daño material y moral causado, incluyendo el pago de los tratamientos curativos que, como consecuencia del delito, sean necesarios para la recuperación de la víctima.

- Proporcionar atención profesional, ética y sensible al estado de vulnerabilidad o angustia de las víctimas de delitos sexuales; así como la promoción de una cultura de la prevención del delito que permita el acceso a la justicia y al respeto de los derechos humanos.

- Apoyo en la asistencia psicosocial a las víctimas de delitos sexuales.

- Sensibilizar e inducir a los prestadores de servicio social sobre el estado victimal generado por delitos sexuales.

- Estimar el cambio de actitudes en pro de una atención a las víctimas de manera profesional y humana.

2) Objetivos específicos del programa de la institución.

- Detectar a las víctimas de delitos sexuales que requieran atención y establecer contacto con ellas.
- Valorar en la víctima el impacto que ha dejado en su vida el delito sufrido y entonces contemplar posible apoyo psicológico y legal.
- Proporcionar asistencia psicosocial y emocional a las víctimas de delitos sexuales, mediante sesiones psicoterapéuticas.

- Proporcionar a los usuarios información y orientación; acerca de las garantías a las que, como ciudadanos, tienen derecho.

- Atender las peticiones, inconformidades y orientaciones psicológicas y legales a víctimas (ya sean directas o indirectas) de algún delito sexual; así como realizar adecuadas canalizaciones a la ciudadanía (PGJDF, 1998, p.96).

2.3.3. Organización Interna del Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA)

Para lograr sus objetivos, el Centro de Terapia de Apoyo, cuenta con:

Una dirección General: que rige las actividades y vigila el correcto desempeño del personal de este centro. En esta área se encuentran la directora general y su secretaria.

Dos Subdirecciones (Jurídica y Clínica):

Subdirección Clínica: La subdirectora de esta área se encarga de la supervisión del personal del área clínica que tiene a su cargo la jefa de área (líder coordinador) y doce psicólogas.

Subdirección Jurídica: La subdirectora de esta área se encarga propiamente de vigilar el correcto desempeño de la jefa de área (líder coordinador), de las seis abogadas, así como también el de las psicólogas peritos quienes dependen de esta área.

Cuatro Jefaturas de Departamento (Clínica, Jurídica, de Informática y de Agencias Especializadas): En el área clínica como en la jurídica existe una líder coordinadora que es el puesto que sigue en jerarquía al de las subdirecciones y se encargan concretamente de la parte administrativa y logística de las actividades que realizan las abogadas y las psicólogas. El área de informática cuenta con el jefe de área que entre sus funciones también es la persona encargada de llevar el control de asistencias de los prestadores de servicio social.

El área de Reconquista y Seguimiento que pertenece al departamento de Agencias Especializadas: Esta área es la encargada de la revisión de las fichas de agencia que llegan de todas las personas que hayan hecho la denuncia y de hacer llamadas de invitación para que acudan al CTA. Para quienes ya han acudido y no concluyeron su tratamiento hacer la

invitación vía telefónica para que continúen asistiendo. Esta área cuenta con cuatro trabajadoras sociales.

El área de Relevantes y Seriales: Esta es el área encargada de revisar en los expedientes la ficha de ingreso para detectar los distintos modos de operar de los agresores y de esta manera detectar posibles formas de captura a los que ocupan las mismas estrategias tanto de forma como en los lugares en los que realizan las agresiones. En esta área se encuentra únicamente la encargada de área.

Recepción: Es el área en la que se recibe a los usuarios para canalizarlos posteriormente a la psicóloga asignada de realizar las entrevistas a las personas que llegan por primera vez, asi- mismo, a los usuarios que ya tienen seguimiento, se les recibe, se anota su nombre en el libro de asistencias y esperan a que su psicóloga les llame. En esta área se encuentran 2 secretarias una por turno (existe tanto el turno matutino como el vespertino).

Prestadores de servicio social: aproximadamente alrededor de veinticinco prestadores de servicio social se encuentran en el CTA distribuidos en las diferentes áreas y horarios de acuerdo a su perfil sean éstos, pasantes de psicología, derecho, trabajo social, sociología y también pasantes de informática y secretariado.

2.3.4. Recursos Materiales

El CTA cuenta con 9 cubículos para terapia individual, una sala de terapia de grupo para niños, una sala de terapia de grupo para adultos, cuatro cubículos para el área legal, una recepción, una sala de espera, un salón de juntas, cinco oficinas, un cuarto para el área de Reconquista, otro para el área de Relevantes y Seriales; computadoras, fotocopiadora, máquinas de escribir, papelería, dos cuartos de archivo: uno de archivo actual y otro de archivo muerto, una cocineta y un comedor, dos baños para el personal y uno para los usuarios.

2.3.5. Población atendida en el servicio social

Algunos de los usuarios que acuden al CTA han sido víctimas directas o indirectas[1] de algún delito sexual, que hicieron una denuncia previa y fueron canalizadas de la agencia del Ministerio Público. También acuden personas que han sido contactadas por el área de Reconquista y Seguimiento ya sea de primera vez o personas que dejaron de acudir pero que fueron nuevamente contactadas. Hay usuarios, en su mayoría niños que han sido víctimas de agresiones sexuales, que se encuentran en el albergue temporal de la PGJDF y que son enviados por el mismo albergue. Otros usuarios acuden por su propia cuenta una vez que se enteran de los servicios que ahí se prestan y requieren alguna asesoría en relación a delitos sexuales.

[1] En el CTA la Víctima Directa es quien sufrió el abuso sexual, y la Víctima Indirecta es quien presenció el acto, es decir, no sufrió directamente la agresión sexual pero vivió el ataque como espectador.

2.3.6. Actividades desarrolladas en el servicio social

Inducción al servicio social

En el inicio del servicio, la Subprocuraduría de Atención a Víctimas del Delito y Servicios a la Comunidad proporcionó un curso de inducción a los prestadores de servicio social que tuvo una duración de 11 días del 8 al 19 de julio del 2002 (en el Auditorio "Plan de Guadalupe" de la delegación Venustiano Carranza). Mismo que dio inicio con la explicación del Sistema de Servicio Social de Pasantes de la P.G.J.D.F, donde se dieron a conocer todas sus funciones y competencias, se mencionaron todos los centros de terapia con los que cuenta la institución y la problemática que tratan, fueron tocados temas como los derechos humanos y la procuración de justicia y también se realizaron dinámicas de sensibilización ante la victimización de diferentes delitos.

Hubo también una plática sobre el manejo de emociones misma que se consideró igualmente útil tanto para el trato que se le brindaba a las personas como a nivel personal. Es de donde surge la inquietud de desarrollar más a fondo el tema de las emociones y su manejo en terapia. Al final del curso de inducción las psicólogas encargadas hablaron de la importancia de utilizar las herramientas adquiridas en él para que el aprovechamiento del mismo fuera más enriquecedor al llevarlo a la práctica.

Actividades realizadas en el Centro de Terapia.

El servicio se prestó durante nueve meses en los que se acudía al CTA durante cuatro horas diarias. Desde un inicio fue la líder coordinadora del área clínica quién estableció las actividades que la prestadora del servicio y realizadora de esta tesina debía realizar. También fue quien proporcionó información sobre las actividades que se realizan en el CTA. Asimismo, se encargó del recorrido para conocer las instalaciones y explicó las funciones y ubicación de cada una de las áreas, informó sobre el correcto llenado de los libros de gobierno en los cuales se lleva el control del número de personas que acuden al

CTA y en el cual se encuentra la fecha de ingreso, el nombre del usuario, el status de víctima si es víctima directa o indirecta, el nombre de la psicóloga que realiza la recepción, así como el de la psicóloga asignada al caso, hasta la última fecha en que acude la usuaria. Informó acerca del correcto llenado de todos los formatos que se utilizan y solicitó también el apoyo en la recepción a la secretaria durante los tres primeros meses del servicio social.

A continuación se describen las actividades realizadas:

1) Apoyo en la recepción: Al inicio del servicio una de las actividades que más se realizaron fue el estar en la recepción del área clínica atendiendo a las personas que llegaban, brindando información clara sobre los servicios del área sobre todo a las personas de nuevo ingreso, a las personas que acudían ya a la terapia se les recibía el carnet de citas se registraba en la libreta de visitas y se informaba a la psicóloga correspondiente la llegada de sus pacientes. También se realizaban los oficios de canalización a algunos hospitales que tenían convenio con la institución para los casos en los que era necesario que la usuaria recibiera atención médica y básicamente pudieran realizarse los estudios para descartar embarazo o enfermedades de trasmisión sexual después de la agresión. Después de los tres primeros meses esta actividad se realizó ya muy poco en virtud de que comienzan a cobrar mayor importancia las actividades que correspondían directamente al área clínica.

2) Apoyo en la realización de estadísticas: Esta actividad se realizaba cada final de mes y consistía en hacer el conteo de las víctimas atendidas durante ese periodo de tiempo, asimismo sacar el número de casos y seguimientos atendidos por psicóloga así como el número de altas y bajas registrados por cada una de las psicólogas, los datos eran sacados de las agendas de las psicólogas y de los libros de gobierno.

3) Captura de dictámenes psicológicos: Esta actividad se llevaba a cabo en las ocasiones en que la secretaria se encontraba saturada de trabajo y cuando se nos asigna una psicóloga a la que había que apoyar en sus actividades se realiza con mayor frecuencia.

4) Formación: Se realizó la lectura de literatura acerca de la violación, el abuso sexual, y la violencia. Esto con la finalidad de sensibilizar ante la problemática que se atiende en el CTA, lectura que resultó imprescindible para poder realizar las entrevistas iniciales en los meses posteriores.

5) Apoyo en el archivo: Eventualmente se tenía que apoyar en el archivo buscando y archivando los expedientes de nuevo ingreso.

6) Entrevistas: El proceso para ingresar a las entrevistas y la realización de éstas se realizó por etapas.

Primera etapa: Se ingresa a la entrevista inicial sólo como oyente. No se interactúa en ningún momento con la usuaria y es la psicóloga encargada de la recepción quien dirige toda la entrevista. Al final de la entrevista la psicóloga aclara algunas dudas a la prestadora del servicio sobre el procedimiento a seguir en las entrevistas.

Segunda etapa: Se ingresa a la entrevista y se realiza el llenado de la ficha de ingreso, pero es la psicóloga encargada la que realiza las preguntas. Al finalizar la entrevista la psicóloga aclara algunos puntos y da el visto bueno del llenado de la ficha.

Tercera etapa: Se ingresa a la entrevista y una vez que se terminó de leer la literatura que tiene que ver con la sintomatología, la prestadora del servicio puede realizar las preguntas para el llenado de la ficha de ingreso, esto bajo la supervisión de la psicóloga encargada, durante el proceso de la misma, la psicóloga realiza algunas intervenciones. Posterior a la entrevista la psicóloga realiza algunas observaciones de cómo pudo haberse realizado de una mejor forma la entrevista.

Cuarta etapa: Se ingresa a la entrevista y se realizan las preguntas para el llenado de la ficha de ingreso aun bajo la supervisión de la psicóloga encargada pero en esta etapa la psicóloga ya no hace ninguna intervención durante el proceso. Al finalizar se aclaran algunos puntos y la psicóloga hace sus observaciones.

Quinta y última etapa: Se ingresa a la entrevista sin la participación de la psicóloga encargada, se realiza el llenado de la ficha de ingreso, se realizan intervenciones importantes con la usuaria. Es al final de la recepción cuando se acude a la revisión de la ficha y algunos aspectos importantes del caso, la psicóloga hace sus observaciones y se concluye el proceso de entrenamiento. A las recepciones posteriores se ingresa de manera individual ya sin la participación de la psicóloga.

El propósito de la división por etapas básicamente era para que primero la prestadora del servicio viera la forma de proceder en las entrevistas y estuviera bien documentada sobre las agresiones sexuales antes de intervenir activamente en las recepciones. Se considera importante que la realización de las entrevistas haya sido por etapas en virtud de la importancia que tenía el estar bien documentado previamente sobre la sintomatología de quienes son víctimas de una agresión sexual.

7) Atención de terapia individual: Es la terapia en la que los usuarios acuden solos y es aproximadamente de 10 a 12 sesiones con duración de una hora por sesión. Como servidora social no existe mucha participación a nivel individual. Con la psicóloga que se asigna a la prestadora del servicio sólo se tuvo la oportunidad de llevar 2 casos en los que se ingresaba a las sesiones subsecuentes, esto hasta el momento en el que se les proporcionó la alta. Los casos fueron de dos niñas que venían del Albergue Temporal de la PGJDF, y tienen una menor duración de sesiones ya que las niñas no están más de tres meses en el albergue. Sin embargo, se cubren alrededor de 8 sesiones en las que se pudo ver de forma clara los temas más importantes a tratar con las pacientes. Se pudo apreciar un avance importante en ambos casos ya que al llegar las menores tenían poca interacción tanto con la psicóloga como con la co-terapeuta, y al final de las sesiones las niñas se desenvolvían con mayor facilidad. Asimismo mostraban una actitud más positiva que la que tenían al inicio de la terapia.

8) Atención en terapia grupal: Es la modalidad de terapia en la que ingresan las y los usuarios junto con otros usuarios que cubran el mismo perfil de motivo por el cual llegan,

también deben coincidir en un grupo de edad determinado y tener la misma disponibilidad para el horario asignado. La terapia grupal consta de 12 sesiones una por semana de dos horas cada una. Es requisito para que los usuarios inicien su terapia grupal que hayan pasado primero por una terapia individual de la cual hayan sido canalizados al grupo de acuerdo a sus características aunque no necesariamente su terapia individual tiene que estar concluida. Es en este rubro en el que la prestación del servicio fue mayormente enriquecedora en virtud de que se tuvo la oportunidad de ingresar como co-terapeuta a 6 grupos de niños. Dos de los cuales fueron de niños y niñas de 5 a 7 años y cuatro de niños de 8 a 12 años. De estos grupos 3 tenían 10 integrantes; 2 de 8 y uno de 12 niños. En total de estos grupos de niños se asistió a 72 sesiones. Además se participó en un grupo de mujeres de entre 17 a 40 años el cual constaba de 7 integrantes, en un grupo de adolescentes de entre 14 a 17 años el cual sólo constaba de 5 integrantes y finalmente a un grupo de padres de entre 20 a 45 años que constaba de 17 integrantes.

En el cuadro que se presenta a continuación se encuentra el número de grupos atendidos, así como el tipo de población, el número de sesiones trabajadas en cada uno y las edades que tenían los integrantes, con los totales de estos datos.

Cuadro No. 4.

RESUMEN DE GRUPOS ATENDIDOS				
TIPO DE GRUPOS	**NO. DE GRUPOS ATENDIDOS**	**NO. DE SESIONES**	**NO. DE PACIENTES**	**EDADES DE LOS INTEGRANTES**
GRUPOS DE NIÑOS*	**6**	**72**	**58**	**5 A 7 Y 8 A 12**
GRUPO DE PADRES	**1**	**12**	**17**	**20 A 45**
GRUPO DE ADOLESCENTES	**1**	**12**	**5**	**14 A 17**
GRUPO DE MUJERES	**1**	**12**	**7**	**17 A 40**
TOTALES	**9**	**108**	**87**	**DE 5 A 45 AÑOS**

*** El presente trabajo centra su atención en los grupos de niños atendidos.**

9) La planeación de las sesiones: Cada sesión era preparada de acuerdo al tema que se tenía previsto, la prestadora del servicio participaba en cada planeación y se preparaban

dinámicas de acuerdo también a los avances del grupo. Esta planeación de los temas por sesiones es el preámbulo para plantear una nueva metodología de tratamiento debido a que la existente era demasiado abierta, lo que presentaba dificultades para su desarrollo ya que no era sistematizada. En esta preparación los temas que se citan a continuación son los que se trataban en las sesiones:

Integración grupal: Se realizaban las dinámicas que fueran necesarias para lograr la cohesión grupal. Se establecían las reglas del grupo y se hacían tantos juegos como fuera necesario para la integración.

Socialización: Es la sesión en la que los integrantes relatan el evento de agresión. Esta actividad requería completa atención de las psicólogas principalmente en los casos en los que se debía proporcionar contención ya que algunos integrantes entraban en crisis al relatar el evento de agresión.

Identificación de sentimientos: Esta sesión se llevaba a cabo invitando a los niños a que realizaran un dibujo en el que plasmaran caras que expresaran los diferentes sentimientos que conocen, antes de esto se les daba una plática sobre los sentimientos y la importancia de su manifestación.

Sentimiento de culpa: Se realizaban diferentes dinámicas en las que los integrantes se apoyaban en conjunto en el proceso de desculpabilización. En estas dinámicas los pacientes elaboraban una nueva forma de ver la culpa ya no como algo que fuera de ellos sino que pudieran ver que la responsabilidad de lo que les había sucedido era del agresor.

Sentimiento de enojo: Se enseñaba a los participantes a expresar, manejar y controlar el enojo que la agresión sexual produjo en ellos. Por medio de la visualización del agresor y la oportunidad de descargar su ira.

Autoestima: Trabajando con diferentes dinámicas se retroalimentaba a los integrantes fortaleciendo las cualidades positivas que ellos poseían.

Mitos de las agresiones sexuales: Se realizaba una actividad del tipo expositiva en la que se hablaba de las diferentes creencias sociales que se tienen en torno a las agresiones sexuales, finalizando con un análisis de esos mitos, para que los integrantes apreciaran que lo que les sucedió pudo ser por diferentes razones, pero eliminando el mito de que ellos buscaron lo que les sucedió.

Sentimiento de miedo: Se elaboraban diversas dinámicas en las que los integrantes trabajaban con el sentimiento de miedo de forma directa y con la ayuda de un cuento en el caso de los niños. Por medio de la lectura del cuento los niños podían apreciar que tienen derecho a sentir miedo pero que también pueden utilizarlo para salir adelante.

Sexualidad: Se realizaba una actividad de tipo expositiva en la que con la ayuda de esquemas sobre los órganos sexuales, un libro con dibujos acordes a las edades de los niños y un buzón de preguntas sobre sexualidad, se proporcionaban papeles y lápices a los niños para que hicieran preguntas de forma anónima acerca de las dudas que tuvieran con respecto a su sexualidad, se revisaban las preguntas y se aclaraban todas con la ayuda de los esquemas y los libros.

Derechos de los niños: Se realizaba la lectura de los derechos de los niños haciendo hincapié en el derecho que tienen a sentirse protegidos por las personas que sean responsables de ellos y el derecho que tienen a desarrollarse en un ambiente sano para ellos. Se resolvían dudas y se hacían juegos con memoramas y rompecabezas de los derechos de los niños.

Prevención del abuso sexual: Se realizaba la lectura de un libro de la PGJDF sobre prevención de agresiones sexuales, se desarrollaban dinámicas de psicodrama en las que los niños vieran cómo pueden prevenir un nuevo evento de abuso sexual en donde ellos mismos se dieran cuenta de las alternativas que pueden tener para no volver a pasar por un evento de agresión.

Sesión de despedida: Se realizaban dinámicas de conclusión del grupo en donde cada integrante relataba la forma en la que se sentía al principio y la forma en la que se sentía al finalizar su tratamiento. Las psicólogas retroalimentaban al grupo acerca de los cambios que veían en cada integrante y se hacían juegos de despedida.

Las experiencias adquiridas durante el tiempo que se prestó el servicio fueron muy enriquecedoras. Desde el conocer los centros de atención psicológica y jurídica con los que cuenta la institución. En las actividades desarrolladas tuvo gran importancia haber estado en los grupos terapéuticos, principalmente en los de niños. Grupos en los que se pudo llevar a la práctica el trabajo con los temas anteriormente citados, cada sesión era de grandes experiencias que nos otorgaban los niños a quienes pudimos ver avanzar en el proceso de terapia grupal y esa es la mejor de las experiencias. Apreciar que a través de un trato de respeto y confianza enmarcados en un clima de seguridad en cada actividad que se hacía con los niños desde que identificaban sus emociones, la sesión de socialización que es un gran reto a nivel emocional estar presente y brindar apoyo, el trabajo con sus emociones que causó gran curiosidad ahondar más sobre el manejo de estas y que se documenta en el presente trabajo. Hasta la satisfacción de poder ayudar a prevenir que estos niños sean nuevamente agredidos con el trabajo que se hace en la sesión de prevención y finalmente verlos al final del proceso en mejores condiciones y más recuperados.

III. PROPUESTA DE METODOLOGÍA DE TRABAJO PARA EL CTA.

El abuso sexual es un problema social que tiene repercusiones en el desarrollo psicológico y emocional de quienes lo sufren, ya sea a corto o largo plazo. Rebasa lo que hasta ahora se conoce sobre los factores que pueden causarlo (INEGI, 2000), (UNICEF, 2004). También existen diversas investigaciones sobre las consecuencias de este en la edad adulta, en las que se puede correlacionar con enfermedades como la depresión, problemas de consumo de drogas, conductas delictivas, conflictos dentro de la familia y riesgo de suicidio entre otros, Ramos y cols. (citado por Bonilla, 2004, p.22). Se ha encontrado que la familia puede ser un apoyo importante para la recuperación de las víctimas, cuando le proveen de credibilidad, confianza, seguridad y respeto, y la oportunidad de que la víctima acuda a un apoyo terapéutico para superar el evento de agresión es de gran utilidad (Díaz, 2002). Sin embargo, se conoce también, que es dentro de la familia donde se cometen más este tipo de agresiones y al no brindar credibilidad y un ambiente de seguridad a los menores que han sido abusados, se facilitan trastornos posteriores y los conflictos en la adolescencia o en la vida adulta de estos. Por ello se considera importante que las víctimas de una agresión sexual reciban un tratamiento en el que puedan superar el desequilibrio emocional que surge luego del evento de agresión. Ya que de no recibirlo en los casos que es necesario, las secuelas de la falta de éste pueden ser condicionantes de que las víctimas se conviertan a su vez en agresores, lo que implicaría que más niños se encontraran en riesgo de sufrir una agresión y que los agresores fueran cada vez más. O simplemente pueden crecer como personas que presenten conductas antisociales, con baja autoestima y problemas emocionales que pueden afectar el desarrollo integral de quienes lo sufren, lo que puede evitarse o disminuirse si reciben el tratamiento adecuado (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000), (Sullivan y Everstine, 1997), (Chamorro y cols., 2004).

Durante el tiempo en que se realizó el servicio social se pudo apreciar que la metodología de trabajo empleada en el mismo carecía de aspectos importantes a seguir en el que se plantearan de forma precisa las actividades a realizar en los temas a tratar en las terapias tanto a nivel individual como grupal. Y por esta razón cada psicóloga daba un manejo diferente a las sesiones tanto en el orden de los temas como en las dinámicas

utilizadas. Existía un programa en el que venían únicamente los temas a tratar tales como: la integración grupal, la identificación de sentimientos, manejo de enojo, culpa, miedo, sexualidad, derechos de los niños, autoestima y prevención de un nuevo evento de agresión. Sin embargo, la limitación que había era que no se marcaba bajo qué marco teórico se debían elaborar los temas ni cuál debía ser el procedimiento para desarrollar cada tema y cuales actividades no podían dejarse de lado. Así como no especificar que la sesión de identificación de emociones debía estar antes que el trabajo con las mismas.

Por ello se considera necesaria la creación de una metodología de trabajo sistematizada mas no hermética, en la cual se permita que los integrantes del grupo primero identifiquen cuáles son los sentimientos que se encuentran en conflicto, que conozcan cómo se manifiesta cada emoción y de esa forma, entonces sí procedan a trabajar sus emociones, en un espacio en el que no se reprima la expresión de estas y siempre puedan ser contenidos por parte de las terapeutas en una atmósfera de seguridad. Apoyándose siempre que sea preciso en el uso de dinámicas. Entendiendo como metodología de trabajo, una guía a seguir que provea de indicadores específicos en los temas a tratar, donde se marque aquellas actividades que no se pueden dejar de hacer, cuales los procedimientos y en la que se mencione el enfoque en el que se deben basar las mismas. Esto lo refiere la autora de esta tesina en base a la experiencia adquirida, ya que al carecer de un modelo sistematizado a seguir, lo que se hacía entre grupo y grupo, variaba en forma y contenido dependiendo de la psicóloga titular.Se toma como base de esta metodología de trabajo el enfoque de terapia gestalt que brinda una amplia gama de técnicas para trabajar con las emociones siempre basándose en el respeto por el paciente.

Al sistematizar una metodología de trabajo como propuesta para el tratamiento grupal de niños de 6 a 12 años que han sido agredidos sexualmente, no se pretende decir que la existente en el CTA, no sea funcional, dado que es la que se ha usado desde los inicios de la institución, sino que al establecer claramente que aspectos no puedan dejarse de lado en las sesiones terapéuticas y en el curso de la terapia, se mejore el trabajo con los niños a quienes finalmente va dirigido todo el interés de mejora. Es necesario recalcar que esta propuesta se hace en base a la experiencia obtenida durante la prestación del servicio

social en el CTA, bajo el enfoque de terapia gestalt, con el fin de superar el desequilibrio emocional de los niños posterior a la agresión. Al conocer que el abuso sexual en nuestro país crece día con día y que son muchos los problemas que ocasiona en la sociedad, como el que en los efectos a largo plazo se hable de la presencia de conductas delictivas, depresiones, conductas suicida, problemas en el manejo de la sexualidad y el riesgo latente de que las víctimas se conviertan a su vez en agresores conlleva a una gran necesidad de que se generen modelos de intervención basados en un enfoque holístico a través del cual se puedan trabajar las emociones que genera una agresión sexual, con la oportunidad de realizarlo en un proceso terapéutico a nivel grupal en el que se brinde el apoyo ambiental y de seguridad que requieran los niños, lo que se puede lograr con el enfoque gestalt que cubre las expectativas de este propósito.

Dentro de los principales cambios a la metodología de trabajo usada en el CTA. Se encuentra el establecer que primero se haga la sesión en la que los niños puedan identificar sus sentimientos y no antes el trabajo con alguno de ellos. Ya que conocer los sentimientos y la importancia de ellos antes de su trabajo permite a los niños hacer un mejor trabajo en las sesiones del trabajo con el enojo, miedo y culpa. Otro cambio importante en la metodología de trabajo es iniciar con ejercicio de relajación la sesión en la que los niños hablan sobre lo que les sucedió ya que la relajación previa los proveerá de un mayor control al verbalizar el evento de agresión.

En la sesión del trabajo con su sexualidad, se considera importante permitir a los niños que sean ellos quienes manifiesten sus dudas en torno a la sexualidad y no se improvise una exposición basada en lo que la terapeuta suponga que los niños necesitan saber.Se considera de gran importancia que siempre que se trabaje en las sesiones con sus emociones se realicen ejercicios de relajación ya que esto permitirá que los niños se puedan expresar de mejor forma. Estos puntos se establecen en esta tesina como las principales aportaciones que hace la autora a la metodología de trabajo empleada por el CTA. Ya que si bien, algunas psicólogas lo hacían, algunas otras no llevaban a cabo la relajación cuando se trabajaba con emociones, y no siempre se realizaba primero la sesión de identificación de emociones antes que el trabajo con cualquiera de estas.

A continuación se muestra en cuadro la metodología de trabajo que se propone basada en la existente en el CTA.

PROPUESTA DE METODOLOGÍA DE TRABAJO BASADA EN LA EXISTENTE EN EL CTA.

GRUPO DE NIÑOS	
OBJETIVO GENERAL: SUPERAR EL EVENTO DE ABUSO SEXUAL.	
SESIÓN	**OBJETIVO: Se creará cohesión grupal**
1ª.	**TÉCNICA: Informativa y vivencial.**
Duración 2 hrs.	**1) Presentación de terapeutas.** **2) Dinámica de presentación e integración de los participantes: se forman díadas (a y b) mismas que intercambian información: nombre, edad, hobies, etc. (sin hablar del evento), posteriormente (a) presenta a (b) y viceversa.** **3) Se establecen las reglas del grupo fomentando la participación de los participantes.** **4) Se exploran las expectativas de los integrantes de manera individual.** **5) Las terapeutas fomentan la cohesión grupal.** **6) Se concluye con juego libre.**
SESIÓN	**OBJETIVO: Reforzar cohesión grupal.**
2ª.	**TÉCNICA: Informativa y vivencial.**
	1) Se presentan los nuevos integrantes (si es el caso). **2) Se solicita al grupo hacer ejercicio para recordar los nombres de sus compañeros iniciando de izquierda a derecha y el primer integrante dice su**

Duración 2 hrs.	**nombre, luego debe decir el nombre de un animal que inicie con la misma letra, a manera de que los demás integrantes deben repetir nombre y animal del compañero y hacer su propia presentación.** **3) Se continúa con la integración y se mencionan nuevamente las reglas del grupo para los nuevos integrantes.** **4) Se concluye con juego libre.**
SESIÓN	**OBJETIVO: Catarsis del evento de abuso sexual**
3ª. y 4ª.	**TÉCNICA: Catártica.**
Duración 4 hrs, 2 horas por cada sesión.	**1) Se inicia con ejercicio de relajación.** **2) Cada uno de los participantes relata el motivo por el cual acude al centro de terapia (la verbalización del evento de agresión).** **3) La terapeuta y coterapeuta se encargan de dar contención y retroalimentar individual y grupalmente los sentimientos generados en el grupo.** **4) Se concluye con juego libre.**
SESIÓN	**OBJETIVO: Identificación de sentimientos.**
5ª.	**TÉCNICA: Gestáltica, informativa.**
Duración 2hrs.	**1) Se solicita al grupo dividir en cuatro una hoja blanca tamaño carta y dibujar caras que expresen los sentimientos de enojo, miedo, tristeza y culpa.** **2) Se les pide que muestren a los demás integrantes lo que dibujaron y digan cómo han vivido ellos esos sentimientos.** **3) Se proporciona información básica sobre las emociones.** **4) Se establece que cada emoción que sientan se ira trabajando durante las próximas sesiones.** **5) Si es el caso que algún integrante tenga alguna identificación que le**

	provoque crisis, se brinda contención y el cierre de esa emoción. 6) Se finaliza con juego libre.
SESIÓN	**OBJETIVO: Manejo del sentimiento de enojo.**
6ª.	**TÉCNICA: Gestáltica, Catártica.**
Duración 2hrs.	**1) Se aplica técnica de relajación** **2) Posteriormente se les pide contactar corporalmente con el sentimiento de enojo al recordar el evento de agresión remarcando que se encuentran protegidos por las terapeutas en el aquí y ahora, posteriormente se les pide que realicen la descarga motriz de dicho sentimiento golpeando un cojín con puños cerrados (se puede dibujar al agresor, ponerlo arriba de un cojín y proporcionar un bat de béisbol a los niños) para que realicen la descarga motriz.** **3) Verbalizan la experiencia y se empatizan sentimientos.** **4) Se aplica técnica de relajación.** **5) Se concluye con juego libre.**
SESIÓN	**OBJETIVO: Manejo de los sentimientos de culpa y miedo.**
7ª.	**TÉCNICA: Gestáltica, fantasía guiada.**
Duración 2hrs.	**1) Se aplica técnica de relajación y una vez relajados se les pide visualicen a la persona con la que más culpables se sienten y le hablen de aquello que más los hizo sentir culpables, después se les induce a convertirse en esa persona con quien sienten culpa y se respondan entablando un diálogo interno.** **2) Verbalizan la experiencia y se retroalimenta al grupo.** **3) Explicación de la culpa como sentimiento social, cultural y su utilidad, haciendo hincapié en que la responsabilidad de lo que les sucedió es del agresor y no de ellos.**

	4) Para el trabajo con miedo se les pide que cierren los ojos y se imaginen que son un barco que va en alta- mar y lo sorprende una tormenta, que al barco le da mucho miedo y lucha contra las olas para no hundirse y que finalmente llega la calma después de la tempestad sale el sol y el arco-iris. 5) Se les solicita que hablen de sus miedos y si se identificaron con el barquito 6) Se refuerza la fortaleza que tienen y que así como el barco pudo salir de la tempestad ellos también lo pueden hacer. 7) Se concluye con juego libre.
SESIÓN	**OBJETIVO: Los integrantes del grupo podrán elevar su autoestima para reintegrarse de mejor forma a sus relaciones sociales.**
8ª.	**TÉCNICA: Informativa, expositiva, dinámica.**
Duración 2 hrs.	1) Se solicita a los integrantes que con un marcador del color que ellos escojan dibujen su propia silueta, esto con la ayuda de otro de sus compañeros, al terminar su silueta de les solicita dibujar su cara y ropa con los colores que quieran, al finalizar se solicita al grupo que presenten al grupo su dibujo y hablen acerca de las cosas físicas y conductuales que les gustan así como de aquellas cosas que no les gustan de sí mismos. 2) Se solicita al grupo que participen retroalimentando al participante en turno. 3) Se retroalimenta al grupo, reforzando aquellas cosas que les gustan de sí mismos. 4) Se finaliza con juego libre.

SESIÓN	**OBJETIVO: Los integrantes del grupo ampliarán los conocimientos básicos de su sexualidad.**
9ª.	**TÉCNICA: Informativa.**
Duración 2 hrs.	**1) Se cuestiona al grupo acerca de si conocen las partes de su cuerpo y que es lo que saben acerca de la sexualidad.** **2) Se proporcionan hojas de papel y se pone sobre la mesa un buzón de dudas, haciendo la indicación de que sobre las hojas de papel escriban de forma anónima las dudas que tengan sobre la sexualidad.** **3) Se resuelven dudas, con el apoyo de material visual, o en su caso con los muñecos anatómicos.** **4) Se concluye con juego libre.**
SESIÓN	**OBJETIVO: Los integrantes del grupo podrán prevenir un nuevo evento e abuso sexual.**
10ª.	**TÉCNICA: Expositiva informativa, gestáltica.**
Duración 2 hrs.	**1) Con el libro de prevención de la PGJDF, se leen historias en las que niños se encuentran en riesgo de una agresión sexual y qué es lo que hacen para protegerse.** **2) Dramatizan un evento en el que requieran aplicar la protección de sí mismos ante un posible evento de agresión.** **3) Se retroalimenta al grupo.** **4) Se concluye con juego libre.**
SESIÓN	**OBJETIVO: Los integrantes del grupo conocerán sus derechos como niños.**
11ª.	**TÉCNICA: Informativa, didáctica.**
Duración	**1) Con el apoyo del libro de los derechos de los niños de la UNICEF, se da**

2 hrs.	**lectura a los derechos de los niños.** **2) Se solicita a los niños den ejemplos de cada uno de los derechos.** **3) Con el apoyo de un memorama sobre los derechos se retroalimenta.** **4) Se finaliza con juego libre.**
SESIÓN	**OBJETIVO: Los integrantes del grupo evaluarán junto con las psicólogas el avance que tuvieron para superar el evento de abuso sexual durante el proceso terapéutico. Posterior a ello se lleva a cabo convivio de despedida.**
12ª.	**TÉCNICA: Evaluación grupal.**
Duración **2 hrs.**	**1) Se retroalimenta al grupo sobre el curso de la terapia grupal.** **2) Se proporciona formato en el que el grupo evalúa la terapia y a las terapeutas.** **3) Se lleva a cabo convivencia de despedida.**

IV. CONCLUSIONES.

El abuso sexual en México es un problema social que como se pudo apreciar en el diagnóstico del problema y en los datos históricos rebasa nuestras fronteras y va en aumento. Es un tema difícil de tratar, difícil de aceptar y atender. Por ello muchos años fue negado como si se tratara de un tabú, teniendo los adultos una especie de omnipotencia que no permitía que fuera tocada su figura social, dejando a los niños víctimas de este delito como únicos responsables de los hechos que sufrían al ser tocados por seres que bajo la seducción de los menores eran orillados a tener que cometer el acto. Fueron muchos años de negación ante la idea de que fuera posible que los adultos fueran responsables de cometer actos abusivos en contra de los niños. Incluso en diferentes culturas era y sigue siendo permitido, no se ve como un delito, se considera un rito para la iniciación sexual en algunas tribus. Es a mediados del siglo XX cuando se comienzan a dar grandes cambios en su estudio y atención. Pero el primer gran cambio fue creer en los niños dejando de lado esa imagen intocable de los adultos y luego continuar con avances en su estudio y atención.

Sin embargo, conocer que en un país como Estados Unidos de Norteamérica primero haya existido una asociación para la protección de los animales y años después una para la protección del niño, habla del gran rezago social que ha habido en este tema a pesar de los avances que existen tanto en investigación como en el desarrollo de tratamientos establecidos para el abuso sexual. Queda por tanto, mucho por hacer en este campo. Por lo que se considera necesario seguir haciendo investigación al respecto para que al conocer más sobre los factores de riesgo y la manera de prevenirlos, se trabaje en la prevención a todos los niveles. Así como dar mayor difusión a las instituciones encargadas de su atención ya que las estadísticas que se tienen son de los casos que son denunciados y muchos casos se quedan en silencio.

Estimular a un niño con actividades que corresponden a otro nivel de madurez física y emocional propicia el comienzo de trastornos a nivel conductual y emocional. La niñez es una etapa evolutiva sumamente importante, ya que es la cuna en que los niños

empiezan a conocer y diferenciar sus emociones y es una etapa en la que se va desarrollando su personalidad. Por lo que es necesario crear un ambiente de seguridad para que se desarrollen adecuadamente, situación por demás difícil una vez que el menor ha sufrido una agresión sexual ya que pierde el contacto armónico con sus emociones, y genera confusión en los niños que comienzan a interactuar con el mundo de por sí difícil y aun más aunado a una agresión sexual.

El abuso sexual es un problema que afecta la integridad física, psicológica y sexual de quien lo sufre, por ello resulta importante, que reciban una atención psicológica en la que puedan expresar sus emociones y retomar el manejo de estas, así como prevenir conductas delictivas que se pueden desarrollar debido a la sintomatología que sufren después de la agresión. Algunos de los síntomas que presentan son: miedo, incapacidad de confiar, cólera y hostilidad, conducta social inapropiada, depresión, culpa, vergüenza, problemas en la escuela, problemas somáticos, problemas para dormir, problemas con la comida, conducta fóbica o evasiva, conducta regresiva, conducta autodestructiva y conducta de escape. Estos síntomas se deben a que la esfera de seguridad con la que contaba el niño queda fracturada una vez que otro a penetrado su intimidad generando un daño en la concepción de sí mismo el cual esta desvalido, humillado y roto al no haber impedido que se le tocara, que se le usara como un objeto para satisfacer a otro.

El haber sufrido una agresión sexual en la infancia no es determinante para que a su vez la víctima se convierta en agresor, hay otros factores que intervienen en la conducta sexual agresiva como las experiencias sexuales que pudieran tener, placenteras o no, en donde pueden quedarse fijados y esta experiencia condiciona a repetir la conducta, que en algunos casos es cometida por obtener una gratificación sexual, en otros, se expresa necesidad de acercamiento y en otros una necesidad de agresión. Se entiende así que los motivos para cometer la agresión varían de sujeto en sujeto, no son los mismos en un adolescente que en un adulto. En un familiar cercano que en un conocido.

Existen estudios referentes a que la víctima participa y contribuye en su propia victimización al no tomar medidas autoprotectoras o al guardar silencio. En la experiencia

se pudo observar que esto sucede sobre todo cuando el agresor es un miembro de la familia nuclear y que por el temor que el niño tiene a que se descubra la agresión guarda silencio. Esto se puede deber a que el niño se encuentra en un ambiente disfuncional caracterizado por la conflictividad y la falta de cohesión, situación que aumenta la vulnerabilidad del niño a la continuidad del abuso y las secuelas del mismo.

Es relevante destacar que los casos que se atienden dentro del CTA son en su mayoría violación y abuso sexual, sin embargo, también llegan casos de estupro e incesto que por las mismas características de estos dos últimos entran como variantes del abuso sexual quedando así dentro de la problemática que es de interés estudiar ya que alrededor de éste se desarrollan los demás tipos de agresiones sexuales y requiere por su demanda mayor atención. Para desarrollar este trabajo fue necesario diferenciar el abuso sexual de otros delitos y crear una definición propia en la que se establece que en el abuso sexual aun no existe la penetración, aclaración necesaria ya que los grupos de niños con los que se intervino solo habían sufrido tocamientos y en ningún caso hubo violación. Esta definición se respalda con la establecida en el Código Penal para el Distrito Federal (2006), que confirma que en el abuso sexual aun no hay cópula.

En lo que respecta a las edades que se toman, es importante aclarar que al CTA llegan niños desde 4 años hasta adolescentes y adultos. Sin embargo, las edades de mayor interés para los fines de este trabajo se toman especialmente entre niños de 6 a 12 años por ser estas las edades que se encontraban en los grupos donde se intervino y también porque de acuerdo a la literatura son las edades más vulnerables ya que los menores se encuentran indefensos tanto ante la fuerza física de los adultos como a la presión que éstos pueden ejercer sobre ellos con la única intención de llevar a cabo la agresión sexual. Los niños menores de 9 años se encuentran indefensos ante los adultos por ser pequeños y físicamente débiles ante la fuerza de sus victimarios; y los pubertos de 9 a 12 años, se vuelven más vulnerables ante las agresiones sexuales, por encontrarse en esta etapa de desarrollo en la que se empiezan a marcar más las partes de su cuerpo, como en el caso de las mujeres el crecimiento de sus senos y la acentuación de las caderas.

Referente a las consecuencias de la agresión, la literatura dice que pueden ser muchas y que se pueden presentar a corto y largo plazo; que incluyen una variedad de problemas emocionales y conductuales como depresión, culpa, dificultades de aprendizaje, promiscuidad sexual, cambios de conducta, fobias, pesadillas y conductas autodestructivas, baja autoestima, miedo y síntomas de estrés postraumático, conducta sexual inapropiada, cólera y hostilidad. De estos efectos, se pudo apreciar en la práctica, que los niños presentan problemas emocionales, en algunos casos mostraban desinterés en las actividades escolares, conducta de irritabilidad con su madre, hermanos y demás familiares, conductas autodestructivas y en los casos de niños manifestaban más su enojo ante la situación de abuso sexual mientras que las niñas se encontraban con mayor temor ante la idea de volver a ser agredidas.

Las conclusiones sobre el perfil del agresor a las que han llegado los autores es que no existe un perfil determinado de agresores, sin embargo es necesario seguir investigando para tener más herramientas que ayuden en la prevención del abuso sexual. Lo que es un hecho es que el agresor sexual es una persona que puede encontrarse en cualquier estrato social, puede tener una vida laboral y familiar normal, lo que hace difícil pensar que se crea en el niño cuando rompe el silencio. En su mayoría son hombres y no solo se trata de adultos que sean considerablemente mayores a los niños, también pueden ser adolescentes y niños que solo le lleven algunos años a sus víctimas. Se encuentran dentro de la familia o muy cerca de la vida cotidiana del niño. Son personas que tuvieron pobres relaciones afectivas y su historia familiar no fue muy sana.

La familia puede ser un apoyo importante para la recuperación de las víctimas, cuando le proveen de credibilidad, confianza, seguridad y respeto, y la oportunidad de que acuda a un apoyo terapéutico para superar el evento de agresión es de gran utilidad. Sin embargo, se conoce también, que es dentro de la familia donde se cometen más este tipo de agresiones y al no brindar credibilidad y un ambiente de seguridad a los menores que hayan sido abusados, se facilitan trastornos posteriores y los conflictos en la adolescencia o en la vida adulta de estos. Por ello, se considera importante que las víctimas de una agresión sexual reciban un tratamiento en el que puedan superar el desequilibrio emocional

que surge luego de un evento de agresión. Ya que de no recibirlo en los casos que es necesario, las secuelas de la falta de éste pueden ser condicionantes de que las víctimas se conviertan a su vez en agresores, lo que implicaría que más niños se encontraran en riesgo de sufrir una agresión y que los agresores fueran cada vez más. O simplemente pueden crecer como personas que presenten conductas antisociales, con baja autoestima y problemas emocionales que pueden afectar el desarrollo integral de quienes lo sufren, lo que puede evitarse o disminuirse si reciben el tratamiento adecuado.

Sobre el contexto familiar se puede decir que de acuerdo a la experiencia en los grupos de niños, algunos referían que sus padres no tenían el suficiente cuidado con ellos y se sentían desprotegidos. Había casos en los que los niños carecían de vínculos fuertes con los padres y casos en los que algún familiar lejano llegaba al núcleo familiar por alguna razón y que aprovechaban el descuido de los padres para cometer el abuso. Son casos que confirman que la negligencia que se aprecia en la falta de cuidado, la ausencia de afecto de los padres a sus hijos, padres consumidores de drogas entre otros. Es un riesgo latente para que los niños sufran una agresión sexual.

Es necesario trabajar en la prevención de este delito a todos los niveles ocupando los medios de difusión que sean posibles. Sin olvidar que la mejor prevención es proveer a los niños de afecto permitiendo que expresen sus emociones y que los padres o personas encargadas de ellos muestren a su vez las suyas, fortalezcan su autoestima y de esa manera desarrollen habilidades que permitan su autocuidado y así prevengan un abuso sexual y en los casos de los niños que ya lo sufrieron reduzcan la posibilidad de que lo vuelvan a sufrir. También es importante llamar a los órganos sexuales por su nombre ya que otro aspecto muy importante es que los niños vean su sexualidad como algo natural de lo que se puede hablar libremente, que sepan que tienen zonas privadas que no puede tocar alguien ajeno a él.

El que los padres reconozcan su inseguridad ante los temas de sexualidad es de gran ayuda, ya que de esa manera pueden buscar fuentes y profesionales que les ayuden a proveer de información real y de acuerdo a la etapa de desarrollo en la que se encuentren

sus hijos. El llamar por su nombre a los órganos sexuales facilita a su vez la transmisión de conocimiento que los padres y otros adultos pueden aportar positivamente a los niños.

Es necesario dar a conocer a la población en general los servicios que prestan las diferentes instancias que tratan con la problemática, para que los niños que han sido víctimas de este delito reciban un tratamiento psicológico y así evitar que siga creciendo el número de agresores. Como también se necesita que quienes han sufrido un abuso sexual reciban el tratamiento necesario para su recuperación. Por ello se planteó una metodología de trabajo integradora en la que los niños expresen libremente las emociones que surgen después de la agresión y sean contenidos por el terapeuta dentro de una atmósfera de respeto y apoyo ambiental y que a partir de ese trabajo puedan retomar el control de las mismas. Lo que se puede lograr con el enfoque de terapia gestalt que ofrece las herramientas necesarias para el trabajo con emociones en donde la presencia física y emocional del terapeuta en el aquí y ahora del paciente y basada en el respeto por el mismo, sirva para facilitar el darse cuenta de que tiene el derecho y la capacidad de continuar su vida y superar el evento de agresión.

Al hablar de un tratamiento adecuado no se intenta decir que solamente la terapia gestalt es adecuada en el tratamiento de los niños que sufrieron abuso sexual, cualquier tratamiento terapéutico que el niño lleve sería mejor que la ausencia de éste.

Sin embargo, es preciso señalar que la terapia gestalt brinda un enfoque holístico en el que a través del trabajo con las emociones se tocan aspectos cognitivos y conductuales, lo que sugiere un tratamiento integrador en el que se proporciona antes que cualquier técnica terapéutica un respeto hacia la persona y una terapia de contacto Yo-Tú, en donde los niños se sientan en un ambiente de seguridad que le permita el darse cuenta que sufrió un abuso pero que él no es un abuso sino una persona y como persona merece el derecho de expresar y volver a sentir un nuevo fluir en sus emociones. Las cuales se encuentran en conflicto después de la agresión sexual. Existe enojo por haberse permitido ser lastimados, con los padres por no haberlos cuidado y defendido, vergüenza por lo que les sucedió, miedo de que les vuelva a suceder, a confiar nuevamente en la gente, a salir, o a estar cerca

de quién los agredió. Sienten culpa por creer ser los niños responsables de lo que les sucedió, o tal vez porque después de hablar su dinámica familiar no volverá a ser la misma.

La terapia gestalt ofrece una gama de técnicas que facilitan el trabajo con las emociones que se pueden combinar con ejercicios de relajación que ayudan a que los niños centren su atención en lo que se requiere y les ayuda a focalizar aquellos aspectos que los están bloqueando en su darse cuenta. El trabajo en gestalt se fija en general sobre el sentimiento corporal del aquí y ahora que pueden facilitar el despertar a nuevas emociones en el paciente que funcionan en el tiempo presente como una herramienta curativa, entonces al presentarse la oportunidad de una terapia gestalt de grupo se facilita que los niños encuentren a otros iguales, aprendan de ellos y de cómo hacen para salir adelante y es a partir de estos intercambios, de ese saber que no están solos, que no son los únicos que pasaron por esa experiencia de dolor que pueden encontrar a través del apoyo ambiental del grupo su propio auto-apoyo.

La terapia gestalt ve al sí mismo como un proceso fluido, no como algo estático o congelado, de esta manera el sí mismo tiene la condición de evolucionar e ir cambiando de acuerdo a las exigencias del organismo y del sí mismo. Lo que brinda la oportunidad de cruzar el camino de aquello que por doloroso que sea esta siendo parte de un ser que ha atravesado por una agresión sexual pero que el proceso evolutivo jala hacia su propio bienestar. Estas oportunidades se pueden dar en la terapia gestalt de grupo en que surge una empatía grupal en la medida que todos los miembros atraviesan los procesos evolutivos del dolor hacia el reencuentro con la persona que son.

Es preciso señalar que la terapia grupal trata aspectos importantes de los que carece la terapia individual como el hecho de que el grupo signifique un apoyo ambiental a los niños que tienen falta de auto-apoyo. En la terapia grupal la persona no sólo es paciente sino que puede desempeñar igualmente funciones terapéuticas auxiliares y así se aprovechan sus capacidades terapéuticas. Cuando el terapeuta esta hablando con uno de los miembros del grupo los demás observan y pueden participar como auxiliares a partir de sus necesidades.

Uno de los aspectos más importantes a resaltar en la terapia grupal es que los niños que son víctimas de abuso sexual se sienten observados y consideran que sólo a ellos les ha ocurrido una situación de este tipo. Lo que viene a desmitificarse con la terapia grupal en donde encuentran a niños que como ellos llevaban una vida "normal" y luego de lo que les sucedió comenzaron a padecer diferentes problemas consigo mismo y con su entorno, los que tuvieron que resolver o se encuentran en proceso de resolución. Se entiende que no basta con conocer las técnicas terapéuticas gestálticas, ni la gama de conocimientos que se requieren en torno al abuso sexual, también es necesario estar atento en todo momento a lo que los niños manifiestan para que surja un verdadero apoyo ambiental, encaminado siempre a que el niño logre reestablecer su auto-apoyo.

Por otro lado en terapia gestalt no se priva al terapeuta de tocar ni ser tocado por el paciente, en una terapia para niños que sufrieron abuso sexual es necesario el contacto corporal, ya que el daño que los niños manifiestan emocionalmente se produjo sobre su cuerpo y ese ser corporal debe sentir nuevamente el privilegio de ser tocado y tocar sin que eso implique un abuso o vergüenza en la medida que el terapeuta es libre de tener ese contacto le enseña a los niños que son libres de expresar sus sentimientos también corporalmente.

No se puede negar que falta mucho todavía a nivel de las instituciones encargadas de la salud y el bienestar de la infancia, a nivel familiar, profesional o simplemente como seres humanos para atender esta problemática ya que se tiene que trabajar desde las propias creencias y los propios miedos para entonces extender la mano a los demás. Sin embargo, todo lo que se pueda hacer desde cada institución cada familia cada profesionista y cada persona en pro de ayudar a los niños será un gran avance para prevenir y atender este problema. Para lo que es necesario conocer la incidencia y las causas que lo facilitan, como el perfil de los agresores, que si bien es cierto no existe como tal pero si hay indicadores, conocer cuales son las condiciones que se dan para que se pueda cometer el abuso, las características de los niños que han sufrido el abuso, sus características familiares y fortalecer la unión familiar. Ayudar a su prevención desde cada trinchera, desde la escuela, los hospitales, las familias. Atender a quienes ya lo han sufrido para evitar que a su vez se

convierta en victimario. Brindar tratamientos que permitan el libre fluir de las emociones y de esa manera puedan lograr reintegrar al si mismo. Será un gran avance en la atención y prevención del abuso sexual.

El CTA como institución donde se prestó el servicio social, tiene deficiencias como cuando ingresan los servidores sociales tenerlos sacando copias antes de permitirles su desarrollo en las áreas de su competencia. Sin embargo esta situación se puede anular cuando el prestador muestra su inquietud en ingresar a su área de atención. Sobre la experiencia adquirida en la prestación del servicio en el CTA, es importante destacar la oportunidad de haber trabajado con víctimas de agresiones sexuales, experiencia dura pero gratificante ya que esto permitió el reconocimiento por parte de la prestadora de servicio de la capacidad de manejar esta problemática y siempre con el ánimo de ayudar a las personas a superar estos eventos y el interés de conocer a través de la bibliografía más sobre este tema. Lo que sin lugar a dudas deja un gran crecimiento profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alanís, V. (1986). *El delito de incesto*. Un análisis dogmático. México: Trillas.

Allerand, M. (1992). *Terapia gestáltica*. Argentina: Planeta.

Azáloa, E. (2002). *Infancia Robada*. México: CIESAS, DIF, UNICEF.

Baumgardner, P. (1978). *Terapia Gestalt.* San Diego California: Concepto.

Besten, B. (2001). *Abusos sexuales en los niños*. Barcelona: Herder.

Bonilla, C, A. (2004). *Abuso sexual en la infancia y en la adolescencia en mujeres que presentan sintomatología depresiva en la edad adulta.* Tesis de licenciatura en psicología. UNAM. Facultad de psicología, México.

Caballero, G. M. y Ramos Lira, L. (2004). Violencia: una revisión del tema dentro del marco de trabajo de investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría. *Salud Mental*, 27(2), 21-29.

Cantón, J. y Cortés, M. (1997). *Malos tratos y abuso sexual infantil*. España: Siglo Veintiuno de España Editores.

Castanedo, C. (1988). *Terapia gestalt, enfoque basado en el aquí y ahora*. Barcelona: Herder.

Cazorla, G. y Rubio, E. (2002). Conductas sexuales delictivas, violación, abuso sexual, hostigamiento sexual, lenocidio y estupro. En *Antología de la sexualidad humana*. México. Porrúa – CONAPO. Tomo III.

Copado, V. (1998). *Análisis teórico acerca del abuso sexual hacia varones y sus consecuencias en la edad adulta ¿un atentado a la masculinidad?.* Tesis de licenciatura en psicología. UNAM, ENEP Iztacala, México.

Crisma, M. Bascelli, E. Paci, d. y Romito, P. (2004). Adolescents who experienced sexual abuse: fears, needs and impedimets to disclosure. *Child Abuse & Neglect. The International Journal*, 28 (10), 1022-1032.

Cornejo, L. (1996). *Manual de terapia infantil gestáltica*. España: Desclée de Brouwer.

COVAC-UNICEF. (1994/1995). *Manual sobre maltrato y abuso sexual a los niños. Aspectos psicológicos, sociales y legales.* México.

Chamorro, D. y Ontiveros, M. (2004). Abuso sexual en la infancia y psicopatología en la vida adulta. *Psiquiatría*, 20 (2), (32-34).

Díaz, M. M. (2002). *La familia como medio preventivo del delito de abuso sexual en el menor. Tesis de licenciatura en derecho*. Universidad Latina. Carrera de Derecho, México.

Döring, T. (2001). *El asesinato del deseo*. México: Fontamara.

Echeburúa, E. y Guerricaechevarría. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*. España: Ariel.

Escalante, F. y López. (2002). *Comportamientos preocupantes en niños y adolescentes.* México: Asesor pedagógico.

Fagan, J y Shepherd, L. (2000). *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica*. Buenos Aires: Amorrortu Ediciones.

Finkelhor, D.(1980). *Abuso sexual al menor; causas, consecuencias y tratamiento psicosexual*. México: Pax.

Garbarino, J. y Eckenrode, J. (1999). *Porqué las familias abusan de sus hijos. Enfoque ecológico sobre el maltrato de niños y de adolescentes*. Barcelona: Granica.

Gilabert, C. (2003). Los dispositivos institucionales y la pederastia. *Tramas,* 20 (enero/junio).

Ginger, S. y Ginger A. (1993). *La gestalt: una terapia de contacto*. México: Manual Moderno.

González, G y cols. (1993). *El maltrato y el abuso sexual a menores: una aproximación a estos fenómenos en México*. México: UAM, UNICEF, COVAC.

Goldstein, H. J. (1978). *Agresión y delitos violentos*. México: Manual Moderno.

Greenberg, L y Paivio, S. (1997). *Trabajar con las emociones en psicoterápia*. España: Paidós.

INEGI (2000). *Violencia Intrafamiliar, documento metodológico y resultados encuesta 1999*. México.

INEGI (2004). *Estadísticas judiciales en materia penal cuaderno 12*. México.

INEGI, INMUJER (2006). *Mujeres y hombres en México 2006.* México.

Kepner, J. (1987). *Un enfoque gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia*. México: Manual Moderno.

Lamas, T. (2003). *El abuso sexual a niños en el Distrito Federal 1985-1997*. Tesis de licenciatura en sociología. UNAM. Facultad de Ciencias Políticas y sociales. México.

Lammoglia, E. (1999). *Abuso sexual en la infancia. Cómo prevenirlo y superarlo.* México: Grijalbo.

Leyes y Códigos de México (2006). *Nuevo código penal para el Distrito Federal*. Título Décimo Quinto: Delitos Sexuales. México: Sista.

López, F.(1999). *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual*. México: Estudios de sexología.

López, B. (2003). *El abuso sexual infantil, como un factor de riesgo para la adquisición del VIH. Una aproximación teórica.* Tesis de licenciatura en psicología. UNAM, ENEP Iztacala, México.

Martínez, J. M. y Soyza y Machorro, M. (2002). Violencia sexual y adicciones: aspectos psicodinámicos. *Psiquiatría,* 18 (1), 44-52.

Moreno, J. (1966). *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. *Introducción a la teoría y la praxis*. México: Fondo de cultura económica.

Oaklander, V. (1996). *Ventanas a nuestros niños. Terapia gestáltica para niños y adolescentes*. Chile: Cuatro Vientos.

Olivares, C. E. y Solano. M, M. (2003). *Desarrollo y validación de un instrumento para detectar el grado de riesgo de abuso sexual infantil*. Tesis de licenciatura en psicología. UNAM. Facultad de psicología, México.

Oseguera, C, M. y Sandoval, M, T. (2004). *Sujetos del silencio: víctimas de abuso sexual y/o violación en la infancia*. UAM Plantel Xochimilco. Tesina de licenciatura en Psicología, México.

Pérez, V. C. (2001). *Abuso sexual infantil. Una documentación para su tratamiento.* UNAM. Facultad de psicología. Tesina de licenciatura en psicología. México.

Portuondo, J. (1979). *Psicoterapia gestalt y psicoanalítica*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Polster, E. y Polster, M. (1994). *Terapia Gestáltica*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

PGJDF (1998). *Manual de Atención a Víctimas de Delito*. México.

Redondo, S. (2002). *Delincuencia sexual y sociedad*. España: Ariel.

Rochin, G. y Souza y Machorro, M. (1999). Violencia sexual: revictimización, recidivismo y pautas para su manejo. *Psiquiatría*, 15 (2), (25-29).

Salama, P, H. (1997). *El enfoque gestalt una psicoterapia humanista.* México: Manual Moderno.

Salama, P. H. (2004). *Gestalt de persona a persona*. México: Alfaomega.

Sánchez, C. (2000). *Qué es la agresión sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Sánchez, S. (2004). *Recuperación de la autoestima en mujeres violadas*. Tesis de licenciatura en psicología. UNAM. FES. Zaragoza, México.

Sanmartín, J. (1999). *Violencia contra los niños*. Barcelona: Ariel.

Sanz, D. y Molina, A. (1999). *Violencia y abuso en la familia*. Buenos Aires: Ed. Lumen.

Saura, E y cols. (2002). *Abre tus ojos*. Perú: AECI, IPEC.

Soria, M. A.y Hernández, J. A. (1994). *El agresor sexual y la víctima*. España: Boixareu Universitaria.

Sullivan, D. & Everstine, L. (1997). *El sexo que se calla: dinámica y tratamiento del abuso y traumas sexuales en niños y adolescentes*. México: Ed. Pax.

Stevens, J. (1990). *Esto es gestalt*. México: Cuatro Vientos.

Torres, M. (2004). *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*. México: PIEM.

UNICEF, (2004). Explotación sexual comercial. Recuperado en julio 2006. http://www.unicef.org/mexico/programas/explotación.htm

UNICEF. (2004). Aprovecharse del abuso. México.

Vázquez, M, B. (1995). *Agresión sexual. Evaluación y tratamiento en menores*. España: Siglo Veintiuno.

Volnovich, R. J. (2002). *Abuso sexual en la infancia. El quehacer y la ética*. Buenos Aires: Lumen.

Yontef, G. (1995). *Proceso y diálogo en Gestalt*. Chile: Cuatro Vientos.

Zinker, J (1977). *El proceso creativo en la terapia guestaltica*. Nueva York: Paidós.