



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ABUSO SEXUAL INFANTIL: UNA PROPUESTA
TERAPEÚTICA A TRAVÉS DEL JUEGO**

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
MARÍA LILIANA MARTÍNEZ CHÁVEZ

DIRECTORA DE LA TESINA: MTRA. MARÍA MARTINA
JURADO BAIZABAL



FACULTAD
DE PSICOLOGÍA

México, D.F.

Marzo 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A mis padres:

Pablo: Gracias por haberme inculcado las bases para llegar a ser una gran persona, lo prometido es deuda, y aquí esta una respuesta más a todo ese apoyo que me has brindado a pesar de las adversidades, confiaste en mi, y nunca has dejado de tener una palabra de aliento, tu pequeña sigue creciendo, y este es un triunfo más que me enorgullece compartir contigo. Te amo, nunca dudes que eres el mejor padre del mundo.

Carmen: Como no agradecer a la vida y a Dios tener como un ejemplo maravilloso una mami como tú, llena de virtudes, retos y compromisos, con muchas ganas de salir adelante, y claro, siempre con enseñanzas y experiencias para compartir conmigo y con mis hermanos, este trabajo también te lo debo a ti, porque como siempre, me volviste a brindar tu confianza y apoyo incondicional. Te amo Mami, Gracias por hacer de mí, una mujer responsable, con ganas de salir adelante.

A mis hermanos:

Dann y Anny, Los quiero mucho, y a pesar de ya no seguir juntos, recuerden que la relación que tenemos y el entusiasmo que nos caracteriza, es único. Sigán adelante, y luchen por sus sueños. Besos.

A mi novio:

Cuando menos lo imagine, el destino te puso en mi camino, tu apoyo, tu motivación y escucha, han sido complemento para lograr este proyecto. Un logro más para compartir contigo, sin más que decir, TE AMO Mick.

Con amor

Li

AGRADECIMIENTOS

A la vida, por darme la oportunidad de concluir de una manera satisfactoria mi formación profesional y permitirme verme en este momento del inicio del resto de mi vida.

A mi casa por mas de 11 años, la “Universidad Nacional Autónoma de México”

A la Facultad de Psicología, porque en sus instalaciones, conocí al amor de mi vida “La Psicología”, contigo he crecido, comparto día con día experiencias nuevas, amistades con diferentes sueños y expectativas, aprendo e innovo estilos y maneras de ver la vida que me rodea, has estado conmigo en todo momento.

A la División de Educación Continua, por haberme albergado con este sueño.

Agradezco infinitamente a la Mtra. Patricia Meraz, por haber confiado en mí, por su apoyo incondicional y por los comentarios para la mejora de este trabajo.

A mi guía en este recorrido, colaboradora de mi formación profesional, porque gracias a su experiencia, compromiso y entusiasmo, fue posible este trabajo, Mtra, Ma. Martina Jurado, con todo mi cariño y admiración.

A Mario, Juan Manuel y Vane, por su paciencia, dedicación y apoyo en todo este proceso, sin ustedes como guía esto no hubiese sido posible.

A Lety Trejo y Laura, por esas largas charlas en la que siempre hubo una palabra de aliento a mi persona.

Oswaldo, Itzel y Carlos, por su compañerismo, por su interés y apoyo en todo momento, por creer en mí y tener siempre, el abrazo o la sonrisa para seguir adelante. Los quiero mucho.

A mi gran amigo del alma, porque contigo aprendí a ver la vida de diferente manera, me enseñaste que los cambios son posibles cuando uno quiere tenerlos, por haberme hecho el regalo mas grande del mundo: “seguir a mi lado a pesar de no compartir mucho tiempo juntos”, Omar, Te adoro por ser parte de mi vida.

A Lilia, Ale y Lupita por compartir su experiencia conmigo, por esas tardes en las que las palabras de aliento siempre estaban presentes.

A mis compañeros de trabajo dentro de la DEC.

Incondicionalmente mi cariño y aprecio a cada una de las personas que fueron parte de este proceso.

Con cariño y amor

Li

INDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 4 |
| CAPÍTULO I. DESARROLLO EN LA SEXUALIDAD INFANTIL | 7 |
| 1.1 La sexualidad infantil | 7 |
| 1.1.1 Desarrollo psicosexual según Freud | 9 |
| 1.1.2 Desarrollo psicosexual según Erikson | 14 |
| CAPÍTULO II. PANORAMA ACTUAL SOBRE EL ABUSO SEXUAL INFANTIL | 20 |
| 2.1 Abuso sexual | 20 |
| 2.2 Incesto | 21 |
| 2.3 Violación | 22 |
| 2.4 Prostitución y Pornografía Infantil | 23 |
| 2.4.1 Prostitución infantil | 27 |
| 2.4.2 Pornografía infantil | 27 |
| 2.5 Personalidad del agresor | 28 |
| 2.6 Consecuencias físicas, psicológicas, emocionales y conductuales | 31 |
| 2.7 Estudios actuales sobre el abuso sexual infantil | 34 |
| CAPÍTULO III. TERAPIA DE JUEGO | 37 |
| 3.1 ¿Qué es el juego? | 37 |
| 3.2 La importancia del juego en el desarrollo infantil | 38 |
| 3.3 Diferentes Modelos de la Terapia de Juego | 41 |
| 3.3.1 Terapia de juego psicoanalítica | 41 |
| a) Concepto de Juego | 41 |
| b) Principios Fundamentales | 42 |

| | |
|---|-----------|
| c) Materiales | 44 |
| d) Características del Terapeuta | 45 |
| 3.3.2 Terapia de juego centrada en el niño | 45 |
| a) Fundamentos Teóricos | 45 |
| b) Concepto de Juego | 46 |
| c) Principios Fundamentales | 46 |
| d) Materiales | 49 |
| e) Características del Terapeuta | 50 |
| 3.3.3 Terapia de juego cognitivo–conductual | 51 |
| a) Concepto de Juego | 51 |
| b) Principios Fundamentales | 52 |
| c) Materiales | 55 |
| d) Características del Terapeuta | 56 |
| CAPÍTULO IV. PROPUESTA TERAPEÚTICA A TRAVÉS DEL JUEGO | 57 |
| 4.1 Objetivo | 57 |
| 4.2 Prevención | 58 |
| 4.3 Propuesta de Intervención a niños víctimas de abuso sexual infantil | 59 |
| 4.3.1 Detección y Diagnóstico | 60 |
| 4.3.2 Encuadre con la familia | 63 |
| 4.3.2.1 Reacción y negación de la familia del menor | 64 |
| 4.3.3 Tratamiento a través de la Terapia de juego centrada en el niño | 66 |
| 4.3.3.1 La terapia de una víctima infantil a través del juego | 66 |
| 4.3.3.2 La sala de Terapia de juego y los juguetes sugeridos | 69 |
| 4.3.3.3 Dinámica de tratamiento | 70 |
| 4.3.4 Etapas finales | 72 |
| CONCLUSIONES | 74 |
| BIBLIOGRAFIA | 78 |

INTRODUCCIÓN

La gravedad del abuso sexual trae consigo consecuencias traumáticas debido a la invasión de los espacios psíquicos más profundos y privados.

Los menores frecuentemente son agraviados en nombre del amor, de la educación y la disciplina, siendo atentados, sus derechos y su dignidad como personas; los sentimientos de degradación y humillación, la pérdida del control y la autonomía son inevitables.

El abuso sexual infantil es realizado en la mayoría de los casos por personas cercanas a los menores, personas que conocían y en las cuáles confiaban, ya sean miembro de su familia, personas a cargo de su cuidado o encargados de su formación. Los agresores al ser conocidos por los menores, ejercen el control sobre estos, por medio de amenazas, recompensas o persuasión.

En México, alrededor del 60% de las niñas sufren maltrato emocional a manos de uno o ambos padres, mientras que en el caso de los niños el porcentaje disminuye a 47%, según revela la "Encuesta de maltrato infantil y factores asociados 2006", dada a conocer por el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES).

En el caso de maltrato sexual, la brecha entre niños y niñas es muy amplia, toda vez que para las primeras el porcentaje oscila entre 3.5 y 9% y para el sexo opuesto es de apenas 2.8 %.

A pesar de que en otros países la investigación sobre el abuso sexual a menores es, de todas las formas de maltrato infantil, la más desarrollada en la actualidad, en nuestro medio se ha visto considerablemente rezagada.

Mediante estudios científicos se han analizado sus causas sociales y culturales; si bien es difícil establecer criterios generales sobre las consecuencias específicas del abuso sexual infantil, a corto plazo se destacan alteraciones de sueño, trastornos alimenticios, miedo generalizado, rabia y hostilidad, curiosidad sexual excesiva, y dificultades en el rendimiento escolar. Son frecuentes las fugas de domicilio y un funcionamiento social alterado.

Los abusos sexuales de menores han existido siempre, pero sólo recientemente han comenzado a ser objeto de estudio y preocupación social.

A través de la experiencia profesional, logramos darnos cuenta de lo conveniente y necesario, que es, que una víctima de abuso sexual infantil reciba el tratamiento psicológico adecuado y a tiempo, donde éste sea realizado por terapeutas especializados, con el suficiente conocimiento, experiencia, tacto y ética profesional que dicho trabajo requiere. Así mismo, se reconoce el esfuerzo y el trabajo que realiza un terapeuta infantil al tratar con dicha población, ya que debe auxiliarse de varias técnicas durante el tratamiento, para establecer una comunicación adecuada con los menores, que le permitan el abordaje y posteriormente trabajar con el problema.

De acuerdo a lo anterior surge el interés por el tema: "*abuso sexual infantil: una propuesta terapéutica a través del juego*".

El objetivo general del presente trabajo, es llevar a cabo una revisión teórica acerca de la Terapia de Juego y como esta puede ser un factor importante de intervención dentro de la problemática del abuso sexual infantil, analizando que dentro de la investigaciones que se están llevando a cabo actualmente en México, este medio terapéutico empieza a dar resultados, sin embargo, y no obstante los resultados satisfactorios que esta técnica ha brindado, sólo ahora se ha comenzado a poner más énfasis en sus procedimientos y alcances.

De acuerdo a lo citado anteriormente, el presente trabajo se organizó de la siguiente manera para dar un mejor entendimiento al lector, acerca del abuso sexual infantil y el tratamiento que se puede emplear.

Mediante un análisis teórico, dentro del *primer capítulo* se exponen dos aportaciones teóricas sobre el desarrollo sexual infantil, la primera corresponde a la propuesta psicoanalítica de Sigmund Freud y en una segunda instancia se revisó a Erik H. Erikson, esto con el objetivo de exponer el desarrollo infantil, para dar un antecedente a los siguientes capítulos.

En el *segundo capítulo* se explican los principales conceptos que nos llevarán a un mejor entendimiento del abuso sexual infantil, mencionando las consecuencias físicas, psicológicas, emocionales y conductuales que sufre esta población,

basándonos en la revisión de autores como: Finkelhorn, D. (1980); La Fontaine, (1990); Echeburúa, E. (2005).

En lo que respecta al *tercer capítulo*, se hizo una revisión sobre, ¿Qué es el juego?, y que importancia tiene este dentro del desarrollo infantil. Se revisaron tres modelos diferentes de la Terapia de Juego, poniendo más énfasis, en la terapia de juego centrada en el niño, basándonos en las aportaciones de Axline, V. (1975) y West, J. (1996), como principales exponentes del Proceso terapéutico de interés.

En el *cuarto capítulo*, se expone la propuesta terapéutica de trabajo con niños víctimas de abuso sexual, usando como modelo base, la terapia de juego centrada en el niño. Se plantean algunas técnicas y herramientas, que le pueden ser de gran utilidad al terapeuta, para llevar a cabo un tratamiento con miras de apoyo al menor y a su familia (parientes y hermanos) que quizá no fueron agredidos directamente, pero que también han sido afectados por el abuso.

Finalmente se podrán observar las *conclusiones* a las cuáles se llegaron, después de haber hecho esta revisión teórica en cada uno de los capítulos, donde al finalizar se propone a la terapia de Juego como una técnica de apoyo al tratamiento de víctimas de abuso sexual infantil, donde esta nos ayudará a detectar, orientar y tratar los efectos del abuso.

CAPITULO I.

DESARROLLO DE LA SEXUALIDAD INFANTIL

1.1 LA SEXUALIDAD INFANTIL

Durante mucho tiempo se pensó que en la vida del niño no tenía cabida el sexo, pues el interés por éste comenzaba en la adolescencia, edad en la que se presentan cambios constantes tanto físicos, psicológicos y emocionales. Así se ocultaba a los niños todo lo referente al sexo y no se respondía a sus preguntas, que se esquivaban decorosamente.

En este sentido, Sigmund Freud, en 1905, ya afirmaba lo siguiente: “De la concepción popular del instinto sexual, forma parte la creencia de que falta durante la niñez, no apareciendo hasta el período de la pubertad. En la literatura existente sobre esta materia hallamos, desde luego, algunas observaciones referentes a prematuras actividades sexuales infantiles; erecciones, masturbación, o incluso actos análogos al coito, pero siempre como sucesos excepcionales y curiosos o como ejemplos de una temprana corrupción. No sé de ningún autor que haya reconocido claramente la existencia del instinto sexual en la infancia, y en los numerosos trabajos sobre el desarrollo del niño falta siempre el capítulo relativo al desarrollo sexual.” *“Tres ensayos para una teoría sexual”,(pag. 156)*

Esta declaración escandalizó a gran parte de la sociedad de su tiempo, sobre todo porque Freud llamaba al niño *perverso polimorfo* y decía que puede ser inducido a todo tipo de perversiones sexuales, porque lleva en sí una capacidad para ello.

Ello constituyó el primer acercamiento a la realidad de la sexualidad infantil, de ahí numerosos investigadores de todos los campos (psicólogos, médicos, sociólogos, antropólogos y otros) se han dedicado a estudiar esta parte de la vida del niño, revelando con ello, aspectos importantes de la sexualidad, como por ejemplo que es un componente fundamental de la vida infantil desde donde se observan ya sus manifestaciones: las erecciones, la manipulación de sus genitales, su curiosidad y sus preguntas al enfrentarse y darse cuenta de la existencia del otro sexo, el lenguaje y los juegos sexuales.

López (1988), nos refiere dentro de sus investigaciones que el desarrollo de la sexualidad tiene características específicas en los niños, diferentes a las del adulto:

- a) *Su naturalidad.* Alguien ha dicho que la sexualidad del niño carece de intención. El autor considera que esto no es cierto. En el adulto, la sexualidad va cargada de contenidos, de recuerdos, de vivencias anteriores... En el infante, todo esto es mucho más simple y, claro está, dentro de su concepción no lo llamará “acto sexual” ni lo piensa en estos términos, pero sí busca conocer y obtener sensaciones placenteras., es decir, su intencionalidad es, en cierto modo, distinta y más diversa que en el adulto.
- b) *Su carencia de moralidad.* El infante no es inmoral, es sencillamente a-moral: sus actos no tienen un contenido moral en el sentido que se da a la responsabilidad adulta. De la misma manera que come, el infante manipula sus genitales o juega a “papás y mamás”. Lo que luego entenderá por bueno o malo, se lo impone la sociedad y es distinto en cada cultura.

El comienzo del desarrollo sexual del infante se suele situar hacia el año y medio o a los 2 años, época en que se interesa por sus órganos genitales y descubre la diferencia entre niño y niña, toda esta situación debe ser conocida por los padres y personas que conviven con el infante, con la finalidad de entender adecuadamente las manifestaciones de la sexualidad que observan en los niños.

López, (op cit.) enuncia que la sexualidad infantil se orienta en las siguientes direcciones:

- 1) *Exploración y conocimiento* de sí mismo y de su cuerpo. Este fenómeno ocurre tanto en la niña como en el niño. El pequeño adquiere conciencia de su zona genital antes que la niña, en la que esta conciencia es mas difusa, ya que apenas puede tocar el clítoris, la existencia de la vulva y los órganos adyacentes son descubiertos más adelante.
- 2) *Curiosidad.* Aquí nos encontramos con las preguntas de los niños: primero las relacionadas con la “colita” o la ausencia de ella, es decir la diferencia niño-niña, y luego el “¿de donde vienen los niños?”. Varios juegos sexuales persiguen asimismo descubrir al otro sexo.
- 3) *Satisfacción y placer* que se tiene con la manipulación de los propios genitales. La masturbación pertenecería a este terreno. Otras intenciones

como “hacer lo prohibido”, “fastidiar”, “pecar” y cualquiera de las innumerables actitudes que los adultos, merced a una significativa proyección, les atribuyen, caen generalmente fuera del propósito de los niños o son causadas por la actitud negativa de los propios adultos.

Estas ideas generales sobre la sexualidad infantil nos ayudarán a entender y a situar el lenguaje y el juego sexual de los niños.

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

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

Es a Freud (citado en Rice, 1997), a quien le debemos la primera teoría que consideró en forma sistemática las tragedias y comedias centradas en torno de los orificios corporales. Esta teoría destaca la notable influencia en la conducta de las experiencias vividas en la niñez temprana y de las motivaciones inconscientes. De acuerdo con Freud, a medida que los niños van madurando, el centro de la sensibilidad sensual, las zonas erógenas, cambian de una región del cuerpo a otra.

De acuerdo a su teoría, las etapas del desarrollo psicosexual se describen a continuación.

1.1.1 Desarrollo Psicosexual según Freud

Es con la aparición, en el año de 1905, del libro de Freud, *“Tres ensayos para una teoría sexual”*, que se comienza a hablar de la sexualidad infantil, en el, se hace la clasificación en etapas allí descritas: estado oral, anal y fálico; luego vendrá el

periodo de latencia y nuevamente el resurgir sexual con la pubertad y todo su desarrollo.

Esta evolución sexual va unida a la continua búsqueda de placer, que para Freud es placer sexual.

Cuando un infante se convierte en niño, el niño en adolescente y el adolescente en adulto, se efectúan grandes cambios en aquello que se desea y en la forma en que se satisfacen tales deseos.

Es por eso que Freud, nos presenta su teoría sobre el desarrollo psicosexual de la siguiente manera:

ETAPA ORAL

Desde el nacimiento, tanto las necesidades como su satisfacción se concentran primordialmente en los labios, en la lengua y, un poco mas tarde, en los dientes. El impulso básico del infante no es social ni interpersonal, es simplemente tomar los alimentos, calmar las tensiones del hambre y de la sed. Durante la alimentación, el niño también es acariciado, mimado, mecido y consentido. Al principio, el niño asocia el placer y la reducción de la tensión con el proceso de la alimentación.

La boca es la primera área del cuerpo que el infante puede controlar; la mayor parte de la energía libidinal de que dispone es dirigida o enfocada a esta única área, a medida que el niño madura, se desarrollan otras áreas del cuerpo, convirtiéndose en importantes zonas de placer.

El final de la etapa oral, después de que han salido los dientes, incluye la satisfacción de los instintos agresivos. Morder el pecho, lo cual causa dolor a la madre y es lo que en realidad obliga al destete, es un ejemplo de esta clase de comportamiento.

ETAPA ANAL

A medida que el niño crece se van despertando nuevas áreas de tensión y satisfacción, entre los 2 y los 4 años de edad, los niños aprenden generalmente a controlar el esfínter anal y la vejiga. El niño presta especial atención a la micción y

a la defecación. El aprendizaje en el retrete despierta un interés natural por el autodescubrimiento.

El desarrollo del control fisiológico se une al conocimiento de que ese control constituye una nueva fuente de placer. Por otra parte, los niños aprenden rápidamente que al tener un mayor nivel de control atraen más la atención y los elogios de sus padres. Lo contrario también es cierto: la preocupación de los padres por dicho aprendizaje permite al niño exigir atención, tanto por el control que haya logrado como por los errores que cometa.

Las características adultas que tienen relación con la fijación parcial en la etapa anal son la meticulosidad, la parsimonia y la obstinación.

Freud observó que estos tres rasgos generalmente se encuentran juntos y nos hablan del “personaje anal”, cuya conducta está íntimamente ligada a las experiencias sufridas durante esta época de la niñez.

Parte de la confusión que puede acompañar a la etapa anal es la aparente contradicción entre la alabanza y el reconocimiento demasiado pródigos, por un lado, y por el otro, la idea de que el comportamiento en el retrete es “sucio” y debe de ser algo secreto.

Al principio, el niño no entiende que sus defecaciones y la orina no tiene valor. Los niños pequeños sienten gusto en observar la acción de la taza del inodoro cuando chorrea y a menudo hacen señas y dicen adiós a sus evacuaciones. No es raro que un niño ofrezca parte de su defecación a su padre o madre como regalo. Después de haber sido elogiado, el niño puede sorprenderse y aturdirse cuando los padres reaccionan disgustados ante el obsequio.

Ningún área de la vida contemporánea está tan cargada de prohibiciones y tabúes como el área que se relaciona con el aprendizaje en el retrete y los comportamientos típicos de la etapa anal.

ETAPA FÁLICA

Apenas llega a los 3 años de edad, el niño entra en la etapa fálica, la cuál se concentra en las áreas genitales del cuerpo. Freud sostenía que esta etapa se caracteriza mejor, por el período en que el niño se da cuenta de que tiene pene o

de que carece de él. Siendo ésta, donde él adquiere conciencia de las diferencias sexuales.

La tesis de Freud respecto al desarrollo de la envidia de las niñas por el pene se han discutido ampliamente en los círculos psicoanalíticos y también fuera de ellos. De sus observaciones, Freud llegó a la conclusión de que, durante este período, hombres y mujeres desarrollan serios temores hacia los temas sexuales.

El deseo de un pene y la correspondiente comprobación de las niñas, en cuanto a su "carencia" de algo, es una coyuntura decisiva en el desarrollo femenino. De acuerdo con Freud: "el descubrimiento de que está castrada es un punto definitivo en el crecimiento de la niña. De ahí nacen tres posibles líneas de desarrollo: la primera lleva a la inhibición sexual y a la neurosis; la segunda, a la modificación del carácter en el sentido del complejo de masculinidad y la tercera a la femineidad normal" (1933).

Freud observó que, en este período, los niños reaccionan ante sus padres como si fueran amenazas potenciales para la satisfacción de sus necesidades. De esta manera para el niño que desea estar cerca de su madre, el padre asume algunos de los atributos de un rival. Al mismo tiempo, el niño desea el cariño y el afecto de su padre, considerando a su madre como un rival. El hijo se encuentra en la insoportable posición de desear y temer a ambos padres.

En el caso de los niños, Freud denominó a esta situación Complejo de Edipo, en relación con la tragedia de Sófocles. En la tragedia griega Edipo mata a su padre (sin conocer su verdadera identidad) y después se casa con su madre. Cuando finalmente supo a quién había matado y con quién había contraído matrimonio, Edipo se desfigura arrancándose los ojos. Freud creía que cada niño revive un drama interior semejante: que desea poseer a su madre y mata a su padre para lograrlo. El también teme a su padre y teme ser castrado por él, reduciéndolo a la condición de un ser asexual e inofensivo. La ansiedad por la castración, el temor y el amor por su padre y el amor y el deseo sexual hacia su madre nunca se pueden resolver en forma total. En la infancia se reprime todo el complejo. Mantenerlo inconsciente, no permitir que se manifieste externamente, evitar incluso llegar a pensarlo o reflexionar sobre él: esto constituye algunas de las primeras tareas del super ego en desarrollo.

El problema es similar para las niñas, pero su expresión y solución toma un giro diferente. Ellas desean poseer al padre y consideran a la madre como la rival principal. En tanto que los varones reprimen sus sentimientos debido en parte a su temor a la castración, la necesidad que las mujeres tienen de reprimir sus deseos es menos severa, menos total. La diferencia de intensidad permite a la mujer “permanecer en la situación de Edipo durante un tiempo indefinido. Ellas lo abandonan mucho más tarde en su vida y en forma incompleta”.

ETAPA DE LATENCIA

Sin importar cuál sea la forma que realmente tome la resolución de la lucha, la mayor parte de los niños parecen modificar el apego a sus padres en algún momento después de los cinco años de edad y orientan sus relaciones hacia otros niños, hacia las actividades escolares, hacia los deportes y hacia otras habilidades. Esta época desde los cinco o seis años hasta el inicio de la pubertad, se conoce como período de latencia época en la cuál los deseos sexuales irresolubles de la etapa fálica, no son atendidos por el ego y son reprimidos exitosamente por el super ego.

“De este momento en adelante, hasta la pubertad, viene el período denominado de latencia, en el cuál normalmente la sexualidad no progresa; por el contrario los apetitos sexuales pierden fuerza y gran parte de lo que el niño practicó o sabía anteriormente, deja de existir y se olvida. En este período, después de que el florecimiento inicial de la vida sexual se ha marchitado, surgen actitudes del ego tales como la vergüenza, la aversión y la moralidad destinadas a hacer frente a las últimas tormentas de la pubertad y a dirigir el camino que deben tomar los deseos sexuales que acaban de despertar”, (Freud, citado en Fadiman, 1976).

ETAPA GENITAL

La etapa final del desarrollo biológico y psicológico tiene lugar con el inicio de la pubertad y el consecuente regreso de la energía libidinal a los órganos sexuales. En este momento, hombres y mujeres se dan cuenta de sus diferentes identidades sexuales y empiezan a buscar medios para satisfacer sus necesidades eróticas e interpersonales.

Freud, (citado en Rice, 1997) decía que si los niños reciben demasiada o muy poca gratificación en cualquier período, quedan fijados en esa etapa por lo que su

desarrollo psicosexual es incompleto. Así, si los niños reciben muy poca gratificación oral en su momento, más tarde pueden continuar tratando de encontrar esa gratificación en actividades como fumar, comer, besar, beber o masticar. Los niños que quedan fijados en la etapa de latencia tratan de reprimir los sentimientos sexuales y continúan identificándose con el padre del mismo sexo, sin avanzar hacia ajustes heterosexuales más maduros.

1.1.2 Teoría psicoanalítica del desarrollo infantil, de Erik Erikson

Maier (1972), cita la teoría psicoanalítica de Erik H. Erikson, para explicar el proceso de desarrollo infantil, que a continuación se describe brevemente:

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

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

Maier (1972), dice que el desarrollo se da en una secuencia continua y ordenada de condiciones, que lo lleva a actos, motivos y pautas de conducta. Y que este desarrollo se da gracias al aprendizaje, aunado a factores innatos, que se ven favorecido o reforzados por el ambiente familiar y extrafamiliar. Por otra parte,

habla de que en la conducta de la o el menor se refleja su aprendizaje, entonces, mediante el aprendizaje se incorporan valores sociales y culturales, siendo éste fundamental en el desarrollo y formación de la personalidad de la o el infante.

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

Erikson, (1976) divide las etapas del desarrollo infantil de la siguiente manera:

CONFIANZA BASICA, FRENTE A LA DE DESCONFIANZA BASICA

Surge entre los 0 y los 2 años, donde la o el infante necesita comodidad física y una experiencia mínima del temor o la incertidumbre. Cuando le son cubiertas estas necesidades podrán extender su confianza a nuevas experiencias. Donde al experimentar situaciones físicas o psicológicas insatisfactorias, la o el bebé crea un sentimiento de desconfianza, que lo llevará a una percepción temerosa de futuras vivencias.

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

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

A esta edad, los niños o niñas son capaces de percibir los conflictos de su entorno, es decir, tienden a percibir las inseguridades y las intenciones inconscientes de sus padres, así como los pensamientos conscientes y la

conducta manifiesta de éstos, aunque no comprendan la causa y el significado de los mismos.

AUTONOMÍA FRENTE A LA VERGÜENZA Y DUDA

Surge entre los 2 y los 4 años. Al avanzar la confianza de la o el bebé en sus cuidadores y en su medio, descubren que la conducta que desarrolla es propia, es decir se da un sentido de autonomía, porque realizan su voluntad. Cuando la o el menor vive una permanente dependencia de sus cuidadores, se crean un sentido de duda, respecto de sus capacidades y libertad, lo cual les limita afirmar su autonomía y existir como unidad independiente.

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

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

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

INICIATIVA FRENTE A LA CULPA

Esta surge entre los 4 y los 8 años, donde la o el infante después de haber logrado cierto control consciente sobre su medio, dirige sus capacidades a conquistas sociales y espaciales más amplias. Sus sentidos de iniciativa se desarrollan cuando su medio social lo estimula a actividades, logrando su finalidad, es decir, dominar tareas específicas. Por lo tanto se les pide responsabilidad de sí mismos, cuidado de sus juguetes y de sus hermanos más pequeños, se les toma en cuenta como personas, haciéndoles ver que existe una finalidad para ellas y ellos.

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

En el otro extremo existen sentimientos de incomodidad y de culpa, por la autonomía que han alcanzado, ya que en este momento se separa de los demás, de los que anteriormente dependía. La culpa surge a raíz de que los infantes perciben que los actos de manipulación y coerción, para el propio placer, como son los propios genitales, sufran algún daño como castigo por las fantasías relacionadas con su excitación, (complejo de castración). Durante este período, las esperanzas más caras y las fantasías más desenfrenadas quedan reprimidas e inhibidas, por la asimilación de formas y valores morales.

A su vez, se presenta la complicación edípica, donde el amor se orienta a aquel progenitor que le ha demostrado existencia y accesibilidad; posteriormente reemplazan al progenitor por otros objetos de amor más accesibles, que puedan ser receptores de su inversión emocional, porque comprueban que su progenitor es inalcanzable para ellos, al mismo tiempo comprenden la desigualdad física, social y sexual. A la par, se presenta la identificación y el progenitor de mismo sexo de la o el menor se convierte en su modelo. Cuando la o el infante han experimentado con éxito su autonomía, logran renunciar a la posesión romántica del progenitor. Los padres deben continuar frenando y apoyando en los momentos que lo requiera la o el menor.

Es en este período, donde la sexualidad infantil, el tabú de incesto, el complejo de Edipo, el complejo de castración y la formación del super yo, se unen provocando una gran crisis en el niño o niña, ya que estos deben dejar atrás su apego exclusivo y pregenital hacia los padres, abriéndose camino a su independencia. Sin dejar de lado que la iniciativa es necesaria para cualquier acto y que niños y niñas necesitan un sentido de la iniciativa para todo lo que emprendan.

INDUSTRIA FRENTE A INFERIORIDAD

Se presenta entre los 8 y 12 años, donde la o el menor dirigen su energía hacia los problemas sociales que pueden dominar con éxito. Existe constante movimiento de energía para consagrar todo el esfuerzo posible a la producción. El niño olvida las esperanzas y deseos pasados, con el período de latencia, llega la “sublimación”, que se da conquistando a las personas mediante el reconocimiento y la producción de cosas, ya que niños y niñas están dispuestos a aplicarse a nuevas habilidades y tareas. En esta etapa del desarrollo, se fomenta un sentido de la industria, la cuál consiste en completar una situación productiva que construye una finalidad que gradualmente reemplaza los caprichos y deseos del juego.

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

La teoría de Erikson se centra en la importancia tanto de los factores de maduración y del desarrollo como en la relevancia de diversas motivaciones psicológicas para la conducta, abarcando todo el ciclo vital, bosquejando las etapas en que transcurre. Este autor destacó la responsabilidad del individuo en cada etapa del desarrollo y la oportunidad de lograr una solución positiva y saludable de las crisis de identidad. En opinión de Erikson, la fuerza del desarrollo humano está en el yo y no en el ello.

CAPITULO II

PANORAMA ACTUAL SOBRE EL ABUSO SEXUAL INFANTIL

2.1. ABUSO SEXUAL

La tarea de encontrar una definición adecuada de abuso sexual es compleja, pero resulta trascendente. De dicha definición dependen cuestiones de tanta importancia como la detección de casos y las estimaciones estadísticas del problema, así como la objetivación de las necesidades de tratamiento para las víctimas y los agresores. (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

Es muy común que las personas tengan ideas erróneas sobre que es el abuso sexual infantil. Teniendo el referente de que si no hubo penetración, (coito), entonces no se dio tal acontecimiento, a su vez, pueden incluso pensar que el menor es culpable porque lo permite o lo provoca, restando responsabilidad al agresor. Por lo tanto es necesario tener presente, *¿qué es el abuso sexual infantil?*, a continuación se enuncian algunos aspectos importantes para su definición.

Una de las definiciones más citadas es la de el "National Center of Child Abuse and Neglect" (citada en Marín, 2005):

"El abuso sexual infantil son los contactos e interacciones entre un niño/a y un adulto/a cuando el adulto/a (agresor) usa al niño/a para estimularse sexualmente él/ella mismo/a, al niño/a o a otras personas. El abuso sexual también puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño/a (la víctima) o cuando está (el agresor) en una posición de poder o control sobre otro menor".

Sin embargo, en esta definición no se incluyen algunos aspectos que en la actualidad son de suma importancia, como es el uso del Internet o el consentimiento por parte de los niños (as), por lo que en un intento de clarificar esta definición, Marín (2005), nos expone una definición mas completa:

*"El abuso sexual es la **búsqueda de satisfacción sexual** por parte de un adulto o adolescente con menores de edad (considerando una diferencia de 4 o 5 años, asimetría de edad), a quienes **persuaden** (con engaños, chantajes,*

*amenazas, extorsiones, etc.); haciendo uso de su **posición de poder**, jerarquía e incluso empleando medios electrónicos como la **Internet**. Se considera abuso sexual, **haya o no consentimiento** por parte de las víctimas, haciendo la acertada diferencia entre lo que es el “juego sexual infantil” y el “abuso sexual”.*

La dificultad para definir el abuso sexual infantil, se debe a la poca información, las falsas creencias y la evitación del tema.

2.2 INCESTO

El tabú del incesto ha sido impuesto bajo dos perspectivas, la primera habla de la necesidad de prevención de un cruzamiento genético inadecuado, con las consecuencias que esto provocaría, y la segunda percibe el tabú como una protección a las relaciones familiares incluyendo a las familias adoptivas. Entonces el tabú de incesto, es una forma de decir “no” a las relaciones sexuales entre familiares, donde existen lazos sanguíneos o no, pero que se registre dentro de la estructura familiar. (La Fontaine, 1990)

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

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

Hay estudios que demuestran (Finkelhor, 1980; Blume, 1999; Echeburúa y Guerrita, 2005) que a cualquier edad de la infancia se dan experiencias de tipo incestuoso, siendo comunes las relaciones entre hermano–hermana, incluyendo las de tipo homosexual, mas que las de padre–hija. Así mismo que

el verdadero tabú del incesto es el contacto sexual entre diferentes generaciones, particularmente en la familia, por ejemplo el caso padre-hija, es decir, cuando se da entre hermanos es más visto como una experiencia del descubrimiento de la actividad sexual natural del ser humano. También se ha encontrado que el incesto entre generaciones (es decir entre hermanos, primos, cuñados, etc.) reportan actos de agresión, amenazas, fuerza y coerción, además de existir una diferencia significativa de edad entre la víctima y el agresor. Por último el incesto es más frecuente de lo que la gente tiene entendido o sabido, existiendo un mayor porcentaje de niñas que de niños que han sufrido este tipo de abuso.

Finkelhorn (1980), refiere que el incesto es el contacto sexual entre miembros de una misma familia, incluyendo no solo el coito sino también la masturbación mutua, el contacto manual-genital u oral-genital, la manipulación sexual, la exhibición y hasta las proposiciones sexuales.

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

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

2.3 VIOLACIÓN

La violación es un crimen de sexo, involucra los genitales y las regiones sexuales del ofensor y/o la víctima, donde casi siempre se da un coito o el intento de coito, acompañado de un ataque físico, frecuentemente el agresor

utiliza armas mortales para amenazar y dominar a la víctima. La violación se considera un crimen contra la mujer, aunque existen casos de hombres e infantes que también han sufrido esta agresión. (Finkelhorn, 1980)

Este autor refiere que en la violación la mayoría de los agresores son hombres y son desconocidos por la víctima, quién se siente humillada y estigmatizada, también en ocasiones existe la culpabilidad, vergüenza e incertidumbre. Entre las consecuencias que acarrea la violación se encuentran serios problemas en el ajuste sexual de la persona agredida. Desde un enfoque feminista, se vería la violación como un acto de violencia y al mismo tiempo una forma de dominio masculino. (Brownmiller, 1981), refiere que debería ser suficiente si una mujer decide no tener contacto sexual con un hombre, y si el hombre procede en contra de su voluntad entonces este sería un acto criminal de violación; la violación es un acto sexual contra la voluntad de la mujer, donde el hombre gana poder y control.

La violación incluye falta de consentimiento, fuerza o amenazas forzadas y penetración, es vista como una expresión de poder, agresión, conquista y degradación, que expresa el agresor hacia la víctima, (Burguess, A.W. cit en Martínez, 2002)

En la violación a las o los menores, se utiliza el chantaje emocional, la coacción y la posición de autoridad, en especial cuando el agresor es alguien con autoridad específica sobre el infante. A las niñas y niños se les enseña a confiar en los mayores y a no discutir lo que dicen, entonces la violencia y la fuerza no son necesarios, ya que estos responden tal como se les ha enseñado, creyendo que eso es lo que se espera de ellos.

2.4 PROSTITUCIÓN Y PORNOGRAFÍA INFANTIL

A pesar de las dificultades que hay para obtener cifras, los últimos cálculos registrados indican que hasta 2 millones de niños y niñas (la mayoría niñas, pero también un número importante de varones), son víctima todos los años de la explotación sexual comercial, un negocio multimillonario. UNICEF (2004).

Resulta difícil imaginar un obstáculo más problemático para la realización de los derechos humanos que la trata sexual comercial de la infancia. UNICEF (2001)

Esta institución reporta que el organismo de servicios sociales de México informa que hay más de 16,000 niños y niñas que son obligados a practicar la prostitución, y que es en las zonas turísticas donde se concentra el mayor número de estos niños y niñas.

Al mismo tiempo, millones de niños en todo el mundo son víctimas de la explotación sexual comercial. Comprados y vendidos como si fueran mercancías, trasladados dentro de los países y a través de las fronteras, arrojados a situaciones como el matrimonio obligatorio, la prostitución y la pornografía infantil, muchos sufren daños profundos y a veces permanentes. Su desarrollo normal físico y emocional corre peligro. Las circunstancias socavan su autoestima y su confianza.

Un estudio llevado a cabo en Estados Unidos, reveló que uno de cada cinco niños que utiliza Internet ha sufrido algún avance relacionado con el sexo por parte de personas desconocidas. A finales del 2000, hasta 325,000 niños y niñas estaban en peligro de caer en la redes de la explotación sexual comercial, solamente en los Estados Unidos.

La desesperada vulnerabilidad de este tipo de niños y niñas se agrava ante factores endémicos como la violencia, las drogas y las enfermedades transmitidas sexualmente.

La gran mayoría carece también del derecho a la educación e incluso a disfrutar de un momento breve de recreo y de juego. Debido a que temen mayores abusos, inclusive el abuso que proviene de las autoridades. Estos niños, por lo general, no pueden recurrir a la protección de la ley y los que regresan a sus hogares pueden sentirse marginados por sus propias familias y sus comunidades.

Lo mismo se presenta en diversos países de todo el mundo. Una respuesta efectiva a la explotación sexual de la infancia exige actividades coordinadas y sistemáticas en todos los planos, es necesario que los gobiernos reconozcan el problema y respondan, considerando que a menudo los gobiernos se niegan a reconocer que existe un problema de este tipo en su país, cuando en realidad la explotación sexual de la infancia se produce en todo el mundo. En lugar de ello, los gobiernos deberían mostrar su compromiso para establecer firmes marcos jurídicos que se ajusten a las normas jurídicas internacionales, las políticas y los programas, y ponerlas en vigor y aplicarlas para proteger a la infancia.

Los efectos de la explotación sexual sobre la niñez pueden ser irreparables. Sus experiencias traumáticas les dan una percepción distorsionada de los valores, una perspectiva negativa de las personas y de la vida en general. Tal vez padezcan de baja autoestima, se sientan inferiores y no confíen en los demás.

Hay varios factores que contribuyen a la creciente incidencia de la explotación comercial y sexual de la infancia, entre ellos la pobreza, la desintegración de las familias, la discriminación por motivos de género, el consumismo, el turismo, la falta de voluntad política y la débil aplicación de las leyes.

Hace cinco años, los países representados en Estocolmo durante el Primer Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de los Niños enviaron al mundo un mensaje claro e inequívoco: *“no es posible seguir tolerando estos vergonzosos abusos de los derechos de la infancia, que por mucho tiempo han constituido un secreto horrible”*. (UNICEF, 2001)

Los gobiernos y la sociedad civil afirmaron en Estocolmo que los niños, como todos los seres humanos, no son una propiedad que se pueda vender y comprar; que es preciso contemplar sus derechos con la más absoluta seriedad; y que es preciso escuchar sus opiniones para alcanzar la plena realización de estos derechos.

Al mismo tiempo, el Congreso de Estocolmo reconoció que no existe una sola solución, sino muchas, y que cada una de ellas debe ajustarse a las diversas realidades nacionales, locales y culturales en las que se originan la explotación y el abuso de la niñez. Y el mundo sabe incluso algo más: que todas las soluciones pasan por aceptar que estas actividades contra los derechos de la infancia son absolutamente intolerables.

Esta intransigencia significa eliminar la trata de niños y niñas, su venta e intercambio, su encierro y tortura. Significa erradicar todas y cada una de las horribles facetas de la explotación sexual comercial de la infancia.

Según la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, ratificada por 191 países, los niños tienen derecho a la protección contra todas las formas de explotación y de abuso sexuales. En octubre de 2001, el mundo tomó una nueva medida para proteger este derecho en todo el planeta cuando se produjo la décima ratificación del Protocolo Facultativo de la Convención sobre

los Derechos del Niño, relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía. La consecuencia de esta ratificación es que el protocolo se convirtió en un instrumento jurídicamente obligatorio en enero de 2002.

Curiosamente, es necesario reconocer, que la explotación sexual, tiene más incidencia en las niñas, sin embargo de acuerdo a datos publicados en una investigación realizada por la UNICEF (2001), sobre esta temática, poco se habla al respecto, pero los niños también son vulnerables a la explotación sexual comercial. Mientras las niñas suelen ser objeto de explotación en lugares organizados, clubes, prostíbulos o casas, los niños varones con frecuencia pasan el tiempo solos o en pequeños grupos y se les encuentra en calles, parques, plazas y playas.

La oficina federal de Investigación (Federal Bureau of Investigation) FBI, calcula que más del 50% de todos los materiales de pornografía infantil, confiscados en los Estados Unidos se refieren niños varones. Los niños varones también son víctimas de la violencia y el abuso sexual.

En los Estados Unidos, un estudio realizado en 1998 por investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Pennsylvania llegó a la conclusión de que el abuso sexual de los niños varones está insuficientemente reconocido y registrado y que el tratamiento disponible es también insuficiente. Los investigadores comprobaron que entre un 8% y un 16% de la población masculina en general tenía una historia de abuso sexual y que los niños que corren mayor riesgo de abuso sexual son menores de 13 años. Es especialmente difícil para los niños varones hablar de esos abusos. Si son cometidos por una mujer, tal vez el niño no denuncie el abuso debido a que en muchas culturas, las experiencias sexuales son una manera de demostrar virilidad.

Si el abuso es cometido por un hombre, el niño puede tener temor de las sospechas de homosexualidad, tema tabú en algunas culturas.

Del mismo modo que, después del ataque, el sobreviviente tropieza con dificultades para tomar conciencia de lo que le ha sucedido, también los demás se resisten a creerlo. Cuando un adolescente revela que ha sido objeto de abuso sexual, se lo castiga aún más cuando se duda de su "virilidad" y de su orientación sexual, de modo que lo más frecuente es que los niños varones guarden silencio con respecto al abuso sexual.

Según los investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Pennsylvania, un retraimiento social de este tipo frente a la magnitud del ataque puede contribuir a que aparezcan problemas psicosociales a largo plazo en el hombre adulto que ha sido víctima de abuso sexual en la infancia. Los mas frecuentes son trastornos psiquiátricos desde leves hasta graves, toxicomanías y graves problemas sexuales, entre ellos los relativos a la intimidad y la identidad sexual, adopción precoz de comportamientos de alto riesgo y la transformación de niño víctima en atacante adulto. (UNICEF, 2001)

2.4.1 Prostitución infantil

Cuando un individuo busca mantener relaciones sexuales con niños o niñas y no quiere correr el riesgo de ser denunciado, tiene una segunda opción: acudir a la prostitución de menores, si es que dispone de dinero suficiente como para permitirselo. Por otro lado, se encontrará con la dificultad de encontrar un individuo o club que se lo facilite, pues la prostitución infantil se esconde mucho más que la prostitución de adultos.

Estudios realizados por la UNICEF en Estados Unidos, durante 2001, puso de manifiesto que uno de cada cinco niños y niñas que ingresan en línea en la Internet reciben requerimientos por parte de extraños para entablar relaciones sexuales. En otro estudio se reveló que cada año, hay unos 104.000 niños y niñas víctimas de abuso sexual.

A su vez en México, en un estudio realizado en seis ciudades (Acapulco, Cancún, Ciudad Juárez, Guadalajara, Tapachula y Tijuana), por la UNICEF (2001) se estima que hay en total 4.600 niños y niñas sexualmente explotados; se considera que, a nivel nacional, esa cantidad es de 16,000.

2.4.2 Pornografía infantil

El Protocolo Facultativo a la Convención sobre los Derechos del Niño sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños para la pornografía define la pornografía infantil como:

“Cualquier representación, por cualquier medio, de un niño participando en actividades sexuales explícitas, sean reales o simuladas, o cualquier representación de las partes sexuales de un niño, cuya característica dominante sea la representación con fines sexuales”.

Los materiales pornográficos muestran a niños participando en actividades sexuales explícitas, sean reales o simuladas, o muestran partes del cuerpo de un niño en forma lasciva. La pornografía *softcore* contiene imágenes “eróticas” en las que el niño, desnudo o no, está sexualizado.

Las imágenes de abuso también incluyen ilustraciones o animaciones (como en el caso del animé o del *manga* de Japón), además de imágenes creadas o alteradas digitalmente que pueden involucrar técnicas de composición. A pesar de que la pornografía infantil casi siempre consiste en imágenes fotográficas de niños reales, sigue siendo importante que las leyes sobre pornografía infantil reconozcan e incluyan la referencia a las imágenes animadas y virtuales como un delito contra los niños. Es el caso de la Convención sobre Cibercrímenes del Consejo de Europa y de algunas legislaciones nacionales.

La utilización más obvia de la pornografía infantil es producir el **estímulo** y la **gratificación sexual** de quien la observa. No obstante, también puede usarse para:

- Justificar una conducta sexual como normal.
- Seducir a niños/as y anular sus inhibiciones.
- Chantajear a niños/as.
- "Congelar" la imagen de un niño/a en una edad de preferencia determinada.
- Intercambiar material con otros pedófilos.
- Conseguir la entrada en determinados "clubes" privados.
- Producción con ánimo comercial.

No todos los pedófilos poseen colecciones de pornografía infantil, pero muchos de ellos consideran éstas como algo extremadamente importante y emplean considerable tiempo y dinero en mantenerlas y ampliarlas. Según estudios realizados por ECPAT (*Asociación Catalana para la Infancia Maltratada, 2005*), los pedófilos tienen con frecuencia la necesidad o el deseo de mostrar su material acumulado a otros como forma de premiar sus esfuerzos en recopilarlo. (ECPAT Internacional, 2005)

2.5 PERSONALIDAD DEL AGRESOR

Dentro de la revisión, no se puede dejar de lado, el análisis de los agresores, tanto desde una perspectiva etiológica como terapéutica. Solo así se podrá

prevenir a tiempo el problema y, en el caso de que ya haya surgido, atajarlo tan tempranamente como sea posible.

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

Este autor a través de sus estudios encontró que muy pocos ofensores padecen algún trauma infantil; a su vez formuló algunas generalizaciones de los agresores sexuales de menores, importantes de tomarse en cuenta para el presente trabajo:

- ψ Solo una minoría de los abusadores de niños y niñas tiene un interés primordial de tipo sexual, es decir un tipo de personalidad paidofílica. En algunos hombres se trata de una gratificación sexual, pero en otros expresan una necesidad de acercamiento o de agresión. El abuso sexual no es producto de la insatisfacción sexual o la soledad, sino el perpetrador gana gratificación sexual en el detrimento a la humillación, miedo y protestas de la víctima.
- ψ El interés hacia los y las menores puede ser una forma de evitar las relaciones adultas, por un miedo hacia los adultos o adultas y/o hacia la sexualidad adulta. Al agresor le son atractivos las y los infantes debido a que estos “son inocentes”, no son exigentes, débiles y no poseen características físicas adultas. La motivación de la relación o el abuso hacia estos depende de gran medida de la edad del ofensor, la edad de la o el infante y la actividad involucrada.

De acuerdo con Finkelhorn, (op. cit), los agresores presentan trastornos en su proceso de individuación, esto significa que no alcanzaron una madurez psicosocial ni relacional, porque los miembros de su sistema familiar de origen, con o sin la influencia del entorno social, ejercieron presiones sobre ellos bajo la forma de fuerzas centrípetas que obstaculizaron sus procesos de individuación integrada. Estas personas no son seres autónomos y capaces de participar en relaciones sanas y equilibradas con sus pares y generalmente permanecen atados a sus infancias.

La atención clínica a los agresores, no es una propuesta arbitraria, sino que responde a una serie de razones convincentes: la insuficiencia de las medidas

judiciales, la continuación de la convivencia con el menor (en el abuso intrafamiliar) y la prevención de nuevas agresiones en otros niños (en el caso del abuso extrafamiliar). (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005).

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

En la mayoría de los casos, el abuso sexual es realizado por personas cercanas a los niños, personas que conocían y en las cuáles confiaban ya sean miembros de su familia, personas a cargo de su cuidado o de su formación. Al ser personas conocidas por el niño o la niña, pueden ejercer control sobre su víctima por medio de amenazas, recompensas o persuasión. (Mariscal y Gutiérrez, 2002).

En algunos agresores aparecen sentimientos de culpa, mismos que lejos de deberse a las consecuencias psicológicas o traumáticas que dejaron en las o los menores, se deben más bien a que saben que lo que hacen es algo incorrecto, prohibido, pecaminoso, delictuoso. Varios culpables no sólo niegan su falta, sino que incluso culpan a las y los menores de conductas seductoras hacia ellos.

Los agresores se sirven de estrategias muy diferentes y difíciles de prever. Cada agresor puede usar técnicas propias. Entre las más frecuentes están:

- Aprovecharse de la confianza familiar o de la confianza que da la amistad o de la relación de autoridad de un educador. Esto puede hacer que él/la menor tarde en darse cuenta de lo que sucede y se vea sorprendido/a.

- Ganarse la confianza del o la menor si no se tenía previamente: jugando con los menores, haciéndose su amigo, etc.
- Servirse del factor sorpresa. Muchos menores abusados no podían esperarse ese comportamiento de un adulto. Engañar a los menores diciéndoles que lo que van a hacer o están haciendo es otra cosa: informarles, enseñarles determinadas cosas de la vida, etc. Ofreciéndoles cosas a cambio.
- Amenazándoles, especialmente después de la primera relación o contacto. Cuando se ha consumado y, sobre todo, si se repite, es frecuente que los agresores amenacen a las víctimas directa o indirectamente, asegurándoles que serán castigados por los padres, si éstos se enteran; dándoles premios o concediéndoles privilegios de diferente tipo, servirse de la fuerza, obligándoles a ceder, etc. Algo que es de suma importancia aclarar y tener siempre presente es que estas personas necesitan ayuda profesional, además de castigo y al mismo tiempo que tomen conciencia del daño emocional que causan a los niños y niñas por su conducta. Marín, (2005)

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

2.6. CONSECUENCIAS FÍSICAS, PSICOLÓGICAS, EMOCIONALES Y CONDUCTUALES

Si bien es difícil establecer criterios generales sobre las consecuencias específicas del abuso sexual infantil, los efectos de la vivencia de un abuso en el desarrollo evolutivo del niño varían enormemente según las siguientes categorías, (Marín, 2005):

- *La duración del abuso (abuso prolongado/ esporádico) y la frecuencia del mismo.* Cuanto más frecuente y más prolongado en el tiempo es el abuso, mas graves son sus consecuencias.

- *La intensidad y el tipo de abuso.* Depende del tipo de abuso al que sea sometido un niño, de si se usa o no violencia, de si hay o no penetración, las consecuencias que éste tenga en su desarrollo.
- *El uso o no de violencia (agresión sexual/abuso sexual).* Es importante entender que la relación en esta variable no es directa y lineal. Hay casos de abuso sexual en los que no se emplea la violencia pero si la manipulación, amenaza o engaño, como suele suceder en los casos en los que el agresor es conocido por la víctima para evitar que ésta revele el abuso, que tienen efecto mucho más profundos y dañinos en el desarrollo del niño de lo que puede tener una agresión sexual puntual, aunque haya violencia física. En otros casos no será así, pero es importante la evaluación individualizada de cada caso, cara a su abordaje terapéutico sin ningún criterio a priori.
- *La edad del agresor y de la víctima.* Tampoco este factor presenta una relación lineal, depende del caso individual. Existen casos de abuso sexual entre iguales con consecuencias gravísimas para el niño o la niña. Sin embargo, en principio la diferencia de edad es un agravante, porque acrecienta el abuso de poder, dificultando al niño la revelación y, por tanto, haciendo más probable su revictimización.
- *La identidad del abusador (abuso intrafamiliar/abuso extrafamiliar), es decir, la relación previa existente entre el agresor y la víctima.* Las consecuencias de un abuso son siempre mucho más graves cuando existe una relación afectiva previa entre el agresor y la víctima.
- *Características de la personalidad del niño.* Variables como asertividad o sus habilidades sociales y cognitivas modulan los efectos de la vivencia del abuso sobre el niño.
- *Número de abusadores.* Cuando el abuso ha sido perpetrado por varios agresores, la gravedad de las consecuencias para la víctima se incrementa.
- *Implicación de la víctima en un procedimiento judicial.* Está probado que las personas víctimas de abuso sexual, sean niños o adultos, que además se implican en un procedimiento judicial sufren una revictimización secundaria que agudiza el perjuicio que la misma vivencia tiene en la persona.

“Una de las cosas que han de quedar claras es que no todas las personas que sufren abuso sexual en su infancia quedan “marcadas” o “traumatizadas”. La elaboración de una vivencia como esta es individual, y como tal, el curso puede variar enormemente de una persona a otra. De acuerdo con Marín (op cit.), hay factores que juegan un papel esencial en la percepción del abuso, por parte de quien lo vive:

- Tener o no una red de apoyo psicosocial.
- La actitud de esta red psicosocial ante la revelación del abuso.
- Recibir o no un apoyo psicológico
- La identidad del abusador.
- El verse obligado o no a seguir conviviendo con el abusador.
- La prontitud y efectividad de las medidas sociales y judiciales tomadas por el entorno del menor.
- La revictimización secundaria que la víctima puede vivir durante el procedimiento penal.

Otro factor que resulta clave a la hora de analizar las consecuencias del abuso sexual infantil es el componente de género. Parece que las secuelas más frecuentes en las niñas son la ansiedad y los problemas de autoestima, entre otros, y en el caso de los niños, son el fracaso escolar y los problemas de inadaptación social”.

Las consecuencias son muy variables, dependen del tipo de agresión, la edad del agresor y la víctima, el tipo de relación entre ambos, la duración de la agresión, la frecuencia de la agresión, la personalidad del niño agredido, el medio ambiente, etc.

En los menores se puede observar:

- ❖ Desgarres en los órganos genitales.
- ❖ Enfermedades de transmisión sexual que no son comunes en los niños.
- ❖ Miedo a quedarse solos.
- ❖ Falta o exceso de apetito.
- ❖ Rechazo a personas queridas.
- ❖ Apego excesivo a la madre.
- ❖ Dificultad para dormir, pesadillas.
- ❖ Baja autoestima.

Se presentan episodios depresivos, una vez que se ha descubierto el abuso sexual del menor, se muestran tristes, pasivos, retraídos, fatigados, presentan malestares físicos y en ocasiones pueden surgir intentos de suicidio. Sin embargo, los niños violados muestran síntomas de depresión mucho tiempo antes de revelarse el secreto.

En adultos que sufrieron abuso sexual en su infancia se puede observar:

- Disposición a aceptar la culpa, dificultad para aceptar elogios, escasa confianza en sí mismos y en los demás, miedo a la intimidad, depresión, baja autoestima, poca capacidad para relacionarse socialmente, ira reprimida y hostilidad.
- Incapacidad para sentir placer plenamente. Frecuentemente esta incapacidad condena a la persona a una vida sin júbilo ni alegría. Una “ansiedad de felicidad” los invade. Quienes sufrieron abuso tienen miedo de que cualquier gratificación pueda provocar un desastre o una tragedia.
- Otra serie de efectos, como los relacionados con la sexualidad (dificultades para relajarse, anorgasmia, promiscuidad, explotación sexual, etc.), han sido también confirmados. Todo parece indicar que las víctimas de abusos sexuales durante la infancia tienen más dificultades sexuales y disfrutan menos con la actividad sexual.

Por todo lo anterior, la atención que se le ha de proporcionar a un niño víctima de abuso sexual no debe únicamente centrarse en el cuidado de sus lesiones sino debe ser coordinada entre los distintos profesionales prestando atención psicológica, dándole un seguimiento a corto y medio plazo y proporcionando atención y apoyo al menor y a la familia.

El papel de la familia es esencial en la recuperación del niño: si le creen desde el primer momento y le apoyan, constituyéndose en modelo y referente afectivo alternativo, el menor se recuperará antes y mejor que en caso contrario.

2.7 ESTUDIOS ACTUALES SOBRE EL ABUSO SEXUAL INFANTIL

El maltrato infantil es un fenómeno mundial cada vez más alarmante. Numerosos estudios, reflejan que la violencia contra la niñez es una práctica socialmente aceptada; tanto por adultos, niñas y niños, son agraviados en

nombre del amor, de la educación y de la disciplina, siendo atentados contra sus derechos y su dignidad de personas. (Mariscal y Gutiérrez, 2002)

En el caso específico del abuso sexual, este transforma completamente su mundo. Debido a que puede provenir de un pariente cercano o de un amigo. El abuso sexual convierte en enemigos a las mismas personas a quienes los niños se dirigen para obtener protección: aquellos a quienes conocen y aman.

Así mismo consecuencia de estos hechos, se pueden producir en los lugares donde viven, aprenden y juegan, transforma estos entornos familiares, como el hogar o la escuela, en espacios prohibidos y peligrosos. (UNICEF, 2001)

Tanto las niñas como los niños, (estos últimos en una minoría), son violentados sexualmente, sometidos por el poder de adultos quienes los degradan y mellan su condición de personas.

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

La situación de delitos sexuales es alarmante, ya que significa una violación de todos los derechos del menor y de cualquier otra víctima, porque se le priva de la libertad, control y poder de elección sobre su propio cuerpo y persona. (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005)

La UNICEF, siendo un organismo que trabaja para y por los derechos de los niños, ha efectuado estudios mundiales en cuanto a esta temática, dentro de sus trabajos con poblaciones de riesgo, ha desempeñado campañas de capacitación a diferentes niveles, especialmente ha capacitado a agentes de la policía, donde se les ayuda a investigar los casos de violación infantil. Este programa tiene como objetivo primordial tratar de sensibilizar a la policía y a

otros funcionarios encargados del cumplimiento de la ley sobre la manera de entrevistar a niños que han sido víctimas de violencia sexual. (UNICEF www.unicef.es/, 2004)

CAPÍTULO III

TERAPIA DE JUEGO

3.1 ¿QUÉ ES EL JUEGO?

Freud, (citado en Erikson, 1976) llamó al juego el camino real para la comprensión de los esfuerzos que el yo infantil realiza con el fin de lograr una síntesis.

De acuerdo con Díaz, (1997), el juego no es solo recreación y entendimiento, es el recurso de niños y niñas para socializarse, para aprender nuevas pautas de comportamiento, para imaginar y para crear, así mismo para enfrentarse a sus conflictos y desahogar sus tensiones, el juego se convierte en una de las actividades más importantes para las y los infantes, tan significativa como comer y recibir afecto. Siendo esta una forma de desarrollarse como individuos en la recreación, probándose y reafirmando en todas sus capacidades.

El juego es una actividad tan universal en el tiempo y en el espacio, como la risa o el llanto; generalizada, esencial y básica en el dinamismo psicomotriz del individuo. Puede aprovecharse de una manera lúdica, recreativa, educativa o terapéutica, teniendo una función socializadora por excelencia, convirtiéndose en un factor integrador y recreativo, que permite sentar las bases que estimulen actividades creativas.

Cultiva la sensibilidad y expresividad corporal, afectiva y verbal, facilitando la comunicación, cooperación e integración grupal, proporciona placer y diversión porque no es obligatorio, es espontáneo y nace de una integración de impulsos e ideas que proporcionan expresión y liberación. Así se convierte en elemento vigorizador y refrescante que deja una gran sensación de bienestar y felicidad. (Amnistía Internacional-México, 1998).

El juego es un medio de representación indirecta de fantasías, deseo y experiencias, es un lenguaje que se puede interpretar. Es una forma de hacer activo lo que sufrieron pasivamente, cambian el final, toleran papeles y situaciones que en la vida real les serían prohibidos. También les permite repetir situaciones placenteras. (Campoy, 1997).

Este autor refiere que el juego es una expresión social de las y los menores, un medio de comunicación con las otras niñas y niños, donde no solo es juego,

sino trabajo. No es sólo una forma de explorar y controlar el mundo externo, si no también controla y expresa angustias internas a través de la manipulación y elaboración de sus fantasías. Mediante el juego dramatizan sus fantasías y elaboran así sus conflictos.

El juego es una actividad simbólica, donde llegan a escenificar la desaparición y el retorno de la madre, teniendo una función elaborativa, para poder dominar las excitaciones recibidas, siendo un mecanismo donde un hecho desagradable se transforma en juego.

Winnicott, (1982), dice que el juego es universal, corresponde a la salud, facilita el crecimiento, conduce a las relaciones de grupo, es una forma de comunicación de la o el menor consigo mismo y con los demás, es parte de la naturaleza del ser humano. Además es una experiencia creadora y una forma básica de vida. El juego implica confianza, que se desarrolla a partir de la relación de la o el menor con la madre, también es una actividad que compromete al cuerpo; por la manipulación de objetos y aspectos de la excitación corporal. A partir de una relación íntima entre madre e hija o hijo, este último debe lograr una separación que no le genere demasiada angustia. Entre esta unión y el mundo externo debe existir un espacio que le proporcione seguridad y protección a la o él infante, esta zona intermedia es la conducta de juego, que es propiciada por las figuras parentales, principalmente la madre. El papel del padre en el juego es importante, ya que le propone un nuevo campo de descubrimientos. Y en el caso del niño, al jugar con el padre, asume una identificación masculina y la percepción de un padre que puede bañarlo, alimentarlo y jugar con él. Siendo importante que ambos padres jueguen con la niña o niño, así cuando desee estar con ellos, aunque no lo estén físicamente los podrá ubicar en el terreno simbólico de los juegos, (Campoy, 1997)

3.2 LA IMPORTANCIA DEL JUEGO EN EL DESARROLLO INFANTIL

El juego es la forma privilegiada de expresión infantil, entre todas las actividades de juego, una de las más importantes es el dibujo, pues a través de él el niño proyecta su mundo imaginario sobre la hoja de papel. (Campoy, 1997).

La constitución del hombre posee, en efecto, todas las condiciones necesarias para que el juego ocupe en su vida un lugar importante. (Bally, 1973).

El niño juega cuando lo necesita. En las situaciones más extremas, las más cargadas de ansiedad, el niño juega como si el juego fuera para él una necesaria forma de ser. (Campoy, 1997).

En términos generales, se puede decir que el juego en el niño constituye un lenguaje para expresar las fantasías, los conflictos, los sentimientos, la manera en que puede transformar la realidad, ya que en el juego todo es posible, el niño puede desplazar miedos y angustias internas dándole vida al juguete. El jugar es una actividad placentera en donde puede romper las prohibiciones que se le den, es un espacio donde el niño manifiesta iniciativa propia. En el juego el niño se muestra tal como es, en donde el juego se vuelve un instrumento de crecimiento y madurez social. Galicia (2005).

El jugar, lejos de constituir una acción espontánea, es el efecto de un trabajo que el infante realiza. Trabajo que como tal tiene su especificidad, su lógica y su finalidad. (Baraldi, 1999).

Para poder empezar a hablar del desarrollo infantil y la importancia del juego sobre este, no podemos dejar de lado la Teoría de Winnicott con respecto al objeto transicional. Sus principales aportes son: el análisis de los objetos y fenómenos transicionales; su valoración de la cultura dentro del contexto personal del niño; y diferenciar entre el verbo “jugar” y el sustantivo “juego”.(Campoy, 1997).

El “objeto transicional”, es un objeto cualquiera que previamente ha sido introducido en el mundo del niño por su madre y éste siempre lo utiliza en situaciones estresantes, cuando tiene miedo o en ausencia de ella, ya que le sirve como distracción, le da seguridad y le recuerda su presencia. Entre estos objetos se encuentran los ositos de peluche, las almohadas o las mantas que los niños toman antes de dormir.

El juego implica confianza y deriva de ese espacio que él denominó “transicional”, que existe entre el bebé y su madre, donde se da la dependencia del bebé y la capacidad de adaptación de la madre, proporcionando el ambiente necesario para la aparición de los fenómenos transicionales.

Winnicott, (citado en Pacurucu, 2002), refiere: *“hay un desarrollo que va de los fenómenos transicionales al juego, de éste al juego compartido y de aquí a las experiencias culturales”*. Por lo tanto, el juego del niño debe de ser interpretado de acuerdo con su desarrollo personal y con su contexto cultural y social.

Para entender el juego hay que mirarlo desde el estado de alejamiento y concentración que provoca en niños y en adultos, no tanto en su contenido. Cuando el niño juega se encuentra en una zona en la que no se admiten intrusiones. Es un espacio intermedio entre la realidad psíquica interna y el mundo exterior, en el que reúne objetos o fenómenos externos y los utiliza al servicio de su realidad interna, a través del juego es capaz de soñar y crear situaciones ficticias que son parte de su vida exterior. Según Winnicott, (1982), los niños juegan para controlar su ansiedad o para controlar los impulsos que causan ansiedad; cuando ésta es excesiva, inhibe el juego.

La participación de la madre es fundamental ya que al jugar con la o el bebé, debe cuidar de incluirse en las actividades de juego. Posteriormente, la niña o él niño adoptará su propia forma de jugar, esta relación propicia un ambiente de confianza entre madre e hijo (a).

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

La primera observación del juego nos indica que es una actividad de placer. El juego tiene como fin evitar el aburrimiento y procura al niño el placer; el niño busca mediante el juego una reducción de sus tensiones libidinosas acumuladas. (Campoy 1997).

Este autor habla del preobjeto así como de las actividades prelúdicas, donde el prejugete representa a la madre, haciendo énfasis en que la permanencia de la madre depende de la estabilidad del juguete.

A su vez nos comenta que las actividades prelúdicas, donde la madre da el prejugete como sustituto de su cuerpo, le permite al infante asumir la ausencia, abriendo el mundo a su curiosidad. Si las actividades prelúdicas reemplazan las excitaciones derivadas de la madre, las actividades lúdicas escenifican totalmente la relación madre e hijo, y posteriormente la relación con otros y la sociedad.

3.3 DIFERENTES MODELOS DE LA TERAPIA DE JUEGO

El juego ha sido estudiado dentro de la psicología desde dos puntos de vista, desde la psicología evolutiva y desde la psicología clínica, su función en clínica ha sido la de diagnóstico y tratamiento.

En este capítulo se citarán los principales autores que abordan el juego como parte de su trabajo con niños, se revisarán las diferentes posturas, aportes y técnicas elaboradas sobre el juego.

Se empezará con la Teoría Psicoanalítica, resaltando las aportaciones desde Freud, Ana Freud y Melanie Klein al trabajo clínico dentro de la terapia de juego. Posteriormente, se expondrá la teoría del juego no directivo propuesto por Virginia Axline, donde haremos más énfasis a su método terapéutico, ya que nos basaremos en su trabajo, para presentar nuestra propuesta de trabajo con niños víctimas de abuso sexual infantil. Finalmente, abordaremos la terapia de juego desde la concepción cognitivo conductual, basándonos en que hoy en día es una de las opciones más potentes a la hora de intervenir psicológicamente sobre numerosos trastornos “mentales”.

3.3.1 Terapia de juego psicoanalítica

a) Concepto de juego

El papel del juego en el psicoanálisis del niño es más amplio de lo que comúnmente se cree. Es notable que en los principios de la literatura de la Escuela de Viena, se hable del juego sólo de paso.

Para Freud la esencia misma del juego tenía como motor la angustia surgida de situaciones excesivas para el “yo” que ponía en movimiento, todo lo que ha sido traumático para el niño.

En una conferencia en 1907 Freud se refirió al juego diciendo: “la ocupación preferida y más intensa del niño es el juego, todo niño que juega se comporta como un poeta, pues crea un mundo propio o mejor dicho inserta las cosas de su mundo en un nuevo orden de ideas que le agrada”

Ana Freud, se refiere al juego como un recurso para promover la verbalización del niño lo que toma como el medio verdadero de análisis durante el período de latencia. Para ella, el juego era una técnica complementaria que esclarecía los impulsos del “ello” pero no permitía ver como funcionaba el “yo”. Ana

prefería trabajar con niños que tuvieran sus habilidades verbales mejor desarrolladas. (Schaefer y O'Connor, 1988)

Utilizaba el juego como medio para ganarse al niño, como algo preliminar al trabajo terapéutico, y no como una cuestión central en la terapia. (Jurado, 2001).

Melanie Klein concebía el juego infantil como un equivalente de las "asociaciones libres" de los adultos, planteando como consecuencia, que las actividades del juego eran como el dato principal sobre el que se basaban las interpretaciones; el juego es utilizado como un fin mismo, dado que era empleado con niños muy pequeños, la autora consideraba que el niño al jugar vence realidades dolorosas y domina miedos instintivos proyectándolos al exterior en los juguetes, mecanismo que es muy posible porque muy tempranamente tiene la capacidad de simbolizar, el juguete permite al niño vencer el miedo a los objetos así como a los peligros intensos. (citado en Shaefer, 1998).

b) Principios Fundamentales

La terapia de juego psicoanalítica se basa en los trabajos de Ana Freud y Melanie Klein, ya que su influencia es la que ha predominado.

Los hallazgos del psicoanálisis han conducido a la creación de una nueva psicología del niño. Nos han enseñado que los niños, aún en los primeros años, no sólo experimentan impulsos sexuales y ansiedad, sino que sufren también grandes desilusiones. (Jurado, 2001).

La terapia psicoanalítica se basa en el análisis de la resistencia y la transferencia, el juego no se utiliza como un medio para lograr abreacción, debido a que el proceso de liberación afectiva tiene una utilidad muy limitada. Tampoco se utiliza al juego para proporcionar recreación con el fin de no afectar la disponibilidad del terapeuta como figura de transferencia ni alterar su participación como mero observador neutral. Por difícil que sea no involucrarse, el terapeuta debe mantener su atención en el objetivo principal de ser observador participante y no compañero de juego.

Por último, el juego no se utiliza como un medio para educar al niño, sino para resolver los conflictos que puedan interferir en su habilidad para utilizar su capacidad en recursos educativos comunes. (Schaefer y O'Connor, 1988).

Resumiendo lo anterior el juego se utiliza como un recurso para establecer contacto con el niño, como medio de observación y como fuente de información, en ocasiones como un dispositivo que promueve la comunicación interpretativa.

En un principio Ana Freud, tenía la creencia de que los mejores resultados se obtenían realizando la terapia en la casa del niño, utilizando los propios juguetes del niño, con el fin de crear un periodo preparatorio que interesará al niño y así lograr una transferencia positiva, la fase preparatoria permanece vigente a nivel del juego, que es lo que permite al niño comunicarse mejor.

La interpretación es el medio principal en la terapia psicoanalítica, lo cuál resulta muy difícil con los niños debido a la falta de madurez en la organización cognoscitiva, las limitaciones del lenguaje, la dependencia de quienes figuran en sus conflictos y el carácter tenaz de sus resistencias. Esto puede lograrse mediante la “interpretación dentro de la metáfora”, la cuál comprende el uso de la situación del juego, las figuras representadas o ambos, dentro de él, como sujeto y objeto de la oración interpretativa, (Schaefer y O’Connor, op cit).

Anteriormente mencionamos a Melanie Klein, como otra de las principales representantes de la terapia de juego. Dentro de la revisión teórica de M.B. Jurado (2001), hace referencia al caso de Fritz, siendo este el primer paciente de Klein, el cuál contaba con la edad de cinco años. Al principio del tratamiento, Klein trato de modificar la actitud de la madre, sugiriéndole que tratara de incitar al niño a discutir con ella acerca de las dudas que tenía y que se encontraban en su mente, impidiendo su desarrollo intelectual, esto funcionó al principio pero sus dificultades neuróticas no quedaron resueltas, por lo que se decidió psicoanalizarlo, modificando la técnica utilizada con los adultos, encontrando que las ansiedades eran muy intensas y aumentaban para luego disminuir notablemente.

El tratamiento fue practicado al principio en casa del niño, con sus propios juguetes, pero al notar que la presencia de los padres alteraba las sesiones, decidió establecer un salón de juego encontrando que la situación transferencial, sólo se lograba si el cuarto de juego se veía como algo separado de la vida cotidiana del paciente.

Klein, descubrió que esta técnica era útil porque permitía comprender e interpretar las fantasías, sentimientos, ansiedades y experiencias que se

expresan en el juego o que son las causas de una inhibición lúdica. (Bierman, citado en Jurado, 2001).

El niño expresaba fantasías y ansiedades jugando, mientras Klein le interpretaba y aclaraba su significado. Este método respondía al principio fundamental de la asociación, sustituyendo las palabras del adulto por conductas expresivas del juego; otros dos aspectos que siempre siguió fueron la exploración del inconsciente y el análisis de la transferencia como tarea principal y medio respectivamente para lograr este fin.

Los principales objetivos de Klein se pueden definir de este modo: aliviar la angustia, liberar la actividad fantasmática, reducir la escisión y los mecanismos psicóticos, atenuar la culpabilidad, disminuir la excesiva presión del super yo, reforzar al yo, mejorar la relación con el objeto bueno, facilitar la integración de las partes escindidas del psiquismo, en resumen, facilitar la integración.

c) Materiales

Los materiales que se utilizan dentro de la terapia de juego psicoanalítica, incluye:

- ❖ Lápices de colores, marcadores, papel para dibujar y recortar
- ❖ Cubos de diferentes colores y tamaños
- ❖ Plastilina para modelar
- ❖ Muebles
- ❖ Un biberón de juguete
- ❖ Una muñeca que pueda vestirse y desvestirse
- ❖ Algunos títeres para juego dramático
- ❖ Pistolas de juguete
- ❖ Una pelota de goma

Estos materiales deben alentar el juego libre, la imaginación del niño, promover la verbalización de fantasías y la expresión del afecto. A su vez estos deben de estar en función a la edad y sexo del niño, deben ser juguetes simples y durables que proporcionen el mínimo de desorden y que estén de acuerdo con el espacio disponible.

d) Características del terapeuta

El terapeuta debe tener conocimientos profundos del desarrollo infantil y experiencia en la observación de niños normales y desviados en diferentes situaciones. Estar familiarizado con la teoría psicoanalítica.

Durante el trabajo terapéutico, el especialista observará, integrará y comunicará los significados del juego del niño, con el objetivo de promover el entendimiento del mismo sobre su conflicto y lograr una resolución más adaptativa.

Es recomendable el psicoanálisis personal del terapeuta, con el fin de tener resueltos sus problemas infantiles, y de esta manera alcanzar sus logros como terapeuta

Lo mas importante es el interés por los niños, por lo que los caracteriza y el deseo de subordinar los juicios doctrinarios a las observaciones clínicas actuales. El terapeuta debe estar dispuesto y capaz para ser completamente honesto con el paciente y consigo mismo.

3.3.2 Terapia de juego centrada en el niño

a) Fundamentos teóricos

La teoría Rogeriana, del desarrollo de la personalidad y restauración que sustentan la terapia centrada en el cliente adulto, es el principal fundamento teórico de la terapia de juego centrada en el niño con diferencia sólo en el método.

Este enfoque deriva de la creencia de que existe una poderosa fuerza dentro de cada individuo que lucha constantemente por la autorrealización. Para lograr esto el individuo necesita “permiso para ser él mismo” con “la completa aceptación de sí, por el mismo y los demás”. (Axline, citado por Shaefer y O’Connor, 1988).

De acuerdo a lo anterior, la terapia de juego centrada en el niño se basa en la hipótesis central de la capacidad del individuo para crecer y autodirigirse, sin embargo la creencia en la capacidad del niño para ayudarse a sí mismo no es una cuestión de todo o nada, sin modificaciones de la terapia centrada en el cliente, sino que se ha desarrollado con la experiencia del trabajo con niños que parecían recibir muchos estímulos negativos.

Gran parte del trabajo experimental fue realizado por Virginia Axline, quién hizo una gran distinción entre este tipo de terapia y otros métodos. “La terapia de juego puede ser directiva en cierta forma, es decir el terapeuta puede tomar la responsabilidad para guiar e interpretar, o puede ser no directiva, el terapeuta deja la responsabilidad y dirección al niño, enfocando al niño como la fuente de su propio crecimiento positivo y dirección terapéutica. Shaefer y O’Connor, 1988).

b) Concepto de Juego

Para Virginia Axline, el juego es el medio natural de autoexpresión que utiliza el niño. Es una oportunidad que se le da para que exprese sus sentimientos y problemas por medio del juego, de la misma manera que un individuo puede verbalizar sus dificultades en ciertos tipos de terapia con adultos. Cuando un niño juega libremente y sin dirección está expresando su personalidad. Esta experimentando un período de pensamiento y acción independiente y está liberando aquellos sentimientos y actitudes que han estado luchando por salir al descubierto.

Esto es, al jugar con sus sentimientos, el niño los trae a la superficie, los encara, aprende a controlarlos, o abandona. El niño “empieza a darse cuenta de su potencialidad para ser un individuo, pensar por sí mismo, tomar sus propias decisiones, hacerse más maduro psicológicamente y con lo anterior, tomar conciencia de su individualidad” (Axline, citado por Schaefer y O’Connor, 1988)

c) Principios fundamentales

Virginia Axline parte de la premisa de que todo individuo tiene una fuerza poderosa que continuamente lucha por alcanzar su plena autorrealización. Dicha fuerza se puede describir como un impulso hacia la madurez, la independencia y la autodirección. Este impulso necesita de un ambiente que favorezca el crecimiento para poder desarrollar una estructura bien balanceada. El individuo necesita el permiso para ser el mismo y de una aceptación total, tanto de parte de sí mismo como de los demás.

El crecimiento es un proceso de cambio en el cual se van reorganizando e integrando las actitudes, pensamientos y sentimientos, dicha integración nace del impacto con las fuerzas de la vida, con la interacción con otros individuos, y debido a la naturaleza misma del hombre.

Esta flexibilidad que se observa en la personalidad y conducta es la base para la terapia centrada en el niño, ya que, como lo menciona Axline, en su libro *Terapia de Juego*: “Cuando el individuo cobra consciencia de la parte que él puede tomar, en poder dirigir su propia vida y cuando acepta la responsabilidad que viene con la libertad de esta autoridad interna, entonces puede planear su curso de acción con mayor precisión”.

La terapia de juego no directiva, entonces puede describirse como la oportunidad que se ofrece al niño para experimentar crecimiento, bajo las condiciones más favorables. Ya que el juego constituye el medio natural de auto expresión, el niño tiene la oportunidad de actuar por este medio todos sus sentimientos acumulados de tensión, frustración, inseguridad, agresión, temor, perplejidad y confusión. Pudiendo de esta manera enfrentarse a ellos aprendiendo a controlarlos o a rechazarlos. Cuando logra alcanzar una relajación emocional comienza a darse cuenta del poder que tiene para ser un individuo con derechos propios, de poder pensar por si mismo y tomar sus propias decisiones, de lograr una mayor madurez psicológica, y al hacerlo llega a realizarse plenamente. (Axline, 1977).

Los principios básicos que guían al terapeuta en todos sus contactos terapéuticos no-directivos son muy sencillos pero de enormes probabilidades cuando son ejecutados con sinceridad, consistencia e inteligencia.

Los principios de acuerdo con Axline (op. cit.) son los siguientes:

1. El terapeuta debe desarrollar una relación interna y amigable con el niño, mediante la cual se establece una armonía lo antes posible.
2. El terapeuta acepta al niño tal como es.
3. El terapeuta crea un sentimiento de actitud permisiva en la relación, de tal forma que el niño se siente libre para expresar sus sentimientos por completo.
4. El terapeuta está alerta a reconocer los sentimientos que el niño está expresando y los refleja de nuevo hacia él de tal forma que logra profundizar más en su comportamiento.
5. El terapeuta observa un gran respeto por la habilidad del niño para solucionar sus problemas, si a éste se le ha brindado la oportunidad para hacerlo. Es responsabilidad del niño decidir y realizar cambios.
6. El terapeuta no intenta dirigir las acciones o conversación del niño en forma alguna. El niño guía el camino; el terapeuta lo sigue.

7. El terapeuta no pretende apresurar el curso de la terapia. Este es un proceso gradual y como tal, reconocido por el terapeuta.
8. El terapeuta establece sólo aquellas limitaciones que son necesarias para conservar la terapia en el mundo de la realidad y hacerle patente al niño de su responsabilidad en la relación.

Otro concepto que no podemos dejar de lado es la estructuración, la cual es utilizada para referirse al fortalecimiento de la relación de acuerdo con los principios anteriores para que el niño comprenda la naturaleza de los contactos terapéuticos y, por ende, esté en la posibilidad de utilizarlos plenamente. La estructuración no es, sino un método cuidadosamente planeado para introducir al niño a este medio de expresión personal que trae consigo liberar sentimientos y adquirir un mayor conocimiento de si mismo. No es una explicación verbal de lo que se trata todo esto, sino una forma de establecer una relación tierna y amigable con el niño.

La relación que se origina entre el terapeuta y el niño es el factor decisivo para el éxito o fracaso de la terapia. La estructuración comienza con una entrevista cordial al niño, que puede empezar con una sonrisa y unas cuantas palabras de saludo, (Axline, op.cit.).

Jurado, (2001) en su trabajo de revisión bibliográfica describe que dentro de la terapia de juego centrada en el niño existen cuatro niveles de interpretación terapéutica los cuales son:

Nivel I.

Es la presencia física del terapeuta, los ademanes no verbales y las afirmaciones reflexivas o de respuesta simple. La tarea principal consiste en “atender”, enfocarse en las comunicaciones verbales y no verbales a través de escuchar, observar, hacer contacto visual, ademanes y posturas.

Nivel II.

En este nivel el terapeuta *refleja* (mediante la repetición de lo que el niño ha dicho, quizá alterando la inflexión o poniendo en palabras diferentes a aquellas dichas por el niño), *resume* las palabras o hechos y *amplifica*, mediante alentar al niño a que aumente algo de lo que se ha dicho o hecho. En ocasiones se utiliza la confrontación, en el sentido de sacar a relucir las contradicciones subyacentes en el discurso, conducta del niño, o ambas.

Nivel III.

Interpretaciones de tercera persona, el terapeuta intenta reflejar los pensamientos, sentimientos y afecto del niño en la sesión desde el punto de vista del niño.

Nivel IV.

Interpretación directa. Por lo regular esta es cauta y se basa en lo que el terapeuta ve, deduce o siente.

Consideremos esta trama: Tony esparce por accidente arena al piso; ve hacia debajo de manera ansiosa y después arroja con vehemencia a la muñeca madre diciendo “no la quiero”. El terapeuta puede responder:

Nivel I. “aquí está bien poner la arena en el piso”

Nivel II. “Arrojas la mamá muñeca porque no la quieres”

Nivel III. “A veces los niños se sienten enojados con su madre” o “en ocasiones los niños se asustan cuando hacen algo que podría disgustarles a su mamá”.

Nivel IV. “¿Me pregunto si a veces te sientes enojado con tu madre, o quizá conmigo?”

Con respecto a lo mencionado anteriormente, otro punto que no podemos dejar de lado, corresponde al cuarto de juego y a los materiales.

c) Materiales

Axline (1977), sugiere que la habitación puede ser adaptada contra ruidos, disponer de un fregadero con agua caliente y fría. Las ventanas deben ser resguardadas por enrejados o cortinas. Las paredes y pisos deberán ser protegidos con un material de fácil limpieza y que resista la arcilla, la pintura, el agua y el constante golpeteo.

Dentro de los materiales que han sido empleados con diferentes grados de éxito, se enlistan a continuación:

- ❖ Botellas para alimento infantil.

- ❖ Una familia de muñecos.
- ❖ Una casa de muñecas amueblada.
- ❖ Soldados de juguete.
- ❖ Materiales domésticos de juego, incluyendo mesa, sillas, catre o cama de muñecas, estufa, vasijas de hojalata, sartenes, cucharas, vestidos de muñecas, cordel de tender, pinzas y cesto para la ropa. Una pequeña escoba, un trapeador, trapos.
- ❖ Una muñeca de trapo.
- ❖ Títeres y su escenario.
- ❖ Gises de colores, arcilla, pinturas, papel para dibujar y pintar.
- ❖ Agua y arena.
- ❖ Pistolas de juguete, juego de palas, mazo de madera.
- ❖ Muñecas de papel.

Todos los objetos de juego deberán ser sencillos en su construcción y fáciles de manejar para que el niño no se sienta frustrado por un equipo que no puede manipular.

Debido a la naturaleza de algunos de los materiales de juego, se sugiere proveer al niño de un cubre todo para proteger sus ropas; esto puede ser suministrado ya sea por los padre o por el terapeuta. El niño debe sentirse libre para utilizar los materiales en la forma que desee, dentro de las escasas limitaciones que sean dispuestas, sin ser restringido por el temor de ensuciar su ropa.

Al lado del niño en el cuarto de juego, no como un supervisor o maestro, ni tampoco como padre sustituto, se encuentra el terapeuta, cuyas capacidades personales e intervención en la terapia de juego no-directiva describiremos a continuación (Axline, op cit.):

d) Características del terapeuta

El terapeuta debe verse, no tanto como un experto que evalúa el juego y desenmaraña el trauma del niño, sino más como un facilitador y coexplorador que intenta seguir la guía del niño más que alterarlo o controlar el juego. La aproximación que se centra en el niño le ofrece a estos la oportunidad del establecimiento de sus propias formas de comunicación y reciben la retroalimentación cuando el terapeuta de juego les refleja el afecto y contenido de lo que ocurre. (West, 1996).

El éxito de la terapia empieza con el terapeuta. Debe tener consistencia en su técnica. Poseer firmeza en sus convicciones. Abordar toda nueva relación con confianza y seguridad. Es necesario que desee con seguridad ayudar al niño. (Axline, 1977)

Además de responder empáticamente a los sentimientos, el terapeuta debe responder, de igual manera, a los pensamientos y acciones de los niños en las sesiones de juego.

El terapeuta hábil establece las condiciones terapéuticas de comprensión, aceptación, congruencia, cordialidad y límites conductuales empáticos. Así también debe estimular al niño para expresarse y al mismo tiempo para que aprenda los procesos de autocontrol.

3.3.3 Terapia de juego cognitivo- conductual

a) Concepto de Juego

Las terapias de juego cognitivo- conductuales (TJCC), constituyen hoy día una de las opciones más potentes a la hora de intervenir psicológicamente sobre numerosos trastornos “mentales”.

Para la TJCC, el juego, a diferencia de la teoría psicoanalítica, se utiliza para educar al niño, en el sentido de que se le enseña habilidades o conductas alternativas. Además, el juego no es sólo la modalidad del tratamiento sino también el método de comunicación entre el terapeuta y el niño, el juego es la ventana por la que el adulto ve la manera en la que el niño se ve así mismo y a los demás, (Knell 1998, citado en Jurado, op. cit).

El fundamento general es que primero se deben traer a la conciencia los pensamientos, sentimientos y conflictos para promover una comprensión de la conducta, que a su vez permita cambios reales.

Para los representantes de esta aproximación el juego, tiene una actividad simbólica que sirve para satisfacer las necesidades afectivas de la vida del niño, que no pueden ser satisfechas por medio de su intercambio activo con el medio físico y social. Mediante la observación del juego pueden observarse conductas de dominio afectivo como la neutralización simbólica de temores, liquidación de conflictos y correcciones de la realidad. (Shaefer y O´Connor, 1988).

La bibliografía acerca de las intervenciones cognoscitivo-conductuales con niños muy pequeños todavía es muy limitada, en gran medida debido a la creencia de muchos de que no puede realizarse tal tipo de trabajo.

b) Principios Fundamentales

Beck y Emery (citados en Shaefer y O'Connor, 1998), esbozaron 10 principios para la terapia cognoscitiva, con la finalidad de crear una TCC para los niños que resulte más apropiada con respecto al desarrollo, deben reconsiderarse los 10 principios para, después, clasificarlos como aquellos que se aplican a los niños pequeños, aquellos que son aplicables con una modificación y los que no pueden aplicarse. (Los números de los principios son los que Beck y Emery les asignaron)

PRINCIPIOS QUE SON APLICABLES A LOS NIÑOS

- Principio 1. La terapia cognoscitiva se basa en el modelo cognoscitivo de los trastornos emocionales.

Este modelo, la influencia recíproca entre la cognición, las emociones, la conducta y la fisiología. La conducta se comunica mediante los procesos verbales, donde se considera que la conducta desorganizada es una expresión de pensamiento irracional. La terapia cognoscitiva no trata de hacer que los niños piensen como adultos; más bien, se concentra en ayudar que el niño se comporte de un modo más adaptativo.

- Principio 2. La terapia cognoscitiva es breve y de tiempo limitado

Esta terapia tiene una duración típica menor a seis meses. La terapia breve alienta al individuo a ser autosuficiente y desmotiva la dependencia del terapeuta. Debido a su brevedad, se orienta hacia la realización de tareas y se enfoca a la solución de problemas. Los tratamientos breves y de tiempo limitado también son apropiados para los niños.

- Principio 3. Una relación terapéutica firme es una condición necesaria para la terapia cognoscitiva efectiva

La terapia cognoscitiva se apoya en la constitución de una relación terapéutica cálida, basada en la confianza y la aceptación. Como en todas las modalidades de psicoterapia, el desarrollo de una relación terapéutica positiva y de

aceptación es el mejor mecanismo de predicción para un buen resultado del tratamiento.

- Principio 6. La terapia cognoscitiva es estructurada y directiva

Este tipo de terapia proporciona un formato estructurado y directivo, tanto para las sesiones de terapia individual, como para la terapia como un todo. El grado de la estructura lo determinan las necesidades del individuo, pero con frecuencia esto implica el establecimiento de una agenda para cada sesión y el concentrarse en objetivos específicos, esto también se puede aplicar cuando el tratamiento es con niños.

- Principio 7. La terapia cognoscitiva se orienta hacia los problemas

En este tratamiento deben de tomarse en cuenta las experiencias o factores causantes de estrés en la vida del individuo. El tratamiento no debe basarse sólo en el alivio de síntomas; por ejemplo, con frecuencia los niños víctimas de abuso sexual se presentan con síntomas bien definidos (por ejemplo, enuresis o perturbaciones del sueño), pero por lo común también luchan con conflictos relacionados con la confianza y el control. El terapeuta debe ser sensible a estos conflictos, sin perder de vista los problemas presentes.

- Principio 8. La terapia cognoscitiva se basa en un modelo educativo

De acuerdo a una premisa de la terapia cognoscitiva, los síntomas se desarrollan debido a que el individuo ha aprendido procedimientos inapropiados para manejar las situaciones de la vida. Este modelo es particularmente aplicable con los niños, al enseñarles como reemplazar conductas inadaptativas, con otras más adaptativas, lo mismo que al instruirlos en métodos alternativos específicos para el tratamiento. Debido a que el niño pequeño no puede generar alternativas y ponerlas a prueba, el terapeuta necesitará proporcionar, con frecuencia mediante el ejemplo, un método alterno de enfrentamiento.

PRINCIPIOS QUE SE APLICAN A LOS NIÑOS, CON MODIFICACIÓN

- Principio 4. La terapia es un esfuerzo de colaboración entre el terapeuta y el paciente

Aunque los niños pequeños no tienen la capacidad de ser verdaderamente colaboradores dentro de su tratamiento, debe tratarse de hallar un equilibrio

entre imponer una estructura al niño y no interferir con los deseos del mismo y con su conducta espontánea.

- Principio 5. La terapia cognoscitiva utiliza de un modo fundamental el método socrático

Se utiliza la pregunta como guía, evitando las sugerencias y explicaciones directas. Se utilizan con frecuencia para ayudar al individuo a modificar el pensamiento inadaptativo. Las preguntas directas no son efectivas con los niños, si bien la utilización de preguntas abiertas, formuladas mediante un formato de afirmación, pueden ser más provechosas.

- Principio 9. La teoría y las técnicas de la terapia cognoscitiva se apoyan en el método inductivo

Con este principio se les enseña a los pacientes un enfoque científico para sus problemas, las creencias se consideran hipótesis, y se efectúan experimentos para que el paciente ponga a prueba las hipótesis. El método inductivo está más allá de las capacidades cognoscitivas de algunos niños. Sin embargo, se ponen a prueba las hipótesis acerca del niño y de las técnicas de tratamiento y la conceptualización del caso y los planes de tratamiento se adaptan y modifican en concordancia con ello.

UN PRINCIPIO QUE NO SE APLICA A LOS NIÑOS

- Principio 10. La asignación de tareas para casa es una característica esencial de la terapia cognoscitiva

Cuando se le asigna al niño una tarea para la casa, por lo general, la cumplen los padres, o el niño, pero con una contribución muy significativa por parte de estos.

Dentro de la práctica para la aplicación de la TJCC, las intervenciones específicas se suministran utilizando los siguientes métodos: *modelamiento, desempeño de roles y contingencias conductuales.*

En el *Modelamiento*, se expone al niño que muestra la conducta que el terapeuta quiere que el niño aprenda, a través de un animal de tela u otro juguete, también puede presentarse con películas, libros y muñecas.

En el *desempeño de roles*, el niño práctica con el terapeuta sus habilidades y recibe retroalimentación actualizada con respecto al progreso. En niños de preescolar esto se puede hacer con modelamiento, en realidad son los modelos los que hacen la representación pero el niño observa y aprende de ellos.

En las *contingencias conductuales*, con niños pequeños, esto implica reforzarlos o gratificarlos por la adquisición de nuevas habilidades. También se puede enseñar y motivar al niño para que utilice autoafirmaciones positivas de enfrentamiento.

Existe, un amplio conjunto de técnicas conductuales que pueden utilizarse en la TJCC. Algunas de las más comunes son: *desensibilización sistemática, manejo de contingencias, moldeamiento, desvanecimiento de estímulos, extinción y reforzamiento diferencial de otra conducta, tiempo fuera y automonitoreo.*

A su vez figuran sus técnicas, en la cuál los métodos cognoscitivos manejan los cambios en el pensamiento mediante: estrategias de cambio cognoscitivo (identificación y corrección de creencias), eligen los juguetes como las actividades a realizar, las técnicas mas directivas requieren de planeación y premeditación con respecto a la elección de los materiales. No obstante, es probablemente más importante que estén disponibles las opciones y no que la sala de la terapia esté provista con una variedad infinita de juguetes y materiales de juego.

c) Materiales

Los materiales son similares a los que hay en otras modalidades de terapia de juego:

- ❖ Crayones y papel
- ❖ Bloques para armar
- ❖ Muñecos
- ❖ Una casa de muñecos y títeres

Es importante en este enfoque tener materiales que se puedan adaptar a cualquier situación, es decir que motive al niño a ser creativo y no se considera necesario comprar juguetes específicos para cada niño.

d) *Características del Terapeuta*

Dentro de los requerimientos y características del terapeuta, se da por sentado que este, debe tener una preparación a nivel profesional, en áreas como lo son, la psicología, el trabajo social y la psiquiatría, además de contar con experiencia en el trabajo de curso clínico con niños y terapia de juego. Además deben estar muy versados en la teoría cognitivo-conductual y en su aplicación clínica.

El aprendizaje para llegar a ser un terapeuta de juego cognitivo-conductual, debe incluir un entendimiento de la bibliografía respectiva, así como sesiones de terapia de interpretación de papeles, la observación de terapeutas experimentados, la directa supervisión de casos y principalmente conocimiento del desarrollo del niño. Schaefer, (1988).

CAPÍTULO IV.

PROPUESTA TERAPEÚTICA A TRAVÉS DEL JUEGO

Durante la revisión teórica, expuesta en los capítulos anteriores, se encontró que existen datos, signos y síntomas que nos pueden apoyar para la detección del abuso sexual infantil, no obstante investigaciones realizadas por especialistas, nos dejan ver que al momento de enfrentarse a una problemática de esta índole, se han encontrado con problemas a lo largo del proceso terapéutico de la víctima. El caso de Arabolaza y Vaño, (2001), pone en evidencia las dificultades que surgieron durante el tratamiento psicológico de menores, víctimas de agresión sexual, en donde tratando de ayudar a estos infantes, no se consigue el apoyo total de la familia, la cuál en muchos casos, pone en duda la credibilidad del menor, dando como resultado la desprotección por parte de la familia de origen.

Limitantes y experiencias como estas son recurrentes dentro de la práctica terapéutica con esta población, algunas otras nos muestran que el trabajo con menores, inicia desde la prevención, proporcionándoles información para proveerlos de herramientas que les ayude a detectar una situación de peligro hacía su persona.

Existen muy pocos programas que trabajen la prevención primaria, por mencionar algunos ADIVAC (Asociación para el desarrollo integral de personas violadas), MUSAS, AMBAR (Profesionistas por una vida digna, S.C.); la prevención terciaria es la que más comúnmente se lleva a cabo dentro de nuestra sociedad, interviniendo en el momento en que el problema se encuentra latente o ya sucedió.

4.1 OBJETIVO

Durante el desarrollo de este capítulo, la finalidad es exponer, un método de atención eficiente, que cubra la necesidad de trabajo con niños abusados sexualmente desde la terapia de juego.

En primera instancia se abordara la prevención, exponiendo, en que consiste y en que momentos de una situación como es en este caso el abuso sexual infantil se emplea.

4.2 PREVENCIÓN

Considerando las graves consecuencias que puede tener el abuso sexual infantil, es importante actuar preventivamente. Apoyándome en el modelo médico que emplean Martínez y de Paul (citados en Mariscal y Gutiérrez, 2002); Marín, (2005), *podrían abordarse* tres niveles de prevención del maltrato infantil:

- a) *Prevención primaria.* Pretende reducir las situaciones de riesgo que puedan afectar a la interrelación familiar. Se trabaja cuando el abuso todavía no ha ocurrido, favoreciéndose su detección. Es la labor de prevención más eficaz puesto que de tener éxito, reducirá la incidencia de los casos de abuso sexual infantil.
- b) *Prevención secundaria.* Pretende detectar familias y niños en situación de riesgo. En este campo se trabaja con las llamadas “poblaciones de riesgo”, personas que por sus características o circunstancias están sujetas a un mayor riesgo de sufrir un abuso sexual. Todo niño o niña está en riesgo de sufrir abuso sexual, pero en el caso de menores pertenecientes a determinados sectores, este aumenta.
- c) *Prevención terciaria.* Busca reducir las consecuencias generadas por el maltrato y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. Se trabaja cuando ya ha tenido lugar el abuso, tanto con la víctima (para que no vuelva a sufrirlo, proporcionándole pautas de autodefensa, además de una posibilidad de tratamiento y rehabilitación eficaz) como con el agresor para evitar su reincidencia, aunque en nuestro país este tipo de programas no existen. Es difícil establecer el límite entre esta labor y el tratamiento en sí mismo, pero, aunque a menudo coincidan, pueden complementarse porque cumplen objetivos distintos y siguen metodologías diferentes.

“(...) Sabía que lo que me hacía mi padre estaba mal, pero no sabía como solucionar este problema; además, mi padre me decía que no lo podía contar a nadie, y que si se lo contaba a mi madre ésta no lo entendería y tampoco me creería. Si lo contaba a alguien mi padre no me querría nunca más; además, yo era la culpable de ésta situación, pues estaba creciendo y esto le provocaba (...)”.

Testimonios aportados por Adriana Marín (2005), extraídos de su experiencia profesional.

A la hora de afrontar un problema como lo es el abuso sexual infantil, nos encontramos con una serie de barreras que van más allá del fenómeno en sí y, que al mismo tiempo, lo constituyen: los miedos de la sociedad ante este tema, generando actitudes defensivas, de rechazo y ocultamiento. La vergüenza y la imposibilidad de comprender que algo así suceda conllevan un aislamiento aún mayor de los niños y niñas víctimas de abuso sexual infantil, a quienes se les deja en cierta forma desprotegidos ante el problema, (Marin, 2005)

Podríamos decir que las actitudes sociales defensivas más frecuentes son negar u ocultar el problema, dudar de la veracidad del relato del niño o niña, considerarlo una fantasía de éste, minimizar o no pensar en las consecuencias de la comunicación del hecho. Por parte de los profesionales son habituales el silencio profesional, caracterizado por la falta de detección, y la inhibición en la comunicación y denuncia. Estas actitudes se basan en una serie de miedos sociales y de creencias falsas, sobre el abuso sexual infantil.

4.3 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN A NIÑOS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

Esta propuesta, de intervención terapéutica para víctimas de abuso sexual infantil se trabajará en el siguiente orden, dejando claro, que este dependerá del estilo del terapeuta que trabaje con esta problemática:

4.3.1 Detección y diagnóstico

4.3.2 Encuadre con la familia

4.3.2.1 reacción y negación de la familia del menor

4.3.3 Tratamiento a través de la terapia de juego centrada en el niño

4.3.3.1 La terapia de una víctima infantil a través del juego

4.3.3.2 La sala de terapia de juego y los juguetes sugeridos

4.3.3.3 Dinámica de tratamiento

4.3.4 Etapas finales

Detallándolas a continuación:

4.3.1 Detección y diagnóstico

Los motivos por los que se lleva a un niño a consulta con un especialista de la salud mental, son múltiples y muy variados.

Por lo general, son los padres quienes solicitan una evaluación para su hijo, porque identifican en él algo que consideran un “síntoma anormal”, o porque alguna otra persona, por ejemplo una maestra o autoridad en la escuela, les señala que el pequeño tiene problemas.

Sin embargo, lo que puede tener valor de síntoma para los adultos no necesariamente lo tiene para el niño. Cuando se trabaja con niños, es necesario tomar en cuenta que no es él quien solicita la consulta, sino que son otros los que requieren que se evalúe y se le trate.

La primera labor del psicólogo que trabaja con niños, puede consistir en hacerles ver a los padres que tienen que involucrarse y participar en el tratamiento de sus hijos.

Lo primero que uno tiene que plantearse como psicólogo al evaluar a un niño, es el objetivo de esta tarea, es decir, para qué y para quién se hace, así como qué se pretende con ella.

La obligación del psicólogo es lograr una comprensión “objetiva” de la situación; concuerde ésta o no con las expectativas de los padres y proponer el tratamiento adecuado.

La detección de un caso de abuso sexual se puede hacer a través de tres fuentes:

- 1) *Indicadores históricos.* Se extraen de lo que el niño o la niña cuente sobre lo ocurrido. En este punto se abordan temas como el modo en el que se ha de realizar una entrevista con un niño víctima de abuso sexual o cuestiones referentes a la fiabilidad del testimonio.
- 2) *Indicadores físicos.* Desgarres en los órganos genitales, enfermedades de transmisión sexual que no son comunes en los niños.
- 3) *Indicadores comportamentales.* De entre ellos, cabe destacar la sexualización traumática, la transmisión intergeneracional, la impotencia, sentimientos de abandono y la estigmatización social. Se

ha de recordar igualmente que hay niños que pueden permanecer asintomáticos aunque estén viviendo un abuso sexual.

Una de las problemáticas más graves en el tema del abuso sexual infantil consiste en que los indicadores que muestra el niño o la niña víctima de abuso, no conforman un cuadro unificado y diferenciado sino que también están presentes en otros cuadros psicopatológicos de la infancia.

Es importante diferenciar entre los *indicadores* y las *consecuencias* del abuso sexual infantil: los primeros constituyen los indicios, las segundas son fruto del abuso. Por ejemplo la enuresis en un niño puede ser un indicador de abuso y, al mismo tiempo, una consecuencia de éste, no debiéndose confundir los dos niveles de análisis.

Se debe tener en cuenta algunos criterios relativos para llevar a cabo una evaluación:

- Como profesionales, debemos sensibilizarnos para trabajar y controlar nuestras actitudes defensivas contra el abuso sexual infantil. Sabiendo que es un tema que en la actualidad y sobre todo en esta sociedad sigue siendo parte de la esfera privada, debemos considerar que como personas nos cuesta trabajo librarnos de los miedos que esta esfera puede provocar.
- Algo importante que no podemos dejar de lado, es que la evaluación ha de realizarse en privado. Ya que por el bien emocional del menor, no lo podemos exponer a que la entrevista se realice en público o delante de personas adultas involucradas en el proceso.
- Se requiere un lugar donde se realice la evaluación, el juego del niño y su esparcimiento.
- Es recomendable a priori, que la actitud del profesional se mantenga neutra.
- Como profesionales hemos de respetar los dictámenes de otros profesionales, no realizando comparaciones, respetando el trabajo mutuo.
- Es necesario desarrollar criterios de evaluación no verbal que sirvan para las entrevistas con los niños y niñas más pequeños. Los test proyectivos

juegan un papel esencial, pero hace falta una validación de instrumentos.

- Bajo ninguna circunstancia y en ningún momento se debe recomendar al niño o niña el olvido de lo acontecido.
- Es necesario respetar el ritmo del niño o niña en el proceso de evaluación. Se necesita tiempo para ello.

Antes de entrevistarse con el menor es recomendable que el examinador revise, con amplitud de miras y sin prejuicios, todo el material disponible., para poder efectuar una buena evaluación, tratando de indagar por medio de las personas más cercanas al menor, datos que puedan ser apoyo para este.

Aún cuando en un principio el menor se rehuse a hablar de lo que le ha sucedido, el terapeuta podrá ver la evidencia del trauma si logra construir una relación positiva con él. En consecuencia, el establecimiento de esa relación deberá ser el interés primordial de las primeras entrevistas destinadas a la evaluación del abuso.

Lo más óptimo sería que la evaluación se hiciera en un promedio de 3 a 4 sesiones, sin embargo la duración de estas, dependerá del tiempo que el profesional o la institución tengan asignados. Se sugiere este número de sesiones, ya que en promedio es lo que puede tardar el menor en empezar a comunicar su trauma, e incluso en ese momento la expresión puede ser solamente simbólica a través de juegos, es probable que durante estas sesiones el menor este poniendo a prueba al terapeuta, para ver si se trata de un adulto en quien pueda confiar.

Durante las primeras entrevistas con un menor víctima de abuso sexual, el terapeuta debe ser extremadamente sensible a los problemas de relación que aquél tenga con su agresor. Debido a que bien puede tratarse de alguien que antes gozó del cariño o la confianza del niño, tal vez un conocido de la escuela, o incluso un miembro de la familia, es posible que el niño o niña lo considere su única fuente de apoyo emocional y cuidados.

Como terapeutas debemos estar conscientes de que muchos de estos niños simplemente no tienen confianza en los adultos en general, de modo que no le dirán a uno, de manera directa, lo que les ha sucedido. Más bien, lo comunicarán mediante su conducta y esperarán las respuestas del adulto. Este tipo de casos requiere gran paciencia y sensibilidad por parte de nosotros y un

contexto o ambiente en el cual el menor pueda empezar a comprender lo sucedido y, finalmente, a comunicarlo directamente.

Además de realizar la evaluación de la situación actual del menor, se debe también investigar su sistema familiar y de apoyo antes de hincar el tratamiento.

Una manera general de comprobar cuáles son los recursos o el apoyo con que cuenta el menor es averiguar a quién y cómo fue que denunció (si lo hizo) el abuso sexual, como reaccionó la familia una vez que el menor realizó la denuncia. Por ejemplo, ¿reveló el niño lo sucedido a alguno de sus padres o a ambos?, ¿la reacción fue apropiada?, ¿lo apoyaron o protegieron? o, por el contrario, ¿hizo la denuncia ante una persona ajena a la familia: un profesor, consejero, amigo o el padre de algún amigo? y, cuando los padres fueron informados, ¿creyeron en la denuncia o la descartaron diciendo que eran “puros cuentos”?

Resumiendo lo anterior, las primeras sesiones destinadas a evaluar el abuso sexual deben conducirse con extremo cuidado. Los niños en situaciones de este tipo pueden ser extremadamente temerosos y su conducta quizá varíe ampliamente, así pues, el terapeuta debe aceptar que la evaluación puede tomarle mucho más tiempo de lo normal, considerando que algunos niños están a tal punto aterrorizados, que simplemente no pueden dar ninguna información clara de lo sucedido. Es por eso que en estos casos, el contenido simbólico de actividades como los juegos y las pruebas puede resultar muy informativo y de gran utilidad.

4.3.2 Encuadre con la familia

La entrevista con los padres, es de suma importancia, para poder lograr un buen resultado en el tratamiento del menor.

Es de gran importancia dejarles claro a los padres que deberán asistir regularmente a reuniones con el terapeuta en ausencia de su hijo, ya que padres excesivamente ansiosos o aquellos cuyo hijo ha sido severamente traumatizado, requieren reuniones semanales de este tipo. En situaciones menos críticas, puede bastar con una quincenal o mensual. Por otro lado, el terapeuta debe expresar su voluntad de ayudar a los padres para enfrentar cualquier problema de conducta que pudiera surgir. Sentirán gran seguridad si el terapeuta insiste en que pueden llamarlo si tienen dudas sobre cómo reaccionar ante alguna situación en particular.

Aparte de los asuntos que refieren al deber de prevenir o informar, la relación entre el menor y el terapeuta debe ser confidencial a fin de que éste se sienta en confianza para expresarse. La mayoría de los padres pueden entender la necesidad de la confidencialidad en la relación terapéutica, pero algunos necesitarán que se les tranquilice al respecto para no sentirse amenazados.

Con respecto a lo mencionado anteriormente la plática con los padres sobre la naturaleza de la relación terapéutica por lo general debe contener la siguiente información:

- La formación y experiencia del terapeuta.
- El diagnóstico general del menor.
- El tipo de terapia que se usará para tratar al niño y en qué consiste, una descripción de lo que implica la terapia mediante juegos o alguna otra.
- El pronóstico y la estimación del tiempo que durará la terapia.
- La solicitud de consultar a otros adultos significativos en la vida del menor (profesores, nanas, etc.) en caso de que sea necesario.
- Una proposición de calendario de reuniones con el padre, la madre o ambos.
- Ofrecer una explicación acerca de la confidencial de la relación terapéutica con el niño, y del hecho de que ésta tiene como objetivo darle mayor libertad de expresión y no esconder cosas de los padres.

Es importante que el terapeuta explique de una manera concisa, la naturaleza de la relación de terapia al menor. Se deben describir la estructura y los límites del tratamiento, lo mismo que la posible frecuencia de las sesiones y la duración de la relación terapéutica.

4.3.2.1 Reacción y negación de la familia del menor

Cuando a un niño se le lleva a tratamiento poco después de haber sido agredido sexualmente, él o ella, lo mismo que la familia, tienden a estar en un estado de gran alteración.

Como terapeutas debemos hacer esfuerzos para tratar al menor dentro del contexto de la familia, aún cuando se le vea en forma individual como parte del tratamiento.

Usualmente tendrá gran dependencia en el apoyo de su familia en momentos tan traumáticos. Debido a que los niños pequeños son todavía emocional y

físicamente dependientes del cuidado y protección de sus padres y otros familiares, a menudo reflejan los sentimientos propios de la familia en relación con los sucesos de su vida. Es por esto que el terapeuta debe involucrar desde el principio tanto a los padres como a los hermanos en el proceso de terapia.

Este tipo de trabajo con el sistema familiar se adaptará a la estructura de la familia y a la naturaleza del trauma del menor: desde las tradicionales reuniones de terapia familiar paralelas al tratamiento del niño, hasta entrevistas individuales con cada miembro de la familia. Considerando que la forma de las sesiones puede variar de acuerdo con las necesidades de cada caso, lo que es de gran importancia, es lograr incorporar a los miembros de la familia dentro del plan de tratamiento de manera significativa y no sólo tratar al menor como a un individuo aislado.

Algunos padres requieren de una guía considerable para poder comprender lo que la agresión significó en términos de nivel de desarrollo del menor. Como adultos, pueden desear restar importancia al evento sobre la base de que el niño o niña no puede haber sabido lo que realmente ocurrió (en términos de adultos).

Es importante notar que el nivel de conocimiento de un niño es tan diferente del de un mayor que para la mayoría de los adultos, es prácticamente imposible pensar como lo haría un niño ante un evento de tal naturaleza. De ahí que una de las primeras tareas como terapeutas, consista en ayudar a los padres a conceptualizar la agresión en términos acordes con el marco cognoscitivo de su hijo o hija.

Pocos padres están preparados para enfrentar la agresión sexual a sus hijos. El terapeuta debe planear, desde el inicio del tratamiento, una forma de ayudar a toda la familia a afrontar la crisis. Esto hará que el menor agredido enfrente el suceso y eventualmente se recupere.

Se ha descubierto (confirmando el trabajo de DeFrancis, 1969; Peters, 1975; citados en *Everstine* y *Sullivan*, 1997; Finkelhor, 1984), que muchos padres tienden a subestimar la profundidad del trauma psicológico que resulta de una agresión sexual. La subestimación probablemente es causada por su deseo de que el terrible incidente nunca hubiera ocurrido y por sus propios sentimientos de culpa o vergüenza. Esa manera de pensar puede llevar a los padres a creer que su hijo no necesita tratamiento porque no ha sido dañado por la agresión.

Durante este proceso es común que muchos padres piensen que ellos pueden “resolver” el asunto por su cuenta. Tal impulso les sirve para mantenerlo en privado, lo mismo que para escudarse respecto de la gravedad del trauma. Así pues, en algunos casos un deseo fantasioso por parte de los padres puede impedir que un menor obtenga el tratamiento necesario para curarse del proceso traumático.

Frecuentemente la negación por parte de los padres que origina diversos problemas, es pretender que el menor olvide lo ocurrido.

Es necesario hacerles saber a los padres cual importante es que las víctimas infantiles hablen con ellos sobre lo sucedido. Algunos niños no desearán decirlo, pero la mayoría necesita hacerlo, necesitan contar la historia más de una vez. Cuando un niño le dice a uno de sus padres lo que ocurrió, generalmente el menor está buscando aceptación, comprensión y una sensación de protección paterna o materna; busca que se le de seguridad. Y el que sus padres reaccionen con indiferencia, puede tener efectos de muy largo alcance. Muchos padres pueden sentir gran dolor y tensión al escuchar los detalles del hostigamiento, y necesitar ayuda considerable de parte de un terapeuta.

4.3.3 Tratamiento a través de la terapia de juego centrada en el niño

4.3.3.1 La terapia de una víctima infantil a través del juego

En este apartado se considera el tratamiento de la víctima infantil de manera individual, de cómo el terapeuta debe de presentarse, cómo debe de formular la situación de la terapia al menor y sobre la manera en que debe de presentarle los juguetes y juegos que desea que se utilicen en la sala de terapia. Se añaden sugerencias en relación con el tipo de estructura y límites que el terapeuta debe incorporar en la terapia de juego.

Es esencial que como profesionales proporcionemos un soporte emocional al niño, desculpabilizándolo respecto al hecho y anteponiendo su interés a cualquier posible información a obtener.

Acercarse clínicamente a un menor que ha sido víctima de abuso sexual por parte de un adulto ajeno a su familia no es tan difícil como cuando el agresor proviene de ésta.

Al empezar una relación terapéutica con una víctima infantil (al igual que sucede en la evaluación descrita anteriormente), el terapeuta debe explicar al niño y a la familia cuál es su papel y cuál es la naturaleza de la relación.

Algunos padres pueden ser muy protectores en esta etapa y desean conocer bien la formación y la experiencia del terapeuta. Esto no debe ofenderlo pues generalmente consiste en una expresión de la sensación de los padres de ser “malos protectores” de su hijo o hija. Mediante ese “examen” practicado al terapeuta intentan recuperar el sentimiento de ser guardianes adecuados del menor.

Como primer paso, el terapeuta debe de presentarse a sí mismo ante el menor.

(Se sugiere emplear un diálogo como el que a continuación se describe, sin embargo el estilo propio depende de cada terapeuta)

Hola, me llamo_____.

Tus papás me pidieron que te viera a causa de lo que te sucedió.

Si quieres, puedes contármelo o podemos jugar con muñecos o títeres sobre lo sucedido.

Pero si no quieres jugar, ni hablar de ello, está bien.

El terapeuta debe hacer saber al menor que lo que le pasó, ya les ha sucedido a otros niños. El mensaje es que no es el único a quien le ha sucedido algo así. Debe hacerle saber que sus sentimientos respecto al incidente son muy importantes y que él lo considera una persona única y valiosa.

El terapeuta puede continuar diciendo al menor que se reunirán una o dos veces a la semana, de acuerdo con el plan de la terapia.

Es recomendable decirle al menor que lo que se diga, haga o juegue ahí, será confidencial y que no le dirá nada a otros, si el no le da permiso para hacerlo. *(Esta consideración hace que la relación de terapia, que tiene que ser confidencial, sea diferente de la relación de evaluación descrita anteriormente. Debido a esta diferencia es aconsejable – aunque no siempre posible – separar las dos relaciones para que la evaluación – que no es confidencial y puede conducir a un juicio – sea hecha por otro terapeuta.)*

El terapeuta debe comunicarle al menor que se reunirá periódicamente con sus padres, donde estas reuniones tienen como objetivo ayudarles a comprender lo que le sucedió a él o ella y que antes de esas reuniones podrán ponerse de acuerdo sobre lo que se hablará en ellas. Es posible que al principio el menor

no entienda cabalmente lo que esto significa, pero a medida que se desarrolla la terapia y estas ideas se hablan en el contexto de sucesos reales, el menor lo entenderá mejor y apreciará su significado.

Por último, el terapeuta debe explicarle la estructura básica y los límites de la situación de la terapia de juego. El menor necesita entender que la hora de la terapia es su tiempo para decir, o expresar mediante el juego, lo que desee.

Durante el inicio del proceso terapéutico, los niños se pueden sentir más a gusto describiendo lo que les sucedió con muñecos, o preferir hacer dibujos, que hablar de lo sucedido; el profesional clínico puede alentar al menor a interactuar con muñecos, juguetes y otros materiales de juego; estos objetos pueden ayudar a los menores a expresar sus conflictos emocionales de manera simbólica y metafórica. Durante la sesión, quien realiza el diagnóstico, se muestra activo y participativo. Proporciona apoyo y permanece cordial, de ser necesario también se pueden usar muñecas anatómicas durante el diagnóstico del juego.

Habrà una variedad de actividades y juguetes a escoger y la decisión sobre qué hacer durante la terapia será enteramente del niño. Lo único que no se le permite hacer es lastimarse o lastimar al terapeuta.

Es importante que la terapia de juego sea estructurada de tal manera que los impulsos destructivos o la cólera sean dirigidos hacia juegos simbólicos y no hacia personas.

Es de suma importancia que los juguetes que han sido objeto de la ira del menor o los dibujos con los que la ha expresado permanezcan en la sala de juego. No deben salir de ahí incluso si el niño desea llevárselos a su casa. El terapeuta debe asegurar al menor que esos objetos permanecerán bien cuidados ahí hasta que él o ella regrese a la siguiente sesión, asegurándole al mismo tiempo que la sala de terapia de juego es un ambiente seguro en el cual puede expresar esos sentimientos de cólera o enojo.

Los terapeutas deben tener cuidado especial en lo que se refiere al contacto físico con niños traumatizados sexualmente. Un gesto de esa naturaleza aunque bien intencionado, puede ser malinterpretado por el menor como un avance sexual o una amenaza por su parte.

Es necesario reflexionar sobre el hecho de que la mayoría de estos niños ya han sido estimulados sexualmente por un adulto sin que hubiera los medios

adecuados para dar salida a las emociones. En consecuencia, son extraordinariamente sensibles a cualquier forma de contacto físico con un adulto; muchas víctimas que han sufrido un hostigamiento prolongado pueden no ser capaces de discriminar entre el contacto físico sexual y el no sexual.

4.3.3.2 La sala de terapia de juego y los juguetes sugeridos

De acuerdo con Axline, (1977); Everstine y Sullivan, (1997); la sala de terapia debe ser un sitio diseñado para que resulte cómodo a los niños.

Este debe ser cálido pero neutral, para que el menor pueda acercarse libremente a los juguetes que le atraigan. El cuarto debe de estar modestamente arreglado para que no se sienta ansioso o angustiado por hacer desorden o por dejar caer algo. Debe de haber una selección de juguetes que estén por debajo de su edad (por si acaso necesita entrar en una conducta regresiva), y otros adecuados a su edad para diferentes tipos de juegos.

A continuación se enlistan, por categorías, ciertos juguetes que pueden ser útiles en una sala de terapia de juego.

Equipo recomendado para la sala de terapia

Juguetes de regresión

- Biberón
- Plastilina
- Pintura digital
- Animales de peluche muy suaves

Materiales de dibujo

- Crayolas
- Pintura
- Se recomienda un rollo de papel de estraza para que el niño pueda usar los tamaños que quiera.

Muñecos

- Muñecos sexuados

Juguetes para impulsar la plática y la fantasía

- Títeres

Títeres de animales machos y hembras (un ejemplo, se pueden utilizar ranas niño y niña)

Títere claramente malo (puede ser una víbora y un diablo)

Figuras claramente buenas, por ejemplo, papá y mamá, policía, médicos y enfermeras.

Diversos títeres neutrales de forma animal o humana a los cuáles el menor puede asignar diferentes papeles.

- Casa de muñecas (con muebles y muñecos representando a la familia).
- Charola de arena.

El terapeuta puede tener en la sala de juegos un osito de peluche o algún otro animal relleno con algo suave para aquellos niños que han sido seriamente traumatizados que se rehúsan a comunicarse con otra persona. Tales niños pueden caer en el mutismo, desconectarse o regresar a balbuceos primarios debido a su fragilidad. En estos casos, el terapeuta puede colocar uno de esos muñecos de peluche junto al menor y hablarle de manera suave y agradable sobre un tema neutral. El objeto seguro no-humano puede ayudarle a realizar la transición de vuelta hacia la comunicación con la gente.

Algunos niños severamente traumatizados tratan de soportar la situación mediante defensas tan primitivas que no pueden responder a las formas tradicionales de terapia interpretativa de juego. En tales situaciones, el terapeuta debe brindar al niño un ambiente terapéutico seguro y nutritivo para que finalmente vuelva a un nivel emocional que le permita entrar en las técnicas de juego más tradicionales. Para estos niños, las metas iniciales de la terapia deben ser muy modestas, reconociendo su psique traumatizada.

4.3.3.3 Dinámica de Tratamiento

En general, los niños responden de dos maneras ante una agresión o trauma sexual:

- 1) Se da una aparición inmediata de síntomas somáticos y conductuales

Algunos de los efectos somáticos que pueden aparecer inmediatamente después de una agresión de este tipo son dolores amorfos, problemas gastrointestinales, cambios súbitos en los hábitos de evacuación y orina, a su vez, puede presentarse enuresis (en niños menores). Peters (citado en Everstine y Sullivan, 1997), refiere que en muchos casos se requiere de una terapia de juego relativamente larga antes de que el menor pueda expresar sus sentimientos sobre la agresión.

- 2) La reacción es más bien retardada o “silenciosa” y suele ser de naturaleza depresiva.

En los casos de las reacciones retardadas o depresivas ante la traumatización sexual, podemos necesitar de cuatro a seis semanas (o más) de juego con el niño, transmitiéndole el mensaje de que sus sentimientos son aceptados y de que la sala de juegos es un lugar seguro en donde puede expresarlos.

Durante el juego los niños revelan sus conflictos interiores, sus deseos y la dinámica familiar, lo mismo que su percepción de su trauma, utilizando mecanismos de defensa del yo, estos incluyen el desplazamiento y la simbolización. Los menores sin saber que están hablando de su propia vida, desplazarán el trauma y el conflicto de su familia hacia los muñecos y los títeres.

Conforme avance el tratamiento es posible que el niño trate de deshacer de manera simbólica la experiencia vivida, desarmando repetidamente los juguetes para luego juntar los pedazos y armarlos. Puede insistir en desarmar todos los juguetes que pueda (incluso algunos que no son desarmables) y juntar los pedazos o bien centrarse en un solo juguete. En ese proceso del juego de desarmar y armar, se recomienda que el terapeuta transmita al menor un mensaje que de manera opcional contenga los siguientes elementos:

“Las cosas rotas o lastimadas pueden arreglarse y no tienen porque permanecer rotas; la gente puede sentirse rota, pero puede también mejorar y volver a sentirse completa”.

Conforme el tratamiento va avanzando estos niños pueden enfocar su atención en un juego particular y utilizarlo durante largos periodos o durante toda la terapia. El juego se convierte en un vehículo simbólico con el cual resuelve su trauma. A menudo cambia las reglas básicas del juego para adecuarlo a sus necesidades. Con la repetición puede estar buscando confirmación de que

tiene una relación constante con el terapeuta; aunque su propio mundo esté hecho un caos.

Lo esencial es que si un niño escoge un juego o actividad repetidamente, el terapeuta continúe participando en ella hasta que el niño decida cambiarla.

No es de asombrarse que muchos niños pasen por un período regresivo a lo largo del tratamiento, este episodio generalmente se presenta al principio de la terapia, aunque en los casos de respuesta retardada ante la crisis ocurre más tarde. En dicho periodo de regresión, el menor puede desear comer o que le den de comer con un biberón; o jugar con pinturas digitales o plastilina de manera muy primitiva.

Si esta conducta se llegará a presentar, el terapeuta puede interpretar esto ante el menor diciéndole por ejemplo:

“A veces cuando estamos asustados o nos sentimos mal, nos da seguridad o nos ayuda hacer cosas de bebés por un rato, para volver al tiempo en el que todo era seguro”.

Si esta conducta se presenta en el proceso terapéutico, posiblemente también se presente en casa, o en la escuela, es por eso necesario comentarles a los padres que posiblemente esta conducta regresiva se manifieste en los espacios arriba mencionados. Puede pedir un biberón o viejos juguetes que ya no usaba o mostrar cualquier otra forma de conducta infantil.

Durante esta conducta es conveniente explicarles a los padres este acontecimiento, brindándoles la confianza al señalar que, por medio de la regresión el niño trata de volver a un nivel de desarrollo anterior al trauma, con el fin de restablecer una base sólida para sus necesidades psicológicas.

4.3.4 Etapas Finales

El trauma del abuso sexual nunca será completamente borrado de la mente de una víctima. Aunque lograra adaptarse a él, no lo puede desaparecer. Así pues, el niño y el hombre en que se convertirá han sido alterados para siempre por el incidente, pero esto de ningún modo resta importancia a la contribución del tratamiento, aunque da un marco claro a nuestras ambiciones.

Como terapeutas, buscamos ayudar a que los niños que han sido agredidos sexualmente recomiencen su vida lo mejor posible, siendo llevados a un sitio seguro en donde sea menos probable que ocurran cosas de la misma índole.

Ante todo el terapeuta debe de reconocer el hecho de que estos niños tal vez tengan que volver a tratamiento más de una vez a lo largo de su proceso de desarrollo.

Desde un punto de vista realista, podemos terminar el tratamiento cuando se ha llegado a la mayoría de los siguientes objetivos:

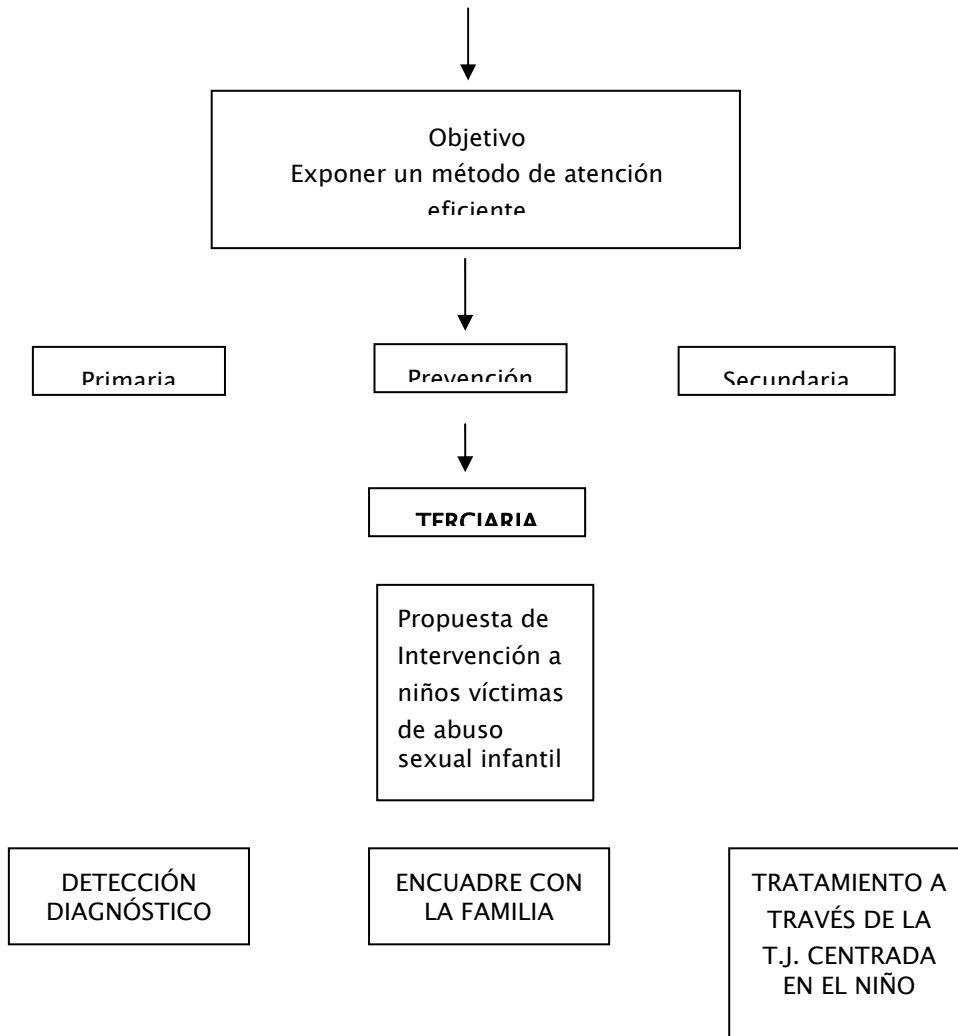
- ψ El menor ha experimentado un trabajo de asimilación del trauma por medios como haber contado al terapeuta como percibió el abuso, haber exteriorizado su cólera en contra del agresor y/o haber transitado correctamente a lo largo de las etapas del ciclo de recuperación.
- ψ Cuando hay pruebas de que el niño ha recuperado un nivel de desarrollo apropiado a su edad cronológica. El menor en edad preescolar debe ser capaz de competir con sus compañeros en juegos y deportes y en el trabajo escolar o tan solo en el compartir actividades. Debe tener al menos un amigo cercano de su edad y portarse relativamente bien en compañía de adultos.
- ψ Se ha logrado establecer o se esta estableciendo una mejor relación entre el niño y al menos una figura de autoridad masculina, de preferencia su padre: Esto es el núcleo de la terapia y su parte más difícil.
- ψ El niño y su familia se han reconciliado, reinstalándolo en sus plenos derechos como miembro de la familia en un estatus seguro y un papel aceptado. Si esto hacia falta antes del abuso, ahora es doblemente necesario.

Estos objetivos implican que el menor necesita reintegrar su sentido de valía personal y su identidad, al mismo tiempo que necesita encontrar un sitio seguro dentro de su entorno. La terapia no puede crear estos cambios, pero puede echarlos a andar y ayudarles a evolucionar.

El presente trabajo recomienda la terapia de juego centrada en el niño como una técnica complementaria en el tratamiento a víctimas de abuso sexual infantil, por las ventajas que representa al establecer un nivel de comunicación acorde a la edad del menor, considerando que el juego permite un trabajo terapéutico reestructurador.

Resumiendo lo anterior, podremos observar en el siguiente cuadro el procedimiento de una forma más específica:

PROPUESTA TERAPEÚTICA A TRAVÉS DEL JUEGO



CONCLUSIONES

Durante la revisión del material consultado, se ha destacado y acentuado un tema de suma importancia como lo es, el desarrollo psicológico del niño, determinando como éste puede verse afectado por el abuso sexual infantil.

Si bien el desarrollo emocional y psicológico del menor es primordial dentro de su crecimiento como individuo, no se puede dejar de lado que cuando un niño es víctima de abuso sexual infantil su desarrollo se ve truncado, presentándose alteraciones tanto físicas como de índole emocional.

Las teorías del desarrollo infantil mencionan la importancia que tiene el cubrir las necesidades básicas de un menor: alimentación, seguridad y protección, así como afecto y cariño, propiciando en ellos la confianza, seguridad e independencia, donde ambos progenitores tienen el deber y la obligación de proporcionarle el medio en el que se desenvuelva de una forma óptima y sana.

Los padres o tutores deben ser responsables y guías hasta que las y los menores puedan tener el control de sus propias vidas, remarcando que los infantes merecen y necesitan permisividad, libertad, confianza y respeto, para que puedan abrirse camino hacia una independencia.

Sin embargo, cuando un fenómeno como el abuso sexual infantil impacta dentro del núcleo familiar, las consecuencias ante esta agresión física, psicológica y mental, ocasiona que las víctimas desarrollen inseguridad, temor, vergüenza, culpabilidad y dependencia, presentándose en algunos casos conductas agresivas por parte del menor, pesadillas que a menudo pueden presentar contenido sexual violento, regresiones como, enuresis, y un sobreapego con los padres, además de presentarse conductas antisociales, episodios depresivos, problemas de índole escolar (falta de concentración, fobia a la escuela), e intentos de huir o escapar de casa.

Existen diversos factores acerca de la intensidad con la cuál el menor puede sufrir, percibir o vivenciar el abuso sexual infantil: entre ellos, el sexo del agresor, la cercanía de este dentro del núcleo familiar, (sin dejar de lado que en la mayoría de los casos los niños son víctimas por parte de un familiar o un conocido), la duración del abuso, la edad de la víctima y principalmente la severidad del abuso.

La agresión ejercida por el abusador significa un dominio y control sobre la o el menor, despertando en estos últimos, sentimientos de vulnerabilidad e impotencia ante el adulto agresor.

Es necesario recordar que para abusar de un menor, no se necesita mucha fuerza, basta con el poder moral y emocional, así como el control que representa una o un adulto sobre un menor.

La mayoría de las veces las y los menores son abusados sexualmente, porque se ven sometidos ante el agresor, porque éste, es una figura adulta o de autoridad, por lo cuál, una medida para combatir los abusos sexuales, es que la familia fortalezca la capacidad en la niña o el niño, de expresar abiertamente sus necesidades y deseos, fomentando una sexualidad mas abierta y sin tabúes, enseñándoles que los adultos no son la autoridad absoluta, por lo tanto se les puede cuestionar cuando no tienen la razón, es decir, la familia debe buscar mantener abiertos los canales de comunicación dentro de la misma.

No se puede olvidar que después del ataque, la víctima sufre por guardar “el secreto”, y el silencio la lleva a sufrir más, sin embargo si existiera la confianza y seguridad de poder tratar el tema con su familia esto le permitiría superar mejor el abuso sufrido.

Otro tipo de abuso que se analizo en este trabajo, fue la prostitución y la pornografía infantil. En nuestro país es exorbitante la forma en como crece a nivel social, sobre todo dentro de ciudades donde impera un alto índice de turistas. La violencia contra niños, niñas y adolescentes en relación con las nuevas tecnologías, y en particular Internet, es un fenómeno nuevo que ha llegado a sociedades diversas en los últimos años, junto con la aparición de varias tecnologías nuevas en el mercado de consumo masivo de muchos países. La creación de políticas nacionales e internacionales apunta claramente a fomentar el uso de dichas tecnologías en todo el mundo, como se ha puesto de manifiesto en la promoción de la llamada “nueva sociedad de la información”.

Los agresores que llevan a cabo abuso en contra de los menores, se valen del poder y el control, la humillación y el detrimento de las víctimas, esto propiciado por un sistema de dominio masculino y de obediencia infantil, así mismo hay factores que facilitan estos delitos, como lo es, la falta de protección y atención de los cuidadores (padres), ocasionando que niñas o niños sean vulnerables a este tipo de agresiones.

En los casos de incesto, la falta de comunicación dentro de la familia, el mantenimiento de roles confusos y la violencia intrafamiliar, propician el abuso sexual, donde por lo regular los responsables son los progenitores, muchas veces porque se encuentran ausentes, porque trabajan, porque están incapacitados o sufren de alguna adicción, existiendo una pobre supervisión en las y los menores.

Uno de los capítulos que nos marca el eje central para tratar esta problemática, es la forma de cómo ayudar a una víctima de abuso sexual infantil.

Como profesionistas sabemos que pueden ser muchas las formas en las cuáles se puede apoyar a esta población, sin embargo la revisión del tratamiento a través de la terapia de juego, para víctimas de abuso sexual, consideramos puede aportar las herramientas necesarias, para el trabajo con esta población.

Dentro de la revisión bibliográfica sobre este Modelo Terapéutico, se puede decir que la Terapia de Juego es una técnica que facilita el establecimiento de una buena relación entre terapeuta e infante, permitiéndole a los menores exteriorizar el conflicto de manera simbólica, permitiendo la reexperimentación.

Dentro de este espacio terapéutico se pueden traer a la superficie sus temores, ansiedades, culpas y miedos, que difícilmente enfrentarían de una forma conciente y que gracias a la dramatización y la repetición dentro del juego, las víctimas trabajan y elaboran sus conflictos y sentimientos internos

Esto les permite trabajar y elaborar sus conflictos sin que tengan que enfrentarse física y directamente al agresor o a la experiencia misma de abuso.

Para el funcionamiento y buen resultado de la terapia de juego, el menor debe tener cubierta de una manera satisfactoria sus necesidades más primordiales: debe de encontrarse en un lugar seguro, bajo la custodia de adultos de confianza, que el abuso se haya terminado y que si existen necesidades médicas, sean atendidas.

Se propone que tanto la víctima de abuso sexual, como la familia directa, consideren la posibilidad de acudir a un tratamiento ya sea de forma individual o familiar, esto con el propósito de ayudar al menor y a ellos mismos, a superar esta experiencia que fue de gran impacto dentro de su núcleo familiar.

En el proceso terapéutico con víctimas de abuso sexual infantil, es importante considerar que la aceptación incondicional del suceso traumático de la víctima, por parte del terapeuta, puede encaminarnos hacia un tratamiento con éxito, donde el establecimiento de una Alianza Terapéutica entre ambos, permita la exteriorización del conflicto, todo esto facilitado dentro de un espacio físico llamado “cuarto de juego”.

La terapia de juego con víctimas de abuso sexual infantil, le permite al terapeuta una comunicación adecuada a la edad del menor, estableciendo una relación óptima, en busca de un encuentro del menor con sus sentimientos reprimidos hacia la experiencia del abuso, hacia el ofensor y sus cuidadores, logrando que trabajen y elaboren el conflicto, mejorando sus capacidades para manejar sus sentimientos. La terapia de juego es una manera conveniente y no agresiva para que niños o niñas saquen a flote sus sentimientos y hostilidades, donde el terapeuta trabaja en busca de una salud mental y sexual.

No existe un tratamiento único para víctimas de abuso sexual infantil, sino diferentes modalidades con diferentes enfoques, cada cuál con su aportación teórica para llevar a cabo un buen trabajo terapéutico.

Para el uso de la terapia de juego, y para dirigir las diferentes técnicas, el terapeuta, debe tomar en cuenta el contexto social, cultural y familiar que rodean a la víctima, y establecer una buena relación con la o el menor, ya que de ello depende el avance que se pueda tener en la terapia.

Los profesionales interesados en trabajar con esta población, deben de considerar que dentro del desarrollo infantil se encuentra el juego, y que éste permite al menor, desarrollar habilidades físicas, experimentar e identificar emociones, practicar roles, explorar situaciones, aprender, relajarse, divertirse. Si existe la posibilidad de explorar los sentimientos y emociones de la o el infante, a través del juego, entonces, es asertivo trabajar con esta herramienta que nos permite un tratamiento adecuado.

Un buen terapeuta infantil debe de apoyarse en varias técnicas, como el sueño, las fantasías, el juego, el dibujo para la evaluación y el tratamiento de los menores, considerando que los menores son más a fines a la acción que al lenguaje en particular. Es importante remarcar que cualquier apoyo psicológico a víctimas de abuso sexual infantil, necesita de uno paralelo para los padres, ya que la actitud de estos hacia sus hijas e hijos, o hacia el tratamiento, influye en el avance terapéutico.

BIBLIOGRAFIA

- 📖 Axline, V. (1977). Terapia de Juego. México: Edit. Diana.
- 📖 Amnistía Internacional-México. (1998). La Zanahoria: Manual de educación en derechos humanos para maestros y maestras de preescolar y primaria.
- 📖 Arabolaza, O., Vaño, C. (2001). Abusos sexuales: una situación de desprotección. *Dinámica Familiar*, Vol. 11. No. 1
- 📖 Bally, G. (1973). El juego como expresión de libertad. México: Fondo de Cultura Económica.
- 📖 Baraldi, C. (1999). Jugar es cosa seria. Rosario: Homosapiens.
- 📖 Blume, E. (1990). Secret survivors: uncovering incest and it's aftereffects in women. New York: Wiley
- 📖 Brownmiller, S. (1981). Contra nuestra voluntad; hombres, mujeres y violación. España: Planeta, S.A.
- 📖 Campoy, A. (1997). Un programa de intervención desde una perspectiva psicodinámica: la hora de juego Kleniana. Universidad de Jaén.
- 📖 Díaz, V. (1997). El juego y el juguete en el desarrollo del niño. México: Trillas.
- 📖 Echeburúa, E.,Guerrica, C. (2005). Abuso Sexual en la Infancia: Víctimas y agresores. Un enfoque clínico. España: Ariel.
- 📖 ECPAT Internacional, (2005). La violencia contra los niños en el Ciberespacio. Tailandia.
- 📖 Erikson, E. (1976). Infancia y Sociedad. (6ª. Ed.). Buenos Aires: Ediciones Hormé.

- 📖 Esquivel, F., Heredia, C., Lucio, E. (1999). “Psicodiagnóstico clínico del niño”. México: Manual Moderno
- 📖 Everstine L., Sullivan D. (1997). “El sexo que se calla” México: Pax-Mex.
- 📖 Finkelhorn, D. (1980). El abuso sexual al menor. México: Pax-Mex.
- 📖 Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. En obras completas. (Vol. VII, pp. 156) Buenos Aires: Amorrortu editores, S.A. (1978)
- 📖 Galicia, A. (2005). Taller de Terapia de Juego cognitivo conductual para niños de 3 a 4 años que presentan conductas agresivas, afectando su adaptación grupal. Tesis de licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México.
- 📖 Glaser, D., Fros, S. (1998). Abuso sexual de niños. Argentina: Paidós.
- 📖 Jonson, Rasbury, Siegel. (1995). “Métodos de tratamiento infantil” México: Limusa.
- 📖 Jurado, M.A. (2001). Análisis comparativo de las principales teorías en la Terapia de Juego. Tesis de licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México.
- 📖 La Fontaine, J. (1990). Chile sexual abuse. Gran Bretaña: Prensa Constitucional
- 📖 López-Ibor, J.M. (1983). Evolución de la Sexualidad Infantil. México: Universo.
- 📖 Maier, H. W. (1972). Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears. Buenos Aires: Amorrortu Editores, S.A.
- 📖 Marín A. (2005). Guía para Maestras (os), nivel preescolar: “El abuso sexual infantil” Manuscrito inédito.
- 📖 Marín A. (2005). Guía para padres: “Conceptos básicos sobre el abuso sexual infantil” Manuscrito inédito.

- 📖 Mariscal S., Gutiérrez B. (2002). Programa integral de prevención del maltrato infantil por abuso sexual. Vol I, Año 1. Universidad Católica Boliviana. Tomado de la página electrónica <http://www.ucb.edu.bo/Publicaciones/Ajayu/volumen%201.1/articulos/PrevencionDelMaltratoInfantilPorAbusoSexual.pdf>. Consultada el 25 de agosto del 2006.
- 📖 Martínez, (2002). La terapia de juego como una técnica de tratamiento a víctimas de abuso sexual infantil. Tesis de Licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- 📖 Pacurucu, A. L. (2002). El juego y la resolución de conflictos a través de Marcathur Store Stem Battery: estudio comparativo entre niños normales y con dificultades en el desarrollo de 4 a 6 años. Tesis de Doctorado inédita. Universidad Autónoma de Barcelona.
- 📖 Rice, P.F. (1997). Desarrollo Humano. México: Prentice–Hall.
- 📖 Schaefer Ch., O´Connor K. (1988). Manual de terapia de juego. Vol. I. México: Manual Moderno.
- 📖 Schaefer Ch., O´Connor K. (1997). Manual de terapia de juego. Vol. II. México: Manual Moderno.
- 📖 Souza, M. (2004). Violencia sexual: re-victimización, recidivismo y pautas para su manejo. Tomado de la Página electrónica de la Asociación Psiquiátrica Mexicana: www.psiquiatriasapm.org.mx consultada el 5 de Julio del 2006.
- 📖 UNICEF (2001) “Aprovecharse del abuso: Una investigación sobre la explotación sexual de nuestros niños y niñas” Nueva York.
- 📖 UNICEF (2004). Consulta de la Página electrónica: www.unicef.es/, consultada el 10 de agosto del 2006.
- 📖 West, J. (1996). Terapia de juego centrada en el niño. México: Manual Moderno.

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